

GESTIÓN CLÍNICA, DIFERENTES MODELOS Y RESULTADOS



De izqda. a dcha. Júlvez, L. P., Rubial, F., Codesido, M., Muñoz, I. y Cequier, A.

Moderadora:

Dña. María Codesido López

Directora Gerente del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Participantes:

D. Luis Pablo Júlvez

Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Aragón

D. Félix Rubial Bernárdez

Director de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGA). Galicia

D. Ignacio Muñoz Carvajal

Director Asistencial. Director del Área de Gestión Clínica de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hospital Reina Sofía. Andalucía

D. Ángel Cequier

Director Clínico y Jefe de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario de Bellvitge. Cataluña

Cuestiones planteadas

- ¿La llegada de las UGC ha supuesto un beneficio en la organización asistencial?
- ¿Qué barreras existen para el desarrollo de las UGC?
- ¿Cómo incide la GC en los profesionales?
- ¿Qué cambios de rol implica en los gestores la GC?
- ¿Han mejorado los resultados desde la incorporación de este modelo?

MARÍA CODESIDO Se han ensayado en España diferentes modelos de Gestión Clínica, desde aquellas Unidades de Gestión Clínica, que se crearon en hospitales como el Juan Canalejo de La Coruña, donde funciona una UGC en el Área de Corazón, hasta Institutos de Gestión Clínica, como pueden ser los del Clínic de Barcelona. Se han ensayado diferentes modelos, modelos que han partido de servicios en concreto, dentro de un hospital, hasta modelos que han partido de una normativa, a nivel de Servicio de Salud, de una normativa central que, a partir de ahí, se ha ido incorporando a diferentes servicios o unidades en distintos hospitales y centros de Atención Primaria. Los modelos han sido diferentes, hay UGC donde realmente no existe una verdadera autonomía de gestión, o no tienen la posibilidad de gestionar un presupuesto propio, y hay, en cambio, Unidades donde la autonomía de gestión es una realidad, tienen su presupuesto, lo distribuyen y gestionan con autonomía dentro del propio centro o, incluso, con respecto al Servicio de Salud en el que se han implantado. ¿La llegada de las UGC ha supuesto un beneficio en la organización asistencial?

“La Gestión Clínica no puede ser nunca un modelo cerrado, si tú quieres unir dos unidades afines, y la gente no quiere hacerlo, no se debe hacer, porque va a encontrar hostilidad y malos resultados en todos los aspectos. Todo lo que se haga en gestión sanitaria y, por supuesto, en gestión de profesionales, debe ser con consenso, transparencia, información y verdadera cooperación, ese es el modelo para que las cosas funcionen”

Ignacio Muñoz Carvajal

LUIS PABLO JÚLVEZ Nuestra Unidad de Gestión Clínica es sui generis porque no estamos constituidos como tal, sino que,

de una forma natural, cuando los sectores de Zaragoza 1 y Zaragoza 2, se unieron, al cabo de un tiempo, se me ofreció la posibilidad de dirigir la Oftalmología de los tres hospitales que comprende esas dos áreas, el Servet, Royo Villanova y Hospital Provincial. Casi nace de la necesidad de gestionar, de forma unificada, esos tres centros y optimizar su funcionamiento, es como llegamos a constituirnos, entre comillas, como una UGC, por supuesto, con la colaboración, ayuda y apoyo de las gerencias del Servicio de Salud, del hospital y las direcciones hospitalarias. ¿Supone un beneficio en la organización asistencial? Sin duda, ha supuesto una auténtica revolución, lo que hemos hecho es intentar, desde dentro, valernos de las pocas o muchas herramientas que nos da el sistema para optimizar los medios que tenemos y, en esos dos sectores, poner el nivel de eficiencia, de calidad asistencial, mucho más arriba de lo que estaba.

ÁNGEL CEQUIER Es indiscutible que el beneficio ha sido relevante. Partimos de una ventaja, los Institutos Cardiovasculares son el escenario menos complejo, estoy seguro que hay otro tipo de especialidades que más complejas. Cardiología o cardiovascular es menos compleja porque los procesos están claramente definidos, dependen poco de otros servicios, pueden actuar con autonomía, las medidas de control o de evaluación, de coste o asistenciales, son fáciles, incluso con métodos sencillos de control y, además, el impacto económico y asistencial, en los hospitales, es importante. Es un escenario menos complejo, entre comillas, más fácil, y la rentabilidad, o llegar a hacerlo más eficiente, es relativamente sencillo. Desde el punto de vista de apoyo de procesos, en cuatro procesos bien definidos, controlados, con buenos indicadores, prácticamente evaluas el 90% de la actividad cardiovascular, es un escenario



ventajoso para los que tenemos responsabilidades dentro del Área Cardiovascular. Al mismo tiempo, las evidencias científicas acotan mucho los tratamientos, tiempos de actuación, es un escenario favorable para el desarrollo de la Gestión Clínica.

IGNACIO MUÑOZ Tengo una doble experiencia ahora en ejercicio, a nivel de una Unidad Clínica y a nivel de hospital de tercer nivel con más de 3.000 camas. La aplicación de los conceptos difiere pero, en el fondo, viene a ser lo mismo. Solamente la persona que tiene conocimientos y la responsabilidad de ejecutar el gasto, fundamentalmente el estamento facultativo, es el que tiene, verdaderamente, al menos en potencia, las herramientas para disminuirlo o, por lo menos, gestionarlo y racionalizarlo. ¿Cuál es el problema? Que, en un momento que tenemos una crisis de valores, no diría solamente en la sanidad sino en toda la sociedad, tener profesionales comprometidos, y más aún desde la crisis, con congelación y, después, decremento de los presupuestos y, por tanto, de todos los incentivos de los profesionales, ser capaces de seleccionar líderes adecuados para las Unidades Clínicas, y, centrado en esto, tener líderes comprometidos y capaces de disminuir la brecha que hay entre la dirección del hospital, directores de Unidades Clínicas y profesionales, gestionarlo adecuadamente y solventarlo. En otro caso, evidentemente, hemos pasado de una situación de mucha ineficiencia a una de calidad y eficiencia simultánea que es lo que pretende la GC, o sea, que sí.

FÉLIX RUBIAL Desde un plano puramente teórico y académico, la Gestión Clínica tiene que ser un beneficio porque transfiere la responsabilidad a los profesionales en el uso de los recursos, genera una cultura complementaria, de gestión de los mismos, en profesionales con un bagaje enorme-

mente clínico, y es un paso más adelante en la asunción de responsabilidades por parte de los profesionales. Existen evidencias al respecto, lo que no estoy tan seguro es que, si no existiese la GC, hubiésemos llegado a esos mismos resultados, buenos procesos, buenos indicadores de medida, buena evaluación de los mismos y vuelta a empezar en un ciclo de mejora continuada. Como herramienta la GC es extraordinaria, como modelo organizativo tiene sus dificultades y, efectivamente, el Área del Corazón de Coruña ha sido una de las experiencias pioneras en España, pero hemos tenido enormes dificultades, probablemente por un problema de inoportunidad, en el momento en que hemos querido normativizar la Gestión Clínica. Hemos dado el paso de hacer explícito un marco normativo, para relanzar la GC de manera transparente, y nos hemos topado con una realidad hostil. Teniendo en cuenta esas particularidades, soy un poco más escéptico aunque, en lo profundo de mi corazón y mi cabeza, estoy de acuerdo con mis compañeros de mesa.



