

ANTONIO ZAPATERO COORDINADOR DE GESTIÓN CLÍNICA EN LA SEMI

► Cree que hay que darles a los médicos la posibilidad de participar activamente en la gestión y no ve indicios de que hacerlo pueda ser un paso previo a la privatización.

«Con las unidades de gestión clínica se organiza el sistema para que el paciente no dé vueltas»

POR: **MARÍA PIÑERO**
FOTO: **EP**

COORDINA el grupo de gestión clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (Semi) y también forma parte de la junta directiva de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (Facme), que se ha propuesto como objetivo el desarrollo de la gestión pública en el sistema nacional de salud. El doctor Zapatero, jefe de Medicina Interna en el hospital de Fuenlabrada, defiende con vehemencia las posibilidades, en un contexto de crisis, de este nuevo modelo que a Galicia llega con una clara oposición y el temor a que propicie la privatización. **Participa en la promoción de las unidades de gestión clínica ¿por qué?**

Hay que hacer un poco de historia. La gestión clínica es la gestión hecha por los clínicos pero que está centrada en el paciente. No es un movimiento gremial, sino que lo que reivindica es el papel activo del personal médico a la hora de tomar decisiones. En el hospital, hasta hace 20 años, a la hora de elegir director, se elegía al más reputado de los médicos, sin ningún conocimiento de gestión, ni económico, ni de recursos humanos. Y de entonces a esta parte, entra en el hospital la figura del gerente, y en los últimos diez o doce años, sobre todo con la transferencia de la sanidad a la inmensa mayoría de las comunidades autónomas, lo que es muy notorio en la gestión es que entra a tomar decisiones fundamentalmente la clase política. El político a veces está muy alejado de la realidad asistencial y tiene el problema del cortoplacismo, le preocupan los siguientes dos o cuatro años. Los que probablemente conocen mejor la realidad asistencial son los profesionales médicos, los que saben la realidad de sus pacientes y especialmente ahora que en este país tenemos problemas. Cada vez los ciudadanos viven más años, pero no los viven mejor como pasa en el resto del mundo. Viven más años pero con mayor situación de dependencia, con enfermedades

crónicas y con un deterioro cognitivo notable. Ese es el panorama que tenemos ahora. El problema que hay con la gestión clínica, es que el modelo de regulación del recurso humano no está claro: en unos sitios es laboral, en otros funcionario, en otro estatutario... Los modelos que regulan los mecanismos de contratación son distintos en las distintas comunidades que los están promoviendo y eso hace que se vea con cierta desconfianza.

Lo que se supone que se plantea en Galicia no es cambiar de régimen. Pero el contenido exacto del estatuto que regulará la gestión clínica todavía no se conoce y una modificación normativa recogida en el BOE abre la posibilidad a que los trabajadores de las unidades, si se convirtieran en fundaciones privadas, dejaran de ser estatutarios...

Yo llevo siendo personal laboral los últimos doce años de mi vida y tengo plaza de estatutario y no pasa nada. Por supuesto, esto depende de cada uno, tengo compañeros que están mucho más cómodos como estatutarios. Pero hay que partir de una premisa: el sistema no aguanta tal y como está, es caro y no se adapta a lo

Objetivo

El primer paso de un área de gestión clínica es identificar al paciente en riesgo de ingresar o de volver a urgencias»

Implicaciones

No creo que la gestión clínica pueda ser un paso previo a la privatización»

Sistema hospitalocéntrico

Lo que hacemos ahora no vale. Es una tragedia gastar mucho dinero y que, además, no funcione»

que el paciente necesita, que es la principal pega que tenemos. El paciente no puede estar yendo al hospital mil veces, esperando en lista de espera... A una parte importante de la clase médica nos parece muy importante que en la gestión o toma de decisiones en el ámbito sanitario el médico tenga un papel preponderante, sin pretender sustituir a los gerentes o enfrentarse a la clase política. Decimos: déjenos organizar lo que nosotros sabemos, centrándonos en el paciente y con criterios clarísimos de calidad y eficiencia. Y como usted es mi jefe me supervisa y ve si cumplo o no cumplo los objetivos que pactamos. Eso es lo que se pretende, pero déjeme que organice yo.

