

El repte de la transició de la medicina des d'un acte professional individual a un projecte professional col·lectiu

Josep M Piqué

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducció

Avui en dia ningú posa ja en dubte que estem davant d'una certa crisi del model professional de la medicina en el nostre país. Les queixes de molts professionals respecte l'orientació, les perspectives i les condicions del seu treball, la creixent desmotivació d'un percentatge significatiu d'aquests metges i les vagues de l'any 2007 a Catalunya, que van portar a forçar increments salarials per aconseguir certa pau social transitòria i a la necessitat de constituir el Consell de la Professió Mèdica, en són un bon reflex. Qui cregui que estem simplement davant d'un problema d'escassa retribució salarial està molt equivocat. És cert que el professional sanitari se sent i està mal pagat, però és molt més cert que aquest professional pateix la crisi de la transició d'un model professional basat únicament en el coneixement, les aptituds i les habilitats personals i, com a conseqüència, d'un gran reconeixement social a la tasca individual, a un model de provisió de serveis molt més basat en el treball col·lectiu, el mètode, la planificació i la resolució multidisciplinària dels problemes de salut. El professional viu aquesta transició amb dificultats perquè entén que li fa minvar el prestigi social que caracteritzava la professió mèdica i perquè l'estereotip del metge que tenia en la seva ment, i que potser el va fer decidir a escollir aquesta professió, s'està esvainent en la pràctica real de la medicina, en contrast amb algunes sèries televisives que s'entesten en mantenir el model irreal de la medicina basada en la genialitat individual.

La motivació basada únicament en el reconeixement de l'acte individual de la medicina entre metge i pacient cal que evolucioni cap a una motivació més àmplia on, mantenint la satisfacció del contacte personal amb el malalt, hi hagi una altra motivació afegida. Em refereixo

a la motivació d'organitzar i planificar en equip una estructura operativa eficaç i eficient i uns fluxos de treball distribuïts entre diferents professionals que garanteixin el màxim nivell de resolució i qualitat, no tan sols pel problema de salut d'un pacient individual sinó d'una forma homogènia per a tot el col·lectiu de pacients que pateixen aquella malaltia o de les persones que estan en risc de patir-la. I aquí sorgeix el problema. Per una part, hi ha un percentatge de professionals que encara no creu en la necessitat d'aquest canvi o que no l'accepta perquè els obliga a assumir unes noves responsabilitats que no desitgen; un altre percentatge el pot entendre però no es veu capacitat o li manca habilitats personals per al treball en equip o per a les tasques d'innovació organitzativa i planificació i, finalment, un altre percentatge que n'està convençut i es veu capacitat però que manifesta que l'estructura organitzativa, de gestió i de comandament del seu centre sanitari, servei o unitat no li permet avançar en la direcció que creu oportuna o que no el deixen participar en les decisions organitzatives d'aquesta evolució. D'aquest grup de professionals encara motivats sorgeix una gran demanda que és la necessitat d'un projecte ben definit i engrescador en el seu centre i la possibilitat de participar activament en les decisions organitzatives del seu àmbit professional.

Fer viable aquesta transició i corregir les deficiències del sistema que impedeixen o dificulten el canvi no és gens fàcil i segurament calen mesures profundes que afecten àmbits diversos. Algunes són de caràcter universal i relacionades amb la pròpia evolució de la ciència biomèdica i com traslladar-la a una provisió de serveis sanitaris eficients; altres estan relacionades amb el model sanitari públic del nostre país, que caldrà repensar per fer-lo sostenible; altres estan relacionades amb les característiques organitzatives i el model de governança de cada centre en particular i, finalment, altres són de caire educatiu i formatiu tant del desenvolupament del professional sanitari com dels drets i deures del ciutadà davant del repte individual i col·lectiu de mantenir l'estat de salut. Res més lluny de la meua intenció en aquest breu article que intentar donar solucions a cadascun d'aquests aspectes, però sí que m'agradaria encetar la discussió i incitar

Correspondència: Dr. Josep M Piqué
 Direcció Mèdica
 Hospital Clínic de Barcelona
 c/ Villarroel, 170
 08036 Barcelona
 Tel. 93 227 54 00
 Fax 93 227 54 54
 Adreça electrònica: jmpique@clinic.ub.es

a la reflexió sobre aquells que, segons el meu parer, poden ser més determinants.