Félix Rubial Bernárdez

MARÍA CODESIDO Si existe un consenso sobre que las UGC suponen un beneficio en la organización asistencial y para los pacientes, ¿por qué, después de tantos años, no se han extendido? Me pregunto si existe GC más allá del corazón, porque parece fácil implantar UGC en el Área del Corazón, ¿qué barreras existen para el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica?

ÁNGEL CEQUIER La gestión pasa como con los colores, puede ser un gradiente de intensidad de gestión de autonomía, desde ser una autonomía asistencial, de procesos, económica y global, de personal, y, en este punto, hay barreras del sistema que son difíciles de vencer. La primera barrera, y sin ella no va a haber Gestión Clínica, es el compromiso de la organización del centro, del cuadro directivo, de gestión, tiene que creérselo, implicarse, favorecerlo y dar soporte, sin esto es imposible. Después está el liderazgo, requiere un reconocimiento por parte de los profesionales, sino va a ser un problema, tiene que tener cierto grado de conocimientos, desde el punto de vista de gestión y con respecto a la metodología, crear equipo y tener una experiencia previa de su funcionamiento, es difícil poner un gestor clínico, en una unidad, sin experiencia en gestión de equipos.

“La primera barrera, y sin ella no va a haber Gestión Clínica, es el compromiso de la organización del centro, del cuadro directivo, tiene que creérselo, implicarse, favorecerlo y dar soporte. Después está el liderazgo, requiere un reconocimiento por parte de los profesionales, sino va a ser un problema, tiene que tener cierto grado de conocimientos, desde el punto de vista de gestión y con respecto a la metodología, y, después, crear equipo, y éste implicarse”

Ángel Cequier

El equipo tiene, y es el aspecto más importante, que implicarse, y no es sencillo en el momento actual de ambiente de depresión en el sistema público. Mi hospital tiene la suerte de tener un equipo relativamente joven, no existe este grado de desmoralización que aparece más en profesionales de mayor edad. Si el equipo ve que mejoría en los procesos, en el nivel asistencial, en la coordinación entre los diferentes niveles

asistenciales y facilita la peor labor que tienen los equipos, tanto enfermería como cuerpos médicos, que es la carga burocrática de esfuerzo para hacer lo habitual, el equipo se va a implicar. Las barreras del sistema como la dificultad de movilización o fichar profesionales específicos, son importantes, pero las otras tres son básicas, el resto de las limitaciones del sistema son más secundarias, pueden, con dificultad, esfuerzo, solucionarse.

LUIS PABLO JÚLVEZ Muchas barreras. Tenemos un proceso enorme que, históricamente, nos ha supuesto el mayor bolo de digestión, es la cirugía de la catarata, son más del 80% de nuestras cirugías mayores. Nos dimos cuenta de eso, desde los profesionales, desde dentro hablando, colaborando, con la dirección, desde el punto de vista de un profesional, que se dedica a la clínica y hace gestión de una forma “amateur”, y lo que hicimos es aislar el proceso, cambiar el proceso, dejar un hospital de proceso exclusivamente y, con eso, hemos mejorado mucho nuestra rentabilidad. Y, a partir de ahí, ha empezado a pivotar todo lo que es el resto de un embrión de una Unidad de Gestión Clínica que no tiene independencia económica, pero que, por lo demás, lo es. ¿Qué barreras encuentras? La primera barrera, evidentemente, la legislación, es un corsé difícilmente salvable, hay que darle la vuelta, por donde se puede, para estar dentro de nuestros límites legales, aquí no tenemos una ley de UGC. Primero la barrera legal, luego la de convencer a la gerencia que somos capaces, profesionales implicados, queremos hacerlo y lo vamos a llevar a cabo. Y está la barrera de nuestros compañeros profesionales, como siempre, la resistencia al cambio. No creo que haya un problema específicamente con las UGC, hay el problema con cambiar el papel de la enfermería o de cual-

quiera de los procedimientos que se realizan día a día, porque la gente se encasilla y es muy difícil hacerla moverse, y más si no hay incentivos, porque no tenemos manera de incentivar o la incentivación es muy baja. Cuando el proceso empieza a rodar y a haber evidencias de que se mejora la calidad asistencial, que no se trabaja más sino mejor, y el procedimiento en sí empieza a funcionar, empezamos a tener la implicación de todos los profesionales, de arriba a abajo, siempre hay unos más implicados, y, al final, hasta los más “díscolos”, que los hay, entran en la corriente. Es el punto en que nos encontramos y puede ser un modelo para otras especialidades.

FÉLIX RUBIAL Nos habíamos empeñado, como estrategia, desde el año 2009, en la necesidad de normativizar, establecer un marco transparente conocido por todos los profesionales, que nos permitiese hablar de Gestión Clínica de una manera voluntaria, con transparencia, unos incentivos pactados, regulados, conocidos, y, después de un proceso laborioso de elaboración de la normativa, no hemos encontrado más que dificultades y miedo. Miedo en los profesionales, incluso en aquellos con un mayor nivel de formación, compromiso, conocimiento, temor a lo que podía representar. Es cierto que se ha producido una concatenación de hechos desgraciados, el hecho de que el Estatuto Marco se haya cambiado en una Disposición Adicional, vinculada a una Ley de Farmacovigilancia, no ayudó, publicado un 25 de julio que, en Galicia, es un día muy especial; tampoco ha ayudado el ruido, a nivel del Estado, en los distintos modelos organizativos de otras Comunidades Autónomas. Desde luego ha habido un enconamiento y ensañamiento sindical, ceremonia de confusión asociando Gestión Clínica con privatización, sin tener en cuenta que la Gestión Clínica se lleva

haciendo en España desde hace mucho tiempo, y nunca ha sido sinónimo de privatización necesariamente. Y, en ese sentido, hay que hacer autocrítica, no lo hemos hecho bien, no hemos sabido convencer al porcentaje de profesionales que estaban dispuestos a ser convencidos, y nos hemos dado de bruces con una realidad, un Decreto, el 36/2014, que regula el modelo de GC en Galicia, pero que nos está costando Dios y ayuda llevarlo a la práctica. Incluso mi conseller dice que la Gestión Clínica está muerta, yo soy más del depende, y, a lo mejor, habría que avanzar a un cambio de terminología, no sé si el término Gestión Clínica está exprimido y tendríamos que buscar uno equivalente que viniese a representar una herramienta, por una parte, y un modelo organizativo, por otra, con distintas graduaciones de autonomía y que quitase el sambenito a la GC, al menos en Galicia, de sinónimo de privatización, no hemos sido capaces de quitárnoslo.



