

La participació dels metges en la gestió: volem? en sabem?

Gustavo Tolchinsky

Hospital Municipal de Badalona; Secció MIR del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; Comissió d'Ordenació de la Professi6 i Consell de la Professi6 M6dica de Catalunya.

Introducci6

Ja s'han publicat uns quants articles d'opini6, de companys amb vasta experi6ncia i contrastat prestigi, sobre el document "La participaci6 dels metges en la gesti6 dels centres sanitaris"¹ generat per la Comissió d'Ordenaci6 de la Professi6 en el si del Consell de la Professi6 M6dica. Per aix6, l'enc6rrec de presentar les meves reflexions em planteja el repte de buscar un punt de vista que es diferenciï una mica dels anteriors i, no obstant aix6, sigui rellevant. Alhora, una sensaci6 ambivalent m'envaeix amb motiu de la confiança que aquest enc6rrec implica; per una banda, el risc d'equivocar-me i, per l'altra, l'oportunitat d'equivocar-me. Una ratifica la por als judicis dels companys lectors i l'altra planteja un escenari on el nombre d'errades 6s igual al nombre d'oportunitats per aprendre. Intentar6 fer una an6lisi d'aspectes relatius a la participaci6 dels metges. Tamb6 procurar6 contextualitzar aquesta an6lisi amb les aportacions d'aquests companys.

El canvi, enfocant el problema

Les parts implicades en el document, metges gestors i metges assistencials, s6n les peces clau; l'estructura i les regles de relaci6 que s'estableixen en el redactat intenten aprofitar al m6xim les possibilitats d'ambd6s tipus de professionals.

Definir les posicions i quin tipus de professional (gestors i assistencials) ocupa cada estrat, quina durada ha de tenir la seva pres6ncia i de quina manera es comunica i influeix sobre les estructures organitzatives 6s un exercici que simplifica l'enorme diversitat de professionals i estructures organitzatives. Per aix6 pot resultar tan f6cil criticar (en sentit negatiu) els continguts d'aquest document. De tota manera, sigui quina sigui l'organitzaci6 sanitat6ria a

la qual s'intenta aplicar les recomanacions que emanen del document, necess6riament en algun punt impliquen canvis. Per6 6s el canvi per si mateix part del problema? O m6s aviat el manteniment de l'*status quo*¹, com suggereix el document. Crec que hi intervenen altres elements.

El risc de la participaci6 i l'assumpci6 de responsabilitats

En algun dels articles que sobre aquest tema ja s'han publicat als *Annals*², es fa una an6lisi on es contrasten els continguts del document elaborat amb l'experi6ncia personal. S'hi comenta que no s'acaba d'entendre a qu6 fa refer6ncia el text quan planteja l'assumpci6 de riscos i responsabilitats per part dels metges. De fet, el document no fa refer6ncia al risc de la presa de decisi6 cl6nica ja que, afortunadament, essent compet6ncia del metge, tots l'assumim quotidianament amb la convicci6 que hem de ser protagonistes en aquestes decisions. Els riscos als quals es refereix el document s6n els que hem d'assumir els professionals que no ocupem c6rrecs de gesti6: comprometre'ns a nivell organitzatiu i plantejar uns objectius ambiciosos sense defugir la responsabilitat d'haver de retre comptes. Per6, els metges volem assumir aquest compromís per projectar un entorn assistencial d'excel·l6ncia, fet a la mida de l'equip de professionals i adaptat a les necessitats d'una poblaci6?

Els antecedents, com les direccions per objectius (DPO), en molts casos no s6n precisament il·lusionadors, atesa la prepot6ncia de la gesti6, que provoca el desencís de molts metges en el dia a dia.

L'aliança estrat6gica gestors-metges (en diagonal, segons el gr6fic "Els quatre poders", Figura 1) sembla factible, com afirmen els autors en el seu article³. Desgranen les estructures i la relaci6 de forces que s'estableixen en les institucions sanitat6ries i proposen aquestes aliances estrat6giques per superar la diverg6ncia de valors. El model de director m6dic de l'Hospital del Mar de Barcelona, amb dedicaci6 parcial a l'assist6ncia, 6s prou atractiu per a totes les parts, tant per als metges que vulguin exercir aquest c6rrec (amb una durada temporal i no per aix6 amb connotacions polítiques, com s'insinua en un altre article⁴) com pels metges que li tindran confiança. Aquesta experi6ncia coincideix amb l'esperit del document.

