

ENTREVISTA

Francesc Moreu

Los diez mandamientos del hospital del futuro

DANIELA ARANEDA⁽¹⁾

El ingeniero catalán experto en gestión hospitalaria comparte con la Revista Chilena de Salud Pública sus planteamientos sobre cómo, por quiénes y venciendo qué obstáculos debieran ser gestionados los hospitales públicos. Asegura que la clave es mirar al hospital como un negocio, cuya rentabilidad debe ser social.



Es una de las voces más autorizadas a nivel mundial para hablar de gestión hospitalaria. Este ingeniero catalán no sólo ha ocupado puestos de gran responsabilidad en la organización del sistema de salud en España, sino que ha recorrido el mundo asesorando a gobiernos, empresas e instituciones ligadas al tema. Ha estado en Chile en varias oportunidades dando clases y dictando conferencias y participa como docente en el Programa de Actualización y Desarrollo para Ejecutivos en la Alta Dirección de Hospitales, que imparten conjuntamente la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Clínica Las Condes.

Aparte de gerenciar varios hospitales en su país, Francesc Moreu Orobítg estuvo a cargo de Salud Pública Española en el primer Gobierno de Felipe González. Ha sido artífice y protagonista de la modernización y descentralización del sistema sanitario español -especialmente el catalán- y de la introducción de nuevos modelos de gestión en los servicios de salud regionales. Además de su intensa actividad académica, dirige el Instituto de Investigación Oncológica y es presidente del Consejo Asesor de Planificación Sanitaria de Cataluña.

Un resumen de su postura frente a cómo

debe concebirse un establecimiento de salud en el siglo XXI, se encuentra en su "decálogo del hospital del futuro". Ver al hospital como un negocio, democratizar sus servicios, pasar de la filosofía del especialista a la del experto, flexibilizar la política de recursos humanos y ser ante todo competente y competitivo, son algunos de los diez mandamientos en los que Moreu destiló la experiencia de muchos años en la gestión tanto de hospitales públicos como de clínicas privadas.

-El decálogo se refiere al "hospital del futuro" ¿Ese futuro ya llegó?

-Es fácil identificar hoy, en cualquier hospital o clínica de cualquier país, los contenidos básicos de los diez mandamientos del hospital del futuro. El futuro, pues, ya está aquí. Otra cosa es que se convierta en presente y debe ya pensarse en un nuevo futuro para dar un paso más en la búsqueda de la excelencia.

Jamás debemos pensar que hemos llegado al fin de la historia ni a la meta, el cambio social es más rápido que el de los modelos de gestión para adaptarse a él. Es como ir en bicicleta, si dejas de pedalear te caes.

El cambio debe ser permanente y debe in-

⁽¹⁾ Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. daraneda@med.uchile.cl

corporarse como algo habitual en el biorritmo de las organizaciones. Las estrategias del decálogo permanecen, pues están asociadas a la misión; las tácticas son las que cambian constantemente.

LA EMPRESA AL SERVICIO DEL NEGOCIO

-¿Cómo se compatibiliza ver al hospital como un "negocio" con el concepto de servicio a la comunidad?

-La confusión sobre el contenido de las palabras genera equívocos graves. Baste ver que cuando se habla de empresarizar la gestión es fácil que muchos decodifiquen "empresarizar" por "privatizar", cuando no tiene nada que ver lo uno con lo otro.

Lo mismo ocurre con el término "negocio". Negocio no significa la búsqueda del profit. Un negocio puede dar tanto beneficios como pérdidas. "Negocio", en el moderno concepto del management, significa identificar quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y expectativas, qué productos o servicios pueden satisfacerlas y cómo se los hacemos accesibles

Obviamente, desde este punto de vista la orientación al "negocio" es válida tanto para el sector público como para el privado, que deben empresarizar su funcionamiento para obtener, en el caso del sector privado, la rentabilidad económica y financiera que legítimamente debe perseguir, mientras que en el caso del sector público la rentabilidad a buscar es la social. Lo que no se puede aceptar es que el sector público no sea rentable, pues entonces no será social.