Luis Pablo Júlvez

IGNACIO MUÑOZ No es fácil hacer Unidas del Corazón que funcionen cohesionadamente y sin conflictos, estoy en desacuerdo, son como otras cualquier, hemos tenido y tenemos dificultades importantes para conseguir armonía, no es una cuestión de conocimiento, es más global y de personas. El principal problema, unos dicen que está muerta, otros enferma, yo digo adormecida, pero hay que despertarla porque la situación actual no está ayudando,

los profesionales se sienten agredidos, y no sin razón, me han bajado el sueldo, hemos quitado vinculación a los eventuales, esa situación es la que tenemos. Y hemos tenido la torpeza, los gestores y altos gestores, de no saberle transmitir a los profesionales una cosa tan simple como que todo, nuestras posibilidades laborales y nóminas, desarrollo profesional, depende de la viabilidad del Sistema Sanitario, su financiación y sostenimiento, que en economía doméstica es tan fácil, no entendemos como los profesionales no son capaces de percibirlo, y nosotros de transmitirlo.

“A lo mejor habría que avanzar a un cambio de terminología, no sé si el término Gestión Clínica está exprimido y tendríamos que buscar uno equivalente que, al final, viniese a representar una herramienta, por una parte, y un modelo organizativo, por otra, con distintas graduaciones de autonomía y que quitase el sambenito a la Gestión Clínica, al menos en Galicia, de sinónimo de privatización, no hemos sido capaces de quitárnoslo”

Félix Rubial Bernárdez

El núcleo de la GC deben ser las Unidades de Gestión Clínica, y es básica y fundamental la figura del director, tenemos que tener liderazgos adecuados, ahí veo el principal escollo, porque deben ser personas comprometidas, con conocimiento en gestión y capaces de hacer cosas que a todos nos cuesta y atemoriza un poco, que es tener transparencia con los profesionales y delegación de funciones, no solamente los profesionales médicos, también la enfermería, y ser capaces de otorgarles competencias para tomar decisiones vinculantes con las Unidades y el hospital. Las direcciones del hospital tienen que ser imaginativas y generosas, en el sentido de que si a los profesionales les estamos pidiendo un

esfuerzo y que de su gestión se van a derivar beneficios económicos, una parte, por muy mal que esté la situación económica, debe derivarse a incentivos, si económicos no, sí en reinversiones en sus estructuras asistenciales, porque el esfuerzo de gestión va a ser mayor y, por tanto, siempre vamos a tener excedentes para poder compensar a las Unidades Clínicas eficientes. Y dotarles de herramientas reales de gestión, porque la GC no puede ser un documento ni palabras, tiene que ser delegación de manejar los presupuestos, gestión de la estructura asistencial, de las camas, porque no solamente es una cuestión asistencial, hay que avanzar en investigación, desarrollo tecnológico, competitividad, relaciones con industrias privadas. ¿Cuál es el secreto? Que los profesionales y directores sean personas con perfil adecuado, con la competencia para hacer todo esto, ser interlocutores de la brecha que hay con la dirección y los profesionales. Ahí tenemos que avanzar, ser generosos y valientes todos.

MARÍA CODESIDO ¿Cómo incide la Gestión Clínica en los profesionales?

LUIS PABLO JÚLVEZ En mi centro he percibido que ven todo este tema con temor, la situación económica es la que es, estamos oyendo la privatización de Madrid, nos cuentan los horrores de la externalización, y algunos piensan, hasta que empiezan a ver que no va así, que se está intentando, desde las gerencias, privatizar la sanidad, que es el mensaje que lanzan los sindicatos, que estáis oyendo. He trabajado siempre en la sanidad pública, considero que es mi empresa, quien me paga y me debo a ella, y creo que los demás profesionales deben hacer lo mismo, aunque hay diversos grados dentro del profesional tiene que cambiar de rol, adquirir responsabilidades, hay gente que lo asume con naturalidad, pero hay mucho profesional que adquirir

más responsabilidades no lo ve claro porque, además, están fuera de su ámbito clínico, sobre tema económico, de funcionamiento, de estructura, lo ven con cierto temor. Cuando se empieza a entrar en la dinámica, empiezan a verlo de forma más natural y las cosas empiezan a fluir de otra forma, el problema es empezar a andar. Si, en este momento, pudiera incentivar a mis profesionales económicamente, o de otra forma, estaríamos dándole la vuelta y empezando a crear, me da igual que lo llamemos UGC, como queráis, no lo tengo legislado, por tanto podemos cambiar el nombre, tenemos una serie de herramientas, vamos a ponerlas, porque es la lógica, sin una Gestión Clínica, como queráis. Dentro de unos años, la Sanidad Pública, tal como la concebimos en España, no tiene futuro, lo sabemos, como no hagamos un cambio o intentemos implicarnos, cambiar nuestra forma de funcionamiento, no va a ningún sitio. Si queremos una Sanidad Pública universal, de calidad y con una Cartera de Servicios amplia, lo que tenemos, aunque sea con sus defectos, vamos a un modelo de este tipo o estamos muertos.

FÉLIX RUBIAL He hablado de resistencia de las organizaciones sindicales y cierta parálisis de los profesionales, temor incluso, y sabemos que el miedo es capaz de paralizar las capacidades intelectivas de las personas, bloquearlos, incluso las mejor formadas. Nos ha ocurrido con la GC, no niego el compromiso, nuestros clínicos, sobre todo los profesionales médicos, han estado haciendo GC como herramienta, aplicando técnicas de GC, con distinto grado de éxito y compromiso, en prácticamente todos los centros, pero me interesa la GC más allá, como modelo organizativo que sobrepase el tradicional, basado en la especialidad, y que no tiene nada que ver con la forma en que enferman nuestros pacientes. Tene-

mos una realidad organizativa basada en la especialidad que, salvo cuestiones puntuales, no corresponde con la forma en que nuestros pacientes pluripatológicos, añosos, enferman, el patrón epidemiológico difiere del modelo que hemos organizado para darle respuesta. Hay una serie de dificultades marcadas porque es contracultural, la experiencia, en cardiología y cirugía cardiovascular, probablemente sea exitosa porque son áreas en las que son autónomos y necesitan poco apoyo de otras unidades pero, en otras especialidades, es más complejo. El compromiso no lo niego con la GC como herramienta, sí como modelo de organización, el liderazgo es imprescindible, un buen liderazgo resuelve enormes problemas, y habría que saber si el líder nace o se hace. Es necesaria formación, los clínicos están extraordinariamente formados para hacer clínica, pero deficientemente formados para gestión, aunque hemos dado pasos. Es imprescindible hacer inclusiva la GC a los profesionales, del primero al último, ahí hay una enorme responsabilidad del personal médico, tenemos que ser capaces de implicar a todas las categorías profesionales, porque tiene que ser un cambio de modelo en la vía de mayor viabilidad y sostenibilidad del sistema.