Correspond6ncia: Dr. Gustavo Tolchinsky Wiesen
Hospital Municipal de Badalona
Servei de Medicina Interna
Via Augusta, 9 - 13
08911 Badalona
Tel. 93 464 83 00
Fax 93 464 83 91
Adreça electr6nica: 36448gtw@comb.es

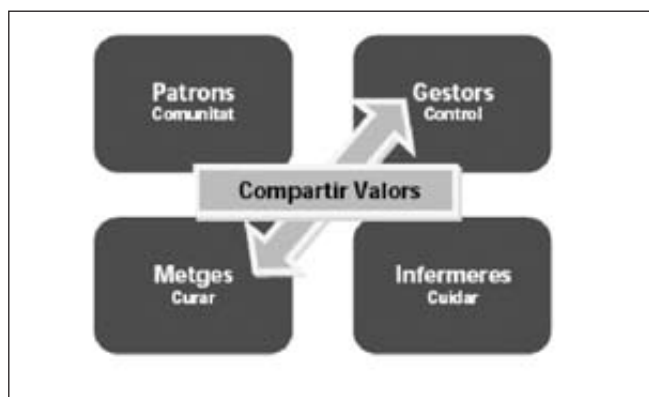


FIGURA 1. Els quatre poders de l'hospital (Glouberman i Mintzberg).
Reproducció de la Figura 2 de l'article del Dr. Varela³

Per altra banda, recordo les al·lusions³ a l'experiència de Kaiser Permanente. Seria possible aquest model amb el nivell de compromís i risc que suposa un canvi amb resultats a deu anys vista? Ho comprendríem els professionals? Seria beneficiós per als malalts? El 2002, Kaiser⁵ es va veure envoltada en un escàndol, pel cobrament d'incentius per part de telefonistes que restringien el temps d'atenció telefònica als pacients, derivacions de les trucades a infermeres consultores i programació de visites per a metges.

Però, tornant a l'assumpció de responsabilitats, aquí trobo que tenim un punt de conflicte. El professionalisme entès com un conjunt de competències, que inclou també la participació en la gestió, implica renunciar a les comoditats del model d'assalariat-funcionari. Dins d'aquest model es practica l'esport de la crítica sobre les iniciatives dels gestors –moltes vegades amb raó– però sense assumir un paper constructiu, potser perquè fins ara poques vegades s'han tingut en compte les aportacions en aquest sentit. Ja portem molts anys d'aquest model i la meva hipòtesi és que aquesta vessant del professionalisme no l'hem cultivada correctament.

De la participació al lideratge, una competència més en el professionalisme

Com a professionals, quan identifiquem que estem mancats en algun camp som hàbils a l'hora de buscar un col·lega que no n'estigui. En el cas de la participació, els metges estem preparats? Som competents per assumir la part del document que ens planteja als metges assistencials que hem de jugar (en el sentit de participar)? Estem preparats per córrer el risc de perdre? Quina cultura del risc tenim? A la facultat, l'avantsala del professionalisme, no recordo gaires companys que volguessin prendre part activa a la classe: el professor sempre forçant, assenyalant amb el dit. I no és que no en sabessin, el que passava era que tenien por. Por d'equivocar-se, por que se'ls jutgés. Tenien la sensació que si s'equivocaven tothom pensaria que eren

uns idiotes o, pitjor, uns fracassats. Tenim por de fracassar? No ens assemblem a altres societats, més atrevides, on les *start-ups* són un tema de conversa quotidiana. Si apostes per una idea, t'arrisques i perds, no ets un repudiat; has estat valent i t'has atrevit i, a més, alguna cosa hauràs après de l'experiència. Ja ho cantava en Sinatra⁶ a "*That's life*".

