Participació, professionalisme i satisfacció professional

Àngels Martos

Consorci Sanitari de Terrassa.

Introducció i consideracions prèvies

El fet que formi part de la Comissió de l'Ordenació de la Professió del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya, que va elaborar el document sobre *La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris*[1], semblaria obligar-me a defensar els esmentats document i comissió. No penso fer-ho.

El seu contingut serà jutjat per cadascú segons el seu particular i legítim punt de vista. El principal valor que té per a mi aquell text és que és un document de consens. Això, que fa que cap dels autors pugui subscriure el seu contingut al cent per cent, té a canvi la virtut que representants dels col·legis professionals, els sindicats, l'administració sanitària i les patronals del sector varen poder aprovar un únic document després d'un llarg procés de debat, no sempre fàcil ni còmode. El consens sempre resulta un inconvenient per als radicals d'un o altre costat: per a uns és insuficient i covard, mentre que per a d'altres és excessiu o innecessari; però només des del consens es pot construir el futur, almenys un de democràtic i durador.

Diré, doncs, les meves opinions, sense defugir els punts controvertits. És més arriscat però em sembla el més oportú.

És necessària la participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris?

Per què es parla tant de la necessitat de participació dels professionals en la gestió de les organitzacions sanitàries on treballen? D'on ens ha vingut aquest "desfici" per la participació? Si fem un breu apunt històric, tot això ve més o menys de finals dels anys 80, amb l'expansió de l'anomenada "gestió". Coincidint amb la situació jeràrquica dels gerents per sobre del director mèdic es va argumentar, en molts casos, que la gestió dels hospitals no diferia massa de la d'una empresa qualsevol. Si l'hospital era una empresa, els metges eren els seus treballadors, i esdevenien així mers empleats, assalariats, treballadors per compte d'*altri*, amb un contracte laboral, un horari de treball i un salari a fi de mes. Tot això va passar en un entorn de plètora de professionals, situació que va fer possible un bon nombre d'abusos, fruit de vegades del desconeixement del "negoci de fer de metge", de vegades de menystenir els valors de la professió mèdica, de vegades de la prepotència d'alguns gestors (no cal generalitzar: alguns) que van creure tenir finalment la paella pel mànec sobre un col·lectiu que aleshores s'anomenava "la classe mèdica". De l'altre costat, també hi va jugar un paper la passivitat dels metges, a alguns dels quals (no cal generalitzar: alguns) ja els anava bé l'estabilitat contractual de l'hospital, que aportava, a més, la possibilitat de "fer ciència", i que podien compatibilitzar amb la privada a les tardes: empleats al matí i professionals lliberals a la tarda.

D'aquesta època neix, penso jo, el "divorci" entre clínics i gestors: els clínics considerant els gestors persones alienes a la medicina que no tenen ni idea del que és l'assistència, i els gestors considerant els clínics uns malbaratadors de recursos. Uns i altres s'han excedit en les seves desqualificacions dels altres, i uns i altres tenen raó en alguns aspectes. És cert que alguns gestors han estat depreciatius en multitud d'ocasions amb el coneixement mèdic, que s'ha donat per fet ("*como el valor, se le supone*"), negant-se a reconèixer la vàlua professional específica dels metges més reconeguts pels seus companys i volent-los igualar a tots com a empleats i res més. És igualment cert que alguns clínics, durant anys i encara ara, no es volen "contaminar" amb res que tingui a veure amb la gestió i consideren gairebé "traïdors" els clínics que es passen al "costat fosc".

I en aquest context arriba la "manca" de professionals, les causes de la qual s'analitzen en el primer document elaborat per la mateixa comissió del Consell de la Professió Mèdica[2]. El cas és que costa trobar metges i això ha capgirat la situació; hem passat de la selecció a la seducció, de metges que havien d'acceptar condicions

Correspondència: Dra. Àngels Martos
Hospital de Terrassa
Ctra. Torrebonica, s/n
08227 Terrassa
Tel. 937 00 36 52
Fax. 937 31 09 59
Adreça electrònica: amartos@cst.cat

Annals de Medicina 2008; 91: 120-122.