Redistribució de tasques sanitàries

L'evolució de l'oferta de serveis sanitaris del futur es mou en tres grans eixos: la prevenció i la predicció, l'intervencionisme tecnològic i l'atenció al malalt crònic, que es divideix en dos capítols: el malalt jove o de mitjana edat amb una sola malaltia crònica i el malalt d'edat avançada amb comorbiditat.

Partint d'això, cal una estructura organitzativa i un desenvolupament professional sensiblement diferent al que hem viscut en el passat recent. El metge de família haurà d'assumir més tasques en els aspectes preventius i en el control de malalts crònics. Per altra part, cada cop més l'ingrés hospitalari electiu es restringirà al malalt que requereix intervencionisme diagnòstic-terapèutic o un coneixement altament especialitzat. En aquest context, l'especialista de l'entorn hospitalari no podrà sobreviure com fins ara, simplement acumulant una mica més de coneixement o experiència que el metge de família en una o unes determinades malalties, i se li exigirà una alta capacitat per a la pràctica de procediments invasius o altament tecnificats i una important dedicació a la generació de coneixement mitjançant recerca traslacional de qualitat. A més, en la intersecció entre medicina primària i especialitzada cal anar construint un nou entorn compartit d'assistència al malalt crònic que pugui assegurar un flux assistencial coordinat entre la consulta de primària, l'atenció o l'hospitalització domiciliàries, l'entorn d'assistència sociosanitària i, puntualment, l'assistència a hospitals de dia hospitalaris¹. En aquest entorn, cal també avançar de forma decidida cap a una major participació i implicació de la infermeria, de manera que moltes de les tasques que avui en dia porten a terme metges s'han de traslladar a la responsabilitat de professionals d'infermeria.

Per dur a terme tota aquesta reestructuració organitzativa i de redefinició de rols i de responsabilitats, cal un canvi de mentalitat dels professionals, una formació específica i una provisió i distribució de recursos significativament diferent a l'actual. A més, degut a les exigències d'alta especialització en l'entorn de la medicina hospitalària, assistirem a una ruptura progressiva de la rigidesa actual de les especialitats, ja que la necessitat de superespecialització portarà que un especialista dedicat, per exemple, a una o unes determinades malalties inflamatòries dintre de la seva especialitat convergirà, cada cop més, amb metges d'altres especialitats que també es dediquen a la inflamació més que amb els seus propis companys d'especialitat dedicats a malalties infeccioses o oncològiques.

Projectes organitzatius participats

Tot col·lectiu professional necessita un projecte. Això és especialment cert entre professionals amb alta qualificació i expectatives com són els metges. Desgraciadament, poques institucions sanitàries tenen avui en dia un projecte estratègic ben definit, engrescador, ben liderat i que reculli les opinions, expectatives i voluntats de professionals i usuaris. Ningú millor que els propis professionals per entendre l'essència del producte que aquesta indústria fabrica que no és altre que el manteniment i rescabament de la salut, encara que molts metges encara han d'aprendre que aquest producte té dues cares: l'objectiva, tècnica i mesurable, i la que percep l'usuari, que és una barreja del resultat tècnic i de la forma i sensibilitat amb què aquest se li administra. És per això que l'estructura de funcionament que es proposi per assolir l'èxit d'aquest projecte ha d'estar basada en la implicació dels professionals en el seu disseny i en la responsabilitat compartida del seu resultat².

