

Mesa de debate

REDEFINIENDO LOS CENTROS SANITARIOS



De izqda. a dcha. González M, Martínez de Pancorbo C, Pérez Rielo A, Piqué J, Pomar J

Moderador: D. Mario González González

Director Gerente. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Participantes:

Dña. Carmen Martínez de Pancorbo González

Director Gerente. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid

D. Antonio Pérez Rielo

Director Gerente. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga

D. Josep Piqué Badia

Director Gerente. Hospital Clínic de Barcelona

D. Josep Pomar Reynés

Socio Director. Mensor Global Healthcare Solutions

MARIO GONZÁLEZ: Gracias a todos por su presencia y, en especial, a la Fundación Signo por darnos la posibilidad de estar con todos ustedes hablando de un tema que a todos nos apasiona, como es la gestión hospitalaria, y sobre todo en un momento como éste. Entre todos, como dice el título de la mesa, tenemos que redefinir el papel de los centros sanitarios. Creo que todos somos conscientes de que tenemos que adoptar un nuevo papel en unas nuevas circunstancias y para poder llevarlo a cabo es necesaria una reorganización que se base fundamentalmente en un cambio en las formas de trabajo. Pienso que tenemos que olvidarnos del pasado; vivimos aferrándonos a una idea que fue muy bonita, pero que quizás fue irreal, cuando presumíamos de tener el séptimo mejor sistema sanitario del mundo, lo que nos llevó a una auto-complacencia desde que salió esta clasificación en el año 2000. Recientemente, ha salido otra clasificación que valora los aspectos relacionados con el trato al paciente y la clasificación del paciente del sistema sanitario; ésta nos acerca quizás más a la situación real, que es el puesto veinticuatro de treinta y dos a nivel europeo.

En todas las mesas en las que he estado, se habla constantemente de la crisis tremenda que nos azota a todos. Nos ha venido encima la pandemia financiera y esto no se resuelve así como así. Es tiempo de convertir no al paciente, sino a toda la sociedad en su conjunto, en el centro de nuestra atención, siendo absolutamente conscientes de la limitación de recursos. También es tiempo de velar por los resultados, para lo que necesitamos unas nuevas formas de trabajo, un marco laboral más flexible, una nueva organización, una gestión profesionalizada de verdad y, sobre todo, implica-

ción, auto-responsabilidad, sentido de pertenencia y vinculación de la parte salarial a los resultados obtenidos. Por encima de todo esto, es el tiempo de la imaginación y la creatividad. Creo que estamos en la mejor época para gestionar un hospital, porque es cuando un equipo directivo puede sacar lo mejor de sí mismo, pudiendo establecer medidas que en otras circunstancias era impensable que los profesionales asumiesen.

“Creo que todos somos conscientes de que tenemos que adoptar un nuevo papel en unas nuevas circunstancias y para poder llevarlo a cabo es necesaria una reorganización que se base fundamentalmente en un cambio en las formas de trabajo”.

Mario González

Por otro lado, ésta es la época de la toma de decisiones a todos los niveles. La sociedad nos tiene que decir qué sanidad quiere y qué sanidad está dispuesta a pagar. Los políticos nos tienen que decir qué servicios debemos cubrir y nosotros, a nivel de las gerencias de los hospitales, tenemos que intentar aplicar esas políticas y gestionar. Estamos en una situación en la que a todos nos piden ahorros a corto plazo. Cuando hablamos de ahorros, tenemos que tener claro que hablamos de cinco patas: disminuimos personal o disminuimos actividad o disminuimos cartera de servicios o mejoramos los mecanismos de compra y las negociaciones con las empresas o el ciudadano paga más por lo que antes no pagaba. Esto no da para más.

Para hablar de este tema, tenemos en la mesa a gente con mucha experiencia, de hospitales muy representativos de España y, del sector privado, de una empresa con-

sultora de un gran prestigio. Tenemos a Carmen Martínez de Pancorbo, actualmente Gerente del Hospital Doce de Octubre, con amplia trayectoria en gestión, muy conocida en el sector y que proviene del mundo de la admisión. A continuación, está Antonio Pérez Rielo, uno de los gestores de España con más experiencia, que era hasta hace diez días Gerente del Hospital Carlos Haya de Málaga y proviene del mundo de los cuidados intensivos. Después tenemos a Josep María Piqué, Director Gerente del Hospital Clínic de Barcelona, que siempre ha sido una referencia en cuanto a innovación organizativa y funcionamiento; allí ha desempeñado distintos puestos y proviene del mundo de la gastroenterología. A continuación está Josep Pomar, que tiene una trayectoria muy amplia dentro del sector público y actualmente está enriqueciendo el conocimiento de una empresa privada con un gran prestigio, como es Mensor.



Mario González

Pretendemos que esto sea un coloquio y que ustedes, al final, manifiesten a la mesa sus preocupaciones y sus opiniones sobre

el tema. Vamos a plantear al principio de la mesa una breve introducción de la posición de cada uno con respecto al tema. Posteriormente, seguiremos con preguntas más específicas.

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Buenos días a todos y quería agradecer a Signo que haya contado conmigo para esta mesa. Me gustaría decir que cuando Mario nos planteaba esta introducción de cómo vemos los centros sanitarios donde trabajamos y de cómo hay que olvidarse del pasado, empiezo contradiciendo, porque yo no me olvidaría del pasado: hay pasado bueno. Tenemos experiencias buenas, porque hemos hecho muchas cosas, pero la sensación que da es que hemos ido trabajando muy despacio y como sin voluntad. Lo que pasa es que ahora nos ha pillado el toro, porque los problemas que nos planteamos, si somos sostenibles o no, si somos eficientes o no, si necesitamos reorganizar nuestras estructuras para ser más eficientes, son cosas que siempre hemos manejado en los centros sanitarios. De hecho, es nuestro día a día y siempre hemos hablado de esto.