-Bajo esa mirada ¿Es mejor que el hospital sea dirigido por un profesional de la salud o de la administración?

-Debe ser dirigido por un profesional competente. No es un cargo político, como muchas veces se trata en el sector público; no es un cargo de confianza para alguno "de los nuestros". Es un cargo para los mejores, sea cual sea su color.

Es imprescindible que estos puestos estén ocupados por profesionales que han hecho de

la gestión el leit motiv de su carrera profesional, no es un trabajo para aficionados. El mejor médico no tiene por qué ser necesariamente un buen gestor, y es imprescindible atraer a la gestión de los hospitales públicos, en una primera etapa, a profesionales de éxito probado en otros sectores de actividad, ofreciéndoles para ello condiciones económicas competitivas con el ámbito privado, en condiciones de riesgo similares a él.

Este es el perfil a buscar. Si además se es médico mucho mejor, puesto que su conocimiento del core bussines del negocio es mucho mayor.

-Exigirle al clínico que gestione ¿No es desviarlo de su área de conocimiento?

-La gestión para los clínicos es inherente a su actividad diaria. Pedirles que gestionen no es más que recordarles una de sus obligaciones deontológicas, que es reducir la variabilidad de la práctica clínica e incorporar el coste como un elemento más de la decisión clínica. No hablamos de una moda sino de una obligación.

Debemos distinguir, sin embargo, entre "la gestión clínica" propia de los jefes de servicio y la "gestión de la clínica", que compete -insisto- a todos los profesionales sin excepción. Estos son los verdaderos gestores, pues son los que manejan la lapicera.

El médico entiende bien la gestión cuando trabaja en una clínica privada y aún mejor cuando lo hace en su consulta, y sin embargo abomina de ella cuando lo hace en un centro público. El tema es sencillo: que actúen por la mañana como lo hacen por la tarde.

Ante una determinada presunción diagnóstica, el médico adopta una serie de decisiones que se traducen en un conjunto de procesos, procedimiento, técnicas y pautas terapéuticas. Si estas decisiones no dan el resultado apetecido, toman otras. ¡Esto es exactamente gestionar!

-Aparte de ello ¿Cuáles son, a su juicio, los mayores obstáculos para la modernización de los hospitales públicos?

-El estar sujetos al derecho público, que está hecho expresamente para evitar el riesgo y sin

riesgo no hay gestión, a lo sumo administración. Con el derecho público sólo se puede administrar, no gestionar.

-En nuestro país, frecuentemente se conocen casos de negligencias médicas y de muertes por errores cometidos en hospitales, por falta de atención oportuna o por carencia de insumos básicos ¿Es correcto, en estas situaciones, hablar de fallas en la gestión?

-Seguro, lo que debe dilucidarse en cada caso es si el problema se debe a la "gestión empresarial" o la gestión de la clínica. Habitualmente, y al igual que ocurre en un accidente de aviación, un problema de esta naturaleza se debe a la concatenación de más de una responsabilidad. Por ello es tan importante en los hospitales y clínicas una correcta gestión del riesgo, que es cosa de todos.

-¿En qué medida las condiciones laborales del personal de salud son relevantes en la eficiencia y calidad de un hospital?

-Desde el punto de vista de las personas, el derecho público evita el riesgo de perder el puesto de trabajo, al ser éste para toda la vida. En estas condiciones, uno de los motores de la implicación y compromiso de los trabajadores con su empresa desaparece. No es menos perverso, desde esta misma óptica, la imposibilidad de premiar al que trabaja bien y censurar al que lo hace mal; uno y otro al final de mes cobran lo mismo.

Es imprescindible acercar las condiciones laborales de los empleados públicos al estatus habitual del sector privado y reposicionar el rol de los sindicatos en el ámbito público. Estos son necesarios, por supuesto, para el correcto equilibrio del ecosistema laboral, pero han de dejar de ser una coacción para las decisiones políticas, se les ha de respetar pero se les ha de perder el miedo que los políticos les tienen en el sector público.