María Codesido López

IGNACIO MUÑOZ La Gestión Clínica no puede ser nunca un modelo cerrado, si tú quieres unir dos unidades afines, y la gente no quiere hacerlo, no se debe hacer, por-

que va a encontrar hostilidad y malos resultados en todos los aspectos. Todo lo que se haga en gestión sanitaria y, por supuesto, en gestión de profesionales, debe ser con consenso, transparencia, información y verdadera cooperación, es el modelo para que las cosas funcionen. La imposición y los modelos cerrados no funcionarán nunca, y eso está ocurriendo en muchos servicios, hospitales y unidades de España. Que no se sientan los profesionales maltratados porque nosotros los estemos maltratando y reflexionemos, los gestores, cómo estamos haciendo las cosas, y cuento los políticos.

“Cuando el proceso empieza a rodar y haber evidencias de que se mejora la calidad asistencial, que no se trabaja más sino mejor, y el procedimiento en sí empieza a funcionar, empezamos a tener la implicación de todos los profesionales, de arriba a abajo, siempre hay unos más implicados y, al final, hasta los más, entre comillas, díscolos, que los hay, entran en la corriente”

Luis Pablo Júlvez

Hace siete años, cuando empezamos con nuestra unidad, que tuvimos un nivel de descentralización y competencias adquiridas muy alto, pasamos de un servicio jerarquizado con 55 camas de funcionamiento diario, una planta llena y media periférica, a uno con 15 camas funcionando diariamente, una reducción del 80% en la estancia media, 90.000 estancias ahorradas a los hospitales, en estos años, en comida ahorramos un millón de euros, porque hay menos pacientes, y 400.000 euros/año en gasto farmacéutico. Esas fueron las consecuencias inmediatas pero, al mismo tiempo, bajo la mortalidad el 80% y las infecciones nosocomiales de manera drástica. Como funcionó así, el hospital fue generoso y nos proporcionó un plan de inversio-

nes, pusimos un hospital de día, un quirófano propio en la planta y una unidad de cuidados intermedios, con lo cual las estancias en la UVI pasaron de cuatro días a 24 horas en el 88% de los pacientes, y, siendo las estancias el 80% menores, disminuyeron el 70% los reingresos antes de los treinta días. Después llegó la crisis económica, se acabaron las inversiones, los incentivos y un poco la sensación percibida por el profesional de que esto era una cosa buena. Sería injusto hablar de gestión sanitaria en el contexto de una crisis económica, satisfacción de usuarios e incidencia en los profesionales, porque el profesional no está contento ahora, se haga lo que se haga. Hacen falta buenos líderes, que les demos competencias y ser imaginativos para buscar incentivos, aún en tiempos de crisis, porque si el profesional coopera va a haber excedentes presupuestarios para dar incentivos, aún repercutiendo en los sistemas la mayor parte de las cantidades que se están ahorrando.

ÁNGEL CEQUIER Probablemente, por la tradición que había en Cataluña de institutos e, incluso, en mi hospital, hice la residencia en Patología del Corazón, dirigido por un cirujano cardiaco, no hubo resistencia por abrir una Unidad de Gestión Clínica. El otro problema, todas las encuestas, los profesionales, el primer grado de incentiación es el económico. Esto obliga a una reflexión si queremos hacer el sistema sostenible, la concienciación o la implicación del médico, en la utilización racional de los recursos, es determinante si queremos mantener el sistema. Es un aspecto muy importante porque si los profesionales, no los gestores únicamente, no comulgan, no se implican con esta idea de que la utilización racional de los recursos puede suponer un beneficio, con un incremento de la eficiencia, para todos, para los pa-

cientes indudablemente, y para los profesionales, será difícil si continuamos en el camino que el Sistema va. Es difícil implicar, fuera de los incentivos económicos, a los profesionales si no ven, por ejemplo, que todas las medidas de gestión implican un soporte, que puedan aplicar, para su actividad diaria, porque hay profesionales muy implicados con aplicar las novedades, recomendaciones que aparecen en las guías, avances. Si se implica a los profesionales en el rediseño de procesos y, sobre todo, facilita que puedan establecerse posiciones de coordinación para determinados procesos, es, quizás, un aspecto que puede ayudar a la motivación de los profesionales. Pero no es sencillo, a no ser que vean, con bastante claridad, un beneficio desde el punto de vista de la labor práctica asistencial o algún otro reconocimiento.

MARÍA CODESIDO En gestores, directivos de los centros, mandos intermedios, jefes de servicio o supervisoras, ¿qué cambios de rol implica, a nivel de gestión?

FÉLIX RUBIAL Si estamos hablando de dotar de mayor autonomía de gestión a las Áreas o Unidades de Gestión Clínica el papel del gestor debe pasar a un segundo plano. Tiene que establecerse un marco de confianza y ser conscientes de que nuestro papel tiene que ser el de soporte a lo importante, que es la gestión que hacen nuestras Áreas o Unidades, supone un cambio de chip. Es importante incidir en la formación de los profesionales más asistenciales, en el ámbito de la gestión, dotarlos de las herramientas para que hagan un buen uso de esa autonomía teórica, que se les va a ceder, y, a nivel directivo, además de una reducción de los cuadros directivos, tiene que haber un cambio de rol que nunca debe de ser de liderazgo, en vez de estar delante *traccionando*, debemos estar detrás empujando.



Ángel Cequier

LUIS PABLO JÚLVEZ El gerente del Salud, el del hospital, han ido cambiando un poco de mentalidad. No voy a decir que haya desconfianza en los profesionales, no la hay, a lo mejor sí en la capacidad gestora del profesional. Cuando esa barrera se va venciendo, yo he tenido la fortuna que los dos gerentes de Salud, en año y medio, y los tres gerentes de los sectores 1 y 2, con los que he trabajado, me han entendido y colaborado conmigo. Tiene que pasar de ser una cosa piramidal, que ahí está el gerente, debajo el director, a ser una especie de consejo de dirección que lleve la Unidad. Puedo dirigir la Unidad, pero si no es con la connivencia, las sinergias que he tenido, y espero seguir teniendo, que ellos entiendan mis necesidades y los problemas de los profesionales, y yo sepa transmitirlo a mi gente de abajo, es imposible. El gerente tiene que bajar un poco del despacho de la gerencia e integrarse en el equipo, con un cierto papel de liderazgo pero, quizás, empujando desde atrás en vez de tirando desde adelante, apoyando las decisiones y, si quieres, moderando un poco o viendo qué necesitas. ¿Necesitas que apoyemos aquí, allá? Generalmente no es un tema económico, no es un tema que no esté en la mano de ese gerente. Las supervisoras, otro de los problemas que nos podemos encontrar, somos dos compartimentos estancos, no tengo ninguna potestad sobre el personal que hay alrededor de mis facultativos, cero, si ellas no colaboran,

y esa es una labor desde arriba, que les digan: “Vamos a ver cómo haces esto”, ¿cómo puedo cambiar ese modelo? De ninguna forma. Dentro del Servicio tenemos un problema con la enfermería porque tengo que cambiar el modelo, no puedo estar trabajando con el tradicional médico enfermera consulta, ya no se funciona así, para hacer ese pequeño cambio, dentro del Servicio, supone un obstáculo casi insalvable, hay que cambiar el modelo dentro y el gerente tiene que entenderlo, porque tiene que dar las herramientas para que podamos cambiar el modelo.