“Bajo mi punto de vista, tenemos que alinear todo esto que hemos hecho, haciendo un plan claro, una hoja de ruta, donde prioricemos las cosas y traslademos bien el mensaje a todo el mundo que tenga que hacer algo para que la situación mejore”.

Carmen Martínez de Pancorbo

Hemos tenido experiencias innovadoras en todos los hospitales y hemos intentado copiar a los mejores, mirando quién era el que hacía las cosas mejor. Sin embargo, hemos tenido muchos problemas para evaluarnos, porque no hay criterios de evaluación claros. También ha sido difícil que la normativa nos acompañara y que

hubiera unos planes estratégicos de arriba abajo y con unas directrices claras. Por tanto, creo que hemos hecho muchas cosas y hemos estudiado muchos puntos de ineficiencia en el sistema. Además, hemos hablado de la variabilidad de la práctica clínica como fuente básica de ineficiencia y de la posibilidad de gestionar por procesos.

A pesar de que convendría acabar con las estructuras tan rígidas de nuestro sistema, hasta ahora no hemos podido hacerlo, pero hemos conseguido que haya gente que se asocie y forme unidades clínicas, empezando con la gestión clínica. Hay herramientas que se han conseguido y que son muy válidas y merece la pena seguir por ahí.

Bajo mi punto de vista, tenemos que alinear todo esto que hemos hecho, haciendo un plan claro, una hoja de ruta, donde prioricemos las cosas y traslademos bien el mensaje a todo el mundo que tenga que hacer algo para que la situación mejore.

En resumen, creo que sí hemos hecho cosas, pero además ahora se nos ha añadido el problema de la liquidez. Sin embargo, eso exige que tengamos que hacerlo más rápido, aunque no solo podemos estar pensando en el corto plazo, porque en el futuro hay que seguir siendo sostenible. Si seguimos haciendo las cosas mal, esto no tendrá solución. Ahora, nos hemos encontrado con esta situación de crisis y es ahora o nunca; estoy segura de que saldremos fortalecidos de la crisis si somos capaces de establecer un discurso único por una vez. Hay muchos diagnósticos de situación y planes estratégicos, y todos tienen los mismos ejes. Por tanto, el diagnóstico está hecho y tenemos herramientas en las que hay que seguir trabajando para mejorar,

por lo que soy optimista y creo que saldremos reforzados.

ANTONIO PÉREZ RIELO: Creo que quizá como marco, como situación general, nos enfrentamos a una situación que es radicalmente diferente a las previas. En las situaciones previas, el problema no era la liquidez; normalmente gastábamos más de lo que teníamos, pero siempre ha venido el estado o las autonomías a tapar el agujero. Por lo tanto, nosotros presumimos de ser el séptimo país del mundo en sanidad, pero debe ser en lo asistencial, porque en lo económico tendríamos que ser el último, puesto que no pagamos a los proveedores. Nos hemos dedicado a coger el dinero de los proveedores para ampliar cartera de servicios y ampliar plantilla, mientras que en otros países de Europa han dedicado este dinero a pagar a los proveedores en noventa días, que es el plazo que establece la ley. Esto lo hacen también algunas empresas públicas, como el Hospital Costa del Sol, que he dirigido durante ocho.

“En esta situación real de crisis es en la que tenemos que ver la oportunidad de reformar el sistema, no sólo desde el punto de vista del ahorro, que son las medidas inmediatas, sino también desde la transformación para lograr el cambio”.

Antonio Pérez Rielo

Por tanto, no entiendo en qué es el séptimo nuestro sistema sanitario. Se acaba de publicar que el sistema sanitario español da la espalda a los pacientes. Parece que son los modelos inglés, sueco, noruego y español los que por mantener la plaza hacen otras cosas, pero estamos en el puesto veintiséis en listas de espera, falta de transparencia, en contar con los pacientes, etc.

Creo que nos hemos dedicado a decir que operábamos muchas cosas innovadoras con últimas tecnologías, dentro de una burbuja inmobiliaria, una burbuja de compra de automóviles y una burbuja de cartera de servicios, con tecnología por doquier, hospitales innecesarios, etc., que tenían que estallar. Con la connivencia de todos, tanto directivos, como profesionales e industria, esto se ha ido inflando hasta estallar. La burbuja se pincha porque los proveedores esta vez piden y no hay cómo parchear como antes y porque los profesionales van a verse metidos en un entorno de disminución de su capacidad adquisitiva. En esta situación real de crisis es en la que tenemos que ver la oportunidad de reformar el sistema, no sólo desde el punto de vista del ahorro, que son las medidas inmediatas, sino también desde la transformación para lograr el cambio.

El entorno que veo en el ámbito sanitario me preocupa, porque en el ámbito de los profesionales se están pidiendo esfuerzos en las jornadas y los salarios, pero conviviendo con otros profesionales que no se están forzando para nada. Por tanto, los profesionales lo llevan mal, porque todos entendemos que la burbuja haya estallado, pero para todos por igual.

JOSEP PIQUÉ: Suscribiendo lo que han dicho mis predecesores, voy a poner encima de la mesa cuatro ideas ciñéndome al título de la mesa, que es redefinir los centros sanitarios y no tanto el sistema, aunque muchas veces es difícil separar una cosa de la otra.

La primera idea es que hemos sido enormemente ineficientes, pretendiendo resolver en el mismo *track* en los hospitales los procesos agudos ligados a alta tecnología y los procesos de regularización de la cronicidad. Son dos procesos totalmente distin-

tos y en el futuro tendremos que separarlos, lo que marcará el devenir de los hospitales. El hospital del futuro es un centro que se va a dedicar casi exclusivamente a la patología aguda o pocos casos de reagudizaciones de la patología crónica, que requieren alta tecnología y alta experiencia. Para ser competitivos en este ámbito necesitamos concentrar servicios y hospitales. Se debe evitar que todo lo que no es el proceso agudo ingrese en un hospital y tiene que ser manejado en el entorno de lo que llamamos salud territorial, donde especialistas, primaria y socio-sanitaria deben concentrarse en una organización muy ligada a la gestión de casos donde se necesita la recogida de información para poder ser analizada y ayudar a la decisión electrónica. Cuando tengamos esto, vamos a poder cambiar los roles profesionales: muchas de las cosas que hacen los médicos las van a poder hacer las enfermeras y muchas de las que hacen las enfermeras las podrán hacer técnicos de salud.



