
III CICLO DE FORMACIÓN EN ALTA DIRECCIÓN SANITARIA 2021

GESTIÓN CLÍNICA: SU IMPACTO
EN RESULTADOS EN SALUD Y EN LA CALIDAD
DE LA ASISTENCIA SANITARIA

FUNDACIÓN

G
A
S
P
A
R
C
A
S
A
L



III CICLO DE FORMACIÓN EN ALTA DIRECCIÓN SANITARIA 2021

GESTIÓN CLÍNICA: SU IMPACTO EN RESULTADOS EN SALUD Y EN LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Directores

Juan E. del Llano Señaris. *Director, Fundación Gaspar Casal*

Vicente Ortún Rubio. *Profesor emérito, Universidad Pompeu Fabra de Barcelona*

Comité Científico

Joaquín Estévez Lucas. *Presidente Fundación SEDISA*

José Soto Bonel. *Presidente de SEDISA*

Beatriz Massa Dominguez. *Gerente Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d'Alacant*

Isabel López San Roman. *Gerente Área Integrada de Guadalajara*

Domingo del Cacho Malo. *Gerente Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés*

Revisor

Roberto Nuño Solinís. *Director de Investigación y Formación, Fundación Gaspar Casal*

Alicia del Llano Núñez-Cortés. *Investigadora y Responsable de Asuntos Públicos, Fundación Gaspar Casal*

Edita:



Patrocina:



Con el aval de:



III CICLO DE FORMACIÓN EN ALTA DIRECCIÓN SANITARIA 2021
GESTIÓN CLÍNICA: SU IMPACTO EN RESULTADOS EN SALUD Y EN LA CALIDAD
DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Fundación Gaspar Casal

© 2022 Fundación Gaspar Casal
fundaciongasparcasal.org
C/ General Díaz Porlier 78, 8A
28006 Madrid

ISBN: 978-84-7360-867-1
D.L.: M-17204-2022

Edita: Libroacadémico
www.libroacademico.com

ÍNDICE

Introducción.....	7
Valores y cambios tecnológicos: su impacto en la función de dirección clínica y gestora.....	11
Profesionalización de la función directiva: Libre designación de directivos sanitarios: ¿Confianza, competencia o ambas?	49
De la Solvencia desde la práctica clínica a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.....	85
Lecciones aprendidas	127

INTRODUCCIÓN

Tras la dura e inconclusa travesía pandémica, encontrar un oasis como este Tercer Ciclo de Alta Formación en Dirección Sanitaria que nos permite volver a encontrarnos en esta actividad muy querida y cuidada por la Fundación Gaspar Casal, es un verdadero lujo. Gracias a Janssen y a SEDISA por hacerlo posible. Este Tercer Ciclo de Alta Formación en Dirección Sanitaria complementa a los dos anteriores, macro y meso, con la entrada del nivel micro o gestión clínica.

Qué duda cabe que la pandemia en curso ha desbaratado muchos de los aspectos que dábamos por asentados en nuestra vida anterior. Ha cambiado prioridades, relativizado deseos, y nos ha hecho más humildes. También ha puesto en primerísimo primer plano que cuidar a los mayores frágiles, y a los desfavorecidos, auténticos perdedores de la situación que todavía estamos viviendo, es una exigencia para las políticas públicas de un estado democrático que tiene como razón de ser fundamental, la seguridad. Ser respetuosos con el medio ambiente y la lucha contra el cambio climático son un imperativo sino queremos dejar a las generaciones venideras un mundo poco habitable y asolado por nuevas pandemias.

Los profesionales con responsabilidad gestora y clínica de todos los estamentos están teniendo un comportamiento excelente. Sin embargo, la extensión e intensidad de la COVID-19, y el sombrío pronóstico de muchos de los afectados, ha dejado cicatrices. La gestión de las secuelas supone un desafío de primer orden para un sistema sanitario con las costuras ya muy tensadas. Los hospitales han tenido a una respuesta muy flexible y ágil, no tanto una atención primaria sobrepasada, que, sin embargo, se ha reposicionado con fuerza en el esfuerzo vacunal.

Para nuestro SNSE, en su conjunto, nos debe hacer reflexionar que su situación, anterior a la eclosión de la pandemia, que no era, ni mucho menos, tan estupenda como se nos decía. Las necesidades de reforma del sistema se fueron subordinando a límites presupuestarios crecientes que se han revelado como grietas que cuarteaban un sistema ya deteriorado desde hace décadas. Las reformas estructurales que nunca llegaron.

Tener en consideración el medio y largo plazo es un imperativo señalado en infinidad de ocasiones. Hay que movilizar las inversiones innovadoras que tanto precisa el sector

y reformar la función pública y el marco de relaciones laborales, que mire de frente al siglo XXI.

Una consideración adicional, el gasto sanitario no es necesariamente eficaz en sí mismo. Depende crucialmente de la calidad de las instituciones sanitarias. Hay que evitar el despilfarro y todas aquellas decisiones no basadas en la evidencia, y sin criterios técnicos.

La Gestión Clínica se define como el uso de los recursos intelectuales, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos. Es adecuación y capacidad de los profesionales para organizarse con autonomía y rendición de cuentas. Está en relación con:

- el conocimiento clínico (Medicina basada en la Evidencia que es epidemiología y evaluación clínicas),
- la mejora de los procesos asistenciales (tiene que ver con la efectividad clínica y administrativa, un ejemplo, que los servicios hospitalarios utilicen los PROMS en sus prácticas clínicas) y
- la organización de las Unidades Clínicas, donde el trabajo multidisciplinar es pieza clave.

La toma de decisiones, a pesar de los diez u once años de formación de los profesionales de la medicina, está rodeada de incertidumbre para elegir el mejor método diagnóstico y la mejor alternativa terapéutica, como lo demuestra la existencia de la variabilidad en la práctica clínica. Una recomendación como prescriptor, visitar el Atlas de Variación de la Práctica Médica (ver <https://www.atlasvpm.org/>).

Las decisiones que se toman tienen un reflejo en los costes de la asistencia que se ponen de manifiesto en la cuenta de resultados, así como en los estándares de calidad del servicio. Parafraseando a Vicente Ortún, en gestión clínica el énfasis hay que ponerlo en la efectividad como requisito de la eficiencia.

En el primer coloquio de esta tarde, se discutirá sobre cómo los valores de la profesión médica y, los cambios tecnológicos disruptivos (digitalización), impactan en la función de dirección, y todo ello bajo el prisma diferente de los estamentos gestor y clínico.

En la mañana de mañana, conversaremos sobre la profesionalización de la función directiva en la sanidad. Seguramente el elemento más relevante que hace de la función direc-

tiva en la gestión pública es su fuerte tecnificación durante la última década, y ello tiene que ver con el concepto de gobernanza. Me explico:

- Ha mejorado el nivel de formación de centros sanitarios públicos y privados, con y sin ánimo de lucro. Especialmente en habilidades de planificación y evaluación. Algo hemos contribuido como oferentes de formación de postgrado.
- Se han interiorizado los conocimientos necesarios para la conceptualización de las TIC.
- Se ha gestionado siendo permeable a los nuevos mecanismos que facilitan la participación de los ciudadanos.

Todo esto implica que ahora los puestos de directivo público ya no pueden ser espontáneos y depender de la buena fortuna de ser ocupados por líderes carismáticos con sentido común, sino que son puestos altamente tecnificados que requieren una formación formal y una sólida experiencia profesional en el sector público o en el sector privado.

La Nueva Gestión Pública de Carles Ramió y Francisco Longo, enfatiza en mérito-capacidad y flexibilidad, en los altos directivos. La pandemia lo ha puesto a prueba.

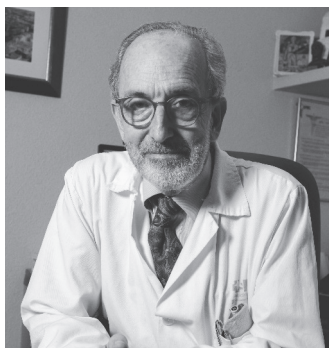
Por último, la mesa de clausura nos llevará al cierre del círculo virtuoso que parte de la mejora de la solvencia (alta capacidad de resolución de los problemas de salud) y acaba en la sostenibilidad del sistema sanitario público, en términos de perdurabilidad y asignación suficiente de recursos necesarios. Confiamos en que este informe que contiene el desarrollo del evento en su integridad, les resulte interesante y útil.

Juan del Llano Señarís

Director Fundación Gaspar Casal

VALORES Y CAMBIOS TECNOLÓGICOS: SU IMPACTO EN LA FUNCIÓN DE DIRECCIÓN CLÍNICA Y GESTORA

Coloquio 1



**Jesús Millán
Núñez-Cortés**

Catedrático Emérito del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense y del Servicio Madrileño de Salud. Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Director de la Cátedra de Educación Médica FL-UCM. Presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Miembro de número de la Academia Médico-Quirúrgica Española.



Pedro Sánchez-Godoy

Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. Máster en Gestión Clínica y Dirección Médica. Cátedra de Economía Aplicada UNED y Escuela Nacional de Sanidad. Profesor Responsable académico de Hematología y Hemoterapia. Facultad de Medicina Universidad Alfonso X el Sabio. Ex Profesor Asociado Departamento de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Alcalá de Henares. Ex Coordinador académico Diploma de Postgrado de Gestión Clínica. Universidad Pompeu Fabra - Fundación Gaspar Casal. Profesor Master Posgrado Gestión de Calidad en los Laboratorios de Análisis Químicos. Facultad de Químicas de la Universidad Complutense de Madrid. Miembro numerario de las Sociedades Europea, Española y Madrileña de Hematología y Hemoterapia (EHA, SEHH y AMHH) y Española de Hemostasia y Trombosis (SEHT). Ex Presidente de la Asociación Madrileña de Hematología y Hemoterapia. Miembro del Comité Técnico del 1º Plan Nacional de Estrategias en Cáncer del Ministerio de Sanidad. Patrono de la Fundación CAT (Organismo de Certificación de la Calidad en Transfusión, Terapia Celular y Tisular). Ex Consejero científico del Comité Científico Técnico del Colegio de Médicos de Madrid. Actividad científica con más de 200 publicaciones e intervenciones en reuniones científicas.



**Jesús Alfredo
Martínez Larrea**

Director de Asistencia Sanitaria al Paciente en la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea. Ex Jefe del Servicio Asistencial de Recursos Intermedios de la Dirección de Salud Mental.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Navarra (1984-1990). Suficiencia investigadora en el programa de doctorado en Neurociencias de dicha universidad (1991-1993). Médico Interno Residentes (1992-1995) en el Centro acreditado para la Red de Salud Mental de Navarra, en el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier.



Director de Investigación y Formación en Fundación Gaspar Casal. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales.

Economista de la salud por la Universidad de Tromsø (Noruega). Exdirector del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria y de Deusto Business School Health. Global Health Leadership Fellow de la Organización Mundial de la Salud.

Roberto Nuño Solinís

Roberto Nuño: Vamos a comenzar con este primer coloquio dentro de este ciclo de formación en alta dirección. Cuando me comentó Juan del Llano el interés y el objetivo de esta mesa, uno de los planteamientos iniciales que nos hacíamos era tratar de eludir la pandemia, que no se convirtiera en un monográfico de preguntas sobre la pandemia, pero la realidad es tozuda, estamos en plena sexta ola, justo antes de entrar en esta sala le ardía el teléfono al gerente del complejo hospitalario de Navarra que va a estar en esta mesa. Por tanto, la pandemia va a estar presente en las preguntas, pero queremos que sea un diálogo constructivo. Un diálogo en el que vamos a conjugar y trabajar a través de cuatro ejes: los valores del sistema; los valores del profesionalismo; el valor del que tanto se habla ahora de atención sanitaria basada en valor, de medición de resultados, y que está tan unido a la gestión clínica; y vamos a hablar también de cambio, de transformación, de cambio tecnológico, de disrupción tecnológica, como dice el título de la sesión, pero vamos a hablar también de cambio organizativo. Tiene que haber una sincronía, una armonización, entre la transformación tecnológica y organizativa.

Por tanto, en base a esos ejes por los que queremos conducir la conversación, inicialmente yo les trasladaré a los ponentes, a los panelistas, que ahora les presentaré en detalle, una serie de preguntas para que reaccionen a ellas e iremos generando un hilo conductor, una conversación. Queremos que sea algo dinámico, interactivo. Y, luego, abriremos un turno también de preguntas en el que, además, esperamos especialmente las voces femeninas, porque nos ha quedado una mesa de predominio masculino, pero, bueno, el conjunto del programa del ciclo yo creo que está muy equilibrado.

Como os decía, en esta pandemia, esta tragedia que hemos vivido en términos humanos y en términos de impacto económico y que ha supuesto un desafío tan importante para nuestro sistema de salud y para nuestro sistema de salud pública, queremos en este coloquio convertirla en un catalizador e identificar elementos que sean aprendizajes positivos, constructivos para avanzar en nuestro sistema.

Y bien, para conversar sobre estos ejes que os he mencionado me acompañan los doctores Jesús Millán Núñez-Cortés, que es jefe del servicio de medicina interna del Hospital Gregorio Marañón y es presidente de la SEDEM, de la Sociedad Española de Educación Médica. Gracias, Jesús, por estar con nosotros.

El doctor Pedro Sánchez Godoy, jefe del Servicio de Hematología del Hospital Severo Ochoa. Gracias también, Pedro, por estar con nosotros. Nos aportarán, tanto el Dr. Mi-

llán como el Dr. Sánchez Godoy, una visión más pegada a la microgestión, a la gestión clínica.

El doctor Alfredo Martínez Larrea, gerente del complejo hospitalario de Navarra, que aportará una visión más cercana a la mesogestión, casi rozando la macro, porque en una comunidad uniprovincial, en el Reino de Navarra, el complejo hospitalario pesa mucho en esa comunidad y está muy vinculado a todos los ámbitos de decisión.

Bien, pues gracias a los tres por acompañarnos y os voy a lanzar la primera pregunta, una pregunta que es una reflexión hasta cierto punto un poco filosófica y bastante experiencial: ¿en este periodo que hemos sufrido de la pandemia, más de año y medio, habéis vivido, habéis experimentado un acercamiento entre el ámbito de la microgestión y de la mesogestión, o, como diríamos, un alineamiento entre los líderes clínicos y los líderes gestores? ¿Cómo ha sido vuestra percepción, vuestra experiencia al respecto?

Jesús Millán: Buenas tardes. Lo primero, agradecer a la Fundación Gaspar Casal y a SEDISA y naturalmente a JANSSEN, el patrocinio y la posibilidad de compartir algunas ideas en estas jornadas y en esta sesión, y muchas gracias por la presentación, Roberto.

Debo decir una cosa, es un pequeño secreto, pero para que todo el mundo sea consciente. Yo me jubilé el 31 de agosto, por lo tanto, he tenido la suerte de dirigir el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, uno de los que más ha sufrido la hecatombe, la tragedia que se nos vino encima. Concretamente, les puedo decir que en el Servicio de Medicina Interna hasta esa fecha habíamos tenido 6000 ingresos. No digo en todo el hospital, sino sólo en el Servicio de Medicina Interna. 6000 ingresos al margen de todos los que hayan tenido en otros servicios.

Entonces, para un clínico vivir una tragedia de semejante magnitud, por contestar específicamente a la pregunta, yo creo no nos da tiempo ni a saber cuáles son las relaciones que tenemos y que formamos diariamente con los equipos directivos.

También quiero decir una cosa y, como no veo a nadie del equipo directivo del Gregorio Marañón, lo digo con mucho más placer. Yo he tenido la fortuna de estar en un hospital en el que el equipo directivo lo tuvo claro desde el primer momento. Por decirlo de alguna manera, pensó «esto es la apoteosis de la medicina osleriana y, por lo tanto, aquí el liderazgo para solucionar esto lo tienen que llevar los clínicos». Lo tuvo claro desde el primer

día. Y tuvo claro que esto es una cuestión de dirección por muchas personas, pero no todos dirigiendo, sino que en esa dirección tienen que participar muchas personas. Y los clínicos desde el primer momento estuvimos ahí en esto.