“Los modelos han sido diferentes, hay UGC donde realmente no existe una verdadera autonomía de gestión, o no tienen la posibilidad de gestionar un presupuesto propio, y hay, en cambio, Unidades donde la autonomía de gestión es una realidad, tienen su presupuesto, lo distribuyen y gestionan con autonomía dentro del propio centro o, incluso, con respecto al Servicio de Salud en el que se han implantado”

María Codesido López

ÁNGEL CEQUIER Por parte de los órganos de gestión del hospital tiene que haber confianza, sino la UGC no va a funcionar, implicación y facilitación. Hay marcadores asistenciales y económicos que, a lo largo del proceso, pueden reevaluar o corregir, pero requiere un grado de generosidad, pérdida del control tradicional y de la desconfianza que los gestores, los directores médicos, han tenido siempre sobre los clínicos. Esto es importante porque da la responsabilidad a los responsables de las Unidades y ésta debe ser transmitida a los mandos intermedios, los jefes clínicos y la jefa de enfermería del Área, sean las supervisoras, que tienen que modificar su perspectiva, adquirir una serie de conocimientos de gestión, implicarse dentro de

sus Unidades, modificar la visión que tienen, conocer bien los procesos, requiere un cambio, desde el punto de vista conceptual, de sus responsabilidades asistenciales, que tienen que volverse en responsabilidades de gestión, y estar implicados y convencidos con respecto al desarrollo de los procesos, ya sean jefes clínicos como los coordinadores del proceso. No es sencillo pero, indudablemente, facilita, los procesos que hay una implicación van perfectos, y los que no crujen por todos los sitios.

IGNACIO MUÑOZ Tengo una visión privilegiada porque tengo tres trajes. Primer traje, de médico del hospital, opero todos los días, una vez a la semana cirugía mayor y consulta externa, soy responsable de la planta de hospitalización, veo a mis pacientes todos los días, a las siete de la mañana y a las tres, uno por uno, incluidos los fines de semana, tengo una visión asistencial bastante completa, y sé lo que es la asistencia y los intrincados problemas que dan los pacientes, los familiares y la estructura hospitalaria. Me visto de director de la Unidad, veo los problemas con la enfermería, de cohesión y gestión de una estructura esencial, que opera 1.700 pacientes al año y tiene cien profesionales. Y me pongo un tercer traje, de director asistencial, que tiene que coordinar 42 Unidades Clínicas y ser interlocutor de todas, desde el punto de vista asistencial y de gestión. Sí hemos hecho un cambio importante en el rol de los gestores: la gerente del hospital, Marina Álvarez, hasta hace un año era directora de una UC compleja, como es la radiología, viene de la asistencia y sabe como es la asistencia. El director asistencial ha sido y sigue siendo director de una UC. ¿Qué tenemos que ser los gestores? Facilitadores, no ya estar en la gestión, parte de la gestión básica la tenemos que hacer, el desarrollo de los presupuestos, el contrato pro-

grama, objetivos básicos del hospital, pero tenemos que delegar en los directores de Unidades Clínicas y en los liderazgos. Y los directores de UC se tienen que creer que lo son, y lo son de médicos, enfermeras, celadores y personal no sanitario, sino esto no va a funcionar, si no hay cohesión. Tengo problemas con la enfermera porque la crisis se lo lleva todo por delante en el Capítulo 1, pero tengo potestad para cambiar los turnos a mis enfermeras, y si una la tengo en el hospital de día la cambio al otro sitio. Ahora tengo un plan, más ambicioso, de hacer una gestora de cuidados para todas las áreas, incluyendo consulta, áreas de diagnóstico, planta hospitalización y quirófano, y cambiar la enfermera de un sitio a otro, y eso hay que armonizarlo con la normativa, siempre rígida, de los sistemas públicos de salud. Pero, si no tenemos cohesión y los directores no tienen potestad para todo su personal, no va a funcionar, se lo tienen que creer y el problema principal, ahora, no está en los altos gestores, está en los mandos intermedios, que tienen que ser personas no sólo comprometidas sino formadas y capaces de mantener el liderazgo, y transmitir transparencia y dedicación real a sus profesionales.

MARÍA CODESIDO ¿Han mejorado los resultados con la incorporación de este modelo? ¿Supone una mejora para el paciente y es más eficiente esta forma de gestión?

LUIS PABLO JÚLVEZ En nueve meses, que empezamos a hacer el modelo completo, hemos duplicado el número de cirugías de cataratas, el año pasado hicimos 3.000 y este vamos a acabar con 5.800. Es muy importante porque así el Sistema Sanitario sabe que estamos haciendo una gestión más eficiente en lo que es coste eficacia. En calidad, al llevarnos el proceso a un solo centro, en el centro de Zaragoza, un hospital más pequeño, amigable, para hacer un

tipo de cirugía mayor ambulatoria, muy accesible para el paciente, al llevar todo el proceso se ha humanizado. Podemos hacer una consulta más personalizada, todo el personal sabe lo que hace, con lo cual funciona de una forma más fluida.



Ignacio Muñoz Carvajal

En términos de calidad del paciente, mucho mejor, eso ha trascendido que, en los otros dos grandes hospitales, hemos “dejado hueco” para llevar cirugías más complejas. Hemos conseguido aumentar la calidad, en los otros dos centros, y la calidad de esa cirugía que es, teóricamente, menos compleja, aunque tiene sus complicaciones, pero en volumen absoluto no es así. Hemos aumentado en una cosa y en la otra y conseguido, al aumentar el volumen de las cirugías, aumentar las inversiones tecnológicas que nos dan las empresas para mantener nuestra calidad tecnológica, tanto en diagnóstico como en el ámbito quirúrgico. Les digo a mis gerentes: tenemos un jarrón chino, no lo apretéis demasiado porque nos quedaremos sin jarrón. En estos momentos estaremos en España, como servicio, entre los cinco primeros seguros, en productividad, número de facultativos, y en dinero en coste eficiencia.