¿En qué puede beneficiar la implantación de las unidades de gestión clínica a los pacientes?

En que la primera premisa de una unidad de gestión clínica que se precie es que lo que allí se vaya a poner en marcha tiene que estar centrada en las necesidades del paciente.

¿Qué quiere decir eso exactamente?

Por ejemplo, un paciente típico de los internistas sería: un paciente mayor, con hipertensión arterial, diabetes mellitus, que además tiene bronquitis crónica y un poco de cardiopatía isquémica. Ese hombre va a su médico de Atención Primaria para que le haga las recetas; en el hospital le ve el endocrino, el neumólogo y también el cardiólogo. A lo mejor está haciendo, entre Primaria y especialistas, unas 15 o 20 consultas al año, con lo que eso supone de tiempo, de desplazamiento para un paciente de 80 años. Cada especialista le prescribe una serie de medicaciones sin tener mucho en cuenta lo que le está prescribiendo el otro y que esos fármacos puedan interaccionar con el anterior. Con una unidad de gestión clínica, yo tengo ese paciente delante y yo organizo el sistema para que ese paciente no sea el que dé vueltas sino que yo sea el que me centre en el paciente. Es cierto que esto no vale para todos los pacientes.



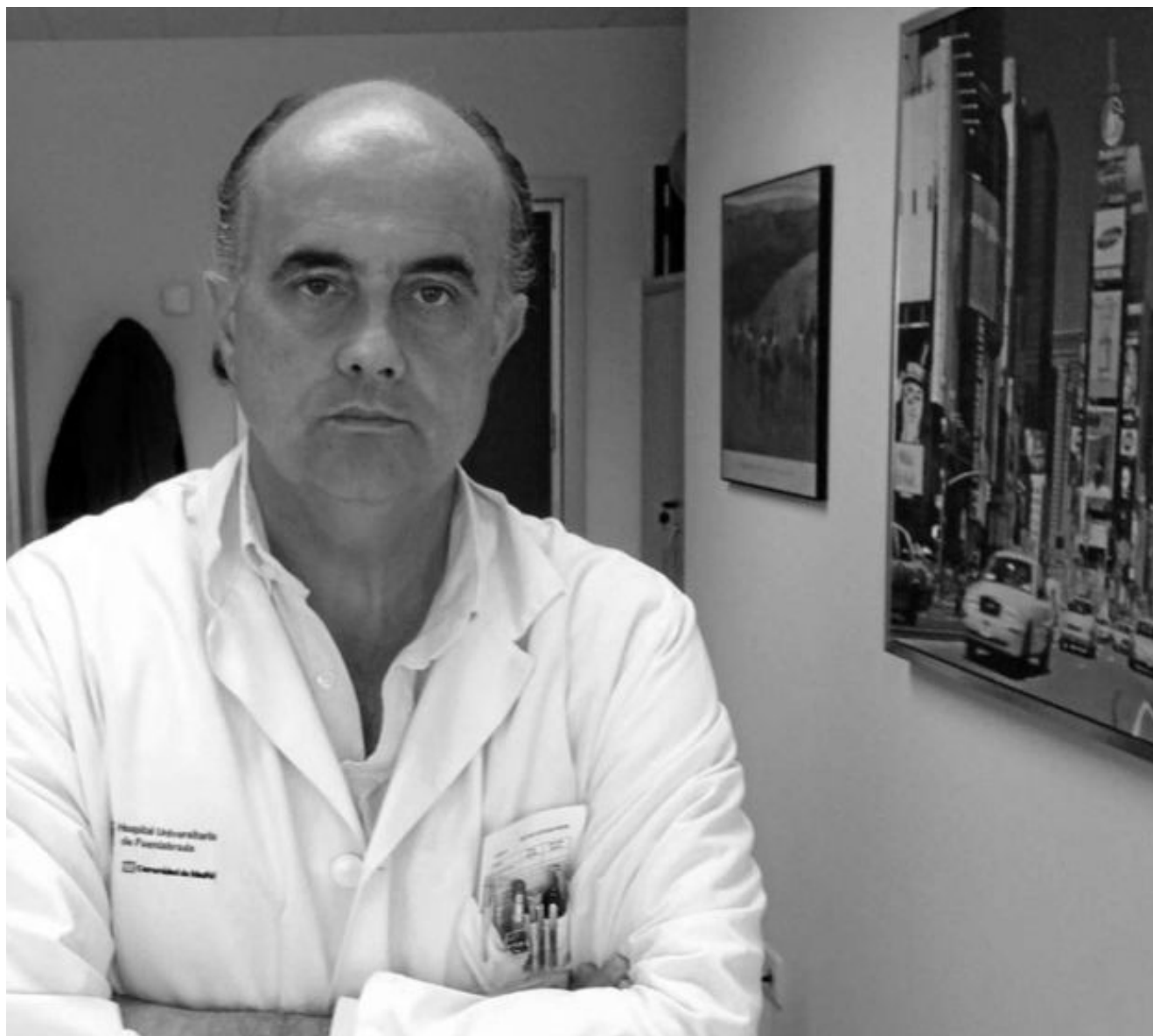
Antonio Zapatero. AEP

El primer paso importante de un área de gestión clínica, en el ámbito de la medicina interna, es identificar al paciente en riesgo, el que sabemos que tiene más riesgo de volver a urgencias, más riesgo de ingresar. Identifico a ese paciente, veo qué problemas de salud tiene, establezco una serie de prioridades y yo soy el que, trabajando con el