En el pròleg⁷ que el catedràtic de sociologia Jesús de Miguel dedica al llibre "*Liderazgo afectivo. All you need is love*" del Dr. Jovell ho expressa fins i tot amb una certa agressivitat. En primer lloc sentència "*La palabra «líder», así como «liderazgo» se considera con escepticismo en nuestro país [...] las universidades de esos países avanzados enseñan cursos de leadership [...] en cambio en las universidades españolas los estudiantes quieren «aprobar», no destacar, no ser líderes de nada, ir pasando, haciendo, estudiando y leyendo lo mínimo*". Segueix amb una altra: "*Hay excepciones, minoritarias entre otras cosas porque son vistas con recelo [...] «yo no, tú tampoco» es la máxima general, incluso en la universidad [...]»*". Jo no gosaria fer una afirmació tan contundent només en el camp de la medicina, però em pregunto quin grau de veritat és aplicable en el nostre ensenyament i entre els professionals. Un altre exemple és una frase "caçada" en un bloc que diu, potser sense gaire rigor, "*el sueño de un gran porcentaje de los universitarios es ser funcionario*".

En sanitat no és qüestió d'anar arriscant dia sí i dia també, però no hem de tenir por a implicar-nos en noves estratègies organitzatives i emancipar-nos de la mentalitat funcional que ens consumeix com a professionals. Actualment tenim més a prop el model de funcionari que el professional. A la vegada, és cert que la incentivació econòmica i professional no guarda correlació lineal amb l'esforç que hi dediquem; el sistema sanitari no ha estat capaç, dintre de l'esperit homogeneïtzador, d'oferir aquest principi inherent al professionalisme. Potser amb el desenvolupament professional continuat individual (DPCi), el sistema començarà a oferir un marge que reconegui la individualitat i singularitat de cada professional.

A tall d'anècdota, explico una situació en què l'ICS va oferir als MIR que formessin una taula de negociació paral·lela a la que hi ha amb la resta de treballadors, cosa que un grup de MIR havia demanat anys enrere durant una vaga. L'oferta semblava atractiva, però els MIR volien "externalitzar" la participació: pretenien que fos un sindicat o algú altre qui organitzés i participés en aquella taula, és a dir, qui carregués amb l'esforç i suposava que amb la responsabilitat. Tothom estava massa ocupat per participar-hi personalment. Potser el problema és que no sabem organitzar-nos ni participar i, molt menys, tenim la paciència d'esperar resultats en un futur intangible.

Si seguim argumentant per aquest camí, podríem arribar a pensar: per què ara sembla que la culpa és dels met-

ges? Però no són culpes, són alguns dels problemes que intervenen en la relació metges-gestors. Com que no sóc gestor no puc fer autocrítica i, a més, tothom sap i molts reconeixen quines són les atribucions pejoratives que s'enumeren a molts articles i fòrums de debat. En canvi, com a metge assistencial faig una recerca de per què i com hem de reorientar la tendència.

De la devaluació de l'autoritat i el retrobament del compromís

Però parlem dels gestors. Com a metge jove, i amb uns 30 o 35 anys d'exercici per endavant, em plantejo no només com seran els companys que tindrè al voltant durant tants anys... Penso en la crisi del sistema MIR, la importació de metges i altres temes que són apassionants, però no són el nucli d'aquesta reflexió. I és que d'aquests companys han de sorgir caps de servei, catedràtics, gerents i directors mèdics. Són càrrecs que davant la resta de professionals es presenten com a autoritats i aquesta figura, l'autoritat, actualment està en crisi. La legitimació del "poder" ja no ve donada per l'autoritat, ni divina ni política ni de cap mena. Avui en dia, i en el futur probablement també, els arguments, l'evidència i la capacitat de persuasió guanyen la partida. És per això que figures com la de director assistencial han de ser exercides per professionals de prestigi, que la seva autoritat vingui donada per la credibilitat entre els col·legues i no pas pel nomenament. Afegit a la credibilitat se li exigeix una capacitat per liderar.