Per assolir aquestes fites no hi ha cap altra forma millor, al meu entendre, que l'agrupació en unitats o col·lectius de professionals sanitaris al voltant d'un objectiu comú ben definit. Pot ser una agrupació de professionals en l'entorn de la primària, que englobi el total d'una àrea bàsica o una part d'ella buscant resultats globals de salut d'una determinada població, una agrupació de professionals en l'àmbit hospitalari al voltant d'una malaltia o grup de malalties dintre del que podem denominar unitats de processos i, potser en el futur, agrupacions territorials de professionals de l'àmbit de la medicina primària i de l'especialitzada per garantir un alt contínuum assistencial al voltant d'un malalt crònic o d'un malalt fràgil amb alta comorbiditat³. Aquestes unitats cal que defineixin i consensuin els seus objectius; que per ordre de prioritat ha de ser, en primer lloc, de resultats de qualitat assistencial i, en segon lloc, d'eficiència; a més, cal que es fixin amb claredat quins seran els resultats a mesurar. Tot això sota la filosofia que garantir la contenció dels costos sense haver assegurat la qualitat assistencial no és acceptable, però que garantir la qualitat assistencial a qual-sevol cost fa el sistema insostenible. De totes maneres, cal equilibrar aquesta estructura d'agrupacions i les seves decisions estratègiques amb polítiques de coherència transversal i universal que garanteixin la cooperació entre diferents agrupacions per assolir els objectius estratègics globals de salut d'un determinat territori o país.

Governança estratègica amb alta implicació dels professionals

La següent pregunta és: qui ha de liderar aquest procés? I això comporta la definició de quin tipus de governança cal en les institucions sanitàries per portar a terme el projecte, una definició que avui està en el centre de la

discussió del model de gestió sanitària. El primer que cal dir és que qualsevol projecte dintre d'una organització tan complexa com és la sanitària requereix temps i que, per tant, el model de governança ha d'assegurar un lideratge estable per un període suficientment perllongat per fer-lo viable. Això es contradiu amb un fet constatable que és que la vida mitjana dels gerents en les institucions sanitàries del nostre país és de 2,5 anys, un període en què és absolutament inviable portar a terme projectes d'envergadura. Això és així perquè, malauradament, la designació d'aquests directors-gerents gairebé sempre és de caire polític i crec que hi ha un ampli consens entre els professionals sanitaris, que pensen que el poder polític s'hauria de mantenir portes enfora de la institució sanitària i que de portes endins caldria prendre la decisió de qui té la màxima responsabilitat de comandar la institució, basada únicament en la capacitat tècnica, el lideratge professional i l'habilitat per buscar la màxima complicitat entre els professionals del centre. Podria ser que a qui compleixi aquests requisits li manqui formació i capacitats per ordenar i gestionar la part logística i hotelera de la institució, però aquesta hauria de ser la part més fàcil de cobrir amb un perfil de professional que doni suport al director-gerent i que tingui una ampla formació i trajectòria en aquests àmbits que són comuns a moltes altres empreses dintre i fora del sector sanitari.

La fórmula i l'organigrama per assolir aquest model de governança pot variar en funció de les característiques del centre, la seva història evolutiva i la cultura de cada organització, però és molt important que sorgeixi d'un cert consens i que compti amb el suport i la complicitat d'una part important i significativa del col·lectiu professional. La disjuntiva entre gestor professionalitzat o professional de la institució derivat a la gestió té els seus pros i contres. El primer té l'avantatge de la coneixença més àmplia del sector de la gestió sanitària i l'experiència d'haver gestionat prèviament altres tipus d'organitzacions, però té l'inconvenient de no conèixer la cultura de la casa i haver de guanyar-se el respecte dels professionals per assolir un lideratge natural. El segon té l'inconvenient de manca d'experiència en gestió global d'un centre i, possiblement, certa manca de coneixença del sector de la gestió sanitària, però té l'avantatge de conèixer la cultura del centre, tenir un coneixement molt més proper de cap a on evoluciona la biomedicina i una major facilitat per arrossegar la complicitat del col·lectiu professional. L'evolució d'un professional d'aquest tipus des de l'exercici de la medicina cap a la gestió és, sens dubte, molt més fàcil en aquells centres on la cultura de participació en la gestió entre els professionals ja està instaurada des de fa temps i està implementada, no tan sols en serveis o departaments, sinó també a nivells organitzatius més baixos com les seccions o unitats.