AUTOGESTIÓN Y CONCESIÓN

-La autogestión ¿Es un camino efectivo hacia la modernización y el mejoramiento

de la calidad y eficiencia de los hospitales?

-Sin duda alguna, si es algo más que una etiqueta vacía de contenido. Pero para que ello sea efectivo de verdad, la autogestión no debe quedarse en el top de la organización, sino que debe descender dentro de ella a los niveles de la decisión clínica de los servicios y los profesionales. Debe convertir a los profesionales en "socios", y se es socio cuando se puede influir en las decisiones que te afectan y cuando, de alguna manera, los resultados de tu empresa son también, en términos, económicos tus resultados. La contrapartida, obviamente, es la exigencia de resultados a todo nivel en los términos ya apuntados. Si se dan estas condiciones, mejora la calidad y la eficiencia.

-¿Tiene alguna apreciación sobre la forma en que se ha ido implementando el modelo de autogestión hospitalaria en Chile?

-No tengo información suficiente para opinar, pero me imagino que lo ocurrido no será muy diferente de experiencias similares en otros países, en que la autogestión será más virtual que real y su puesta en marcha lo habrá sido a través de centros pilotos o en los de nueva apertura, que al final se han convertido en una rara avis, pues no han sido replicados al resto del sistema. El reto es la transformación de toda la red, no la creación de unos pocos centros de excelencia.

-¿Cuál es su opinión respecto de las concesiones hospitalarias?

-Las concesiones en salud son buenas si la concesión contempla la gestión integral del dispositivo (aspectos clínicos y de soporte). En algunos países, por temor a la etiqueta de privatizar, sólo concesionan la construcción y la gestión de lo no asistencial. En mi opinión, esta opción no vale la pena, pues sólo cubre el problema de la falta de recursos para inversiones públicas, pero no ataca el fondo del problema, que es la ineficiencia en la gestión.

De todas maneras, insisto que el desafío es la reconversión integral de los dispositivos públicos y no experimentos puntuales que luego no se generalizan.

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES COGNITIVAS EN LA PREVENCIÓN DEL DETERIORO DE LA MEMORIA EN LAS PERSONAS MAYORES SANAS

Novoa, Ana M., Juárez Olga y Nebot Manel
Ref: Gaceta Sanitaria, Set.-Oct.2008, Vol.22, N°5, p.474-842, ISSN 0213-9111

En los últimos años han aparecido diversas intervenciones no farmacológicas destinadas a prevenir el deterioro cognitivo asociado a la edad, concretamente los problemas de memoria, cuya efectividad no ha sido suficientemente evaluada.

El objetivo de este trabajo es establecer la efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria asociado a la edad mediante la revisión de la literatura científica.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed. Se incluyeron los estudios publicados desde 1990 que evaluaran la efectividad de una intervención cognitiva sobre la memoria en personas mayores sin deterioro cognitivo leve ni demencia, y se clasificaron según su calidad. Se evaluaron los efectos a corto y largo plazo, sobre el rendimiento en tareas de memoria objetiva y subjetiva y la transferencia a otros dominios cognitivos.

En los resultados se deja constancia que de los 25 estudios que cumplieron los criterios de inclusión, XI (44%) fueron considerados de elevada calidad, de los cuales todos, excepto uno mejoraron algún indicador de memoria. El tipo de memoria más evaluada fue la memoria objetiva reciente verbal, que mejoró en 8 de 9 estudios de elevada calidad. La memoria objetiva reciente no verbal y de asociación, evaluadas principalmente por los estudios de calidad media, mejoraron en 4 de 7, y en 10 de 11 estudios, respectivamente. Los resultados referentes a memoria subjetiva fueron muy heterogéneos. La transferencia únicamente se observó en uno de 7 estudios de elevada calidad.

Se concluye que los resultados sugieren que determinadas intervenciones cognitivas

desarrolladas en personas mayores sanas son efectivas en la prevención del deterioro de la memoria, especialmente sobre la memoria reciente verbal.