Pero la experiencia ha sido trágica. Les puedo asegurar que yo me jubilé el 31 de agosto, como les digo, y que jamás en mi vida había tenido una experiencia tan singular como esta, hasta el punto de que uno piensa y si no será que toda mi vida me he estado preparando para este momento, para lo que se me pide en este momento. Y eso, dentro de los sentimientos tan agrios, siembra un cierto motivo de satisfacción en el sentido de decir: estoy haciendo lo que tengo que hacer, cumplir con la obligación, pero sentir esa sensación en un momento es especialmente satisfactorio.

Entonces, ha servido para trabajar en equipo, pero, fundamentalmente, para lo que ha servido es para señalar que en los hospitales el liderazgo clínico es fundamental.

Roberto Nuño: Bien. Pedro, ¿cómo lo has visto por tu parte?

Pedro Sánchez: Yo soy hematólogo. Y en el Hospital Severo Ochoa, que también ha sufrido, de los que más... Realmente todos los hospitales han sufrido. Alguno un poquito más o salían en la prensa un poquito más que otros. Y, bueno, nadie estaba preparado para lo que ocurrió. Nadie estaba preparado ni nadie podía pensarlo. Yo no estuve en primera línea; me quedé en la retaguardia. No me tocó estar, en parte, por edad y, en parte, porque mis tres servicios, el de transfusión, el de laboratorio y el clínico tenían que seguir activos. En el clínico casi todo lo que atendimos en ese momento era oncológico. En el Servicio casi la mitad del equipo, entre que los que se infectaron y los que se fueron a trabajar a urgencias, formando parte de los equipos Covid, pues nos quedamos unos mínimos. Un hematólogo para el banco de sangre; otro, atendiendo el área de coagulación, que también tenía mucho trabajo como habréis visto con los problemas de trombosis y otro para la clínica. Y rápidamente todo el mundo se puso a trabajar. Había poco orden por lo mismo, porque no estábamos preparados en absoluto. Pero esas ganas de remanergarse y ponerse a ayudar, compensaban ese desorden que podía haber.

Luego también, ocurrió que muchos directivos cayeron, especialmente en Madrid, lo que hizo que el equipo directivo no estuviera al completo, igual que el resto de los equipos, pero sí que es verdad que yo eché en falta una figura clínica que fuera responsable de esta nueva actividad, y, de hecho, yo que soy miembro de la junta técnico-asistencial hubo un momento en el que veía sufriendo al jefe de urgencias, agotado, y al jefe

de medicina interna que estaba desbordado. Y mi preocupación era si alguno de los dos también se ponía malo. A ver cómo esas figuras que eran tan importantes iban a poder ser sustituidas... Y, bueno, sí que ya empezó un mayor contacto de la Dirección con más jefes de servicio y sí que hubo esa mayor conexión de trabajo, que era necesaria. Pero, una de las enseñanzas es que, ante una emergencia en que ocurre algo no previsto de esta categoría o similar, que puede volver a ocurrir, tenemos que estar preparados, que no lo estamos, para que realmente el gestor, el gerente, el equipo directivo, se tiene que poner en manos del grupo clínico de trabajo. Igual que nos pusimos todos absolutamente: oftalmólogos, reumatólogos, todos los que no teníamos que atender directamente... Pues eso, a ayudar a los intensivistas, los anestesiistas, los internistas y las urgencias.

El concepto actual de funcionamiento no sirve. Y, bueno, las cosas realmente han funcionado. El sistema ya sabemos que tenía sus defectos, pero aguantó lógicamente porque tampoco era un sistema malo. Por supuesto, como ha dicho Juan, no era tan bueno como decía mucha gente antes, pero tampoco era malo, entonces, pudo aguantar.

Roberto Nuño: O sea que el sistema estuvo enormemente tensionado, pero tuvo capacidad de aguante. ¿Cómo lo estáis viviendo en Navarra? Tanto en esas primeras oleadas tan duras como luego en esta sexta ola siendo un poco protagonistas de forma no deseada. ¿Cómo lo estáis viviendo desde la perspectiva gerencial?

Alfredo Martínez: Navarra ha estado en el pódium en cinco de las seis olas, con lo cual, yo digo que, si todo el problema de la sanidad de Navarra fuera el covid, con medio cerebro bastaría ya para manejarlo. Entonces, vamos a olvidarnos de esto y solo os voy a decir que os preparéis, porque el negacionismo es lo que nos está matando. Y no es el negacionismo de las mascarillas o de las vacunas, es el negacionismo social, político y organizativo. Y, cuando vino la primera ola, estaba en Wuhan, y decíamos «esto es cosa de los chinos. Está muy lejos y además nos engañan».

Y, cuando vino la segunda ola, dijimos «en verano los virus respiratorios no se diseminan» y nos pegó en Navarra un revolcón que empezó en el mes de julio y nos mantuvo en jaque hasta el mes de noviembre. Y dijimos «después de dos olas, en el próximo invierno, pues seguro que el virus se ha atenuado y ya será la tercera ola más suave» y en Navarra fue la única ola que no fue como la primera porque, como lo habíamos pasado tan mal hasta noviembre, mantuvimos las medidas en el mes de diciembre y, cuando todo el resto del país lo pasó mal, fue la única ola que Navarra sufrió con una cierta tranquilidad.

Y dijimos «ha pasado la tercera ola y no va a venir una cuarta ola», pero vino la variante alfa, que vino de Inglaterra y nos dio otro revolcón multiplicando de nuevo los ingresos en UCI y en hospitalización convencional, aunque los casos eran menores. Y nos habían avisado de la variante alfa, pero volvimos a decir, como en la primera, que estaba muy lejos, que era cosa de los ingleses y que a nosotros no nos iba a tocar. Y pasó la alfa y dijimos «bueno, esto ya está», pero es que luego vino la delta y nos volvió a dar el revolcón del verano de este año. Estábamos ya a medio vacunar, mitad ingresos, mitad de UCI, pero los contingentes covid habían bajado a la mitad, la gente estaba ya muy cansada, la sociedad estaba en eso que se ha dado por llamar «fatiga postpandémica» y nos pilló en verano. Y todos sabemos que la capacidad sanitaria en verano y en el mes de diciembre disminuye. Con lo cual, una ola igual mucho menor puede poner en jaque al sistema sanitario mucho más fácil que una ola mucho mayor que nos pille en un mes de octubre o un mes de febrero.

Y, cuando ya habíamos acabado con la delta, y todos vacunados, dijimos «que no va a pasar nada, que ya estamos todos vacunados». 90% de la población objetivo, 80% de la población general. Y, ¿qué pasó? Que empezamos a ver que Austria, Alemania, Países Bajos y otros países de esos que, aunque están en Europa, consideramos menos importantes, lo estaban pasando francamente mal, y cometimos el sexto error de decir «nosotros hemos vacunado muy bien y estamos preparados». Por sexta vez nos fiamos, nos consideramos protegidos, y volvemos a tener una ola que, en estos momentos, yo creo que País Vasco, pero, sobre todo, Guipúzcoa, frontera con Navarra, estamos en una situación que rozamos una incidencia acumulada de 500 casos por 100.000 habitantes; estamos con la misma presión en hospitalizaciones y en UCI que tuvimos durante el verano, pese a haber pasado de un 60% de vacunación a un 90% de vacunación; y estamos en el peor momento del sistema sanitario porque tenemos menos contingente covid, una presión de patología de contingente invernal, patologías respiratorias varias, descompensaciones de pacientes crónicos, que tensionan al sistema, y, además, en Navarra tenemos unos puentes forales que duplican el puente normal de todo el resto del Estado. Tenemos una confianza en la vacunación, pero que ha demostrado que cuanto más tiempo pasa desde la vacunación hasta el momento del contacto con el virus el efecto protector de la infección, pero también el efecto protector de la hospitalización y de la UCI, es menor y nos va a tensionar con pacientes no vacunados con los mismos cuadros de febrero del 2020; con pacientes vacunados con patología menos grave, pero que van a requerir ingresar; y con patologías comórbidas que van a venir pacientes con EPOC, con neumonía intersticiales, con patologías crónicas pluripatológicas, que se van a coinfectar, igual que nos pasaba con la gripe en

los periodos invernales, se va a complicar el pronóstico y va a requerir hospitalización de esos pacientes.

Esto es lo que nos viene. Hay que estar preparados. Sabemos lo que hay que hacer. El problema es el cansancio y que quizás nos vuelve a pillar otra vez con el pie cambiado, pero lo haremos.

¿Lecciones? Indudablemente, algunas claves, mi hospital, el gerente y la directora médica, éramos psiquiatras, lo cual ya indica un poco el estilo de liderazgo que tenía el equipo directivo. Es decir, no éramos cirujanos, éramos de sentarnos, de hablar, de escuchar, de convencer. Aunque éramos psiquiatras de unidad de agudos, que, cuando ya el escuchar, hablar y convencer se agotaba. Pero ese era el estilo de liderazgo que teníamos.

Ese estilo de liderazgo llevó a que en los primeros momentos de la pandemia las reuniones con los servicios, con la comisión de enfermedades transmisibles, con neumo, con interna, con geriatría, con micro, eran diarias y nos juntábamos todos sin mascarilla y con el café encima de la mesa. El 20% del equipo directivo y de los jefes de servicio caímos en las primeras dos semanas. Digo caímos porque yo también caí. No he conseguido averiguar si me contagié en el hospital, en la UCI, cuando iba a ver los circuitos, en las plantas covid o en las reuniones con consejería, porque también el 20% del equipo de alta dirección de consejería cayó infectado.

Esto nos obligó a hacer un replanteamiento global de la dirección. ¿Elementos clave que hemos aprendido? Primero, que la reacción fue muy rápida porque, aunque esto era impensable y de unas dimensiones que no podemos todavía digerir –yo creo que aún no somos conscientes–, habíamos pasado muchos de nosotros la amenaza del ébola, la amenaza de la gripe A, y sabíamos que había que adelantarse, incluso que había que asumir el riesgo de equivocarse y comprar material y fármacos que igual acababan en almacenes, pero que no nos podíamos descuidar.

Yo me acuerdo una reunión, cuando yo era gerente de Salud Mental, todavía no había pasado a las grandes ligas de la sanidad general, en el que nos pasamos tres horas discutiendo todo el equipo directivo del Servicio Navarro de Salud si comprábamos gorros, mascarillas, capuchas o capotas enteras o verdes o coloradas. Cuando salimos de aquella reunión con la decisión plenamente meditada, llamamos a los proveedores y nos dijeron: «El National Health Service acaba de lanzar una compra masiva y no queda un solo EPI

disponible en toda Europa», que es lo que nos ha pasado con el descontrol que tuvimos con los EPI en la primera ola.

Con lo cual, empezamos a prepararnos. Nos preparamos con datos, intentamos hacer una gestión basada en datos, pero los datos no fueron fiables. Si los datos que llegaban de China hubieran sido ciertos, ¿hubiéramos pasado la covid como una gripe?

¿Qué es lo que nos pasa? Y voy a intentar llevar estas elecciones al día a día. Lo que nos pasa es que yo me he venido de Navarra estando como está porque me parece más importante que nos juntemos, hablemos y compartamos datos, conocimiento y experiencias, porque va a ser más útil que yo me quede sufriendo catorce horas más cuando sé que tengo un equipo que sabe lo que tiene que hacer porque ya lo ha hecho otras cinco veces.

El dato, la comparación, el *benchmarking*, como queráis llamarlo, es básico para que los sistemas funcionen. Liderazgo clínico. Indudablemente liderazgo clínico. Yo hacía diez años que había abandonado la consulta de psiquiatría de ese mismo hospital. De las cosas que me ha provocado la pandemia es la transición de esos clínicos advenedizos dedicados a la gestión que siempre estamos pensando en volver a la consulta a decir realmente hace falta gestores profesionales que estén dispuestos no solo a venir con el espíritu transformador que vienes de la clínica con las ideas claras de lo que hay que hacer y piensas que los gestores no lo han hecho porque no son válidos. Yo por lo menos así llegué a la gestión. Luego te das cuenta de que no lo han hecho porque no es tan fácil hacerlo. Pero hace falta que, junto a esos líderes clínicos que conocen la realidad y que quieren transformarla, haya líderes gestores que sepan cómo transformarla luchando a veces con una función pública o con unos presupuestos complicados.

Y lo hicimos con líderes clínicos, pero nos encontramos que el modelo de servicios no nos bastaba, porque el covid no lo podía tratar solo medicina interna o neumología, o iba a afectar a los mayores y geriatría no podía. Entonces, hicimos equipos covid, donde estaban esos tres grandes servicios de referencia, a los que se incorporaron oftalmólogos, dermatólogos, hematólogos, reumatólogos... Uno de los líderes de los equipos covid fue el jefe de servicio de dermatología. ¿Por qué? Porque era una persona con criterio clínico, con liderazgo en el hospital, con sentido común, con compromiso, con generosidad, y lideró junto a los servicios.

¿Qué ocurrió? Que cuando juntas servicios, el liderazgo clínico se convierte a veces en competencia, porque si es el jefe del Servicio de Medicina Interna por qué no va a ser el

jefe de Servicio de Neumo o por qué no va a ser el Servicio de Geriátría. Y hubo que llegar a un acuerdo que no es satisfactorio cien por cien para nadie, pero que fue aceptado por los jefes, por el liderazgo estructural, y por los clínicos. Un clínico de reconocido prestigio, en este caso, un internista que tenía una plaza en urgencias, que tenía el reconocimiento de la capacidad de organizarse y que, además, estaba en comisión de servicios en la sección de infecciosas y que no era parte del *establishment*, pero que fue reconocido como líder. Y lideró los equipos covid.

Pero vino otro reto. ¿Solo el Hospital de Navarra puede abordar esto o voy a tener que coordinarme con los comarcales de Estella y Tudela?. La pandemia entró por Tudela, un hospital comarcal mucho más pequeño y que se iba a desbordar si no tenía apoyo de otros hospitales. Había que hacer una red de hospitales. Y, entonces, teníamos que tener líderes que coordinasen los servicios claves, las UCI, y se buscó un líder clínico que se le nombró coordinador ejecutivo de todas las UCI de Navarra. ¿De las UCI públicas? No. De las UCI públicas y privadas. Con lo cual, trabajábamos simultáneamente con los cinco grandes hospitales de la comunidad para dar respuesta a la pandemia. Y, cuando uno flaqueaba, el otro suplía y así hemos conseguido balancear las distintas olas, porque, cuando uno tenía un brote que te anulaba un equipo de medicina interna o una unidad de hospitalización covid teniendo un porcentaje de aislamientos y podías derivar hacia otro de los hospitales y así sopesar todo esto.

Entonces, liderazgo clínico, a veces estructural, a veces natural, a veces negociado, pero era la única manera de conseguir establecerlo. Y lo establecimos también en urgencias. Y ¿qué pasa cuando el jefe de servicios, el líder clínico de las urgencias, cae enfermo y no solo confinado, sino cae gravemente enfermo? Pues tienes que buscar un líder natural entre el equipo de urgencias que se haga cargo de seguir con las líneas que estaban fijadas.

Y todo esto ¿cómo se relacionaba con la dirección? Pues con una dirección constituida por dos psiquiatras que buscamos gente que fuera como nosotros, pero que fuera gente que nos complementara. Con un equipo de dirección médica en el que había gente que llevaba ya seis años de experiencia en dirección dentro del hospital con gente que venía con esa sabia nueva transformadora. Con un equipo de enfermería, que a veces se nos olvida. Un hospital sin una enfermería que funcione y se alinee con los servicios médicos y de gestión es garantía de tener un problema serio en el funcionamiento diario y ya ni os digo en el funcionamiento durante una pandemia. Y, entonces, las direcciones asistenciales se tuvieron que compenetrar y trabajar codo con codo con la dirección de gestión

y recursos económicos y la dirección de profesionales, porque, junto al reto asistencial, teníamos el reto de conseguir materiales, conseguir respiradores, conseguir EPI, adecuar espacios que estaban previstos para una cosa y convertirlos en otra, y allí estaba el equipo directivo junto con todos los equipos asistenciales convirtiendo en 48 horas un hotel en un centro sanitizado. Y allí se trabajaba codo con codo. No se distinguía si venías de un servicio, si esto era mío, si esto era tuyo... Es una de las grandes lacras que tenemos en la organización del sistema sanitario y en dar respuestas a las necesidades ordinarias que se nos plantean en la práctica asistencial.