Antonio Pérez Rielo

La segunda idea son las unidades de procesos o unidades clínicas. Tanto en el proceso

agudo como en el crónico necesitamos reorganizarnos en unidades de procesos, donde los profesionales estén orientados a resultados de salud, no a resultados del episodio sino a largo plazo. Para esto hay una gran herramienta de transformación, que tienen las organizaciones públicas y privadas, que es cambiar nuestra forma de pago.

“Se debe evitar que todo lo que no es el proceso agudo ingrese en un hospital y tiene que ser manejado en el entorno de lo que llamamos salud territorial, donde especialistas, primaria y socio-sanitaria deben concentrarse en una organización muy ligada a la gestión de casos donde se necesita la recogida de información para poder ser analizada y ayudar a la decisión electrónica”.

Josep Piqué

La tercera idea es que en un negocio o industria donde el gasto depende de mil decisiones diarias de médicos y enfermeras, que ejecutan un gasto con prescripción de medicamentos o indicación de pruebas, no puede ejecutarse con estructuras verticales de decisión. Es muy importante que los profesionales se corresponsabilicen del resultado final de la empresa o de la institución. Todos hablamos de la autonomía y la responsabilidad de los profesionales, pero el noventa por ciento de los gerentes no nos pondríamos de acuerdo sobre qué estamos hablando. Por ejemplo, el recorrido de esto es que el médico que maneja la farmacia ambulatoria del Sida en mi hospital, que supone treinta millones de euros, sea el responsable de manejar estos treinta millones de euros.

La última idea es que gastamos una cantidad enorme de dinero, no justificada por el

valor añadido, en la fase final de la vida, intentando prolongar vidas durante dos meses sin la calidad de vida que lo justifique. Si todo este dinero lo lleváramos a la parte inicial del proceso en la prevención de las enfermedades, cambiaríamos los resultados de salud de nuestros países.

JOSEP POMAR: Gracias por la invitación. Voy a hablar de tres ideas más pesimistas y tres más optimistas, al hablar de centros sanitarios en un entorno de crisis.

Lo primero es que percibo una cierta pérdida de protagonismo de los centros a favor de las políticas a las que obliga la crisis. Mi preocupación es que la crisis no debería ser un pretexto para retroceder en la gestión, vía intervenciones, vía repliegues en la gestión, vía centralización o vía nuevos controles burocráticos, sino que debería apuntar el centro de gravedad hacia los centros sanitarios, que son la base del sistema que percibe el ciudadano, impulsando rediseños de estrategias lideradas desde los propios centros para volver a los paradigmas básicos de autonomía de gestión, personalidad jurídica propia, modelo más flexible y modelo como empresa.

En segundo lugar, la crisis está incidiendo mucho en los temas laborales, pero no está sirviendo para reformar profundamente nuestro modelo de recursos humanos. Desde mi punto de vista, el tema determinante en las políticas de salud es el sistema de selección, el sistema de contratación, el sistema de pago de los profesionales o el sistema de desarrollo profesional.

Lo tercero es que percibo también un aumento de la distancia entre el mundo de la gestión y el mundo profesional, mediatizado o influenciado por situaciones de conflicto, por situaciones de desconfianza y

por situaciones del pesimismo actual. En este sentido, creo que hay que darle la vuelta a este pesimismo e impulsar desde los centros iniciativas participativas y de liderazgo compartido, en las que el profesional vuelva a recuperar un poco su protagonismo.

“Mi preocupación es que la crisis no debería ser un pretexto para retroceder en la gestión, vía intervenciones, vía repliegues en la gestión, vía centralización o vía nuevos controles burocráticos, sino que debería apuntar el centro de gravedad hacia los centros sanitarios, que son la base del sistema que percibe el ciudadano, impulsando rediseños de estrategias lideradas desde los propios centros para volver a los paradigmas básicos de autonomía de gestión, personalidad jurídica propia, modelo más flexible y modelo como empresa”.

Josep Pomar

Por otro lado, hay ideas más optimistas, como las oportunidades que genera la crisis. La crisis también aflora nuevos paradigmas y nuevos valores que tenemos que empezar a incorporar a nuestro sistema y que son valores con los que tradicionalmente nos hemos sentido cómodos: transparencia, participación, rediseño de roles, etc. En definitiva, hay que crear nuevas reglas del juego que la sociedad está demandando.

En segundo lugar, creo que hay que apostar por la renovación generacional y que nuestros centros necesitan dar la oportunidad a aquellos profesionales que están entrando en la madurez profesional y que muchas veces se ven copados por las generaciones anteriores. Pienso que el cambio y la alternativa van a venir de manos de gen-

te joven y de gente que tendrá más capacidad para amoldarse a la crisis.



Josep Pomar

En tercer lugar, coincidiendo con lo que decía Josep Piqué, creo que hay que poner una gran expectativa en el tema de las tecnologías de la información, en las que hemos invertido mucho en los últimos años. Las tecnologías de la información tienen que empezar a ser una palanca del cambio en el modelo de gestión clínica, tienen que permitirnos la toma de decisiones mucho más automatizada y tienen que permitirnos compartir muchas responsabilidades entre profesionales y entre centros asistenciales.

MARIO GONZÁLEZ: Vamos a empezar con las cuestiones. Me gustaría que me contarais vosotros, en vuestra experiencia de gestión, cosas de las que podamos aprender todos, porque creo que de ideas creativas podemos aprender todos. Vosotros trabajáis en centros de mucha importancia a nivel del país y me gustaría saber qué medidas estáis tomando a corto, medio y

largo plazo, con hechos concretos de los que podamos sacar alguna conclusión.

