

Els metges i la gestió dels centres sanitaris

Esperança Martí

Fundació Puigvert. Barcelona.

Introducció

És una satisfacció, i alhora un repte exposar la meua opinió sobre el contingut del document denominat “*Sobre la participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris*”, elaborat per la Comissió de l’Ordenació de la Professió el 17 d’octubre de 2007.

Satisfacció, perquè goso interpretar tal invitació com un reconeixement a la meua perllongada experiència en la gestió de centres hospitalaris i, també, al meu coneixement de l’organització i el funcionament de molts hospitals de la xarxa hospitalària d’utilització pública (XHUP). Repte, perquè comentar –i en molts aspectes criticar– un treball elaborat per una comissió integrada per molts professionals experts –que representen organitzacions col·legials, docents, patronals i sindicals, etc.– és difícil ja que, de ben segur, algú pot sentir-se molest. El repte doncs, és evitar-ho. Però per si no ho aconsegueixo, anticipadament, demano disculpes.

Consideracions prèvies

Atès que és difícil entrar en el detall dels diferents punts del document, em limitaré a comentar els aspectes que em semblen més significatius. Crec però que, abans de res, cal fer unes consideracions prèvies:

- 1) En un sistema tan complex i difícil com el sanitari, *no hi ha veritats absolutes ni homogènies*. Així, el que és cert en determinats centres, no ho és en altres. Per això, les meves afirmacions poden semblar estranyes a alguns “integrants del sistema” ja que, com és lògic, les opinions que tots expressem són fruit de la nostra experiència i també de la visió política que té cadascú.

I cal assenyalar que aquesta visió pot “esbiaixar” els nostres criteris, segons la nostra tendència política..., en el cas que no siguem independents.

- 2) En el document s'utilitza, de tant en tant, el mot “professional” i quasi sempre el de “metge”. És doncs per a mi evident que el document està totalment impregnat d’una manera de pensar majoritàriament mèdica, el que fa honor al nom de la comissió redactora i al propi títol del document.

L’anàlisi de les propostes

Considero que cal ressaltar que si ens limitéssim a fer una anàlisi superficial del document, diríem que aquest té quatre grans apartats: participació directa, representació, consulta i informació; però, en realitat, els apartats són sis ja que el text inclou també una introducció i unes recomanacions finals.

A la “Introducció” es demana: 1) la potestat de gestionar, de manera autònoma, el propi treball; 2) la capacitat d’ordenar la demanda existent; 3) l’assumpció de responsabilitats i riscos i 4) un mètode de desenvolupament professional diferent de l’actual.

La primera petició la considero encertada, encara que poc justificada, ja que crec que, majoritàriament, els metges ja gestionen el seu propi treball, al menys a nivell d’equip. He de suposar, per tant, que els que demanen aquesta potestat deuen dependre d’uns directors de servei (o caps d’equip) que no fan el que haurien de fer (experiència pròpia: “*Vaig conviure durant un temps amb un director de servei que considerava que ordenar les funcions i el treball dels seus col·laboradors era “fer de policia”*”).

Pel que fa a la petició de tenir capacitat per ordenar la demanda, la considero poc encertada. A la meua manera de veure, l’ordenació de la demanda s’ha d’enfocar forçosament amb una visió global i pluridisciplinària. D’aquí que aquesta sigui una funció indelegable de l’equip de direcció. És aquest el que pot ordenar les llistes d’espera, fent que unes avancin més ràpidament que d’altres, segons les patologies. Naturalment, les prioritats les ha d’assenyalar la direcció mèdica d’acord amb criteris clínics consensuats amb els directors dels diferents serveis mèdics.

Correspondència: Sra. Esperança Martí
Fundació Puigvert
c/ Cartagena, 340-350
08025 Barcelona
Tel. 934169700
Adreça electrònica: dirgeneral@fundaciopuigvert.es

La tercera petició no la interpreto. Què es vol significar quan s'afirma "*assumpció de responsabilitats i riscos per part del metge*"? Per a mi, l'assumpció de responsabilitat és una actitud personal que afecta a cada una de les actuacions d'un bon metge. Penso, doncs, que aquesta és una petició/exigència que hauria de plantejar-se a la inversa: són els malalts, les institucions, i la societat en general, els que han de reclamar que els metges assumeixin plenament la responsabilitat –molt important– que comporta exercir la seva professió. Pel que fa a l'assumpció de riscos, en cap lloc del document trobo descrites situacions, peticions o propostes que, a la meua manera de veure, comportin riscos pel metge. No entenc, doncs, què es demana.