Con lo cual, clave, equipos directivos que piensen en un modelo colaborativo; trascender las estructuras rígidas y yo creo que ya de alguna manera superadas. El hospital intenta trabajar cada vez más en el modelo de áreas clínicas o en el modelo de unidades multiprofesionales donde se trabaje por procesos. Estamos trabajando en el cáncer de colon, en el cáncer ginecológico, en el colorrectal y en el cáncer infantil. Y trabajar por procesos también más micro o en áreas generales como es el área de cardiología que cubre toda Navarra.

Tenemos en cuenta que Navarra tiene una ventaja y una desventaja. 640.000 habitantes, mucho potencial sanitario y mucha capacidad de innovar en organización. Este es el contexto y no se puede hacer si no es de la mano de los clínicos, de los asistenciales, pero con un equipo gestor potente convencido y con unos gestores profesionales, sobre todo, trabajando en el área de la gerencia, de la dirección de profesionales y de la gestión económica y de servicios generales de los hospitales.

Roberto Nuño: Gracias, Alfredo. Por tanto, un poco lo que deduzco de tus palabras es que ha habido flexibilidad, no ha habido capacidad de respuesta suficiente, pero que probablemente tenemos un reto importante de aprendizaje, de consolidar aprendizajes.

Y, en esa línea de consolidación de aprendizajes y enlazándolo ya con el otro de los ejes que nos planteábamos, que es la transformación digital o la disrupción tecnológica, esta es un poco la pregunta del millón que muchas personas, muchos gestores y muchos clínicos se están haciendo que es qué va a quedar en un escenario, esperemos que cercano, postcovid de esas transformaciones, en particular de las transformaciones que tienen más alcance de disrupción tecnológica. A vuestro juicio, ¿qué pensáis que está aquí para quedarse? Tanto en hospital como en primaria y ligándolo a esta idea de consolidar la capacidad de aprendizaje del sistema, que es un reto importante. Seis olas, como decía Alfredo, y todavía hay aspectos en los que volvemos a tropezar con la misma piedra. Adelante.

Jesús Millán: Bueno... Alfredo ha tocado un montón de cosas que se me ocurre comentar, pero no es cuestión... Y voy a intentar dar respuesta a eso porque, si no, no avanzaríamos. Yo creo que ha señalado la importancia de los equipos multidisciplinarios. Por cierto, yo creo que los equipos multidisciplinarios de lo que se caracterizan es porque los lidera el médico. Sea cual sea su especialidad. Una pandemia necesita médicos, simplemente médicos, no especialistas. Todos parecen soñar con superespecialidades, pero en los equipos multidisciplinarios de mi hospital ha habido de todas las especialidades, aún las más lejanas de la clínica: anatomopatólogos, neurofisiólogos... Ya no digo las especialidades médicas o que el traumatólogo buscara un fonendoscopio en el cajón de su casa la noche anterior. ¿Los pediatras? De lujo. Porque necesitamos médicos, solamente médicos, que dan lo mejor de sí mismos (aunque también hay quien ha señalado que algunos han dado lo peor de sí mismos). Y todos nos equivocamos y también seguramente algunos se equivocan más que otros.

¿Qué queda? Pues queda, tal y como hemos tenido, una experiencia amarga. Porque la experiencia con las nuevas tecnologías ha sido amarga, porque ha sido obligada de la noche a la mañana, veloz y, por tanto, frustrante; demostrando carencias de los sistemas y de nosotros. También ha sido provocadora y ha puesto de manifiesto retos, pues va a quedar. Yo creo que naturalmente es imprescindible y que hemos descubierto que se pueden combinar, lo que teníamos con la –me entienden cuando digo esto– con la modernidad desde ese punto de vista. Esto queda: comprobar que hay algo más que lo que hacíamos, que sabíamos que existía, pero no lo empleábamos. Pero naturalmente hemos tenido una experiencia nefasta. Hemos tenido una experiencia absolutamente insuficiente y que requiere una preparación por parte de los médicos, de los facultativos. Y yo supongo también que una preparación por parte de la administración, porque buena prueba de ello es que yo no pueda conectarme para ver un análisis de un centro de salud o que el centro de salud no pueda conectarse para ver los análisis.

O sea, eso seguro que va a quedar, pero, como clínico, estoy obligado a decir una cosa. Puede que estemos corriendo riesgos. Vamos a utilizar más la tecnología, los índices pronósticos, las tablas de tratamiento, los esquemas, los protocolos. Vamos a utilizar más las pruebas diagnósticas, de imagen, de laboratorio, etcétera. Pero el enfermo, si le preguntamos, lo que quiere es que le miremos a los ojos, que le resolvamos el problema, que ellos sientan que son nuestra prioridad, que nos entienda y que le entendamos, y eso no lo favorecen las nuevas tecnologías. Por tanto, como no lo hagamos bien, vamos a correr riesgos. Correremos riesgos de hacer una medicina absolutamente despersonalizada. La prueba más evidente es que ¿cuántos médicos de atención primaria se han transforma-

do, ustedes me entienden cuando digo esa expresión, en telefonistas? ¿Qué porcentaje? Lo que hacen es llamar y recibir. Y, en cambio, el enfermo llega y dice: «Mire, es que desde hace un año no me ha visto un médico». Eso es un mensaje real.

Por lo tanto, el futuro, sí. ¿Imprescindible? Sin duda. Pero, ¿todo es susceptible? No. También sin duda. En el ejercicio profesional hay cosas que requieren determinada tecnología y otras cosas que requieren indudablemente el ejercicio de un profesionalismo, la puesta en marcha de unos valores de la profesión y una relación médico-enfermo correcta.

Roberto Nuño: Gracias. ¿Cuál es tu perspectiva en ese difícil equilibrio entre humanización y nuevas tecnologías?

Pedro Sánchez: En ese aspecto estoy absolutamente de acuerdo con Jesús. Vamos a ver, lo que cambió de utilización y tecnología fue el uso del teléfono. Es lo que hicimos, nos pusimos a llamar a los pacientes para que no vinieran. Solo venía el imprescindible. Y el teléfono, actualmente ya prácticamente se ha acabado. Todavía hay algunos servicios que lo hacen. Yo me echo las manos a la cabeza. Efectivamente, una cosa es la videollamada, que estás viendo al paciente, y otra cosa es el teléfono.

Entonces, videollamada, por supuesto, que sí que nos ha traído la videollamada. De hecho, nos han dado en mi hospital y habrá sido en todo Madrid, las cámaras para poder usarlas, y, entonces, ahí sí que hemos cambiado, pero hemos cambiado no respecto al paciente, sino con respecto a nuestra propia relación. Yo estoy teniendo ahora reuniones hospitalarias, una al mes, con la clínica de Navarra desde Severo Ochoa, y otros cuantos hospitales. Y nos presentamos los casos.

Entonces, esa tecnología que ya existía, los patólogos, los radiólogos..., ahora mismo el covid ha hecho que la usemos. Yo empecé a hacer también las videoconferencias con los laboratorios porque están apareciendo cantidad de fármacos nuevos con la innovación y, bueno, el acceso a la información se nos había venido abajo. Pues también. O sea que esa parte de la tecnología por supuesto que ha venido a quedarse. Al paciente crónico por supuesto también. De diálisis, pacientes crónicos, pero con videoconferencia. O sea, el teléfono sirve para dar recados, no para atender a pacientes.

Entonces, la atención directa tiene que seguir. Y, luego, ha habido otra tecnología muy importante que prácticamente ya la teníamos, que es la historia clínica electrónica. La historia clínica llevamos usándola cinco años en el hospital. Entonces, eso sí que es tec-

nología que nos ha facilitado el trabajo. Nos costó a los clínicos entrar en ella, pero nos ha facilitado el trabajo. Y ya, punto muy concreto, de un tema que creo que es muy gordo, y sí que la tecnología... que es la soledad del médico de primaria. El médico de primaria no tiene contacto con los especialistas.

Ahora, si vamos específicamente a la relación médico-paciente, ahí me alinee con Jesús, el paciente quiere ver a su médico y preguntarle. Otra cosa es, claro, el recado ya que le vas a dar. «Mire, ya le llamo yo y le doy el resultado». Ya una vez que has hablado con él, que te ve, que sabe, le dices «mire, que esté tranquilo, dentro de cinco meses tal».

Roberto Nuño: Muchas gracias. Alfredo, desde tu perspectiva gestora...

Alfredo Martínez: Para mí, el *smartphone* es mi despacho. Con él puedo saber cómo está la situación del covid en Navarra actualizado a la hora en datos reales. Cuántos positivos han salido en los laboratorios, cuántos han llegado a urgencias, cuántos han ingresado en el hospital, cuántos ha sido en UCI, cuántos tengo en la cola de espera de urgencias y que se me pueden convertir en ingresos, y, si los tengo en Estella, en Tudela, en un hospital, en otro, cada hora. Tengo un cuadro de mandos de gestión del covid que me permite en cualquier lugar del mundo saber cómo tengo el covid en Navarra.

El cuadro de mandos que yo tengo de funcionamiento ordinario del hospital es un informe de 66 páginas llenas de tablas que necesito un mes entero para estudiarla. Con lo cual, la tecnología son cuadros de mando. Y cuadros de mando que lo que necesitaría es poderlos comparar con lo que está pasando en vuestro hospital; anticiparnos si es una pandemia, pero también ver qué resultados estamos teniendo y cómo nos estamos recuperando realmente de las consecuencias de accesibilidad también de las listas de espera, si estamos recuperándonos bien, si podemos recuperarnos mejor. Cuadros de mando con información fiable comparada, actualizable y fácilmente interpretable. Es decir, con gráficos, no con tablas de letra tamaño 7 que necesito una lupa para poderlas leer. Eso es cambio de modelo de gestión que ha funcionado en el covid y que debiera funcionar también para el no covid.

Hablamos muchas veces de la telemedicina, ¿no? Nos vimos obligados. Había que cerrar las consultas, cerramos de la noche a la mañana los hospitales, y pasamos a los teléfonos; luego, a las videollamadas con aquellos problemas de no tener dispositivos, de no saber cómo utilizarlos. Teníamos el dispositivo, pero no teníamos un soporte. Llamábamos a los pacientes y como no sabían que les iban a llamar, no nos cogían.

Jesús Millán: No sabíamos qué hacer con eso. No sabíamos qué hacer con los instrumentos y, cuando nos enseñaban qué es lo que teníamos que hacer, nos fatigábamos, porque pensábamos que era hacer lo mismo que antes, pero a través de otra cosa (un ordenador, un teléfono, etcétera), pero hacer lo mismo. Es un complemento.

Alfredo Martínez: Entonces, ¿qué hemos aprendido? Primero, que para hacer una buena telemedicina hace falta unas buenas herramientas, y que la videollamada es infinitamente superior al teléfono. Y que la videollamada es posible. Pero también aprendimos que, si yo voy a llamar a una persona a su casa, que no sabe que le voy a llamar, mejor que ni lo intente. Porque, ¿qué ocurre? Que tengo que llamarle siete veces para cuando lo pille y tengo un problema de seguridad, que no sé si el que me ha cogido es él o su hermano que lo odia a muerte y que va a utilizar la información que reciba en su contra o va a ser lo que va a facilitar un divorcio traumático. O sea, ojito con los problemas de seguridad.

Pero también aprendimos una cosa, ¿la telemedicina sirve igual que la presencialidad? No. ¿La telemedicina la quieren los pacientes igual que la presencialidad? No. Sabemos que una primera consulta de valoración es muy poco lo que aporta. Primero, porque perdemos capacidad a todos los niveles, desde la humanización hasta la técnica, y, segundo, porque al paciente no le da seguridad ni confianza y le ahorra muy poco al proceso asistencial, porque hay que revisarse la historia igual, nos cuesta más hacer la anamnesis a distancia que hacerla en presencia, no podemos explorarlo y seguramente cometemos errores o acabamos generando más pruebas complementarias y más circuitos que los que haríamos en presencialidad.

Pero sí hemos aprendido que hacíamos muchas cosas en presencialidad que no hacía falta hacerlas. O sea, a mí me parece de juzgado de guardia que citemos a una persona para decirle que el resultado de la resonancia es normal. Y esto lo estamos haciendo en el sistema. Muchas de esas consultas son de valor añadido cero. Y esto habría que depurarlo. Y habría que depurarlo porque no podemos ocupar tiempo en eso de médicos especializados y escasos y no podemos tener a los ciudadanos esperando.

Hemos aprendido que hay otros recursos también de tecnología que nos pueden servir. En Navarra se llama carpeta de salud. En cada una de las comunidades tenéis algún elemento similar que permite que el ciudadano acceda, primero, a sus informes, a sus análisis, a sus tratamientos... La pandemia ha hecho que, en Navarra, que teníamos de 640.000, 20.000 activos en carpeta de salud. Ahora más de la mitad de la población tiene activada su carpeta de salud.

Hombre, ha sido un poco perverso, porque ha sido para tener el certificado de vacunación o de la PCR para poderme ir de copas o al extranjero, pero bienvenido sea. Más de la mitad de la población tiene acceso a carpeta de salud y ahora ya no va a tener que llamar para decir «¿cómo ha salido mi análisis?» o «¿cuándo tengo la próxima cita?», porque la puedo pedir. Y eso es otro elemento también tecnológico positivo.

Pero hay otros elementos tecnológicos que también hemos aprendido y que tenemos que hacer que se queden con nosotros. Algunos elementos como eran el tema de la teledermatología, ¿no? Es decir, tenemos listas de consulta de espera de dermatología que se podrían solucionar como ha señalado. Nosotros tenemos dos modalidades, que llamamos las interconsultas no presenciales o las consultas no presenciales, y ¿qué las diferencia? Las consultas no presenciales son las que el médico de familia le dice al especialista «oye, tengo este paciente, ¿qué opinas tú y qué le recomendarías?», y, entonces, el médico le puede decir «creo que tiene esto, hay que ponerle esto, hay que hacerle estas pruebas, y me lo citas cuando tengas las pruebas hechas». El médico actúa sobre el paciente aunque sea a distancia y ni siquiera lo ha visto, solo con la información que le da el médico de familia y la historia clínica.

Y la interconsulta tiene más el papel este formativo que tú has dicho. Dime a mí cómo hacerlo, yo lo aprendo, pero yo me encargo. Tú no actúas directamente sobre el paciente. Con lo que tú me dices, yo decido y actúo sobre el paciente. Y esto que estaba en germen en los modelos de atención del crónico y pluripatológico se ha expandido mucho gracias a la pandemia y a la dificultad de atención presencial. Pero eso se sustenta en unas historias clínicas que, como dices, tienen un recorrido muy desigual y, a veces, tenemos un problema con el tema de la transformación digital. Pensamos que la transformación digital es coger los papeles que teníamos hace veinte años, escanearlos y pasarlos al ordenador, y eso no es transformación digital.

La historia clínica digital no puede ser un paso a formato digital de los papeles que teníamos hace veinte años, tiene que tener una constitución y unas operaciones absolutamente novedosas y realmente transformadoras, como es este tema de las interconsultas o como es la posibilidad de trabajar integradamente con primaria con otros especialistas y con el propio paciente en el acceso a toda esa información, como trabajar con dos vertientes que son o la estructuración de esa información que nos permita luego aplicar algoritmos de toma de decisiones o que nos permita crear bases de datos que nos permitan saber realmente cómo tenemos a la población. Nosotros hemos conseguido trabajar con una historia que teníamos en primaria y una historia que teníamos

en el hospital sin conexión entre ellas. Y empezamos a volcar todo esto a una historia unificada. Los datos que están en esa historia unificada empezamos a buscarlos de manera anonimizada a una base de datos con la que luego se podía explorar tanto en investigación como en gestión y organización de servicios, porque el gran problema de los accesos a las historias clínicas es la cantidad de datos que, si las quieres convertir en explotación de datos, las bloqueas. Hacer una explotación contra nuestra historia clínica solo la podías hacer a las tres de la madrugada, cuando no había gente trabajando en historia clínica. Ahora se puede volcar. Y, si queríamos hacer investigación o gestión de calidad, teníamos el problema de la confidencialidad de los datos. Yo no puedo acceder a los datos de los pacientes si no me han autorizado, pero, si todos esos datos los he pasado anonimizados a una base contra la que puedo trabajar, y que, además, soporta trabajar con programas de exportación masiva de datos, ya tengo la herramienta. Eso es también transformación digital.