FÉLIX RUBIAL Los resultados de las Áreas de GC, que tenemos funcionando en Galicia, no acogidas al decreto, han mejorado. No estoy convencido de que, si hubiésemos dado idénticas herramientas de gestión de procesos, evaluación y mejora con-

tinua, en función de los resultados, no hubiésemos conseguido los mismos. Seguimos manteniendo incentivos y, por tanto, ahí hay un elemento importante de incentivación y mi frustración, en este sentido, es no poder vestir con arreglo a un decreto que establece una determinada estructura y conformación de las Áreas de Gestión Clínica interdisciplinares. El problema, que comentaba Luis, en la Sanidad Pública española es la interdisciplinariedad en la asistencia sanitaria, es una necesidad, o garantizamos, desde las Administraciones, los responsables, los elementos para que esto se produzca, o estaremos condenados a hacer una asistencia de segunda división, no nos lo podemos permitir. Sí ha mejorado, soy más escéptico en cuáles son los elementos que han hecho que esta mejora se deba a la Gestión Clínica o no, pero es evidente que los resultados publicados por parte de UGC así lo revelan.

ÁNGEL CEQUIER Llevamos con el Área tres años y medio, y el proyecto, que habíamos establecido, se tuvo que modificar porque coincidió con el inicio de la crisis económica. Pero la definición que hicimos con los procesos, simplemente el hecho de organizarlos u ordenarlos, impactó sobre la eficiencia, más cosas, pero radicalmente es orden, ordenar el sistema de los pacientes con síndromes coronarios agudos, donde entran, por donde pasan y a donde tienen que ir, con arritmias y marcapasos, con insuficiencia cardíaca y agudopatías, soluciones el 95%. El aspecto que podía ser un punto de riesgo era la integración entre cardiología y cirugía cardíaca, pero fue funcional, para facilitar la actividad de los dos servicios, nada más, una facilitación de actividad, responsabilidades, ni física ni jerárquica, que creo tiene que ser, lo importante es que el paciente vaya lo mejor posible entre uno y otro servicio, indepen-

dientemente de quién es el jefe Clínico o el del Servicio. Quizá el aspecto que ha facilitado tener buenos resultados, sobre todo en el último año y medio, con respecto a la calidad de las altas; al incremento de la complejidad; la estancia media se ha reducido; la relación con respecto a los costes, a la reducción de los costes y a la del presupuesto del Área; obteniendo, incluso, incrementos de actividad, ha sido que hemos sido afortunados porque era una plantilla joven, y la participación del resto de gestores clínicos, de enfermería, ha sido espectacular. La gente se ha implicado, se entendió la optimización y racionalidad en los recursos, la adquisición de responsabilidades, también ha sido más coyuntural en el sentido de que han coincidido una serie de aspectos. Tengo que decir que, indudablemente, el aspecto básico es que la gerencia, la dirección del centro, han creído, y esto facilita, después, teniendo medidas o marcadores de control y de evaluación, pero esto es muy importante porque evita un desgaste, a veces excesivo, que penaliza la realización de muchas actividades.

IGNACIO MUÑOZ Cuando presenté los primeros datos, con el modelo 2009, porque en 2008 no hicimos el año completo, de nuestro sistema de GC, aporté un cambio de 2.800 estancias evitables a 7.900, ese año, supusieron 73% de todas las estancias evitadas de un hospital de tercer nivel, fueron datos muy impactantes y lo mismo en datos clínicos, incluso de satisfacción de usuarios. A partir de ese momento hice todos mis resultados por fuentes externas, vienen vía CMBD, de los sistemas de información del hospital, de la web corporativa de resultados clínicos y del Instituto de Investigaciones del hospital y, por tanto, no aportó ni un solo resultado, ni clínico ni de gestión, que sea obtenido por mí o mi equipo, eso le da fiabilidad.

Son resultados impactantes en cuanto, primero, resultados en salud, seguida del paciente y datos de gestión. Además tengo datos, que no se suele decir, ahora y durante siete años consecutivos, tenemos el número uno en el hospital de satisfacción de los usuarios, con más del doble de las siguientes unidades que vienen detrás. Todo esto redundando en el paciente y él percibe que lo están haciendo bien. Se habla mucho de incentivos, y hay que hablar, pero no se habla de régimen disciplinario, estaremos de acuerdo que hay comportamientos de profesionales inaceptables y, por tanto, tenemos que tener las dos cosas en la mano, los incentivos, que sean posibles, y el régimen disciplinario, para que una persona, que no hace lo adecuado, no pueda hacerlo, porque crea una filosofía de que no es posible cualquier comportamiento, por muchas crisis y decrementos en nuestras asignaciones salariales, los gestores y directores de la clínica nos tenemos que comprometer también en premiar a unos y aplicar disciplina a otros.

Porque las UC, por mucho que sean participativas, y es otra cuestión que se podría debatir, no es un movimiento asambleario, el director de la Unidad tiene que tomar siempre las decisiones finales, teniendo en consideración la opinión y ejecutando, más o menos en consenso, todo lo que se hace, decide y opina, pero el director toma las decisiones en solitario. Y el director del hospital y el gerente del hospital, en solitario, en contra de todo el mundo, porque está convencido de que estructural o coyunturalmente es necesario. Ahora, en la generalidad de los casos, no puedes quedarte solo frente a los profesionales, estará en consenso con ellos, pero siempre tendrás autoridad y posibilidades de tomar decisiones en solitario si habitualmente eres participativo con los profesionales.

Turno de preguntas

PARTICIPANTE 1 Soy jefe de Servicio de Radiología, en Alicante. Lo que están manifestando es una manera diferente y mejor de hacer las cosas, que se traduce en unos resultados positivos. ¿Por qué es necesario encuadrar esto en una UGC y no se hace todos los días? Muchos jefes saben gestionar procesos, ¿no podemos hacer nuestros procesos mejor sin necesidad de llamarlo Gestión Clínica? Para hacer las cosas bien no hace falta el paraguas de la GC, hay que exigirlo, y la Administración, a pesar de la rigidez, tiene mecanismos para exigir a los profesionales como tenemos que trabajar, para obtener resultados. Están hablando de cosas comunes que muchos servicios hacen, mejorar resultados a través de la mejora de los procesos, implicando a todos los profesionales, y su implicación no pasa siempre por la incentivación económica, hay otros incentivos.

ÁNGEL CEQUIER Estoy de acuerdo, un jefe de servicio está haciendo Gestión Clínica cada día, el concepto de UGC intenta abarcar un poco más de la gestión diaria de los servicios, intentando estructurar, con una serie de procesos en los que entran una serie de actores y, teóricamente, la UGC es cuando la autonomía llega hasta el punto final, que es el de la económica, de gestión de personal y de profesionales. Esto es el espectro de una UGC, estoy seguro que hay UGC que hacemos la gestión peor que muchos servicios. Esto depende no sólo de la estructura, el nombre y la estrategia que se plantee, sino de los profesionales. El concepto de UG es porque intenta llegar al punto más extremo del espectro.