Palabras clave: Salud mental, memoria, evaluación de programas, ancianos, prevención.

IMPACTO DEL CUIDADO INFORMAL EN LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CUIDADORAS: ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

Larrañaga Isabel, Martín Unal, Bacigalupe Amaia, et al.

Ref: Gaceta Sanitaria, Sept-Oct. 2008, Vol. 22, N°5, p.443-450. ISSN 0213-9111

Los objetivos planteados en el presente trabajo son: caracterizar a los cuidadores y cuidadoras informales, cuantificar el efecto que la actividad de cuidar tiene sobre su salud y determinar si éste es diferente según sexo.

Se trata de un estudio descriptivo basado en la Encuesta de Servicios de Salud del País Vasco 2002. Se compararon la salud física y mental, la utilización de servicios, la salud social y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas cuidadoras (n = 836) y no cuidadoras (n = 5.706). Se calcularon los modelos de regresión logística para estimar la asociación entre el cuidado y los resultados en salud por sexos, ajustados por edad, nivel socioeconómico y situación laboral.

En cuanto a los resultados, las cuidadoras puntuaron peor que las no cuidadoras en 6 de los 10 indicadores, y los cuidadores en 4. Las asociaciones entre el cuidado (cuidar frente a no cuidar) y los resultados en salud fueron más notorias en las mujeres, excepto en la salud social. Al considerar la intensidad de la carga del cuidado, los hombres cuidadores con carga elevada presentaron riesgos iguales o superiores de mala CVRS (física hombres: odds ratio (OR) = 3.0 intervalo de confianza del 95% (IC 95%): 1,4-4,3; mental mujeres: OR = 2,5 IC95%:1,7-3,7) y poco apoyo social (apoyo afectivo hombres: OR= 2,6, IC95%:1,5-

4,6: apoyo afectivo mujeres: OR = 1,5 IC 95%: 1,0 - 2,3). Sin embargo, las cuidadoras mostraron mayor riesgo de sedentarismo, falta de sueño, número de consultas y peor salud mental.

Se concluye que cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidador, las desigualdades de género se reducen o invierten.

Palabras clave: Cuidado informal; desigualdades de género; desigualdades en salud; apoyo social; calidad de vida relacionada con la salud.

CHANGE IN RECIPROCITY AS A PREDICTOR OF DEPRESSIVE SYMPTOMS: A PROSPECTIVE COHORTE STUDY OF FINNISH WOMEN AND MEN.

Ari Väänänen, Abraham P Buunk, Mika Kivimäki, Jussi Vahtera, Markku Koskenvuo
Rev: Social Science & Medicine 67 (2008)
1907-1916

El propósito del estudio fue examinar las diferencias de género en la asociación entre

cambios en la ecuación dar / recibir respecto a las relaciones personales cercanas y los síntomas depresivos. Los datos estudiados provienen de una cohorte a 5 años en Finlandia (HeSSup Study, N=18,445). Luego de ajustar por características demográficas, eventos vitales negativos recientes, línea base de síntomas depresivos, hostilidad y apoyo de redes sociales, un cambio del balance hacia recibir apoyo resultó un factor de riesgo significativo para futuros síntomas depresivos entre las mujeres. Al contrario, hombres cuyo balance dar / recibir se había desplazado hacia dar mostraron un mayor riesgo de futuros síntomas depresivos que otros hombres. Cuando los análisis fueron replicados en una sub-cohorte de participantes inicialmente no deprimidos que vivían relaciones recíprocas y no habían tenido eventos vitales recientes, los resultados se hicieron aún más pronunciados entre las mujeres, aunque no entre los hombres. Se concluye que, para las mujeres, un cambio en sus relaciones cercanas hacia recibir apoyo puede conducir a un riesgo aumentado de síntomas depresivos, mientras para los hombres un cambio hacia el dar puede tener un impacto paralelo, aunque menos marcado.

Palabras Clave: relaciones personales cercanas, síntomas depresivos.