Y hemos tenido también transformación digital en otra cosa que yo llevaba trabajando en ellas con el tema del sociosanitario que era cómo monitorizar al crónico y al pluripatológico en sus domicilios. Anda que no hemos dados vueltas con esto. Yo creo que llevo ocho años hablando de esto. Y si esto es de servicios sociales, si es de salud, si es de las residencias, no avanzábamos. Hasta que un día se nos presenta en plena pandemia un gurú de la tecnología en Navarra que es capaz de monitorizar los molinos eólicos de China desde una oficina en Berriozar, y nos dice, «cómo que no podéis monitorizar a los pacientes covid y saber dónde están. Yo te pongo una pulsera y te digo quién está contagiado, quién no está contagiado, dónde está y con quién ha estado y quién es contacto», y digo «esto va a tener algún ligero problema de constitucionalidad. Vamos a dejarlo de momento, pero esto puede tener otras utilidades», y, por ejemplo, lo que hicimos fue monitorizar a todos los pacientes covid y no covid que estaban en hospitalización a domicilio. La hospitalización a domicilio es muy útil, pero si tienes a los pacientes bien controlados, porque, si no, te la estás jugando. También la hospitalización a domicilio tiene sus limitaciones.

Vimos que teniéndolos monitorizados podías saber si tenían fiebre o no tenían fiebre, cómo estaban de saturación, cómo estaban de ritmo cardíaco y eso te daba lugar a intervenir precozmente o incluso a organizar el servicio. El criterio de organización de la hospitalización a domicilio era criterio Google Maps. Salgo del hospital y a dónde tengo que ir primero para no tener circuitos redundantes.

El circuito pasaba por «hay un paciente hipoxémico, con fiebre y que está dando signos de alarma, voy primero, porque igual al otro basta con que le llame por teléfono y confirme

que está todo bien o puede ir la enfermera y no hace falta que vaya el equipo médico y enfermera y sí hay que ir a atender al paciente descompensado». O sea, que las posibilidades que aporta la tecnología son muchas. Son posibilidades que ya conocíamos antes. Son posibilidades que han tenido un desarrollo exponencial durante la pandemia, pero el riesgo es que volvemos de nuevo al ritmo postpandemia. Yo digo que he comprado millones de mascarillas en China, camas de UCI en Estados Unidos, respiradores en Rusia en cuestión de horas. Seguramente hemos hecho algunas cosas que hubo que hacerlas porque no había más remedio, que eso tampoco es bueno, pero tampoco podemos aceptar como bueno que comprar tiritas nos cueste nueve meses, en el mejor de los casos.

O sea, que la disrupción tiene que ser no solo incorporación de avances, sino incorporar los con rapidez, porque, si no, lo que nos ocurre es que el avance que estábamos trabajando hace tres años ya hoy deja de ser un avance.

Roberto Nuño: Muy bien, muchas gracias. Yo creo que son ejemplos excelentes de cómo están impactando estas tecnologías, que la mayoría no eran particularmente novedosas, pero sí que ha sido un momento de catalizar cambios. Hemos visto que no cubre todo el abanico y que habrá que buscar un equilibrio razonable entre los modelos presenciales y no presenciales, y que tenemos retos importantes de seguridad, confidencialidad...

Yo os quería preguntar sobre otro reto. Estamos hablando de digitalización, pero ¿tienen los profesionales sanitarios, también los gestores y la propia población, las competencias digitales necesarias? ¿Cuál es vuestra perspectiva? ¿Hace falta profundizar en la formación en competencias digitales?

Jesús Millán: Yo creo categóricamente que no las tenemos, no las tienen. Pero la respuesta creo que es, a mi juicio, categórica. No las tienen y por tanto las tienen que adquirir. Pero también quiero decir una cosa: cuando estaba hablando Alfredo, me estaba dando cuenta a veces de la distancia que sigue habiendo entre los gestores y los clínicos. Yo necesitaba tener mi despacho debajo del brazo, necesitaba el cuadro de mandos porque, como clínico, ha sido una lección para mí, lo que nosotros necesitábamos y no hemos tenido. No lo digo yo, lo pueden comprobar en un JAMA de agosto del año 20, y lo firma profesorado de la Universidad de California, San Francisco. Estas fueron nuestras necesidades en los momentos de pandemia: conocimiento fisiopatológico, manejo inmediato de los pacientes, solución de problemas éticos cuando los recursos son limitados, análisis crítico de las evidencias cuando hay demasiadas o pocas evidencias, médicos capaces de desenvolverse en la clínica, con responsabilidad social y que demuestren los valores de la medicina.

Resulta que los médicos, cuando se nos pregunta, no han notado que les falte la tecnología, sino que han notado que les falta estas otras cosas. Por lo tanto, yo creo en las primeras palabras de Alfredo, que tiene que haber obligatoriamente una conjunción, pero que no responde a la realidad siempre. Estoy seguro que el objetivo y el objeto de Alfredo es el enfermo, lo mismo que el mío. Pues, si tenemos el mismo objetivo, tendremos que converger y utilizar la tecnología para la cual no estamos formados. Yo, desde luego, no lo estoy; y me imagino, y casi hablo con conocimiento de la opinión de los demás, que tampoco éstos lo están. Pero no crean que en momentos tan clínicamente “duros” lo hemos echado especialmente de menos, porque nuestras necesidades estaban más en cumplir al lado del enfermo.

Pedro Sánchez: Yo creo que ahí el cambio generacional, Jesús, el acceso a la tecnología la gente joven lo tiene y que de cuarenta para abajo es que no hay dudas, ninguna. Yo creo que los clínicos en general sí, vale, pero el que no lo tiene es el paciente, porque la mayoría de atención que prestamos es para pacientes mayores, lo que hace muy difícil llegar al paciente, con independencia de los temas legales de los que hemos hablado, temas de entendimiento, no solo puramente legales... O sea que esa tecnología con cuidado y precaución.

De todas maneras, para ponerlo en marcha, yo creo que se necesitan dos cosas. Una, la formación, pero, sobre todo, tiene que haber un plan estratégico, un plan de utilizar estas tecnologías porque vamos a cambiar la comunicación con el paciente, y un plan estratégico, unas líneas, unos recursos y luego el aprendizaje para ponerlo en marcha. Los médicos y los enfermeros hoy día tienen unas grandes capacidades para asumir todo lo que venga.

Jesús Millán: ¿Saben el único instrumento tecnológico que en la clínica hemos echado mucho de menos? El iPad. ¿Para qué? Para que los enfermos se pudieran conectar o despedirse en muchos casos de la familia. Algo tan sencillo y tan prosaico. Poco poético, pero es muy prosaico. Eso es lo que hemos echado de menos.

Roberto Nuño: Y, Alfredo, ¿los gestores tienen las competencias tecnológicas necesarias? Incluso te diría más, ¿tienen las competencias para liderar la transformación digital? ¿Cuál es tu perspectiva? ¿Cómo lo ves?

Alfredo Martínez: Yo estoy de acuerdo con lo que has comentado de que es un tema generacional. Hay una diferencia abismal en franjas de edad. Yo creo que los que estamos

ahora en la franja de los 50 estamos en una franja de transición. Yo todavía recuerdo la primera vez que fui a un sitio público a ver qué era eso de un *mail* y qué era eso de la web.

Sin embargo, los que tienen ahora 30, 40 años han crecido en este entorno y son nativos digitales, y van a suponer un cambio significativo. Tenemos un sistema de gestión en el que se está produciendo... Se habla mucho de la falta de médicos y de la jubilación de médicos, pero yo creo que tenemos más jubilación de gestores y no se está hablando de eso. Ha habido un grupo gestor que se ha perpetuado durante muchos años, desde la transformación del sistema nacional de salud a la descentralización a las autonomías que prácticamente los mismos gestores han estado ocupando distintos puestos dentro del sistema en las mismas comunidades o cambiándose de comunidades, pero fue un grupo profesionalizado de gestores y están ahora en edad de jubilación o se están ya jubilando de manera masiva. Y no nos hemos preocupado de formar a los gestores que van a sustituir. Por eso nos hemos metido los psiquiatras a esto, porque había un vacío ahí. Si no, deberían de haber sido médicos-inspectores, epidemiólogos, gente que, por los motivos que fuera, había hecho una carrera de medicina y no se veía luego llamada a la asistencia, que se han ido especializando en la gestión, pero ese grupo se está jubilando. Ese grupo no estaba en el ámbito digital.

Y ahora ¿qué tenemos? Unos jóvenes muy inmersos en la tecnología que vienen empujando fuerte y a los que hay que escuchar. Hay una apuesta dentro de mi hospital, que ha llegado a mis oídos, sobre cuántas veces entro a los cuadros de mando a comprobar cómo está el hospital. Esto es una broma, pero alguna vez el responsable, el que hace los récords de utilización de las herramientas, me dice: «Alfredo, esto, si vas a salud laboral, te incapacitan seguro. No puedes estar entrando tantas veces».

Entonces, ¿qué es lo que tenemos? Tenemos gente convencida, en todos los hospitales; gente joven que viene empujando a la que hay que darle juego, que quizás ni siquiera están todavía en jefaturas de gestión ni en jefaturas de servicio, pero van a ser los que den el paso y a los que podemos ir formando dándoles responsabilidades en el desarrollo y la transformación tecnológica, tutelados por los jefes de sección y de servicio y los equipos directivos. Son profesionales con un lenguaje nativo digital y empiezan a tener experiencia de lo que es la sanidad, pero les falta el elemento tecnológico.

En estos momentos, estamos en una batalla con los tecnólogos de quién va a controlar el modelo de funcionamiento del sistema sanitario, porque, tened en cuenta que el que tiene el control de los procesos digitales y de los procesos informáticos

del hospital puede acabar condicionando cómo funciona el hospital. Entonces, en esa confrontación yo creo que tenemos que dar un paso adelante, que los tecnólogos tienen el papel de apoyar a los sistemas sanitarios a desarrollarse, pero su papel no es condicionar el desarrollo de los sistemas sanitarios. Y, si hacemos dejación de eso, nos arrepentiremos. Habrá que incorporarlos a los equipos, que no vengan ni de empresas externas ni de otros departamentos que no son el sanitario y que los tecnólogos tengan un espejo y una contrapartida en los expertos sanitarios a la hora de definir y ordenar los procesos.

Ellos tienen mucha más potencia que nosotros en innovación y transformación, pero no tienen el conocimiento del mundo sanitario. Yo el otro día tenía una reunión con ellos y me decían «Alfredo, me has pedido ochenta desarrollos urgentes durante la pandemia, y solo estás usando veinte, me pides mal las cosas». Le contesto «a ver, hagamos un poquito de autocrítica, igual es que no las has desarrollado como te las he pedido». Y en esa confrontación estamos, sana y colaborativa, pero, quién manda, el tecnólogo o el asistencial, porque el gerente está claro que no está para mandar. Primero, porque la vida media de un gerente es mucho menor que la de cualquier jefe de servicio, entonces, todos los jefes de servicio tienen claro que el gerente se irá antes de que se vayan ellos, y el gerente está como director de orquesta para facilitar entre servicios, con tecnólogos, y con presupuestos. Pero aquí nos estamos jugando mucho.

Mi propuesta es incorporar el conocimiento tecnológico dentro de los hospitales en forma de informáticos o bioingenieros o todas estas nuevas figuras que cada vez son más relevantes e ir formando a los nuevos líderes que van a ser los jefes de sección de servicio, subdirectores, directores médicos y quién sabe si gerentes del sistema desde los 30-40 años, desde cuando ya se han aprendido a manejar por el hospital y han pasado el periodo de residencia y tienen cuatro, cinco años ya de funcionamiento como facultativos, a los que tienen vocación y capacidades digitales empezar a introducirlos y así lo hemos conseguido, por ejemplo, pues con el registro hospitalario de cáncer, con el registro de ictus...

¿Cómo? Pues cogiendo profesionales muy jóvenes en esos servicios, que tienen esta mentalidad, que tienen la confianza del jefe de servicio y que el jefe de servicio, con su tutela con la experiencia que tiene dice «tú te encargas y me lo vas explicando a mí. Tú te reúnes con el tecnólogo y aprendes ahora que eres jovencito para que, cuando tengas que coordinar tú estos procesos, tengas capacidad de defenderlo desde el ámbito sanitario». Este es el proceso como yo creo que tenemos que ir desarrollándolo.

Roberto Nuño: Gracias, Alfredo. Os voy a lanzar una última pregunta y vamos a abrir el turno ya de la audiencia. Yo hacía un poco la reflexión, que ha salido a lo largo de la conversación de cómo ha habido cambios acelerados ante una emergencia, por ejemplo, en la última década llevamos desarrollando en casi todas las comunidades autónomas estrategias y planes enfocados en la mejora de la atención al paciente crónico y pluripatológico y creo que hay una percepción generalizada de que va bastante lenta la transformación en ese sentido porque detrás de esa transformación, está el auge de modelos más integrados de atención que conecten mucho más la primaria y el hospital y con la ambición de conectarse con el mundo sociosanitario también. Sin embargo, lo que ha dejado lamentablemente en claro la pandemia es que esa conexión con el mundo sociosanitario y con las residencias tiene mucho margen de mejora.

¿Cuál es vuestra visión en ese sentido? O sea, es un desafío que es también trascendental porque está vinculado al envejecimiento y el envejecimiento demográfico es algo que está aquí para quedarse, la prevalencia de enfermedades crónicas es alta y en aumento. ¿Por qué ese reto que es tan importante no consigue una transformación a este ritmo acelerado? ¿Cuál es vuestra perspectiva sobre algo además tan cercano a la medicina interna también?

Jesús Millán: Yo creo que es una de las cosas que hemos aprendido, que hay que poner especial atención a poblaciones y grupos vulnerables. Y que lo mismo que la salud psicológica es trascendental o que la asistencia a los últimos días es fundamental o que, incluso en las situaciones más adversas, se puede investigar, como es esto. O que el trabajo en equipo multidisciplinar es muy difícil, pero posible también. Una de las cosas que hemos aprendido es qué poblaciones vulnerables tienen que ser objetivo prioritario, y que aún no estamos preparados para que eso esté funcionando.

Como no me dedico a la macrogestión, no sé cuáles serán las claves. Supongo que serán, desde el punto de vista organizativo y de inversión. Eso es claro y manifiesto. Pero ahora nos hemos dado cuenta que el desiderátum que era la coordinación de especializada, primaria y sociosanitaria, que debería de funcionar como una máquina de coser, pues ahora es cuando más separado se han demostrado. Toda la sociedad miraba y volvía la cara a los hospitales. Ya de por sí este es un sistema sanitario bastante hospitalocéntrico a diferencia de otros en los cuales no se trata de saber cómo le solucionamos las cosas al enfermo en los hospitales, sino cómo en primaria les solucionan las cosas a los enfermos. Bueno, aquí no, aquí el objetivo fundamental es encontrar cómo en los hospitales le podemos solucionar los problemas.

Primaria ha estado, con perdón de la expresión que no tiene ninguna connotación, perdida en combate, desde el punto de vista de la asistencia. Salvo las vacunas, como me parece que se ha comentado muy bien, que es cuando ha retomado un poquito el protagonismo; pero, aun así, que pregunten a los médicos de primaria ahora a ver qué es lo que se les pide. Y con los sociosanitarios lo mismo. Yo creo que de cara a un plan de reordenar, revivir, reanimar la sanidad después de la experiencia, toca hacer unos esfuerzos indudables, tanto en primaria como en el ámbito sociosanitario, ya que vamos a pasar algunos años dependiendo de una prestación de servicios como esta.