Sobre la petició d'implantar un model de desenvolupament professional (MDP) que s'apliqui de manera diferent de com es fa a la majoria d'hospitals, hi estic plenament d'acord. Considero irresponsable haver transformat un element de gran importància (per la implicació, el reconeixement i el sentiment de pertinença dels metges) en un mètode automàtic, que es "despatxa" com si d'un altre trienni es tractés. Aquest fet és fruit, bàsicament, de la manca de coratge i de disciplina per valorar de manera efectiva l'evolució professional dels metges. Crec que un bon MDP ha de basar-se en avaluacions anuals, serioses i objectives, per tal de poder valorar periòdicament els metges segons el seu nivell de capacitat, experiència i habilitats.

Un MDP ben realitzat té, a més, l'avantatge de facilitar la implantació de polítiques retributives personalitzades que tenen en compte les actituds, les aportacions, les aptituds, les capacitats i les habilitats dels metges; en definitiva, permet reconèixer i retribuir als metges segons els seus mèrits. Aquesta política és incentivadora i motivadora i la considero tan convenient que vaig iniciar-la, en els anys 1972-73, a la Fundació Puigvert; la vaig implantar a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durant l'època que, transitòriament, em van demanar de dirigir-lo (1975-76) i vaig impulsar-ne la seva generalització en el sector, des de la Presidència de la Unió Catalana d'Hospitals, abans de deixar el càrrec el 1996.

En l'apartat "Participació directa" es defineixen les característiques que haurien de tenir les que en el document denominen *unitats assistencials*, així com les condicions que haurien de reunir els caps d'aquestes unitats i les seves funcions. Val a dir que algunes d'aquestes em semblen poc generalitzables i, fins i tot, utòpiques (elaborar un pla estratègic, elaborar i gestionar el pressupost,...). Estic, però, totalment d'acord en què aquests càrrecs siguin periòdicament renovables i així ho vaig implantar, ja fa anys, a la Fundació.

Al respecte, vull assenyalar que em sembla totalment contradictori que, per ocupar un càrrec que està a prop de la base i, per tant, de l'assistència a realitzar per l'equip que dirigeix, es consideri més idoni un directiu-"*manager*" que un clínic. Per contra, quan es comenten les característiques i les funcions del que el document denomina "director assistencial" (però descriu com a director mèdic) –càrrec que forçosament queda allunyat de l'activitat assistencial–, s'assenyala la necessitat que tingui experiència clínica, prestigi professional i sigui valorat com un "bon metge".

A la meua manera de veure, el document posa en evidència que els metges no reclamen *participar*. Reclamen *decidir* i, sobretot, *gestionar un pressupost*. S'utilitza la frase "*assumpció de riscos i principi d'autonomia*" per dissimular el que veritablement es pretén: un model organitzatiu que s'espera permeti "millorar la satisfacció i la retribució". Un model organitzatiu que, malgrat que pensa poc en els malalts i en la qualitat de l'assistència, es desitja sigui universal (tots els centres iguals!), obviant el dret de les institucions "a la diferència" i a organitzar-se amb plena llibertat.

El document assenyala situacions que s'haurien de corregir. Així, en comentar alguns dels aspectes que "no van bé", s'assenyala que la distància existent entre els equips de direcció i els metges és molt gran, la qual cosa és certa i greu. Aquest fet és, segurament, conseqüència de la creixent necessitat d'elaborar molta "paperassa", bastant innecessària, però reclamada des de l'Administració sanitària, ja que va bé per a crear llocs de treball pels nuclis –central i perifèrics– del nostre sistema sanitari.