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Me imagino que todos estamos haciendo más o menos lo mismo, por lo menos a corto plazo. Desde cada una de nuestras consejerías nos están pidiendo un esfuerzo importante en hacer un plan de ajuste, un plan de ahorro, con el que seamos capaces de reducir el gasto en nuestro hospital, dado que no hay ingresos. A parte de las medidas que vienen de fuera y evidentemente hay que seguirlas, como estamos hablando de los centros sanitarios, hay que ver qué estamos haciendo de puertas para adentro cuando nos quedamos solos. Llevo seis meses en el Hospital Doce de Octubre y me han tocado todos los problemas juntos. Hemos revisado nuestro presupuesto, hemos visto nuestro gasto histórico y hemos visto aquellas partidas que podemos reducir entre todos. Con esto hemos hecho un plan de ajuste desde el equipo directivo, cada uno en su apartado. Por ejemplo, en el capítulo uno, recursos humanos, a parte de todo lo que nos ha tocado, hemos visto cómo podemos organizarnos mejor con sustituciones y demás. En el capítulo dos, en los gastos corrientes, sabemos que tenemos ineficiencias en nuestras compras, en nuestros concursos, etc., y estamos revisándolas. Esto nos está permitiendo hacer un análisis que en otra circunstancia no se haría.

Por otro lado, toca sentarse con los responsables de los servicios clínicos, porque los profesionales están nerviosos por la incertidumbre de no saber qué va a pasar mañana y esto genera una situación que lleva a la parálisis y a la desincentivación, que es lo que tenemos que impedir. Aunque los profesionales tienen una situación de desánimo, también saben que tienen la

oportunidad de compartir la decisión de qué podemos hacer entre todos, para que las medidas puedan hacerse de abajo a arriba, porque los gestores y los profesionales somos los que sabemos lo que está ocurriendo en los centros. Por tanto, yo, como gerente, y mi equipo directivo nos estamos sentando con los jefes de servicio y les estamos planteando abiertamente cómo ven ellos la situación y qué podemos hacer de otra manera para ahorrar; a lo mejor a corto plazo no tiene mucho ahorro, pero hay que ir pensando un plan para el futuro.

“Aunque los profesionales tienen una situación de desánimo, también saben que tienen la oportunidad de compartir la decisión de qué podemos hacer entre todos, para que las medidas puedan hacerse de abajo a arriba, porque los gestores y los profesionales somos los que sabemos lo que está ocurriendo en los centros”.

Carmen Martínez de Pancorbo

A medio plazo, en hospitales tan tradicionales como el Doce de Octubre, con una estructura tan gruesa, tenemos también que empezar a agilizar estructuras y a facilitar a los profesionales esas herramientas que van a ser imprescindibles para mejorar luego la estructura organizativa.

En el Doce de Octubre estamos ahora mismo con una estrategia de reconversión en todo lo que son los sistemas de información del centro y estamos implantando la historia clínica electrónica generalizada, lo que es un cambio estratégico sustancial para un hospital como el nuestro. Esto no se puede hacer sin contar con todos los profesionales y así se está haciendo. Estas herramientas son necesarias para poder

trabajar mejor, evaluar lo que hacemos e innovar en todas las actuaciones.

A nivel de innovación e investigación, hemos investigado e innovado mucho en todos los hospitales en bio-ciencias, en tecnología, etc. Ahora toca analizar esas áreas de investigación clínica para investigar también sobre organización de servicios. Ahora toca analizar todas las prácticas clínicas que realizamos y ver cuáles son coste-efectivas, cuáles tenemos que seguir generalizando y cuáles tenemos que desestimar. Esto hay que hacerlo con toda la metodología y el rigor de los que somos capaces. También estamos abriendo esa línea para generar nuevas áreas de investigación más aplicadas a la gestión y a la organización sanitaria.

ANTONIO PÉREZ RIELO: En cuanto a medidas concretas, en 2008-2009 presenté a los directores de unidades de gestión del Hospital Carlos Haya una pequeña puesta en escena que hablaba de la crisis, la deuda, las prestaciones sociales, el informe FDA del déficit sanitario y del coste de las tecnologías, el informe de la Comunidad Europea sobre España y su déficit presupuestario o el problema de la producción con una subida salarial exagerada, y sobre qué significaba eso en términos de modelo productivo. Lo que quiero decir con esto es que yo he empezado a trabajar desde hace años en una forma de lenguaje radicalmente diferente con los gestores de unidad.

En cuanto a medidas a corto plazo, si se analiza una gran parte de este documento, estamos hablando en primer lugar del día a día, porque podemos hacer muchas cosas cada día que generan mucho ahorro. En el año 2010, nuestro hospital cerró con un menos dos por ciento de gasto y el año pasado ahorramos cerca de seis millones

de euros. En estos momentos, estamos cumpliendo un objetivo tremendamente serio. Esto se puede hacer con los equipos directivos y con los profesionales. Hemos hecho una reunión con cada unidad de gestión donde venían el director de la unidad, el responsable de cuidados y aquellas personas que tuvieran programas de gestión a su cargo. Por ejemplo, la reunión con el servicio de hematología tuvo doce personas. Cada reunión la hicimos con los datos en la mano de los costes tanto de capítulo uno como de capítulo dos y con los compromisos que generan ahorro. Por ejemplo, en los últimos cinco años se ha acortado el período medio de estancia en dos días y eso supone un ahorro importante.



Carmen Martínez de Pancorbo

Las reuniones son diferentes y con distintas preguntas dependiendo de con quién estás tratando. En una reunión con mandos intermedios, el gerente pregunta cosas como por ejemplo si es posible un uso más adecuado del material sanitario fungible, pero para que lo trasladen a la enfermería, que es quién sabe de ese tema. Hay un montón

de cosas del día a día manifiestamente mejorable.

Un segundo punto a corto para mí ha sido en estos dos últimos años la planificación de todos aquellos eventos de vacaciones, puentes, etc. Eso genera un ahorro de recursos brutal. En este tema, nosotros podemos dar ejemplo desde el equipo de dirección: yo he disminuido en un cincuenta por cien mi equipo directivo desde hace cuatro años. Lo que quiero decir es que hemos tomado medidas a corto, junto con medidas de recursos humanos también a corto, de selección de profesionales por perfiles y de mano dura con el absentismo.