Pedro Sánchez: Soy muy pesimista por una razón, porque toda esa atención sociosanitaria a la gente mayor que es de segunda categoría, para entendernos, pues necesita dinero. Y si no hay dinero para casi para nada, cómo va a haber dinero para preocuparse de los ancianos. Pero desde las sociedades científicas, y desde luego desde la sociedad de hematología, sí que vimos que tenía que cambiar, hace unos ocho años, cuando estaba yo en la junta, vimos que teníamos que darle importancia porque la mayoría de nuestros pacientes están en edad geriátrica en hematología. Teníamos que desarrollar la geriatría científicamente, porque los mayores no entran en los ensayos, no se hace nada con ellos. Y quería incidir en que ahora mismo la atención hospitalaria está basada en la geriatría, pacientes ya jubilados. Toda la población activa está ahora con sus aseguradoras y no los estamos viendo en la pública. Y es un tema que no salta, que no se ve, pero realmente en España se está dando una derivación de la atención pública a la atención privada, que yo no digo que sea buena ni mala, pero que está ahí, la atención de la persona activa se va absolutamente fuera de la pública... Todos los funcionarios, por ejemplo, tienen sus mutuas... con el gran número que hay. E igualmente los trabajadores de las empresas. Pero, bueno, es un tema que no tiene nada que ver con la pregunta, pero que creo que hay que sacarlo aquí por su importancia. Nosotros estamos viendo muchísima consulta de la que os he comentado, esto es, paciente geriátrico.

Evidentemente se necesita dinero si queremos hacer algo... Y ya lo sabemos, la proporción sobre el PIB de la atención pública es insuficiente y se necesita un aporte mayor de lo que se está haciendo.

Roberto Nuño: Desde luego has lanzado un punto de vista muy interesante, que daría para otro debate. Hace poco, además, revisábamos el dato llamativo sobre el doble aseguramiento en España, que está en el 32% y ha crecido mucho en los últimos años.

Volviendo a la cuestión original, retos de cronicidad, pluripatología, Navarra me consta que ha trabajado mucho, ¿cuál es tu perspectiva Alfredo?

Alfredo Martínez: Lecciones aprendidas. Hemos abordado mucho mejor el covid que la cronicidad porque el sistema sanitario, sobre todo el hospitalario, es mucho mejor abordando la emergencia y la urgencia que la cronicidad. Pero hemos aprendido que hay formas distintas de coordinarse con primaria y con las residencias gracias a la pandemia covid. Entonces, el papel que la primaria ha podido tener en la atención de algunas residencias, en función del modelo de residencias que tenemos en este país, porque tenemos dos grandes modelos de residencias, las macroresidencias, que tienen una colección de servicios importantes, incluidos servicios médicos propios, privados, que se incluyen en las prestaciones de las residencias, que han sido lugares especialmente complejos de gestionar porque, al ser muy grandes, también en el número de residentes eran sitios donde el virus, cuando entraba, causaba estragos; y las residencias más pequeñas, en ámbito generalmente más rural, atendidos por los equipos sanitarios de las zonas básicas de primaria donde los modelos han sido distintos. Eso nos obliga a replantearnos el modelo de residencias.

Por otro lado, hay que plantearnos el modelo de lo que es el entorno sociosanitario que hasta hace muy pocos años era un modelo de prestación graciable. Si el gobierno de turno tenía dinero, pagaba y pagaba, y, cuando se le acababa, se acababa el derecho. Esto, con la ley de dependencia, hace que los ciudadanos tengan derecho a unas prestaciones que van más allá de la disponibilidad presupuestaria y que hay que garantizarlas. Esto es un cambio importante.

El otro cambio importante es que quizás el mundo sociosanitario está perdiendo la oportunidad de desarrollar su modelo asistencial e integral a las necesidades del mayor o del dependiente y está mirando mucho hacia el modelo sanitario cuando ya lo que sabemos es que el modelo sanitario no sirve para solucionar esos problemas. Entonces, sanitizar las residencias o convertir las residencias en hospitales de larga estancia sería un error de bulto. Primero, porque sería insostenible por lo costoso y por la falta de personal para hacerlo y porque no es eso lo que se necesita en una residencia. Otra cosa es que el sistema tendrá que cubrir desde las UCI, urgencias, ingresos hospitalarios e ingresos domiciliarios, y tendremos que replantearnos algo que en España habíamos descartado desde hacía mucho tiempo. Tenemos unidades de media estancia o de subagudos. La mayor parte de ellas concertadas en nuestra geografía. No asumidas por el sistema sanitario público y esto es un tema que también hay que revisar. Y descartamos las camas

de larga estancia al ser pocos los pacientes. Y eso hace que esos pacientes se desplacen a las residencias a un ámbito donde no se pueden tratar. Pero la mayor parte de los ciudadanos, que no pacientes, aunque sean pacientes porque tienen pluripatología, no necesitan unos hospitales en residencias, sino que necesitan unas residencias de calidad.

Ahí hay un debate que, si uniéramos la macrogestión de lo social y de lo sanitario, iría mejor. Yo tengo mis dudas. Si unimos la macrogestión de lo social y de lo sanitario, por un lado, iremos de la mano, pero, por otro lado, hay un riesgo de que lo sanitario se coma a lo social, como el riesgo de que el hospital se coma a la primaria, y hay un riesgo de que sanitaricemos las residencias. Necesitaríamos un modelo potente de residencias donde se garantizaran los cuidados básicos y que las atenciones fueran prestadas desde el sistema sanitario y garantizadas a cualquier ciudadano que está en su domicilio. Porque, a veces, nos han dicho desde las residencias «es que las personas dependientes y mayores están en las residencias y nosotros las estamos cuidando», pero, cuando vas a los datos, la mayor parte de personas mayores y de dependientes siguen estando en los domicilios. Lo que pasa es que tenemos un problema mucho más visible cuando los concentramos en las residencias, pero la mayor parte de las demencias y pluripatológicos no están en las residencias.

El modelo de crónicos y pluripatológicos que comenzó Euskadi y que seguimos nosotros nos ha permitido aprender muchas cosas, pero no ha funcionado. ¿Por qué? Porque el covid se puede tratar con una formación de tres semanas en los casos normales, ya que su tratamiento está muy protocolizado. ¿Qué pasa con la cronicidad y con el pluripatológico? Que es mucho más variable y mucho más complejo y, además, interaccionan, porque pueden ser pacientes con otras patologías: leucemia, EPOC...; además, con un principio de deterioro cognitivo, con una enfermedad renal crónica secundaria a los tratamientos que le hemos dado para tratar algunos de sus problemas anteriores y, entonces, ¿cómo lo abordas? ¿Lo abordas como pluripatológico? Pues hemos visto que el concepto de pluripatológico sí que funciona, pero, cuando queremos luego fragmentarlo en el crónico hematológico, en el crónico neumológico, en el crónico..., nos falla.

Hay una figura relevante que podría tener una labor de integración, pero que no acaba de estar desarrollada en nuestro país, que es el geriatra. El geriatra está a medio camino entre el hospitalario y lo sociosanitario, la medicina interna a veces en conflicto por competencias, porque muchos de los pacientes que van a medicina interna tienen edad también de geriatría, pero tienen la visión, alguien ha comentado antes, de ver al

paciente y no la subespecialidad. Y ese modelo quizás podría ser una manera de abordar esto de manera distinta. Pero lo que hemos visto también es que, cuando fraccionamos mucho y todos empezamos con el pluripatológico y luego decidíamos sus procesos de crónicos, luego intentar traspasar eso a los servicios hospitalarios era complejo, pero, cuando intentabas explicarlo a toda la primaria en cada pueblo con su equipo de atención primaria, con sus realidades distintas y con su casuística muy fragmentada, no había manera. Y acabamos ahogando al propio sistema cuando el objetivo realmente no era implantar un sistema de crónicos y pluripatológicos, sino que era transformar el sistema sanitario para que el paciente fuera resuelto en el nivel más adecuado a su necesidad, y, si era en la residencia, en la residencia; si era primaria, en primaria; si era por profesionales especialistas de hospital; en ambulatorio, en ambulatorio; y que solo cuando fuera estrictamente necesario tuvieran que ingresar en los hospitales. Ese era el objetivo, una palanca de cambio, no la implantación y designación de un modelo de atención al crónico y al pluripatológico.

Elegimos el modelo del crónico y pluripatológico como podíamos haber elegido el paradigma de seguridad del paciente, que también se ha comentado aquí. Es decir, vamos a hacer una atención segura a los pacientes. Me da igual qué paradigma. Lo que tenemos que tener en cuenta es que son herramientas para transformar el sistema. Y, si no transformamos el sistema, entramos en esta dinámica que todos conocemos de que el sistema cada vez tiene más problemas, más dificultades y que puede acabar derivando en un doble aseguramiento, en una sanidad de primera y de segunda... Entramos en un debate que ahí sí que es complicado, porque yo soy un firme defensor y así son los hechos durante toda la pandemia de la colaboración público-privada, pero también es cierto que el sistema del doble aseguramiento está generando una tensión. Está aliviando parte de la presión del sistema público, pero le está generando otros problemas.

El otro día yo tenía una entrevista con un paciente que me venía a decir que tenía un aseguramiento muy bueno en una entidad muy buena que le garantizaba las consultas, que en las consultas le habían dado un diagnóstico perfecto y le habían propuesto un tratamiento perfecto, pero que este seguro no le cubría el tratamiento. Entonces, que venía a que yo le diera el tratamiento que le habían prescrito en el seguro privado. Y el problema es que no había ninguna duda, el diagnóstico era correcto, el tratamiento era correcto, y mis servicios médicos me decían que así era, y mis servicios médicos me decían: «No te preocupes, nosotros somos buenos en hacer esto, se lo hacemos», pero el paciente me decía: «No, yo quiero que usted me derive a la clínica donde me han hecho el diagnóstico». Y ahí es donde está el problema.

Este tema puede solucionarnos algunas cosas, pero si no lo hacemos bien y de manera coordinada, puede acabar también generando sus propios inconvenientes. Entonces, desde la atención al sociosanitario hasta la atención al paciente más agudo, lo que necesitamos es una palanca de transformación.

Roberto Nuño: Bueno, con esa llamada a la transformación, pasamos ya al turno de preguntas.

Jon Guajardo: Muchas gracias por vuestros comentarios. Me ha llamado la atención en todo esto que, bueno, es un recordatorio de todo lo que estamos pasando en los últimos meses, años ya, pero me llama la atención un poco lo que comentaba concretamente Pedro de que en esta última fase, que han aumentado sustancialmente las consultas, por otra parte, en lo que es el impacto que está teniendo el covid en nuestro sistema, nos llama también la atención el cómo en atención primaria pues ha impactado de una manera diferente y alguna vez hemos comentado con Alfredo sobre este tema. Tenemos una atención primaria que es fundamental en el proceso asistencial, fundamental en la calidad y en los resultados que podemos obtener y, sin embargo, el comentario de los dos jefes de servicio es como un poco que están ahí, que no hacen su función o que han dejado de hacer parte de su función. Entonces, ¿vosotros a qué lo atribuíis? ¿Qué es lo que os llega en vuestro conocimiento? ¿Por qué? Se supone que los médicos de familia están bien formados, son buenos profesionales, tienen capacidad para hacer mucho. ¿Vosotros qué es lo que percibís ahí?

Pedro Sánchez: Yo tengo que decir que mi contacto con ellos es a través de las preguntas que me hacen. Es una visión que puede ser muy errónea. Pero me pongo en el caso de ellos, y yo llevo cuarenta años de profesión haciendo lo mismo todos los días... Es decir, no tienen ninguna promoción, como tenemos los especialistas. Entonces, el covid, desde luego, sí que... entre las bajas, que la falta de personal, que eso está clarísimo. Hay falta de profesionales. Yo percibo, pero ya digo que no estoy con ellos, percibo que es un estamento que está muy quemado, y que no tiene una alternativa clara, porque tendría que ser la inversión. Y una inversión, aunque haya dinero, que no lo hay, pero tendría que ser a largo plazo, o sea que... complicado.

Entonces, ¿por qué nos mandan tantas consultas? Pues en parte porque han estado viendo también a los pacientes por teléfono, claro. Entonces, oye, el paciente este, como no tienes tiempo para verle porque se han recortado mucho las consultas, y, bueno, pues al especialista. Yo creo que fundamentalmente han aumentado las pe-

ticiones hacia nosotros porque la atención al paciente para ellos se ha complicado mucho.

Jesús Millán: A ver, yo soy internista, pero, si me reencarno alguna vez, seré médico de familia, porque me parece que es una especialidad donde, de manera paradigmática, se ejerce la medicina o se debería de ejercer la medicina en sentido estricto. Por lo tanto, soy un defensor de la medicina de familia y lo que yo conozco de la medicina de familia es porque me lo dicen los protagonistas, esto es los propios médicos de familia que son amigos míos. Y la atención primaria requiere una fuerte inversión, una fuerte dedicación y repensar el modelo de atención primaria.

Ahora mismo a lo mejor esto se diluye en los próximos meses o escasos años, un año o dos años, si es que las cosas, desde un punto de vista epidemiológico, van a mejor. Ahora mismo la atención primaria está desarbolada desde el punto de vista de la prestación de servicio. Y ocurren cosas como lo que les voy a contar... Una enferma, «¿qué le pasa?», «pues, mire, que yo utilizo gafas y como las utilizo para lejos o para cerca pues a veces me las pongo aquí y a veces me las pongo arriba y, a veces, cuando la tengo arriba se me caen y, entonces, claro, es que se me hincha la cabeza». El médico de primaria la ha mandado a una consulta especializada, pero seguramente es porque está harto de ver en no sé qué centro a ciento veinte, a lo mejor, donde la única solución que tiene es que quiten la silla y que entren de dos en dos.

Claro, esa organización no está pensada para solucionarle los problemas. Es decir, que la gente está de baja y que llama desde Francia y el médico de familia está oyendo el francés al lado y dice: «pero, ¿dónde está usted?»; «en Burdeos, pero le llamo para que me renueve la baja». Eso lo cuentan los médicos de familia. Claro, la última época ha sido dramática desde ese punto de vista, es que no han visto enfermos, es que no han podido ver enfermos, y ahora siguen sin poder ver enfermos. Ahora parece que, por fin, se reanudan un poco, pero como no se repiense la atención primaria, yo creo que la frustración es terrible, porque nuestros compañeros de primaria, lo que les gusta es hacer bien las cosas.

Miguel Ángel Ortiz: Buenas tardes, soy Miguel Ángel Ortiz de Valdivielso, director gerente del hospital de Jerez, y al mismo tiempo es un área de gestión sanitaria extensa de en torno a 450.000 habitantes, por lo tanto, es una zona de gestión integrada y por eso mi intervención. Primero, quería comentar una cosa muy breve, que yo creo que la respuesta en nuestro país, en términos generales en el tiempo de pandemia ha sido bas-

tante bueno, y, si lo comparo con Europa, con los modelos sanitarios más avanzados, la respuesta sanitaria en España ha sido muy parecida, por lo tanto, tanto en primaria como en especializada, creo que ha sido francamente buena. Por lo tanto, yo creo que tenemos que hacer una reflexión más positiva que lo que se ha hablado en esta mesa. Que, bueno, son intervenciones muy particulares y que respeto.

Lo que sí debo decir es que en mi área de gestión sanitaria ha habido dos factores que me han parecido muy interesantes y dos factores de éxito. Uno, la capacidad de integración de la primaria con el hospital, con los hospitales de la zona, con una profesión que hemos descubierto los epidemiólogos y con la salud pública. Y que todos juntos han participado en la mejor solución posible según iba viniendo la pandemia, la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta y sexta ola en la que estamos. Por lo tanto, yo creo que ha sido un factor de éxito y que ha sido disruptivo. ¿Por qué? Porque ha habido mucha colaboración. Probablemente donde no ha habido colaboración entre primaria y hospital se ha resentido enormemente el hospital, porque al final acaba todo en urgencias o podría sufrir las consecuencias de una mala organización o de una precaria organización primaria, las consecuencias las sufre el hospital lógicamente. Eso, por un lado.

Por otro lado, los hospitales yo creo que han sido un factor de éxito que se han creado, yo no sé cómo lo han hecho ustedes, cómo se ha hecho en diferentes hospitales de Madrid o en otras comunidades, yo sé cómo se ha hecho en Andalucía, sé cómo se ha hecho en el hospital de Jerez y en una zona de 450.000 habitantes. Se han creado unas comisiones covid clínicas, dirigidas por clínicos, por médicos, yo soy médico especialista. Como el director médico, hematólogo, por cierto, y comisiones covid multiprofesionales. Se reunían todas las semanas y se tomaban decisiones según se necesitaban. Se hacía la previsión. Se analizaban todas las situaciones. Participaba urgencias, interna, neumología, intensivo, microbiología, etcétera. Participaba primaria con los problemas de primaria. Participaban los médicos internistas que pusimos para apoyar a las residencias que intervinimos.