IGNACIO MUÑOZ Hablamos de lo mismo, un buen líder lo hará bien se llame como se llame y sea cual sea la normativa, hace falta una persona comprometida, con co-

nocimientos y capaz de cohesionar a los estamentos, si das los posibles incentivos que haya, de manera muy vertical, lo estás haciendo mal, tienes que dar no solamente los incentivos sino la información de todo lo que se está haciendo y la participación a todos los estamentos de tu unidad, y es fundamental practicar con el ejemplo.

FÉLIX RUBIAL Se pueden conseguir resultados desde la Gestión Clínica o sin ella, pero la GS nos permite algo que el modelo organizativo tradicional no, que es conseguir que, en torno a las Áreas de GC o UGC, se conformen equipos, estructuras interdisciplinarias homogéneas, que la organización tradicional en servicio y categorías profesionales no permite, no tienes mando en plaza sobre tu personal no facultativo, y es una dificultad, eso puede estar resuelto en la Gestión Clínica y, desde luego, implicando a toda la amalgama de profesionales que participan en un proceso. Nuestro modelo organizativo, el del decreto, incorpora a la GC a todos los profesionales con incentivos, escalados para todos, también económicos, queda a criterio del Área de Gestión Clínica decidir si lo son o no.

LUIS PABLO JÚLVEZ Llámalo como quieras, pero dame la herramienta para que pueda hacerlo. Para el cambio que hemos hecho en el Servicio necesito un paraguas donde poder integrar diferentes profesionales, los oftalmólogos lo bueno es que nos lo comemos y nos lo bebemos, no somos médicos, cirujanos, pero estamos ahí englobados, me vendría muy bien tener en el equipo dos anestesiistas, x enfermeras, x optometristas y eso me lo da el paraguas de GC. Llamarlo como queráis pero necesito una estructura que el sistema, tal como está concebido, al menos en Aragón, no nos da, ni me da a mí, ni a mi gerente, ni a mi director médico, ni al director del otro hospital. La gerencia del sector 1 y 2, de los tres

hospitales, es la misma, pero luego tengo un director médico en cada hospital, ahora en dos de los hospitales es el mismo, y, afortunadamente, me llevo muy bien con ellos, están en el proceso y en el procedimiento pero si no seguro que tenía mil obstáculos. Estoy de acuerdo con el tema mandos intermedios, yo soy el comodín del servicio, aparte que hago una labor, tengo que ver que en el ambulatorio hay unas carencias y necesidades que, si no estuviera trabajando allí un día, no las vería. Implicación del profesional, desde el primero hasta el último, de los mandos, desde el gerente, la dirección a cualquier mando intermedio que podáis encontrar, y dale el nombre que queráis.

CARMEN LARRAMENDI, jefe de Servicio en el Hospital Severo Ochoa de Madrid. Uno de los problemas que veo es, que se creó hace 25 años, las Direcciones Médicas, Enfermería y Gestión al mismo nivel, porque es imposible. Me daba mucha envidia Andalucía porque las UGC uno puede mandar en todos, es imposible, si estamos todos al mismo nivel, que se haga una gestión, no tengo capacidad, por ejemplo, en mandar en los técnicos de laboratorio, hay un lío de competencias, que hay que reinventarlo de una forma rápida, nadie más que nadie, pero es imposible.

IGNACIO MUÑOZ Eso requiere un compromiso por nuestra parte, porque el mayor error que, a mi juicio, se ha cometido en la Sanidad Pública, es lo que estás diciendo, equiparar los estamentos sanitarios, y no solamente hacerlos paralelos sino divergentes. En toda la estructura de mi UGC, dos de las áreas más relevantes, económica y gestión, donde se analizan todas las acreditaciones externas, parámetros de calidad, seguridad del paciente, acuerdos de gestión, las dirige una enfermera, hay que darles protagonismo, se

tienen que sentir partícipes del modelo. El director de la UC se tiene que creer que es director de toda la UC y las autoridades sanitarias concederle esa potestad.

LUIS PABLO JÚLVEZ Hay una dificultad muy importante, ya no es mandar, es, simplemente, que no puedes gestionar, parece que van en contra de las iniciativas que vas tomando, y no puede ser. Nuestra Área es muy específica, oftalmología, lo que están consiguiendo las enfermeras con esto, yo se lo digo, es torpedear su profesión. Ahora no quiero incorporar en mi equipo enfermeras, quiero optometristas, ¿me podría hacer una enfermera el mismo papel?, prácticamente, si la entreno bien y está integrada en el equipo, tengo unas enfermeras fabulosas pero se están jubilando, un optometrista está formado técnicamente, pero la enfermera la puedes entrenar, si no sé cuánto me va a durar, qué enfermera voy a tener, depende de múltiples factores, estas cosas, al final, van minando el proyecto. Muy necesario que, desde la UGC, haya buena coordinación y se pueda tener la potestad sobre el personal auxiliar, claro que hay que implicarlas, y, además, se van a implicar, quieren implicarse, muchas de las enfermeras que hay dentro del Servicio se podrían implicar en labores de gestión, fenomenal, sin ningún problema, pero no les dejan desde su dirección. Hemos intentado montar consultas de enfermería y está siendo imposible porque la dirección de enfermería no lo ve con buenos ojos. Al final se van a cargar su profesión. En mi Servicio, dentro de unos años, si seguimos así, en vez de haber siete enfermeras, como ahora, habrá una y siete optometristas.

ÁNGEL CEQUIER La movilización del personal es rígida, la incorporación de profesionales de alta calidad o el desplazamiento, incluso administrativos, tiene que ser una negociación individualizada, los responsa-

bles del hospital de administración, de enfermería, tienen que verlo. Es una de las limitaciones que tenemos y no sé si un decreto lo puede solucionar o un compromiso de toda la institución o es necesario, legalmente, un tipo de actuación para que esto se pueda hacer con más coherencia, pero es una de las principales limitaciones inherentes al sistema, funciona más por buena voluntad o complicitad que por una cosa lógica, racional y coherente.

MARÍA CODESIDO Se han plasmado las barreras que existen, tanto legales como culturales, la resistencia de algunos profesionales, la oposición sindical en algunos casos. Sin duda, los resultados en los pacientes, en la motivación e incentivación de los profesionales y, en definitiva, la mejora de la eficiencia, que consiguen aquellos que han hecho el esfuerzo por implantar y desarrollar las UGC en su ámbito de actuación, vale la pena hacer una apuesta por la GC, vencer las barreras y desarrollar UGC.