En cuanto a medidas a medio y largo plazo, hay que replantearse junto con los hospitales del entorno temas como laboratorio, radiología, guardias comunes de determinadas especialidades y aspectos ligados al “terciarismo”, fundamentalmente por redundancia de servicios.

JOSEP PIQUÉ: Creo que todos estamos haciendo más o menos lo mismo, por lo que no debemos de estar muy equivocados. La idea básica es la reducción a corto plazo de los costes y sin la complicidad de los profesionales yo la veo inviable. En Cataluña, en seis meses hemos tenido que reducir un promedio del ocho o nueve por ciento. Por ejemplo, en el Hospital Clínico esto representó la reducción de veinticuatro millones de euros en seis meses, más diez millones de euros de la farmacia ambulatoria, y esto no es fácil.

Lo que hicimos para conseguir esto fue reunir a todos los estamentos por niveles y también a toda la plantilla del hospital, con el siguiente mensaje: “Somos dos coches que hemos tenido un accidente grave, pero no nos hemos matado. No es momento de

discutir quién es el culpable, porque algo de culpa en esto tenemos todos, sino de retirarnos al arcén para que no venga un tercero y nos mate a los dos. Vamos a coger tres cajas: la caja de la eficiencia, de la reducción de la actividad y de los esfuerzos salariales de la plantilla. Tenemos que ponernos a trabajar para que la caja de la eficiencia sea lo más grande posible y de esa manera habrá que reducir menos la actividad, lo que beneficia a los pacientes, y más los esfuerzos salariales, lo que beneficia a los profesionales. En eso es tan importante el director de infraestructuras que consigue un contrato más reducido que una enfermera que ve que con una gasa puede hacer lo mismo que con dos en un momento dado.”

Con este mensaje, conseguimos dar la vuelta a un balance en el que cada caja tenía un treinta por ciento y pasamos a subir la caja de la eficiencia al treinta por ciento. La reducción de costes de la actividad fue del diez por ciento que se nos exigía, pero no la reducción de la actividad, porque las jornadas de tarde que se quitaron se vieron reflejadas en un aumento de la productividad por las mañanas. Así, la reducción de actividad pasó del treinta al quince por ciento.

Sumando todas estas cosas, pasamos a que el esfuerzo que tenían que hacer los profesionales con sus salarios acabara siendo sólo de un diez por ciento. Nuevamente, dimos ejemplo desde arriba y nos bajamos el sueldo en dirección y redujimos algunos servicios centrales. Esto no supone que todos estuviéramos contentos, pero sí que se tenga la sensación de que este barco no se hundirá gracias al esfuerzo desde arriba hasta abajo.

En cuanto a medidas a medio plazo, ya entran los reestructuradores del sistema y pasamos a organizar servicios terciarios y hacer centros para atención al paciente crónico, que esperamos que tengan resultados, pero más a largo plazo.

JOSEP POMAR: Pienso que, ante la situación tan dramática que han padecido los centros sanitarios, se ha hecho en el corto plazo profesionalmente lo que se podía. Básicamente, a corto plazo hay que identificar bolsas de ineficiencia y de falta de productividad, para intentar ajustarlas. En general, pienso que esto se ha venido haciendo y que posiblemente hay que seguir haciéndolo.

“Las tecnologías de la información tienen que empezar a ser una palanca del cambio en el modelo de gestión clínica, tienen que permitirnos la toma de decisiones mucho más automatizada y tienen que permitirnos compartir muchas responsabilidades entre profesionales y entre centros asistenciales”.

Josep Pomar

Hay dos políticas importantes que no se deberían dejar para el medio: el tema de las sinergias con otros centros y con la primaria, con cierta generosidad y entendiendo que cualquier entidad haría lo mismo, y el tema de las alianzas, con otros centros y con el sector privado, que también ha sido una de las estrategias por las que se ha optado en algunas comunidades, derivando alguno de los procesos de menor valor a la gestión privada.

En cuanto al medio plazo, creo que no se puede dejar para dentro de mucho. No olvidemos los procesos transformacionales desde los propios centros, intentando re-

cuperar su protagonismo y siendo capaces de marcar modelo y posición desde los centros hospitalarios y los centros de primaria, porque si no se toman las decisiones, se corre el riesgo de que alguien las tome por el centro en cuestión. Hay que profesionalizar la gestión, hacerla más empresarial y con más instrumentos de gestión. Hay que rotar hacia un modelo de gestión clínica, donde las unidades de gestión clínica sean entendidas como unidades de negocio en cuanto a la responsabilidad y a los resultados.



Josep Piqué

MARIO GONZÁLEZ: Me gustaría plantearles el tema relativo a las gerencias únicas. Hace poco, ha habido incluso un foro de directivos en el que se trataba de manera exclusiva el tema de si la gerencia única podía ser una de las soluciones al futuro. ¿No creéis que se está cayendo en algo que ya se decía en Inglaterra hace mucho tiempo, por el hecho de que haya habido muchas autonomías que se hayan lanzado al tema de gerencias y de colaboración pública? ¿Cómo veis el tema de la gerencia úni-

ca? ¿Creéis que puede ayudar realmente a la sostenibilidad?

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Considero siempre que las herramientas se deben usar en función del momento, de la coyuntura y de la madurez de la organización. Ninguna herramienta es la panacea, pero es verdad que en la coherencia interna de discurso parece que las gerencias únicas podrían ayudar a llevar a cabo la finalidad de nuestro propio sistema sanitario.