¿Para qué? Para parar las muertes en las residencias, para organizar el funcionamiento de las residencias con criterios médicos absolutamente rigurosos, ya que había cierta desorganización en las residencias. Por lo tanto, se paró enormemente. Y yo creo que eso fue un factor de éxito enorme. Todas las semanas se reunían. Yo, como gerente, iba a algunas reuniones y veía, se analizaban las situaciones. Reuniones muy rápidas, eficaces donde se decidía cada semana cómo se iban a tomar decisiones. Servicios

que se daban la espalda durante muchos años, durante toda la vida, como ustedes sabrán, que en los hospitales suele ocurrir, urgencia con interna, los hematólogos con los de laboratorio, etcétera. Bueno, todos colaborando, todos trabajando; decisiones eficaces adaptadas a la situación, flexibles; se cerraban plantas, etcétera. En mi etapa de gerente en Burgos, recuerdo que era imposible que los servicios se trataran con fluidez y con facilidad. Bueno, pues aquí el covid nos ha dado una oportunidad organizativa y nos ha ayudado a que colaboren todos los servicios y que colabore enfermería, y que los epidemiólogos daban las claves de cómo actuar, y que los preventivistas daban las claves de los EPI y daban las claves de protección de los profesionales y de los pacientes.

Por lo tanto, y acabo con este comentario, yo me siento muy orgulloso de cómo se ha manejado en España, en términos generales, y concretamente en Andalucía. Creo que hemos contribuido a que una pandemia que podría haber sido absolutamente catastrófica se ha parado bastante por el esfuerzo de muchos profesionales, desde primaria, desde epidemiólogos, desde profesiones nuevas que hemos inventado, rastreadores, que ni sabíamos lo que eran. Salud pública. Médicos de hospital que han sabido trabajar juntos y han sabido tomar decisiones coherentes en función de cómo venía la situación y que, efectivamente, a todos nos ha pasado, medio hospital llegó a estar para problemas covid, para ingresos covid. En las UCI era un invento eso, porque, claro, si tú tienes veinte camas, de repente teníamos disponibles cuarenta camas. UCI expandidas, etcétera.

En resumen, adaptabilidad. Los profesionales supieron estar a la altura y trabajar juntos. Las direcciones, creo yo, que han sabido estar trabajando con liderazgos clínicos fuertes y con recomendaciones clínicas sensatas y adaptadas a la situación inmediatamente. Por lo tanto, yo creo que lo valoro como un éxito. Eso nos hace pensar que se han tomado medidas muy importantes. Medidas que en la organización sanitaria se deben consolidar y que creo serán muy favorables, incluido también, ya acabo con esto, el papel de la enfermería, que ha sido muy importante en esta pandemia. Muchas gracias.

Jesús Millán: Brevemente. Estoy absolutamente de acuerdo y suscribo las palabras. Es decir, yo, como médico y como ciudadano, me siento orgulloso de la respuesta dada, pues naturalmente que sí. Ha sido apoteósico. Y todos, otra de las cosas que hemos aprendido es que es importante, todo el mundo, el pinche de cocina ha contribuido a salvar vidas, la limpiadora lo mismo, cumpliendo con su deber, no solamente los médicos, los anestesistas, los cirujanos, etcétera. Claro que sí, que la respuesta ha sido absolutamente

espectacular. Desde ese punto de vista, que no quede, ni por asomo, por lo menos en mi opinión, ningún atisbo de que tengo dudas acerca de que la respuesta ha sido para sentirse particularmente orgulloso.

Lo que pasa es que sí que hemos concentrado, digámoslo así, la respuesta ágil, imprevista, etcétera, en determinadas áreas y qué duda cabe que primaria no ha sido esa área. No cabe la menor duda. Es decir, todo se ha virado hacia los hospitales.

En un porcentaje pequeño, no estoy de acuerdo. Esto no nos lo esperábamos y nos lo podíamos haber esperado. Esto no era una gripe que venía de China como inicialmente pensábamos. No, no. Y, cuando hablábamos con los italianos y nos decían «no os podéis imaginar lo que es esto», no nos lo creíamos. Por lo tanto, nos ha pillado desprevenidos. Estamos contando las cosas de lo que ha pasado, no de lo que va a pasar. Y, hombre, ahí la epidemiología, la salud pública, etcétera, tampoco se ha lucido, porque no he visto ninguna tercera página de un periódico diciendo dentro de tres semanas ustedes van a tener 1500 casos. Aún ahora hay especialidades que interpretan los resultados que vamos teniendo. Y no les pido, no les exijo más, porque yo también me he confundido ochenta veces y no sabía qué es lo que tenía que hacer. Porque hemos asistido a un hecho histórico en la historia de la medicina, que es lo mismo que en la historia de la humanidad, que es una nueva enfermedad que hemos vivido en el día a día y que la historia natural de la enfermedad la vamos comprobando cuando nos levantamos por la mañana con la siguiente noticia. Y a mí que me expliquen si eso se puede predecir o no. No se puede predecir. Si no vamos a saber lo que va a ocurrir con la sexta ola, no sabemos si la sexta ola va a ser más alta, más baja, más regular o no... Si hace escasos meses, deprisa y corriendo, las embarazadas hay que vacunarlas, y, hasta entonces no, es que nos hemos enterado ahora. Ya no les cuento los tratamientos, lo que utilizábamos al principio que sencillamente era fuego de artificio, porque no servía para nada.

Por lo tanto, lo hemos hecho francamente bien, la sociedad lo ha hecho francamente bien, yo me siento orgulloso como ciudadano y como profesional porque creo que la medicina lo ha hecho francamente bien, pero nos hemos equivocado un montón de veces y no pasa nada por reconocerlo, porque, si no, no aprenderemos.

Pedro Sánchez: Sí, yo también... Yo no he dicho en ningún momento lo contrario de lo que ha expresado. Estoy absolutamente de acuerdo. Y, además, lo he dicho nada más empezar con mi intervención. Dije que la respuesta nos pilló desprevenidos, pero que luego ha sido una muy buena..., pero tampoco ha sido tan idílico como lo planteas. Pero,

bueno, yo lo que quiero decir es que yo no he pensado o no he pretendido expresar en ningún momento lo contrario de lo que has dicho tú de cómo se funcionó.

Alfredo Martínez: Yo creo que el relato que nos has planteado lo compartimos todos. Y es curioso porque, además, con cualquier organización sanitaria que hables, sobre todo en hospitales, el trato es el mismo y seguramente el impacto de la pandemia y la forma de organizarse es parecida en muchas cosas, pero en otras ha sido radicalmente distinta; pero la vivencia y el relato es el mismo. Estamos orgullosos porque hemos hecho lo mejor que hemos podido con la información que teníamos en el momento en el que nos ha tocado actuar con los recursos que teníamos disponibles y es para estar orgullosos, pero yo creo que también tenemos que hacer algo de autocrítica. Algunos elementos los acabas de señalar y son importantes. Tenemos una salud pública y una preventiva que no estaban preparadas para abordar una pandemia de este tamaño, que no habían evolucionado a la transformación digital, seguían funcionando con un sistema de vigilancia epidemiológica que funcionaba con una epidemia anual que conocemos ya de sobra, pero no funcionaba con una pandemia; hemos tenido que ser disruptivos en modelos predictivos y, cuando hemos intentado exportar modelos predictivos, hemos tenido que huir porque nos llamaban de todo, que no había modelos predictivos, que ningún modelo predictivo era válido. Indudablemente no hay ningún modelo predictivo totalmente fiable, pero los modelos predictivos son los que nos han permitido anticiparnos y estar preparados para cuando ha venido lo que ha venido en cada una de las olas. Y los modelos predictivos se han ido afinando. Empezamos en Navarra con un modelo predictivo que luego se extendió a La Rioja y que en la cuarta ola lo acabó comprando el ministerio, pero que era algo que nos miraban como bichos raros que funcionáramos con modelos matemáticos predictivos. En Cataluña se trabajó con sus modelos predictivos, pero lo que se ha echado de menos es que esto estuviera impregnando el modelo de preventiva. Ahí ha habido un elemento que igual se te ha olvidado, junto con la preventiva, que han sido los servicios de prevención de riesgos laborales. Han tenido una labor fundamental en el apoyo y garantía del cuidado de la salud y del mantenimiento del funcionamiento del sistema sanitario.

Hay otro tema que es importante. Esta percepción casi épica que todos compartimos y lo hemos vivido así. Yo creo que lo hemos vivido en cada ola. Lo tienen los hospitales, pero no lo tiene la primaria. La primaria ha dado una respuesta en cada momento la mejor posible. El problema de la primaria, vuelvo a insistir, es que es tan fragmentada y tan diferente entre lo rural y lo urbano, entre unos centros y otros, que juzgar a la primaria en términos globales es erróneo e injusto. Cada centro ha tenido una realidad distinta y ha respondido de maneras distintas. Pero el problema que ha tenido es que ha tenido que abordar una

telemedicina mucho más intensa; su falta de presencialidad se ha extendido durante mucho más tiempo; los hospitales realmente en mayo del 2020 ya empezaban a recuperar una presencialidad en torno al 70-80% y la primaria no ha recuperado esta presencialidad prácticamente hasta después del verano de este año.

La primaria todavía no ha recuperado los niveles de derivación que tenía antes de la pandemia y los hospitales están empezando ahora a recuperar el nivel de actividad que tenían antes de la pandemia en ordinaria y en extraordinaria. En el momento en el que la primaria recupere toda su capacidad de actividad y, con ella, su capacidad de derivación y nosotros en los hospitales no vamos a poder aumentar más nuestra capacidad de producción que la que teníamos en el 2019, el problema actual de accesibilidad no solo no va a mejorar, sino que se va a complicar e intentar volver a resolver la accesibilidad de los pacientes derivados de primaria aumentando la actividad en los hospitales es un error. Con lo cual, lo que planteo es que una revitalización de la primaria única y exclusivamente mirada y enfocada desde la primaria va a llevar un tiempo, se está planteando de arriba abajo y no de abajo arriba, en los hospitales brotan líderes naturales de los servicios y tienen claro lo que los servicios quieren, pero, en estos momentos, el gran problema de primaria es que no tiene ese liderazgo. Es la tercera mesa a la que voy en este mes en la que se habla de primaria y no hay nadie de primaria en las mesas. En alguna de ellas había gente de primaria entre el público que se enfadaba, se enfadaba de no estar, pero es que es lo que hay que decir a la primaria, tenéis que estar porque la reforma de la primaria no la van a hacer ni desde el ministerio ni desde las consejerías ni desde las gerencias. Igual que hemos dicho que el liderazgo clínico es lo que ha transformado los hospitales, el liderazgo clínico tiene que transformar la primaria.

Y no cometamos el error de hacer un modelo de primaria solo con primaria y que luego, cuando vengan a comunicar a los hospitales cuál es el modelo, nosotros le digamos, oiga, que no estamos de acuerdo, y nos enzarcemos en una discusión precovid-postcovid.

Roberto Nuño: Ya tenemos que ir cerrando, pero hay ahí una pregunta y no quería que se quedara en el tintero.

Ana Tabernero: Buenas tardes, soy Ana Tabernero, directora médica de atención primaria de la gerencia integrada de Soria. Me está costando oír algunas de las cosas que oigo, pues porque sí es verdad que nuestra especialidad es una especialidad ya denostada prepandemia. Ya hace unos años que las plazas de medicina de familia y comunitarias son las últimas. No se puede amar la primaria sin conocerla, igual que no se puede amar

a nadie sin conocerlo. Y yo creo que primaria es la gran desconocida. Es la especialidad más bonita del mundo.

Resulta que por cada paciente que ha ingresado en el hospital, no sé si saben, en Soria sufrimos tremendamente una de las primeras olas, por cada paciente que ingresaba en el hospital, primaria llevaba a su cargo unos nueve que quedaban en domicilio. Por cada caso confirmado de covid, generaba unas veinte actuaciones en primaria, tanto de rastro como de seguimiento, como de visitas a domicilio.

No hemos podido. Y, si ahora empieza una sexta ola, lo poco que nos hemos recuperado volveremos a caer. Pero esto era una situación prepandemia que estoy de acuerdo con Alfredo, tenemos que remontar, tenemos que volver a hacer atractiva la primaria con muchas de las cosas que aquí he oído, pero la primaria ha estado y la primaria tiene una sensación de falta de reconocimiento como cosas que oímos de que no hemos estado. Hemos estado sin poder más y lo digo yo que llevo menos de un año de directora médica y que estuve en primera línea en los primeros meses más duros. Hemos estado, seguimos estando, no tenemos tiempo. Cada vez que intentamos recuperarnos, nos vuelve a atacar directamente otra primera ola como nos está pasando en Soria, como supongo que a todos, que estamos subiendo la incidencia. Y las demoras, no de los especialistas, porque nosotros somos especialistas, de los hospitales, golpean a nuestra puerta con una crueldad... Porque a nuestra puerta es muy fácil llamar.

Y, dicho todo esto, en reivindicación un poco de la primaria, quiero decir que ahora, como directora médica, me preocupa mucho la gestión del estado anímico y de la salud de los profesionales, mucho, porque todo parece que, si el hospital no está lleno, aquí no está pasando nada. El control fundamental lo hemos llevado en primaria y estamos francamente tocados. Me preocupa mucho y creo que tenemos que darle una vuelta, empezar desde el principio, a veces, para cerrar una herida hay que limpiar bien a fondo y tenemos que volver a empezar y reinventarnos con muchas de las cosas que aquí se han dicho como puede ser la telepresencia, las nuevas tecnologías, en las que, por desgracia, en primaria tenemos una obsolescencia personal porque somos plantillas bastante mayores, y eso está muy bien. Pero, como decía Alfredo, creo, soy de Soria, la obsolescencia es de muchos profesionales, de muchos de nuestros pacientes y tenemos que reinventarnos y reconducir esto, pero algo nos está haciendo mucho daño, es lo de pensar que la primaria no hemos estado. Hemos estado, seguimos estando y, ante una enfermedad desconocida para nosotros y para los pacientes, creo que hemos estado como nunca y como siempre. Solo quería decir eso.

Roberto Nuño: Gracias. Estamos ya fuera de tiempo. Agradecer a los ponentes y, bueno, agradecer estos tres últimos testimonios. Yo creo que tomamos nota para próximos coloquios. El fortalecimiento de la primaria, el pensar hacia donde tenemos que potenciar algo que además es uno de los pilares del sistema y uno de los servicios públicos mejor valorados, por tanto, no debemos perder ese rumbo. Por mi parte, solo decir que el tono de la mesa era constructivo, creo que se han subrayado elementos clave de la buena respuesta y de la respuesta acelerada ante una enfermedad de la que se conocía muy poco, pero yo creo que es importante también ser críticos y ver qué aprendizajes hay que consolidar y qué retos todavía están sobre la mesa. Así que nada, con un aplauso para los ponentes, despedimos el coloquio. Muchas gracias.

PROFESIONALIZACIÓN DE LA FUNCIÓN DIRECTIVA: LIBRE DESIGNACIÓN DE DIRECTIVOS SANITARIOS: ¿CONFIANZA, COMPETENCIA O AMBAS?

Coloquio 2



Vicenç Martínez Ibañez

Director Científico Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha. (IDISCAM) Mayo 2022-Actualidad. Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad. Noviembre 2020-Marzo 2022. Gerente Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Febrero 2020-Noviembre 2020

Doctor en Cirugía y Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona (1989). Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona (1975). Especialista en Cirugía Pediátrica en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona (1976-1979). Cirujano del primer Trasplante Hepático Infantil de España (1985)



Patricia Gómez Picard

Master en Gestión y Planificación Sanitaria para Directivos de Salud por la Universidad Europea de Madrid. Diplomada en enfermería por la Universidad de las Illes Balears.

Es enfermera de atención primaria de Mallorca.

Ha sido directora de Cuidados y Coordinación Sociosanitaria del Servicio de Salud de las Illes Balears (2007-2011) y supervisora del Área de Formación e Investigación de Enfermería del Hospital Universitario Son Dureta (2000-2007).