desfavorables o no tenien feina a metges que poden triar quina oferta prefereixen. La primera reivindicació ha estat laboral; no podia ser d'altra manera donades les circumstàncies: més salari, menys jornada, millors condicions laborals. Però des de fa molt de temps es detecta un malestar subjacent, un desencant per la nostra professió, una gran insatisfacció dels metges envers el seu exercici professional, que en els casos més greus "crema" excel·lents professionals (*burn-out*). El clímax d'aquest creixent malestar va ser la vaga de la primavera de 2006 on una pancarta a Sabadell va encertar a resumir-ho molt bé: "*Estem fins els fonendos!*". En la meva opinió, el massiu seguiment no va estar motivat només per les reivindicacions laborals concretes, sinó per un profund malestar instal·lat des de feia massa anys en el cor dels metges. Fer de metge no és fàcil; fer *bé* de metge és una feina extraordinàriament complexa, perquè requereix enormes esforços de temps d'estudi i actualització permanent, de disponibilitat, de capacitat de prendre decisions amb informacions incertes, i un llarg etcètera, a més d'un component humanitari necessàriament present quan una persona mira d'ajudar una altra en la malaltia. Especialitzar-se en una línia de treball costa anys i és normal que no es toleri bé que es menystinguin els coneixement adquirits. Fer bé de metge no es paga només amb diners, com demostra el fet que, després de les millores laborals que van seguir al tancament de l'esmentada vaga, la insatisfacció entre els metges segueixi creixent. Els elements de satisfacció professional no estan en el sou i prou, són altres: l'assoliment professional ("poder atendre els pacients adequadament"), la participació en les decisions de l'organització ("ser tingut en compte") i l'autonomia ("poder-se organitzar el dia a dia") (Taula 1). Doncs, bé, aquests són els *privilegis* d'un professional i no ho són d'un assalariat.

Lamentablement, ara correm el risc que alguns metges ho hagin oblidat, instal·lats en el paper d'empleats al que van ser empesos i captius d'un cert sentiment de revenja que sembla proclamar imprudentment que ara són ells els qui "tenen la paella pel mànec". Aquesta actitud d'alguns –insisteixo, alguns– pot arribar a impedir que aprofitem una ocasió històrica de recuperar el professionalisme mèdic, que és la veritable font de satisfacció professional: els valors de la nostra professió. Un professional mèdic rep *reconeixement* per la seva feina, no només un salari; no es regeix únicament per un contracte laboral, sinó per un *contracte* social implícit que estableix que a canvi dels seus valors professionals (el principi màxim de benefici del pacient, l'autoexigència de mantenir actualitzats els seus coneixements, la disponibilitat, el compromís, etc.), la societat li reconeix un cert *estatus* especial i li confereix uns *privilegis* professionals ja referits (Taula 2). Aquest contracte social és propi de les anomenades professions lliberals i és, al meu parer, el nucli de la satisfacció de fer de metge: fer una feina molt especial i rebre un reconeixement especial, dels pacients i de la societat –aquest no l'hem perdut mai–, dels directius dels centres sanitaris i de l'administració sanitària.

TAULA 1. **Elements de satisfacció en l'exercici professional**

Satisfacció professional

- **Assoliment professional** ("feina ben feta")
- **Participació** en les decisions de l'organització ("ser tingut en compte")
- **Autonomia** ("poder-se organitzar el dia a dia")

*Els privilegis d'un **professional** enfront d'un assalariat*

TAULA 2. **Diferències entre un assalariat i un professional**

Assalariat	Professional
Drets laborals	"Privilegis" professionals
Salari	Honoraris + Reconeixement
Contracte laboral	"Contracte" social
Deures contractuals	Valors professionals

Ara bé, no s'hi val voler la part bona de cada costat: el millor de ser un empleat i els privilegis de ser un professional. Hi ha conceptes que són inseparables: drets i deures, privilegis i compromís professional, reconeixement i servei als interessos dels pacients, lideratge i credibilitat, participació i responsabilitat compartida. No podem pretendre que se'ns permeti decidir si no acceptem fer-nos responsables de les decisions que es preguin.

Així, doncs, penso que la participació dels professionals és necessària perquè millora la satisfacció dels professionals i, sobretot, perquè millora els resultats: millora l'eficiència per la via de la qualitat assistencial. És, a més, imprescindible per a millorar l'organització assistencial.

De quina manera es pot fer real aquesta participació?