médico y enfermería de primaria, así como la enfermería del hospital, establezco un plan de cuidados que se adapta a ese paciente en concreto. Ni le hago ir siete veces al neumólogo, dos al cardiólogo... sino que yo en este caso actúo para que esté pendiente de tomar la medicación, que un fármaco no interaccione uno con otro, que cuando el paciente me dice que gana peso me puedo asegurar de que no es porque le aumenta la insuficiencia cardíaca y, si es así, le puedo aumentar la cantidad de diurético y, de esa forma evitar que se plante en Urgencias dentro de diez días. Hay que establecer sistemas que se centren en el paciente. No puede ser que, una vez que yo le veo en la consulta, le diga: Hala, venga usted dentro de seis meses. En esos seis meses, un paciente que

tiene unas condiciones de riesgo notables, ha ido a urgencias dos o tres veces o ha ingresado un par de veces... Esto supone establecer unas guías de trabajo que a veces son difíciles de llevar a cabo en estos sistemas que tenemos tan compartimentalizados en los hospitales. Al comienzo de esta nueva forma de organización supone más trabajo. En un país como el nuestro que nos cuesta trabajar en equipo o en el que asumir un liderazgo puede generar ciertas ampollas puede crear ciertas dificultades, pero cuando se pone en marcha se ve que es bueno para el paciente y bueno para el sistema porque evitas ingresos, evitas visitas a Urgencias, evitas consultas inadecuadas y evitas efectos secundarios por fármacos.

Los pacientes empiezan a tener reacciones ante esta forma de gestión. Temen que, al trabajar por objetivos, éstos influyan en sus decisiones asistenciales.