Ha trabajado como adjunta de Calidad, Formación y Recursos Humanos del Complejo Hospitalario de Mallorca (1999-2000) y ha ocupado diferentes cargos en el Hospital Universitario de Son Dureta como subdirectora de Enfermería, supervisora del Área Hospital Virgen de la Salud y supervisora de la Unidad Hospital de día, adultos y pediatría (1994-1999).

Ha participado en numerosas comisiones, comités y consorcios, y también en estrategias de salud, entre las cuales destaca la de curas paliativas.

Desde 2015 es Consejera de Salud del Gobierno de las Illes Balears.



Julio García-Comesaña

Nació en 1968, es licenciado en Ciencias Física por la Universidad de Santiago de Compostela, con la especialidad sanitaria de Radiofísica Hospitalaria, así como un Máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidade.

Su formación incluye el Programa de Dirección Sanitaria (Escuela de Directivos Sanitarios de Galicia, FEGAS), el Programa de Liderazgo y Gestión Estratégica (Instituto e Empresa). Cuenta, además, con el título de Jefe de Servicio de Protección Radiológica, otorgado por el Consejo de Seguridad Nuclear. Es profesor de distintos cursos organizados por la Fundación Pública Escuela Gallega de Administración Sanitaria.

- En el campo de la investigación y de la innovación participó en distintos proyectos europeos y proyectos de compra pública de tecnología innovadora. Innovasaúde y H2050.
- Como Especialista Sanitario de Radiofísica Hospitalaria desarrolló su actividad asistencial en los hospitales de POVI-SA y Meixoeiro, de Vigo, y Vall D'Hebron de Barcelona, entre los años 1993 y 2005.
- En el ámbito de la gestión desempeñó el puesto de Director de Centro y Director Operativo en el Complejo Hospitalario de Vigo entre los años 2005 y 2011.
- Desempeñó el puesto de Subdirector General de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud y la coordinación de la Estrategia Gallega contra el Cáncer.
- Fue Director de Procesos Asistenciales de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo.
- Desde julio de 2019 fue gerente del Área Sanitaria de Vigo y anteriormente, había sido gerente del Área Sanitaria de Orense, Verín y O Barco de Valdeorras.
- Desde septiembre de 2020 es conselleiro de Sanidad de la Xunta de Galicia.



Licenciada en Periodismo por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Máster de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios por Universitat Pompeu Fabra (UPF) Y Fundación Gaspar Casal. Redactora y responsable de la sección de Gestión de Diario Médico

Rosalía Sierra

Rosalía Sierra: Buenos días a todos. Para ser estas horas de la mañana en Alcalá y con el frío que hace, veo bastante gente, una asistencia bastante nutrida. Vamos a comenzar una mesa en la que vamos a hablar sobre profesionalización de la función directiva. Eso es un tema que entiendo os interesa a muchos. Me juego algo a que Pepe Soto ayer comentó algo en la inauguración. Estáis muy metidos en materia. Y, bueno, tenemos un panel de expertos bastante notable. Yo me siento un poquito pequeña aquí sentada con ellos.

En la distancia, nos acompaña Julio García Comesaña, que es el consejero de Salud de Galicia.

Rosalía Sierra: ¿Qué tal? Creo que llevas unos diez meses en el cargo aproximadamente, un poquito más, pero la carrera que llevas detrás es bastante interesante. Ligada al SERGAS desde siempre y, desde hace poco, llevando todo lo que concierne a Galicia, que lo está haciendo bastante bien con esto de la pandemia y esas cosas. Esto ya es una opinión personal.

Aquí me acompaña Patricia Gómez Picard, Consejera de Salud de Baleares, otra comunidad a la que también se le han dado bien los últimos meses. También con gran experiencia en este mundillo de la gestión sanitaria. Tampoco me quiero extender mucho en las presentaciones porque aquí os conoce todo el mundo.

Y aquí a mi izquierda, Vicenç Martínez que ahora mismo es Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, pero que también llevas tu recorrido en la dirección de hospitales. Y creo voy a apelar incluso un poquito más a tu exfunción de gerente que al cargo que tienes actualmente en el Ministerio, que también tiene mucho que decir en cuanto a este tema de la profesionalización, pero bueno...

Vamos a plantear una serie de preguntas que ellos me van a contestar en el orden que bien planteen. Muy sencillitas y lo que sí os pediría es que las respuestas sean todo lo concisas, directas y breves posibles, que, si no, se nos alarga demasiado.

La primera duda que se me plantea, desde el punto de vista de la macrogestión, es cómo se elige a un gerente. O sea, cuando toca cambiar o decidís que hay que cambiar la dirección de un hospital, ¿qué se tiene en cuenta para decidir quién tiene que ocupar ese cargo? No sé quién... Julio, venga.

Julio García: Antes de nada, por supuesto saludos a todos ya con más detalle. Disculpad que no pueda estar ahí con vosotros. Me encantaría, pero al final fue imposible.

Estamos trabajando para que no sea así, pero nos cuesta llegar a todos los sitios y pido disculpas por no estar con vosotros. Saludos, por supuesto, a la moderadora y a sus amables palabras de introducción, y, por supuesto, a Patricia y a Vicenç, con quienes, bueno, nos vemos prácticamente todas las semanas, sin el prácticamente, y nuestra relación es bastante fluida. Y gracias también a la organización por contar conmigo, con mi modesta opinión sobre estos temas que ponéis encima de la mesa que son probablemente los que son más delicados, son los más complicados de tratar, junto con algún otro, en estos momentos.

En general, todo lo que tiene que ver con los recursos humanos en el sistema sanitario, y estamos viendo estos días la problemática de los especialistas, pues qué decir de los gestores, ¿no? La pregunta que haces es complicada de responder y, al mismo tiempo, también muy sencilla. Situación ideal, pues alguien con mucha experiencia, con mucho sentido común, con mucho liderazgo... Me refiero al candidato para ocupar la gerencia de un área sanitaria o de un hospital o de una gerencia de primaria, si fuera el caso.

Yo creo que el conocimiento en este sector es importante. A veces es un lastre. A veces, cuando te planteas una persona de la propia institución para ejercer labores de gerencia, todos sabemos que implica cierto riesgo porque conocer demasiado una organización a veces también te hace ponerte como pequeños muros, porque ya conoces cómo funciona todo y sabes los problemas que ha habido en el pasado y crees que en futuro eso va a seguir siendo así. Entonces, a veces, ese conocimiento previo, en su justa medida, es imprescindible y, repito, a veces puede ser un pequeño inconveniente. Pero, en general, yo creo que el conocimiento es una pieza fundamental de esa institución donde estás o, en general, del sistema. El liderazgo es fundamental. Yo siempre digo que, al final, los gestores en general, desde el consejero hasta un jefe de servicio, para lo que estamos es para facilitar que el resto de profesionales que hacen su labor en esos centros la hagan lo mejor posible. Y yo digo siempre que nosotros trabajamos para ellos y no al revés. Tenemos que darles herramientas, resolver los problemas del día a día, porque, al final, no nos olvidemos, cuando una persona va a nuestros centros sanitarios no va para ver al gerente ni para ayudar al gerente ni al jefe de servicio, va para que resuelvan su problema y en esto es en lo que nosotros tenemos que trabajar y hacer nuestra labor.

En ese sentido, digo que el liderazgo, un responsable, y, repito, yo aquí voy desde jefe de servicio hasta el gerente o hasta el consejero, si me apuras. Pues tenemos que tener ese liderazgo para intentar ayudar a que se vayan difuminando los problemas, vayamos encontrando soluciones, vayamos sacando lo mejor de todos los que trabajamos en la or-

ganización, porque todo el mundo tiene un valor importantísimo. La clave es saber acertar colocando a esa persona en el sitio adecuado y con las herramientas adecuadas.

Yo decía conocimiento, liderazgo... Creo que también hay que tener mano izquierda. Creo que las cosas en el ámbito sanitario, lo hemos visto antes y lo estamos viendo ahora en estos meses, hay que hacerlas con cautela, siendo muy sensibles con todas las sensibilidades, valga la redundancia, de todos los colectivos, por supuesto desde el facultativo, pero también desde el administrativo. Trabajar con las empresas externas. Todo esto es un ecosistema complejo, y los ecosistemas se alteran, cualquier pequeño cambio les genera alteraciones. A veces los grandes problemas que encontramos en la gerencia nacen de cosas pequeñas. Normalmente, en el ámbito de los recursos humanos, de las condiciones laborales, pero no solamente ahí. Por lo tanto, digo que mano izquierda, como diríamos en Galicia, con sentidiño. Creo que esos tres componentes, así a voz de pronto, son los que yo buscaría y busco para hacer un cambio.

Y, luego, si me permites también, el cambio en sí mismo. También estamos muy acostumbrados al modelo de cambiar los gerentes cada cierto tiempo, los equipos directivos, por extensión, y yo creo que eso también... A veces hay que hacerlo, evidentemente, pero también transmite una sensación a la organización de que nada permanece, de que, cuando algo ya está medio encarrilado, cambiamos, ahora volver a contarle a este los proyectos. Esto es un horror. Yo creo que también esa estabilidad en ese ecosistema que decía antes es importante. Por supuesto, si quieres hacer un cambio radical o hay algún problema, pues tienes que tomar medidas y la estabilidad no es el principal argumento, pero yo creo que es un elemento importante también en condiciones normales, por supuesto.

Por lo tanto, conocimiento, liderazgo, sentidiño y, en un contexto lo más próximo a esa idea de ayudar a los profesionales, de estabilidad y de entorno conocido y facilitador de esa labor diaria.

Patricia Gómez: Buenos días. Muchísimas gracias, Rosalía. Un placer compartir la mesa con Vicenç y, buenos días, Julio. Una pena que no puedas estar aquí. Buenos días a todos. Agradeceros la invitación, Pepe Soto y Juan del Llano, por invitarme a estar aquí. La verdad es que es un placer poder reflexionar y hacerlo con personas muy comprometidas, como sois todos vosotros.

Intentaría concretar en que creo que un gerente tiene que ser una persona altamente competente, ejemplar, y teniendo en cuenta además que la organización va a ser un

fiel reflejo de la persona que la lidera, lo cual, en función de lo que esperemos de esa organización, pues necesitamos a la persona. Tenemos múltiples ejemplos de que una persona puede ser una excelente gerente en una institución y en otra no, no ir bien, que un jefe de servicio puede ser un excelente jefe de servicio clínico, pero no ser un buen gestor. Quiero decir, es tan complejo que probablemente tengo más preguntas que respuestas.

Vicenç Martínez: Yo, primero de todo, agradecerlos poder estar aquí y la verdad es que habéis escogido dos consejeros que vienen de origen de la asistencia y, por tanto, lo han padecido, supongo, porque yo lo he padecido, ya os lo explicaré, y saben lo que hacen y en esto estamos de acuerdo. pienso que todavía no lo hacemos así. En sus consejerías lo hacen así y por eso son como son y vienen de dónde vienen, pero yo me acuerdo que yo estaba de jefe, estaba todavía de adjunto y coordinador de trasplante hepático en cirugía infantil, que es una de mis especialidades, e hice mi primer curso de gestión. E hice mi primer curso de gestión porque no entendía nada de lo que estaba haciendo ni la dirección ni la gerencia de mi hospital. Nada. Y, entonces, comprendí que, si no entendía nada y yo estaba haciendo una cosa que era la segunda vez en Europa y la primera vez en España, pues tenía que entender su lenguaje. Porque, entonces, decíamos que teníamos un hospital in vitro que eran los gerentes y la dirección y un hospital in vivo que eran los que estábamos trabajando allí cada día en la trinchera. Y la verdad es que cuando me preguntó el tutor del primer curso de gestión que qué hacía allí siendo jefe de trasplantes, aunque estaba adjunto todavía, me castigaron después para no serlo, pues eso, que no entendía nada, no entendía qué argumentos tenían para hacer una cosa que estaba en contra de lo que nosotros estábamos queriendo.

Pienso que esto ha evolucionado mucho, pero todavía estamos escogiendo, en algunas autonomías, directivos que lo único que tienen es la confianza del que los coge y punto. La formación es regular, y, desde luego, no te piden un proyecto en absoluto. Lo único que piden a veces algunos pues es paz social. Lo cual quiere decir que haga todo el mundo lo que pueda, pero que no se pase mucho de presupuesto, Y así he vivido muchos años. Y justamente este es uno de mis argumentos para después hacer gestión. Y es verdad que en la evolución que hemos tenido, en estas comunidades autónomas representadas aquí, ha sido evidente. Han puesto gente asistencial con estas cualidades que ambos han dicho, pero todavía hemos de recordar que en otras comunidades todavía está la cosa de confianza y punto. Aunque seas un subsecretario de Justicia. Es que es igual, Vas allá y tapas el agujero. Y yo pienso que esto es una de las cosas que tenemos que trabajar, porque esto, de alguna manera, no dignifica la importante labor

de la gestión, que a veces no es que sea menospreciada. No estoy hablando de estos consejeros, casi diría que ahora quedan muchos menos, pero... Es que no se cuenta con los gestores, cuando, en realidad, si lo hacen bien, son muy importantes. Porque, son los que están planificando todo lo de la pandemia. Han sido entre los profesionales y los gestores o entre los gestores y los profesionales. Y ha sido un ejemplo de la importancia de la gestión.

En fin, yo al final fui jefe de servicio o sea que en la parte asistencial no tengo nada que reprochar, pero, en la parte de gestión, la verdad es que yo creo que hemos mejorado mucho en los últimos años. La pandemia, con toda la tragedia que ha causado, entiendo que también nos lo ha puesto en este nuevo concepto de integración, equipos multidisciplinares y esto que hace años, igual que el mundo digital. Hace años que lo estamos diciendo y la gente todavía estaba que no sé, no sé, y la pandemia nos lo ha puesto a punto. Espero que se consolide.

Rosalía Sierra: Eso es lo que yo esperaba que dijerais. Sí que, evidentemente, mejorando lo presente, sí que tiene razón Vicenç en que hay casos todavía en que funcionan algunas comunidades autónomas. Sí que es cierto que mucho menos que antaño, porque hubo una época en que era... Las gerencias de hospital era un cajón de sastre donde meter a grandes caídos de otros departamentos. Ahora ha cambiado mucho la cosa, pero todavía queda algo por pulir en ese sentido. ¿Cómo podemos poner esa solución? ¿Cómo resolvemos esa profesionalización de la gestión que realmente sea alguien con proyecto, alguien que merece estar al frente de un hospital? ¿Cómo lo hacemos? ¿Por vía legislativa, por vía...? ¿Es posible una ley de profesionalización de la gestión? ¿O directamente que se exijan ciertos requisitos? Yo no puedo ser jefe de servicio de cardiología, pero sí podría ser gerente de hospital, siendo periodista. Bueno, que también tengo un máster en gestión sanitaria, pero eso ya es otra historia.

¿Cómo resolvemos eso?

Vicenç Martínez: Yo creo que los líderes son los consejeros, que son consejeros y, por tanto, son ellos los que tienen que hacer el proyecto de su propio Sistema de Salud Pública. Y, por tanto, creo que en esto tienen responsabilidad y la prueba son los dos consejeros que comparten hoy. Lo están haciendo bien. Yo creo que, y ahora hablo como Director General del Ministerio, no se puede profesionalizar desde el Ministerio. Primero, porque está trasladado todo a las autonomías y segundo porque creo que no es nuestra misión profesionalizar, porque esto es confianza de los consejeros. O sea, un directivo

de una consejería tiene que tener la confianza del consejero, porque, si no, es que no hace falta que esté ahí. No es su equipo y, por tanto, tienen que hacer equipo y lo están haciendo.

Otra cosa es que, desde el Ministerio, juntamente con las comunidades autónomas, digamos, que podamos certificar, de alguna manera, aquellos sitios, aquellos lugares donde se está haciendo una muy buena formación para gestores, que es un poco hacia dónde vamos nosotros. O sea, nosotros, juntamente con distintos expertos, los cuales aquí hay varios, estamos trabajando y luego lo pasaremos a las CCAA porque aún estamos en la fase de expertos, pero ya lo vamos a pasar a finales de este año o principios del que viene, en el sistema, un poco el sello ministerial, juntamente con las comunidades autónomas, para acreditar aquellos centros donde se haga una buena formación en los que pueden ser potencialmente gestores. Esto yo pienso que puede ser muy interesante, pero la elección y la confianza desde mi humilde opinión, porque no soy consejero, creo que ha de ser de la propia consejería. O sea, puedes tener un proyecto para una institución y otro proyecto para otra institución que se complementen, no hace falta que sea todo lo mismo. Pero, en fin, esto es una visión personal.