Otros sumarios

“¿Supone un beneficio en la organización asistencial? Sin duda, ha supuesto una auténtica revolución, lo que hemos hecho nosotros es intentar, desde dentro, valer nos de las pocas o muchas herramientas que nos da el sistema para optimizar los medios que tenemos y, en esos dos sectores, poner el nivel de eficiencia, de calidad asistencial, mucho más arriba de lo que estaba”

Luis Pablo Júlvez

“Como herramienta la Gestión Clínica es extraordinaria, como modelo organizativo tiene sus dificultades y, efectivamente, el Área del Corazón de Coruña ha sido una de las experiencias pioneras en España, pero nosotros hemos tenido enormes dificultades, probablemente por un problema de inoportunidad, en el momento en que hemos querido normativizar la GC”

Félix Rubial Bernárdez

“El beneficio ha sido bastante relevante. Cardiología o cardiovascular es menos compleja porque los procesos están claramente definidos, dependen poco de otros servicios, pueden actuar con autonomía, las medidas de control o evaluación, de coste o asistenciales, son fáciles, incluso con métodos sencillos de control y, además, el impacto económico y asistencial, en los hospitales, es importante”

Ángel Cequier

“Se han plasmado las barreras que existen, tanto legales como culturales, la resistencia de algunos profesionales, la oposición sindical en algunos casos. Sin duda, los resultados en los pacientes, en la motivación e incentivación de los profesionales y, en definitiva, la mejora de la eficiencia, que consiguen aquellos que han hecho el esfuerzo por implantar y desarrollar las UGC en su ámbito de actuación, vale la pena hacer una apuesta por la GC, vencer las barreras y desarrollar UGC”

María Codesido López

“Hemos tenido la torpeza, y hablo más de los gestores y altos gestores, de no saberle transmitir a los profesionales una cosa tan simple como que todo, nuestras posibilidades laborales y nóminas, nuestro desarrollo profesional, depende de la viabilidad del Sistema Sanitario, su financiación y sostenimiento, eso que en economía doméstica es tan fácil, que no entendemos como los profesionales no son capaces de percibirlo, y nosotros de transmitirlo”

Ignacio Muñoz Carvajal

“Tenemos una serie de herramientas, vamos a ponerlas, porque es la lógica, sin una Gestión Clínica, como lo queráis llamar, dentro de unos años, la Sanidad Pública, tal como la concebimos en España, no tiene futuro, lo sabemos todos, como no hagamos un cambio o intentemos implicarnos, cambiar nuestra forma de funcionamiento, esto no va a ningún sitio. Si queremos una Sanidad Pública universal, de calidad y con una Cartera de Servicios amplia, que es lo que tenemos, aunque sea con sus defectos, vamos a ir a un modelo de este tipo, si no estamos muertos”

Luis Pablo Júlvez

“Solamente la persona que tiene conocimientos y la responsabilidad de ejecutar el gasto, más fundamentalmente el estamento facultativo, es el que tiene, verdaderamente, al menos en potencia, las herramientas para disminuirlo o, por lo menos, para gestionarlo y racionalizarlo”

Ignacio Muñoz Carvajal

“No niego el compromiso, nuestros clínicos, sobre todo los profesionales médicos, han estado haciendo GC como herramienta, aplicando técnicas de GC, con distinto grado de éxito y de compromiso, en prácticamente todos nuestros centros, no tengo duda alguna, pero a mí me interesa la GC un poco más allá, como modelo organizativo que sobrepase el tradicional de organización, basado en la especialidad, y que no tiene nada que ver con la forma en que enferman nuestros pacientes”

Félix Rubial Bernárdez

“El núcleo de la GC deben ser las Unidades de Gestión Clínica, y es básica y fundamental la figura del director, tenemos que tener liderazgos adecuados, ahí veo el principal escollo, porque los directores deben ser personas comprometidas, con conocimiento en gestión y capaces de hacer cosas que a todos nos cuesta y atemoriza un poco, que es tener transparencia con los profesionales y delegación de funciones, no solamente los profesionales médicos, también la enfermería, y ser capaces de otorgarles competencias para tomar decisiones vinculantes con las Unidades Clínicas y el hospital”

Ignacio Muñoz Carvajal

“La concienciación o la implicación del médico, en la utilización racional de los recursos, es determinante si queremos mantener el sistema. Esta es una reflexión, quizás, un poco gratuita, pero este es un aspecto muy importante porque si los profesionales, no los gestores únicamente, no comulgan, no se implican con esta idea de que la utilización racional de los recursos puede suponer un beneficio absolutamente, con un incremento de la eficiencia, para todos, para los pacientes indudablemente, y para los profesionales, será difícil si continuamos en el camino que el Sistema va”

Ángel Cequier

“Se habla mucho de incentivos, y hay que hablar, pero no se habla de régimen disciplinario, estaremos todos de acuerdo que hay comportamientos de profesionales inaceptables y, por tanto, tenemos que tener las dos cosas en la mano, los incentivos, que sean posibles, y el régimen disciplinario, para que una persona, que no hace lo adecuado, no pueda hacerlo, porque eso crea una filosofía en los hospitales de que no todo vale y no es posible cualquier comportamiento, por muchas crisis y por muchos decrementos en nuestras asignaciones salariales, los gestores y directores de la clínica nos tenemos que comprometer también en premiar a unos y aplicar disciplina a otros”

Ignacio Muñoz Carvajal

“El aspecto que podía ser un punto de riesgo era la integración entre cardiología y cirugía cardíaca, pero fue funcional, para facilitar el trabajo, la actividad, de los dos Servicios, nada más, una facilitación de actividad, de responsabilidades, ni física ni jerárquica, que creo tiene que ser, lo importante es que el paciente vaya lo mejor posible entre uno y otro servicio, independientemente de quién es el jefe Clínico y quién el del Servicio”

Ángel Cequier

“En nueve meses, que empezamos a hacer el modelo completo, hemos prácticamente duplicado el número de cirugías de cataratas, el año pasado hicimos unas 3.000 y este vamos a acabar con 5.800, en términos numéricos, lo que siempre decimos los facultativos que le gusta ver al gerente. Es muy importante porque así el Sistema Sanitario sabe que estamos haciendo una gestión, en principio, más eficiente en lo que es coste eficacia”

Luis Pablo Júlvez

“Si estamos hablando de dotar de mayor autonomía de gestión a las Áreas o Unidades de Gestión Clínica, evidentemente, el papel del gestor debe pasar a un segundo plano. Tiene que establecerse un marco de confianza y nosotros debemos ser conscientes de que nuestro papel, ahí, tiene que ser el de soporte a lo realmente importante, que es la gestión que hacen nuestras Áreas o Unidades de Gestión Clínica, eso supone un cambio de chip”

Félix Rubial Bernárdez

“El gerente tiene que bajar un poco del despacho de la gerencia e integrarse en el equipo, con un cierto papel de liderazgo pero, quizás, empujando desde atrás en vez de tirando desde adelante, apoyando las decisiones y, si quieres, moderando un poco o viendo qué necesitas”

Luis Pablo Júlvez

“Si no tenemos cohesión y los directores no tienen potestad para todo su personal no va a funcionar, se lo tienen que creer y el problema, ahora, no está en los altos gestores, está en los mandos intermedios, que tienen que ser personas comprometida, formadas y capaces de mantener el liderazgo y transmitir transparencia y dedicación a sus profesionales”

Ignacio Muñoz Carvajal