Evidentemente sabemos desde hace mucho tiempo que uno de los problemas básicos de nuestra eficiencia organizativa es la falta de continuidad y la fragmentación de nuestro modelo organizativo. Estamos en un modelo que está centrado en la enfermedad cuando debería estar centrado en el enfermo, que es muy reactivo y debería ser más proactivo, y que es intermitente y muy fragmentado. Gestionamos estructuras, cada uno las nuestras, y no somos capaces de gestionar sistemas ni redes asistenciales. Por tanto, la implantación de áreas integradas de gestión, que me imagino que es el concepto de área única, en las que se incluyan los distintos niveles de primaria y especializada y que se haga una integración efectiva de los recursos sanitarios en un área poblacional, en torno a una única estructura directiva, me parece un planteamiento coherente para los fines que seguimos las organizaciones sanitarias, que es intentar que la atención sea integral, continua, con cohesión y con la máxima rentabilidad de los recursos.

Con el área de gestión única, tendríamos un presupuesto único, unos objetivos únicos, un contrato programado único y unos responsables únicos para alinear esa capa-

cidad productiva. Por eso, la idea no me disgusta.

MARIO GONZÁLEZ: Quería también que abordarais un tema. Cuando hablamos de gerencia única, una parte esencial que nos preocupa es la financiación.

ANTONIO PÉREZ RIELO: En cuanto al área sanitaria, me parece que hay cosas que salen en un momento determinado y de forma masiva se cree que son válidas para todos los casos y todas las circunstancias. No tengo experiencia en trabajar personalmente en el área única, pero sí en el Hospital Costa del Sol, donde había una unificación de procesos absoluta con atención primaria, sin tener necesidad de área única. Tampoco había área única en los otros hospitales en los que he trabajado.

“En cuanto a medidas a medio y largo plazo, hay que replantearse junto con los hospitales del entorno temas como laboratorio, radiología, guardias comunes de determinadas especialidades y aspectos ligados al “terciarismo”, fundamentalmente por redundancia de servicios”.

Antonio Pérez Rielo

Sí he visto el tema en el Hospital de Ronda y en el Hospital de Antequera, que funcionan como áreas únicas. Son áreas más pequeñas, de contacto más fácil, y entiendo que eso marca diferencias.

Entiendo que el área única debe ser buena, pero me preocupan otros aspectos que no soluciona el área única, como la relación entre hospitales de determinado nivel con hospitales de otro nivel. El área única puede ser buena, pero es fundamental como se hace el trasvase de pacientes entre los

hospitales de segundo y tercer nivel de la misma área.

Me preocupa mucho más si somos capaces de hacer una unidad de gestión clínica de farmacia única con atención primaria que hay un área sanitaria. También me preocupa más que el comité de ética o la medicina preventiva sea única o que los pediatras de atención primaria tengan un hueco en el hospital, para no generar dos tipos de profesionales con dos perfiles diferentes. Me preocupan las derivaciones si podemos trabajar en que atención primaria derive a los pacientes al servicio adecuado de especializada.

Nosotros hemos generado una plataforma provincial de compras, donde nuestro capítulo dos es único. Por ejemplo, he dirigido el grupo de compra de prótesis de rodilla, donde los distintos hospitales nos hemos puesto de acuerdo. Había una gran diferencia de precio en esta compra de unos hospitales a otros y con dos reuniones lo hemos solucionado, mientras que tres años antes había sido un fracaso estrepitoso.

En cuanto a la segunda pregunta, en el modelo *capitativo* a mí me parece bien, pero creo que hay que hacer algunos matices. Esos matices son la financiación *capitativa*, con libre elección o no, quién decide la cartera de servicios de cada centro, la regulación de la producción, la función de riesgos con variables salariales, el papel de la Hacienda Pública y si va a permitir modificar, y cuánto tiempo se va a dar para hacer la reconversión, teniendo en cuenta también el determinado nivel que supone la formación pre-grado, el MIR, la investigación, etc.

JOSEP PIQUÉ: Creo que el concepto que subyace en gerencia única claramente es el

futuro, entendiendo por esto agrupación de proveedores para un objetivo común; eso puede ser bajo una gerencia única donde se den las circunstancias u otras formas de agrupación de interés empresarial, incluso fórmulas más del sector privado, como la unión temporal de empresas para un proyecto concreto.

Hay que separar dos cosas. Una es el concepto de la patología prevalente en esta idea de salud territorial o comunitaria, pero el territorio no debería ser muy amplio y tendría que estar alrededor del medio y el millón de habitantes, porque lo que sobrepase ya empieza a ser difícil de gestionar. Ahí es evidente que tiene que haber un único contrato de salud, la cápita con un resultado de salud a largo plazo.



Pérez Rielo A, Piqué J, Pomar J.

Por otra parte, está la sectorización de una comunidad autónoma o de varias comunidades, a la que nos veremos obligados posiblemente para evitar el terciarismo de algunos servicios muy caros en tecnología y en capacidad profesional. Ahí deberíamos sectorizar bajo un contrato o una alianza estratégica. No obstante, el que tiene el dinero es el que tiene las armas para obligarnos a hacer esto. Por ejemplo, en este momento, la patología vascular cerebral proporciona un bono o una prima al hospital si se atiende al paciente en el hospital en las tres primeras horas. Sería mejor

poner un único objetivo para todo el sistema, porque todos nos implicaríamos de la misma manera, pero esto es una decisión política. Creo que hay instrumentos que no estamos utilizando para forzar esto, más allá de las voluntades que podamos tener todos.

JOSEP POMAR: La idea de integración es totalmente atractiva y conceptualmente se soporta más en evidencias sobre el papel extraordinariamente interesantes. Creo que hemos puesto más énfasis en unir direcciones que en plantear qué pretendemos solventar mediante una atención territorial integrada. Ahí, conviven experiencias exitosas de integración clínica, generalmente en áreas pequeñas, de poca población, junto con experiencias que son pura copia del modelo, pero que no ha tenido ninguna traslación en la práctica del día a día. Por tanto, igual que ocurre en el mundo empresarial, hay casos de éxito en integraciones de tipo vertical y casos de éxito en integraciones de tipo horizontal. Por eso es posible que puedan convivir los modelos en función del territorio, en función del grado de madurez o de los objetivos que nos planteemos.