La participació pot ser únicament representativa (presència de representants dels metges en juntes i comissions) o més pragmàtica, més *real*, que permeti la descentralització de les decisions. Per a poder fer realitat això últim, les direccions dels centres han de cedir capacitat de decisió cap als clínics i els clínics han d'acceptar implicar-se amb els objectius globals del centre i les necessitats de la població que atenen. La fórmula que ho pot fer factible és la d'*equips assistencials autònoms* (Taula 3), amb uns objectius acordats amb la direcció, un pressupost propi i un sistema d'avaluació transparent i consensuat, que permeti disposar d'indicadors sobre la qualitat de l'assistència prestada i percebre una retribució, en part variable, en funció d'aquests resultats. Aquests equips han d'estar dirigits per un líder clínic amb experiència reconeguda en la patologia en qüestió, però també amb capacitat per a dirigir equips i de gestió clínica.

TAULA 3. **Característiques dels equips assistencials autònoms**

Equips assistencials autònoms

- **Objectius** acordats amb la direcció
- **Pressupost** propi
- Retre comptes periòdicament dels **resultats** aconseguits
- **Retribució complementària** lligada als resultats, per tots els membres de l'equip (variable compartit)
- **Normes organitzatives internes,** per consens
- **Suport administratiu**
- **Lideratge** per un professional amb competència clínica provada, coneixements d'eines de gestió i capacitat negociadora.

No estic parlant dels actuals serveis ni dels equips d'atenció primària –per bé que continuaran existint–; estic parlant d'*equips interdisciplinaris* (diferents especialistes mèdics, infermeres, fisioterapeutes, etc.) que integrin els diferents professionals necessaris per a atendre pacients amb problemes de salut similars, perquè les necessitats dels pacients, amb un perfil cada vegada més de pluripatologies i malalties cròniques, fan necessària la col·laboració de diferents especialitats i professions. L'actual organització assistencial requereix moltes hores de metge i duplica infinitat d'actuacions per manca de visió global i de coordinació entre nivells; per això, aquests equips hauran de ser, per a algunes malalties, equips interdisciplinaris *transversals* (primària/hospital/sociosanitari).

Organitzar-se en equips assistencials autònoms és necessari però no suficient; *cal un canvi profund en les relacions entre les direccions dels centres i els professionals*. Les direccions dels centres poden influir en el grau de compromís dels metges amb la institució. En la mesura que els facultatius constatin que l'organització s'interessa i es preocupa per ells, que s'esforça a facilitar-los l'exercici de la seva professió, a millorar-los les condicions en què l'exerceixen, a oferir-los més oportunitats i a afavorir el seu progrés professional, s'intensificarà el seu compromís organitzatiu[3]. És necessari fer convergir els objectius i valors de l'organització amb els valors professionals dels metges per tal de fer possible la seva implicació.

D'altra banda, cal també un debat profund en el si de la professió mèdica, que hauria de liderar-se des dels col·legis professionals, que revisi i actualitzi els valors professionals i promogui el retorn a un compromís social i professional que extralimita amb molt les obligacions estrictament laborals i que és, al meu entendre, l'única via de recuperar la satisfacció en l'exercici de la professió. És imprescindible que els metges incorporin elements de gestió clínica a la seva formació i al seu exercici professional i acceptin corresponsabilitzar-se, un cop consensuats, dels objectius assistencials de les seves organitzacions.

És responsabilitat de tots superar el "divorci" entre clínics i gestors, altament perniciós per als interessos dels pacients i de la sanitat pública, perquè ni és possible la medicina sense la gestió (l'atenció sanitària és caríssima i els recursos són limitats i provenen de l'erari públic; han de ser, doncs, gestionats) ni és possible la tant volguda eficiència sinó és per la via de la qualitat assistencial (i per a fer assistència de qualitat cal coneixement mèdic). El punt de trobada és necessàriament el pacient i les seves necessitats perquè aquesta és la nostra obligació, la de tots, i perquè és, a més, l'única sortida raonable.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Comissió d'Ordenació de la Professió Mèdica. La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris. Annals de Medicina. 2008;91:2-9.
2. Comissió d'Ordenació de la Professió Mèdica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Informe final. Consultable a: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/casfinal2007.pdf. Accés el 6 de juny de 2008.
3. Peiró Posadas M. Lleialtats contraposades? El compromís dels metges amb l'hospital i amb la professió. Universitat Ramon Rull. Barcelona; 2007. Consultable a: http://www.tdx.cat/TDX-0619107-171120. Accés el 6 de juny de 2008.