Sobre la Direcció i els Òrgans de Govern

És aquesta "pressió documental" i també el "benestar" de l'"alta direcció" d'alguns grans hospitals (que necessiten moltes ajudes), el que ha motivat que s'hagi produït una gran proliferació de directius i comandaments (DICO), amb titulacions diverses –advocats, economistes, enginyers, informàtics, experts en comunicació, en estratègia, en màrqueting, en recursos humans, etc.–, la majoria amb formació teòrica però sense experiència. En aquest creixement estructural –que sempre he trobat i trobo excessiu–, s'ha d'afegir, encara, una munió de secretàries i de consultors externs.

Tal creixement estructural ha comportat i comporta uns fets molt negatius. Per una banda, la complicació dels circuits i normatives i l'encariment de l'estructura "no productiva". Per l'altra, el distanciament de l'alta direcció i dels directius de primer nivell, dels comandaments intermedis i del personal de base, amb les conseqüències següents: a) la cúpula directiva està cada vegada més

allunyada de la realitat de l'hospital (només té informació parcial, interessada i, per tant, deformada); b) el personal de base, sobretot els metges, estan cada vegada més desmotivats i "emprenyats" (fins i tot els no catalans!).

Penso que l'evident i generalitzada manca de confiança mútua entre els gestors i els metges és conseqüència d'aquest distanciament i, per tant, del desconeixement del paper que ha de jugar cadascú en el funcionament de les institucions. La manca de comunicació –a la que contribueix la generalització de l'ús del correu electrònic– és una de les pitjors lacres de la nostra època, la qual cosa, naturalment, també afecta els integrants de les institucions sanitàries.

En aquestes, hi ha DICO als que els costa comunicar-se. Són com autistes. No transmeten la informació de la que disposen i que és per divulgar. Els metges de base, si treballen en centres que no tenen elements informatius específics (com pot ser una intranet o un full intern), tenen raó quan reclamen la informació que haurien de tenir. Malauradament, hi ha caps que actuen com a caporals i no demostren massa consideració cap als seus col·laboradors. No els reuneixen, no els informen, no els impliquen, no els motiven. Però és que no saben fer-ho ni estan disposats a aprendre-ho a fer. Per això creuen que motivar els seus col·laboradors és només una qüestió que la institució ha de resoldre pagant-los millor.

Els apartats "Representació" i "Consulta" em semblen força "embolicats", ja que considero que no diferencien prou les característiques i funcions dels col·lectius representatius. Es fa una definició que arriba quasi a un detall reglamentari. La composició que es defineix –molt nombrosa– els fa inadequats, per poc funcionals. Això, fins i tot, en els grans hospitals.

Pel que fa als òrgans col·lectius tècnics –a la meua manera de veure, necessaris per a la participació però, sobretot, per a poder recollir les aportacions del coneixement clínic i implantar-les a l'hospital–, sembla que formar-ne part sigui una càrrega. I possiblement, en alguns hospitals, ho és. Per això, crec que caldria encertar en la composició i funcions dels comitès tècnics, limitant-los als estrictament necessaris i buscant com "interessar" als seus respectius "animadors".

Per finalitzar vull comentar la reivindicació que es fa que els metges formin part integrant dels òrgans de govern (OG) –consells d'administració, patronats, etc.– dels centres sanitaris.

Al respecte he de dir que considero totalment improcedent aquesta aspiració/peticció. Si la persona que ocupa l'alta direcció no forma part dels OG, no té sentit que en sigui part integrant una persona que, contractualment i funcional, està sota la seva dependència. Altra cosa seria reivindicar la presència en els OG de persones *que representin l'experiència i el saber mèdic*, però, en cap cas, aquestes han de formar part del cos facultatiu de les institucions.

Els responsables de les institucions que proveeixen de serveis sanitaris, sobretot si es tracta d'entitats jurídica-ment privades encara que comunitàries, haurien de comptar, per formar part dels seus OG, amb persones que representin el coneixement de la ciència mèdica i també que siguin, com la resta del seus integrants, persones independents, íntegres i sense dependència política de cap tipus. Això és el que el Patronat de la Fundació Puigvert ha fet sempre, elegint els seus integrants per cooptació. I puc afirmar que hem encertat sempre.