Pienso que, independiente de que primaria y especializada sean gestionadas desde una misma organización, compartiendo recursos, puede ser bueno determinar las unidades de negocio y, por lo tanto, poner sobre la mesa los incentivos y los trasiegos que pueda haber en un lado y en otro. Hablaría de integración si o no, dependiendo del grado de madurez, e incentivos creando unidades de negocio a ser posible diferenciadas.

En cuanto a la financiación, el modelo territorial parece que es coherente con financiación capitativa, una organización que

recibe una especie de póliza por ciudadano asegurado. El modelo capitativo puede ser bueno siempre que tenga los ajustes adecuados, siempre que se actualice con la regularidad necesaria y siempre que seamos capaces de sacar del modelo capitativo aquellas actividades que pretendemos subvencionar o incentivar para que se impulsen. Por tanto, el modelo capitativo debe modularse con este tipo de medidas.

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Creo que cambiar de formas tradicionales de financiación por actividad hacia formas de financiación basadas en la necesidad de las poblaciones es importante, porque de alguna manera rompemos con la inercia de producción. Creo que el crecimiento de actividad no es recomendable, porque no hay nada más ineficiente que hacer algo que no es necesario.

Pienso que hay que trabajar más en conceptos de coste-eficiencia y no de eficiencia productiva, como la hemos entendido hasta ahora, sino de capacidad resolutive. Es verdad que hay unos puntos clave para la financiación capitativa, que hay que tener en cuenta. Un modelo capitativo no se puede poner de un día para otro.

Para mí hay tres puntos clave. El primero es que tenemos que tener claro cuál es la determinación de la población de referencia, por lo que hacen falta sistemas de información potentes, para que garanticemos un reparto equitativo. El segundo es que es importante que hagamos un modelo de ajuste racional, de riesgos, para que la financiación capitativa se ajuste a las necesidades de las personas de cada área asistencial. El tercero es que, en el entorno en que nos movemos de libre elección y de dispositivos de referencia, también los flujos reales de población no se suelen

corresponder con la población asignada a los centros y esto provoca una gran variabilidad de costes por habitante en los centros sanitarios, lo que nos obliga a tener buenos sistemas de información para esa regularización.

Creo que la propia variabilidad de los centros sanitarios en cuanto a nuestro coste justifica la aplicación del modelo de financiación capitativo. Pienso que sería un elemento que aportaría facilidades para la distribución más equitativa de los recursos y para mejorar la eficiencia global. Entiendo esta financiación capitativa como una herramienta de trabajo para mejorar la eficiencia global de nuestro sistema. Para eso hay que establecer un plan de convergencia, en función del punto de partida de cada centro, para equilibrar el gasto estándar y el gasto previsto de los centros.

MARIO GONZÁLEZ: Vamos a abordar dos preguntas en una a continuación. ¿Cómo tenemos que cambiar la organización de nuestros hospitales? Ante esa nueva organización, ¿qué dirección se necesitaría? Parece que todos pensamos que esto tiene que cambiar, por lo que nos gustaría saber qué cambios introduciríais vosotros a nivel organizativo y a nivel directivo.

JOSEP POMAR: Lo primero que cambiaría es que muchos de nuestros centros no tienen un modelo de gobierno desde el que se definen las buenas prácticas que se esperan en este centro, ante el que se rinden cuentas y ante el que se pactan los acuerdos de funcionamiento.

También introduciría un modelo de contratación diferente. Los hospitales requieren un sistema de contratación más abierto, más flexible y más creíble, con sistemas de

financiación que se orienten a la eficiencia y que se orienten a los resultados.

Además introduciría un modelo de gestión clínica, con unidades de negocio que se responsabilicen de sus resultados, entendiendo por resultados los resultados clínicos ajustados por coste. Tiene que ser un modelo organizativo que acorte las distancias, basado en la concentración hacia los puntos medios en cuanto a resultados en calidad, en eficiencia y en actividad.

En este modelo, el peso del liderazgo clínico tiene que tomar una ventaja importante, pero tampoco veo un modelo en el que desaparezca completamente el modelo gerencial, sino adquiriendo un rol más de dirección de empresa del centro.



González M y Martínez de Pancorbo C.

Veo el futuro del modelo organizativo con enorme variabilidad, porque creo que hay que aprender a vivir en la diversidad. Hemos funcionado con esquemas excesivamente rígidos.

Pienso que hemos prestado poca atención a las experiencias de los centros de atención primaria, organizados como pequeñas empresas. Son modelos a los que hay que mirar y ver qué oportunidades pueden tener en el futuro.

JOSEP PIQUÉ: Tengo cuatro ideas fundamentales. Lo primero es que podemos separar la propiedad de la gestión; es una posibilidad a la que no hay que tener miedo. La propiedad del sistema público debería ser público, pero la gestión no tiene porqué.

Lo segundo es que la gestión tiene que ser profesionalizada y tiene que estar separada de la política. La vida media de los gerentes es de dos años y medio y con esto no hay proyecto que se pueda llevar adelante.

En tercer lugar, en la gerencia, a parte de ser profesionales, hay que involucrar a la sociedad civil como co-responsable de un bien que tiene, que es la salud, y a los profesionales, porque sin su implicación no podemos hacer nada y ellos no van a sentir la institución como propia.

Por último, una vez que los profesionales están dentro de la institución, se hace una descentralización de la gestión con unidades diferenciadas con autonomía de gestión y con asunción de responsabilidades y de riesgos. El directivo de arriba no tiene que ser un político, sino un profesional, y tiene que generar alma a la organización. Tiene que sumir el compromiso principal como el eje vector de la gestión del centro.

ANTONIO PÉREZ RIELO: En cuanto a la organización del futuro, creo que hay que verla en algunos puntos. Primero, el aspecto de financiación y de contrato que ya hemos visto. Después, creo que hay que hacer un cambio organizativo, empezando por la legislación, que es muy antigua. A parte de eso, creo que hay que organizarse entorno al proceso del paciente y empezar a ver el hospital como un punto de paso y no como un punto final, donde nos apropiamos del paciente; tenemos que empe-

zar a jugar con atención primaria, con las TIC's y con los nuevos roles, donde enfermería es un grado y entiendo que tiene que empezar a tener otro tipo de responsabilidades.