Yo entiendo que lo puedan pensar, pero en la gestión clínica centrada en el paciente el que tiene que notar que eso es mejor para él es el paciente. La parte más llosa y más difícil de ese asunto es que nos pongamos de acuerdo



los médicos entre nosotros. El paciente no tiene que notar nada. Y respecto a lo que dice, yo en los 32 años que llevo trabajando en hospitales nunca me ha dicho un director qué tratamiento tengo que dar. Es cierto que, una vez que llevas tiempo ejerciendo, ves que hay tratamientos que crees que aportarán una mejora y finalmente no lo hacen. Es cierto que no siempre lo más caro es lo más efectivo y también que la farmacia ya forma parte de los objetivos que se firman actualmente. Eso es responsabilidad del médico. De todas formas, creo que sería interesante hacer una encuesta entre los médicos preguntando cuánto cuesta lo que prescriben cada día. Yo creo que sé qué resultado arrojaría porque la mayoría lo desconoce. **Así resulta contradictorio dejar la gestión en manos de quien no sabe el precio de lo que receta. ¿Están los médicos formados para gestionar?**

Una parte de los médicos sí, pero otra parte probablemente más numerosa de los médicos, no.

¿Tendrán entonces que aprender sobre la marcha?

Sí. Hay que aprender. Hay que empezar a hablar de gestión du-

rante la carrera, sino durante la residencia y sino, cuando sea, pero es un lenguaje al que el médico no puede ser ajeno porque, en un mundo como el actual y en época de crisis, a un médico que no tiene conocimientos de gestión le falta una parte importante de su práctica asistencial.

¿Por qué cree que la puesta en marcha de las unidades de gestión clínica se percibe como una especie de paso previo a la privatización? ¿La facilitarían?

Yo no lo veo. Sí es verdad que ese razonamiento existe, aunque sorprende. La gestión clínica es la gestión realizada por los clínicos, no tiene ninguna implicación gremial o sindical, sino profesional. No veo cómo puede estar ahí la mano de la gestión privada, que a mí, personalmente, no me gusta. Yo no lo veo, pero ¿por qué la gente tiene esa percepción? Puede ser por los incentivos, en el sentido de que si se ahorra en petición de pruebas o prescripción de fármacos, se puede creer que hay un comportamiento perverso.

¿Qué experiencias de gestión clínica hay en las que se pueda ver cómo ha resultado?

Pocas. Verdadera gestión clínica

es que tienes capacidad para decidir sobre el gasto y sobre el recurso humano y de esas en España no hay ninguna. La experiencia andaluza, en el ámbito de la gestión clínica, muchos decimos que es como jugar al Monopoly, no es de verdad.

¿Y fuera de España?

Las hay, pero son variopintas y diferentes. Las hay también en Primaria y hospital y con resultados buenos, regulares y menos buenos. Yo lo que creo es que el sistema así no aguanta más. Con esta situación epidemiológica que tenemos, pacientes mayores, crónicos, dementes, dependientes, lo que estamos haciendo no vale. Las estructuras Primaria y hospital por separado no valen.

¿Por qué optar entonces por una forma de gestión que no ha probado que verdaderamente funcione?

Yo estoy convencido de que, si me dejan organizar el proceso asistencial del paciente crónico con insuficiencia cardíaca en mi hospital, disminuyo reingresos, las visitas a Urgencias, adecúo la medicación que se le da a los pacientes, evito efectos secundarios y probablemente soy efectivo en los costes.

Estoy seguro. Pero si no me deja organizarlo y a la vez, tengo que pasar consulta, hacer las guardias, dar clase a los alumnos... entonces no.

Hay médicos que defienden que su trabajo es asistencial y que no quieren que la gestión les reste tiempo para esa actividad...

Los médicos que realicen gestión no tienen por qué dejar de ver a pacientes. Sí que va a tener una temporada importante, en la que desarrollar y dedicar mucho tiempo al aspecto organizativo. La parte inicial de protocolos, pacientes a incluir, objetivos a conseguir, indicadores, todo eso hay que trabajarlo. También la comunicación con Primaria, trabajo de Enfermería, posibilidades de la telemedicina, la participación de otros especialistas del hospital...

Esa es una labor para la que los médicos somos muy difíciles porque nos cuesta mucho ceder parte de nuestras competencias. Lo que está claro es que lo que hacemos ahora no vale. Alguien nos va a decir que no vale y que, además, no lo podemos pagar. Es una tragedia que nos estemos gastando muchísimo dinero y además no funcione.