Un líder amb credibilitat aconsegueix sumar compromisos amb un projecte. Sona tot molt idíl·lic, però on era aquest compromís fins ara? Jo he vist compromís en casos comptats i crec que va lligat al sentiment de pertinença i amb la convicció d'una projecció de futur⁸. I per què és tan escàs? Doncs perquè és inversament proporcional a la quantitat de metges cremats. Per això en veiem tan poc. Aquest compromís, que sempre s'acompanya d'una petita dosi d'il·lusió, és el complement perfecte per a qualsevol professional i, com moltes altres competències, les transmetem de generació en generació. Malauradament, tant la crisi de valors que colpeja els joves i no tan joves de tota la societat com l'abundància de metges cremats, posa en risc la perdurabilitat del compromís.

Els estudis realitzats en el camp dels valors en joves a Catalunya, pel que fa al treball⁸, mostren un canvi de tendència. Afirment que la societat passa a veure el treball com un element instrumental (guanyar diners) en comptes de tenir una funció socialitzadora (identificar-nos com a professionals). Si, a més, hi sumem l'indiferentisme, com diu Elzo⁸, a la crisi d'autoritat adulta, no contribueix a crear una cultura de la participació constructiva. Potser per això no sorprèn que aquest document, sorgit d'un grup de professionals a qui s'atorga una certa autoritat pel nomenament, sigui també una víctima més d'aquesta crisi de valors.

Consideracions finals

La realitat social en què surem tots, inclosos els metges, porta un corrent amb una deriva de determinats valors que fan modificar prioritats i conductes. La valoració del temps lliure i del lleure, la conciliació de la vida familiar i una forta feminització de la professió, la medicalització de la vida quotidiana i l'envelliment de la població ens desborda per tots els cantons. En un període en què ja hem matat tots els déus i no tenim líders morals, perquè la realitat és opinable, i cadascú veu defectes que la resta no percep, crec necessari reconèixer que no estem tots units per anar en la mateixa direcció o, almenys, no tots a la vegada. I és respectable, però si es decideix que el model l'ha d'elaborar un altre i assumir les conseqüències, seguirem jugant a les "víctimes" i "els que s'equivoquen sempre".

Un equip de futbol planteja la tàctica en funció de les característiques dels seus jugadors perquè no es pot planificar una estratègia que requereixi unes qualitats que cap jugador de l'equip posseeix. De la mateixa manera, els equips assistencials haurien de planificar la seva estratègia adaptada als professionals que componen aquests equips.

Quan els jugadors estan motivats, els resultats solen ser bons, fins i tot quan la tàctica no és la millor; quan els jugadors tenen altres motivacions que els distreuen, calen entrenadors amb lideratge per centrar l'equip i posar les qualitats a treballar en la direcció correcta.

Aquestes reflexions no necessàriament contenen l'opinió de tots els components de la Comissió d'Ordenació de la Professió, tampoc plasmen totes les qüestions que figuren al document. Són només consideracions que plantejo perquè junts intentem arribar a aclarir alguns dels punts conflictius, fins i tot recorrent a un cert grau de provocació, si se'm permet, al voltant de la participació dels professionals en l'àmbit de la gestió.

No puc acabar sense expressar el meu agraïment per les aportacions i comentaris de la Dra. Liliana Tolchinsky, Laia Tresserra i Comelles i el Dr. Marius Morlans.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Comissió de l'Ordenació de la Professió Mèdica. La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris. *Annals de Medicina*. 2008;91:2-9.
2. Martí E. Els metges i la gestió dels centres sanitaris. *Annals de Medicina*. 2008;91:13-5.
3. Varela J, Bruguera J, Picas JM. Professionalisme i implicació dels metges en la gestió dels hospitals. A propòsit de com abordar la posició de la direcció mèdica. *Annals de Medicina*. 2008;91:54-8.
4. Sitges-Serra A. Professió, política i societat civil en temps confusos. *Annals de Medicina*. 2008;91:10-2.
5. Kaiser clerks paid more for helping less. *Los Angeles Times*. 17 de maig de 2002.
6. Sinatra F. *That's life album*, 1966.
7. De Miguel J. Pròleg. A: Jovell AJ, editor. *Liderazgo afectivo. All you need is love*. Barcelona: Alienta Editorial; 2007.
8. Mellén T, Sáez L. Joves i valors, Què mou els nostres joves? Col·lecció Observatori dels Valors. Barcelona: Fundació Lluís Carulla i ESADE; 2007.