Sistema sanitari sostenible

Des del punt de vista dels professionals, no tenim cap dubte que la sostenibilitat del nostre sistema públic de salut està en risc, un sistema que per res del món voldríem que desaparegués o minvés significativament en les seves prestacions. Però, davant d'això només hi ha dues posicions. Una és la immobiliària, que no afronta el problema, que es resisteix a buscar fórmules innovadores de finançament amb la demagògia que poden anar en contra de l'equitat o l'ètica i que va posant pegats al malalt perllongant-ne l'agonia. L'altra és la que creu que l'única forma de salvar el malalt és ser agressiu i innovador i assumir alguns riscos. Aquesta postura és la que voldria obrir el sistema a fórmules de finançament mixtes on fons públics, fons privats dintre del mateix sistema públic i aportacions dels propis usuaris, en funció del seu nivell de renda, garantissin la viabilitat d'una medicina que està davant d'una espiral d'increment de costos inabastable amb el sistema actual. Aquesta escalada de costos està determinada, per una part, per la demanda creixent de més i més prestacions tant sanitàries com sociosanitàries, atès que cada cop més la societat actual exigeix l'evitació de qualsevol tipus de sofriment, es resisteix a la idea que el nostre cicle vital inclou la mort i que, en algunes circumstàncies, no té sentit la resistència a allò que és inevitable i no està disposada a fer sacrificis personals per implicar-se en la cura del malalt familiar o amic. Per altra banda, la medicina està vivint un progrés tecnològic impensable uns anys enrere, que porta al consum de sofisticats i cars dispositius diagnòstics i terapèutics i nous tipus de medicacions d'elevat cost, i una evolució cap a la medicina personalitzada i orientada a la predicció del resultat terapèutic basat en el perfil genotípic i fenotípic del propi malalt, la qual cosa no fa més que encarir alguns dels processos de tractament⁴.

Les decisions futures de com afrontar aquesta situació afectaran sens dubte el marc del desenvolupament professional i, per tant, aquest és un element que cal tenir en compte a l'hora d'elaborar plans estratègics en aquest sentit pels propers 10 - 20 anys.

Educació-formació d'habilitats dirigides a la gestió clínica i a la qualitat per als professionals i educació de responsabilitat sanitària de la població

Tota aquesta evolució no es pot dur a terme sense un esforç planificat de formació. Necessitem canviar el contingut formatiu del pregrau i crear plans de formació continuada per als professionals sanitaris per tal d'incorporar conceptes de gestió clínica, responsabilitat compartida, habilitats de treball en equip i planificació, cultura d'avaluació continuada de resultats i assoliment d'objectius lligats a resultats. A més, l'adquisició d'aquests tipus de

coneixement i d'habilitats cal estimular-la d'alguna manera; això sols és possible si s'instaura com un element més en l'avaluació a l'hora de triar un professional per a un càrrec i com un element significatiu en l'avaluació dels mèrits de progressió en la carrera professional dintre de la institució⁵.

En l'àmbit de l'usuari, també tenim una necessitat imperiosa que és la d'introduir en l'educació bàsica els conceptes d'implicació personal i col·lectiva en la responsabilitat del manteniment de la salut i el concepte que el propi malalt ha d'involucrar-se en les decisions sanitàries que afectin a la seva persona; això precisa d'alguns elements de formació per poder comprendre i interpretar les disjuntives que el professional sanitari li posarà sobre la taula.

Resum

Davant de la crisi del model professional de la medicina en el nostre país, cal una anàlisi profunda i una redefinició dels rols professionals, de les estructures organit-

zatives dintre de les institucions i dels sistemes de governança. És molt important que cada institució tingui un projecte col·lectiu que compti amb una àmplia participació dels professionals i que sigui liderat per algú que disposi d'un ampli suport dintre de la pròpia institució i del període de temps necessari per fer-lo viable.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *N Eng J Med.* 2008;358:1064-71.
2. Font D, Piqué JM, Guerra F, Rodés J. Implantación de la gestión clínica en la organización hospitalaria. *Med Clin (Barc).* 2008;130:351-6.
3. Varela J, Castells X, Iniesta C, Cots F. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. *Med Clin (Barc).* 2008;130:312-8.
4. Orszag PR, Ellis P. The challenge of raising health care costs: a view from the congressional budget office. *N Eng J Med.* 2007;357:1793-5.
5. Salmerón JM, Benarroch G, Piqué JM, Rodés J. Carrera profesional del personal médico. Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación. *Med Clin (Barc).* 2008;130:393-8.