En cuanto al perfil directivo que se precisa, necesitamos una organización mucho más horizontal, donde un ingeniero es un ingeniero y un médico es un médico y no tienen porqué ser otra cosa. Por tanto, hay que suprimir esquemas verticales que no sirven para nada y tiene que haber una mayor convivencia de las unidades de gestión clínica, directamente ligadas a la gerencia del hospital, que tiene como apoyo a todos los directivos, pero relación directa con los directivos de las unidades clínicas. Tiene que haber participación absoluta de los profesionales y una organización más horizontal.

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Creo que necesitamos estructuras mucho más ágiles, más adaptadas a los objetivos que tenemos, con disminución de niveles o estratos intermedios. Pienso que el esquema funcional tiene que estar basado en áreas de responsabilidad, implicando mucho más a los responsables clínicos, y para ellos hay que darles formación y metodología. Creo que ese es el futuro. Para mí, más importante que el cambio de la estructura organizativa, que va a llegar sí o sí, es cómo lo trasladamos hasta el último nivel de la organización.

En estos momentos, pienso que necesitamos más liderazgo que gestión, porque se necesita gente que cree y cambie culturas y eso es complicado. Lo que necesitamos es transformarnos completamente, por lo que hace falta liderazgo.

“Cuando hablamos de ahorros, tenemos que tener claro que hablamos de cinco patas: disminuimos personal o disminuimos actividad o disminuimos cartera de servicios o mejoramos los mecanismos de compra y las negociaciones con las empresas o el ciudadano paga más por lo que antes no pagaba”.

Mario González

MARIO GONZÁLEZ: Queremos ahora conocer las inquietudes del público presente. Si no hay preguntas, empezaré planteando Josep Piqué una cuestión: ¿no crees que tenemos muy manido el tema de la gestión profesionalizada? Llevo veinte años oyendo hablar de la gestión profesionalizada y no hemos avanzado absolutamente nada. ¿Qué podemos hacer para cambiar esto?

JOSEP PIQUÉ: No lo plantearía tan pesimista. Aquí se ha hablado de modelos diferentes con los que se ha avanzado en esta situación, aunque otros han quedado abortados. Tiene que haber una conjunción de todo: la voluntad real por parte del órgano de gobierno y de la dirección del centro en esta línea.

Tampoco los profesionales tenemos que decir que todos están absolutamente comprometidos con esto: diría que la mayoría tienen la idea de que tenemos derechos y no tenemos deberes. Sin embargo, cuando les explicas las cosas, les animas, les entusiasmas, la respuesta suele ser muy favorable. Por tanto, se tiene que dar la circunstancia de la implicación de todos los estamentos. Además, tiene que haber un liderazgo en este proceso.

PARTICIPANTE 1: Soy Esther Hernández, del departamento de Gestión Económica del Hospital Guadarrama, cuya gerente es

enfermera. Mi pregunta va entorno a los planes de ahorro que ha comentado, en los que se ha contado con todos los profesionales en todos los niveles, pero quería saber si ustedes piensan que los profesionales sanitarios son conocedores del sistema de financiación de sus centros, si saben que tienen un presupuesto propio. Pienso que muchas veces estos profesionales ven la financiación como algo ajeno, tratan pacientes, pero no piensan cómo se paga eso.

ANTONIO PÉREZ RIELO: He puesto un esquema en el que lo primero que decía es que las reuniones han sido con los profesionales, no necesariamente mandos altos, y en estas reuniones sí que hablamos del presupuesto. Por ejemplo, la planificación del verano no la hago yo, sino que pido planteamientos suyos. El que quiere conocer el presupuesto, lo conoce.

CARMEN MARTÍNEZ DE PANCORBO: Me imagino que como yo lo hago es como lo hace la mayoría. Nosotros recibimos un contrato de gestión de nuestra consejería y cuando llego al hospital, me reúno con todos y se lo cuento. Después, lo despliego en la organización con objetivos por áreas y por personas. Por tanto, claro que saben prácticamente todo.



JOSEP POMAR: Desde el punto de vista personal, donde también he dirigido un hospital y un servicio de salud, ahora como consultora, como externo al centro, te

sorprende que, aunque haya información, hay una distancia cultural muy grande entre directivos y profesionales, que se acentúa en el momento de la crisis. Esto requiere acciones de proximidad, de consenso y de negociación. Ahora es un buen momento para hacer esto, porque el país en su conjunto también está descubriendo cosas que no sabía, porque se pensaban que todo era gratuito. Yo repartiría culpas, porque la gente también se ha desentendido bastante, por lo que es el momento de acercar culturas.

JOSEP PIQUÉ: Para poner un punto de realidad, diría que nosotros vamos a cumplir veinte años de un sistema descentralizado en institutos y creo que tenemos una gran penetración entre los profesionales. Cuando negociamos con nuestro contratador, viene el profesional en cuestión. Sin embargo, es verdad que cuanto más bajas, más pierdes, y tienes unas ciertas bolsas de no conexión. Hay informadores que no

están alineados con los directivos y que generan a las capas bajas bastante más información de la que podemos generar nosotros. Por tanto, hay un reto importante de comunicación y alineamiento en las organizaciones.

ANTONIO PÉREZ RIELO: Cuando yo estaba en el Hospital de Costa Sol, hicimos una encuesta sobre esto. Las unidades clínicas sí se sentían informadas, pero la comunicación se rompía muchas veces en el escalón de los jefes de servicios hacia abajo.

MARIO GONZÁLEZ: Quiero agradecer la participación de todos los miembros de la mesa. Nos quedamos con los conceptos de colaboración, co-responsabilidad, delegación, información a todos los profesionales y sobre todo, esfuerzo de todos.