Patricia Gómez: Es que no puede ser lo mismo. Porque partimos de puntos de vista diferentes. El otro día, en una mesa redonda, ahora me ha inspirado Vicenç, una gerente del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona me preguntaba cómo conseguir la transformación digital, que los profesionales se impliquen, que todo el mundo se lo crea. Entonces, me gustó, porque es verdad que yo básicamente dije «escuchando». Creo que tenemos que escuchar mucho más que hablar y hablamos demasiado. Y ella decía «escuchar sí, pero todos vamos por la autopista. Hay carril de la derecha, carril de la izquierda y carril de en medio, pero la autopista es la que es y no vamos por carreteras secundarias». El ejemplo me pareció muy gráfico.

A mí no me cabe una forma demasiado diferente de hacerlo, porque nosotros exigimos a los profesionales sanitarios trabajar conforme a la última evidencia clínica disponible. A Candela del ICO, pues exigir a todos sus profesionales la última tecnología para ponerla al servicio de los ciudadanos. Innovación, tratamiento, etcétera. Los gestores sanitarios tenéis/tenemos que trabajar conforme a la evidencia disponible. Y la pasión de la política, o sea, yo estoy aquí de casualidad, yo también aterricé y llevo seis años, pero lo que me apasiona es poder hacer política sanitaria basada en la evidencia. No trabajamos para una persona, sino para un conjunto de personas, que son los ciudadanos. ¿Qué esperamos? Pues esto se refleja en un programa político.

Voy a hacer un alarde de política que ya sé que está denostada, pero tenemos que recuperar la confianza en la política y en los políticos, porque la mayoría de nosotros nos dedicamos para intentar mejorar la vida, la sociedad, la salud de las personas. Y, ¿cómo lo hacemos? Pues está claro. Está claro que tenemos que tener un sistema sanitario fuerte, que tenemos que potenciar una atención primaria, porque es accesible, porque es eficaz, porque es eficiente, porque ha sido muro de contención ante esta pandemia, porque, donde las comunidades autónomas que los hemos hecho así, lo hemos hecho desde primaria, los hospitales han estado mucho mejor. Pudiéndose dedicar a lo que se tienen que dedicar.

Cuando tenemos claro qué queremos y hacia dónde tenemos que ir, elegir las personas es relativamente fácil. Es que no se me ocurriría, con todos mis respetos, Rosalía, si tú no tienes ninguna experiencia, no has estado jamás en un hospital, ponerte gerente del hospital, ni a ti ni a nadie. Es decir, pero no me cabe en la cabeza que eso pueda suceder.

Entonces, ¿qué queremos? ¿Queremos los mejores resultados? Necesitamos a los mejores. Por eso siempre digo, y lo he dicho muchas veces, algunos de vosotros me habéis oído, que tengo al mejor equipo de España, estoy convencidísima, además. Estoy absolutamente convencida.

¿Por qué? Pues porque ves el nivel de implicación, porque necesitas personas transformadoras con visión crítica. El otro día me pillaron por banda Manel del Castillo y Pep Pomar. Manel del Castillo, gerente, como sabéis, del Hospital San Joan de Déu de pediatría de Barcelona, para mí una persona absolutamente visionaria. Entonces, decía «¿por qué no transformáis? Esto hay que cambiarlo, hay que hacer organizaciones más flexibles, más sencillas», y yo le dije a Pep «¿y tú por qué no transformas tu organización y consigues que los jefes de servicio se impliquen?». Ya no me gusta tanto, pero, bueno, está bien. Pero me encantan las personas que empujan.

Entonces, me parece genial que SEDISA, la Sociedad Española de Directivos de la Salud; que ANDE, la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería; que la SEDAP, la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, empuje, porque necesitamos también tener presión. No podemos girarnos y decir «no hay nadie detrás empujando, pidiendo que haya una transformación», porque, cuando pretendes la transformación no la consigues, aunque tú estés convencido.

Claro, por eso los cambios tienen que partir de los profesionales, de los gestores, en general. Y nosotros, lo que tenemos que tener, es sentidoño, como decía Julio. No pue-

des pretender tener grandes resultados con personas no competentes o con personas poco competentes. Hay otras personas que, evidentemente aprenderán, pero los triples saltos mortales con tirabuzón y sin red no funcionan nunca. Eso no funciona nunca. No podemos coger, pues no sé qué deciros, a una enfermera y ponerla de gerente sin ninguna experiencia, por mucho que conozca el hospital, porque va a ser un desastre.

Y, luego, creo que todos tenemos también que tener una mirada muy amplia y ver que hay perfiles, porque no hay ninguna carrera que nos prepare para ser directivos sanitarios. ¿Un economista puede ser un gerente de entrada, cuando acaba la carrera, un fisioterapeuta, un médico, una enfermera, da igual, un abogado, un arquitecto, un ingeniero, un radiofísico así de entrada? No, evidente que no, pero luego, tenemos que ser positivos también. Las cosas están cambiando. Han cambiado de manera significativa los programas de gestión, las publicaciones científicas en revistas serias... Los medios de comunicación estáis dedicados a difundir todas esas buenas prácticas. Y buenas prácticas también deberíamos de compartir más. Vicenç lo sabe, me paso el día con la coletilla de las buenas prácticas. En los interterritoriales también digo «si todos cogiéramos los mejores resultados de la pandemia, qué ha hecho cada una de las comunidades autónomas que realmente ha salido bien, vamos serían...». España ya creo que ha sido ejemplar en muchísimas cosas, pero creo que los resultados serían realmente espectaculares.

Julio García: Sí. La verdad es que estoy de acuerdo con lo que han dicho tanto Vicenç como Patricia. Respondiendo a lo que preguntaba Rosalía, creo que el tema de la confianza que abordaba Vicenç es fundamental.

Evidentemente, destacaría en las cualidades, a mayores de las que comentaba anteriormente, por supuesto, creo que en el entorno actual la formación es una pieza fundamental, la experiencia, evidentemente, el haber tenido una oportunidad de conocer los entresijos, no de todo el sistema sanitario, porque es imposible, aquí está la perspectiva de la Atención Primaria, la perspectiva de la hospitalaria, la perspectiva de la investigación, de la economía, recursos humanos, de la farmacia, las relaciones laborales, las relaciones con el entorno del hospital, alcaldes, etcétera. Es muy amplio, es imposible que alguien tenga toda esa formación acumulada, pero sí que es verdad que tenemos cada vez más oportunidades y aquí aprovecho la ocasión para agradecer el trabajo que SEDISA, ANDE o SEDAP están haciendo de forma permanente en proporcionar, no a los que estamos ya, que por supuesto bienvenida es y agradecidos, sino sobre todo a una posible canteira. Personas que se acercan a estos cursos, como decía Vicenç cuando hizo ese primer

curso, porque lo lógico sería, entre comillas, pescar, si me permitís la expresión, entre personas que ya estén en el ámbito sanitario, pero no exclusivamente.

Por lo tanto, sobre la base del conocimiento que comentaba Patricia y que hemos pensado todos de una forma o de otra, esta formación adicional, y por formación me refiero a encuentros, contar las buenas prácticas, por supuesto toda la parte más científica, más documentada, las publicaciones, la innovación, por ejemplo. Yo creo que hay un amplio espectro de cuestiones en las que un directivo puede y debe formarse y, en ese sentido, repito, agradecer la labor que hacen organizaciones como la que nos invita hoy aquí.

Por lo tanto, digo que, sobre esa base de esa formación, que yo creo y estoy con Vicenç que es lo que deberíamos empezar a arreglar la experiencia mínima y la formación mínima que debe tener una persona candidata a ser directivo y, sobre eso, fundamental la confianza.

Si pensamos en torno a un servicio, a nadie se le ocurre poner de jefe de servicio a una persona que no tenga la confianza de la dirección médica. Creo que esto no lo haría nadie, no lo entendería nadie. ¿Por qué? Pues porque, enlazando con lo que decía Patricia, las organizaciones tienen proyectos. Si un hospital tiene el proyecto de potenciar la parte ambulatoria, porque se ha decidido que es mejor o porque no hay camas suficientes y hay que hacer un hospital de día, no puede haber un jefe de servicio que diga que no, que él lo ingresa todo y que no va a meter nada en el hospital de día o, si estamos digitalizando la radiología, que un jefe de servicio diga que él imprime la placa e informa todo en papel. Hablo de una confianza fácil de entender.

Pues si esto lo escalamos a otros niveles, pues lo mismo. Nosotros en Galicia, y como otras comunidades autónomas, estamos apostando por la atención integrada, a pesar de que nos dicen los de primaria que tiene que volver a haber gerencias de primaria. Pues no podemos tener un gerente de hospital que no vea para la primaria ni un gerente de primaria que no vea para el hospital. Y, si eso no se da, pues no hay esa confianza. Ya no hablo de confianza en el ámbito político, que por supuesto a veces también, porque a veces hay que tomar decisiones cuanto más alto se está en el nivel de decisión que afectan a más aspectos evidentemente la confianza del consejero con el presidente autonómico, de los gerentes con el consejero, con la estructura de recursos humanos de las comunidades autónomas o con la Secretaría General, por ejemplo, esa confianza tiene que existir. Y esa confianza no se consigue en un curso ni se consigue con otra cosa. Por lo tanto, sobre la base de esa experiencia, esa formación, que, repito, cada vez tenemos más, pues la confianza es un punto fundamental.

A mí, si me permites, Rosalía, a lo mejor lo tienes previsto para después, me preocupa la captación de personas que puedan tener esa confianza. Cada vez es más difícil y creo va a ser más difícil poder encontrar personas que estén dispuestas, en esa base de confianza y conocimiento, a dar el paso de ser directivos. Es un tema realmente complicado y complejo que yo creo nos va a obligar a hacer alguna reflexión. Y yo apunto una, que estamos teniendo nosotros ahora. La eterna discusión de si un directivo pueda hacer actividad asistencial o, por ejemplo, pueda hacer guardias. Bueno, pues es un tema que también dentro de ese marco que regule la figura del directivo que, para mí, como digo, tiene que apoyarse mucho en la formación y en la experiencia como una base común, pues también abordar esa posibilidad de que haga actividad asistencial o no la haga. Evidentemente en función de cada área y de cada situación.

Pero, repito, respecto a tu pregunta, Rosalía, para mí la confianza es un punto fundamental sobre esa base de experiencia y conocimiento que, si están reglados, estandarizados, pues va a ser mucho más fácil. Incluso, como decía, para poder captar profesionales en ámbitos que no son los que conocemos nosotros directamente.

Vicenç Martínez: Sí. Estoy de acuerdo y, además, Julio, aprovecho que lo has dicho para decirte que tienes todo mi apoyo en el tema de las gerencias territoriales. O sea, que primaria y hospital y hospital y primaria no hemos de ser ni hospital-centristas ni primaria-centristas, sino paciente-centristas. Y en eso estoy absolutamente de acuerdo, porque, si no, vamos disgregando y, cuanta más disgregación, más coste.

Porque la organización de los hospitales es muy compleja. De hospitales y de todo lo que son instituciones sanitarias y centros de primaria. No es lo se hacía veinte o treinta años atrás, que era mucho voluntariado y muchas ganas de hacerlo, y aquí se acababa. Yo todavía hace año y medio me dijo uno que iba a ser director médico, aun no lo era, pero «me van a escoger de director médico, ¿qué te parece?». Y digo «pero, bueno, ¿tú tienes algo de gestión?», y dice «bueno, pero yo hablo muy bien con los médicos, no tengo ningún problema». Y yo le comenté «pues tenemos un problema», porque, claro, es que esto es mucho más complejo. Y lo escogieron de director y está todavía, o sea que no pasa nada. Pero es mucho más complejo.

La organización en los centros sanitarios es muy compleja y, además, hemos estado de espaldas, porque venimos de los hospicios, a los avances de la organización industrial, porque ellos hacen aviones y nosotros estamos salvando vidas, Y así vamos haciendo que nosotros vamos salvando vidas y la organización industrial va mejorando, Y, al final,

nos estamos dando cuenta que si lo miramos y lo asumimos a sanidad es muy interesante y es que está demandado por los propios profesionales que necesitamos unos tipos de organización más elaborados. Y, ahora, con el mundo digital, como ha dicho antes la consejera, pues todavía más. O sea que una organización antigua, no digo vieja, digo antigua, más equipamientos supermodernos, significa más costes, más reclamaciones de los profesionales porque no lo entienden, porque no se han formado, y todo esto es un problema. Hay que reorganizarse, formar a los profesionales para entrar en este mundo digital que es, en fin, el presente y el futuro. Yo creo que el futuro y el presente es un mundo digital, un mundo pensando en el medioambiente y un mundo social para disminuir el gap que hay entre unos y otros. Y, si no vamos por aquí y sanidad también, podemos desorientarnos.

Rosalía Sierra: Habéis mencionado todos los requisitos para ser un buen gestor, empezando por la confianza de la macrogestión, la mano izquierda..., porque, al fin y al cabo, hablando con gerentes de hospitales que he tenido ocasión de hablar con unos cuantos, siempre mencionan el hecho de, por un lado, que con lo que trabajan es con egos, o sea con profesionales sanitarios, cada uno con su perfil y con sus ganas, pero, al fin y al cabo, como comentaba Vicenç, no dejan de dirigir una empresa. ¿Cómo se compagina esto? ¿Es necesario un perfil más sanitario, más mano izquierda, más profesional, más gestor en el mejor sentido de la palabra? Y, ¿esa formación cómo se adquiere? O sea, ¿es posible adquirir una carrera profesional directiva?

Patricia Gómez: En mi opinión creo que tenemos grandes retos. Uno de ellos, y Vicenç ha empezado explicándolo y creo que es tremendamente gráfico también, si ahora cogemos a los profesionales de cualquier hospital de medio tamaño y preguntamos «¿qué crees que hace el gerente o el equipo directivo?». No tienen ni idea. Y esto no favorece, no ayuda y, si es ni idea, significa que esa organización probablemente no tiene una planificación estratégica que incluya, incorpore a todos los profesionales que están en ella trabajando. Ni siquiera, probablemente, tengan claro la misión o la visión de la empresa. Y, entonces, creo que se tienen que trasladar en todas las direcciones. Tiene que ser muy fluido.

Y, luego, lo que decía Julio, la confianza es fundamental es verdad, pero desgraciadamente, vosotros lo veis, no tenemos una cantera de personas dedicadas, entregadas a la gestión o que les apasione la gestión. O sea, somos cuatro o cinco entusiastas, multiplicado por algunos, que llevamos montones de años dando vueltas por diferentes sistemas o por diferentes lugares. Y, claro, también te digo, ¿cómo hacemos esa cantera? Pues haciendo más preguntas que respuestas. ¿Cómo conseguimos que la gestión sea

atractiva? Anoche hablábamos con Ana, con Marta de Soria de la medicina de familia. ¿Cómo conseguimos que la medicina de familia sea más atractiva? Si es que los residentes se pasan más tiempo en el hospital que en atención primaria, cuando acaban pues, a lo mejor, tendrán más ganas de estar en urgencias o en el 061 que en la atención primaria.

¿Cómo conseguimos que realmente se conozca qué es la gestión? Yo estudié algo así como administración sanitaria, es verdad que hace muchos años, pero en las carreras, vamos, ni idea. Estuve con los estudiantes de medicina de último curso hace poco y preguntando qué importancia creéis que tiene la gestión. No va con ellos, para nada. Es decir, para los profesionales sanitarios, claro, y mucho más cuando terminas una carrera, cuando empiezas a trabajar... Por eso, no hay una titulación que te pueda, de entrada, dar toda la formación y visión, pero, probablemente, en ninguna empresa, ninguna empresa altamente compleja, como decía Vicenç, con personas cada vez más inteligentes y cada vez más capacitadas. Es muy difícil liderar personas tan tremendamente inteligentes como las personas que trabajan en organización sanitaria. Deberíamos de conocerlas mejor a todos los niveles. No solamente en el profesional, sino también en el personal como hemos visto ahora, durante la pandemia. Había un traumatólogo que se dedicaba a coser batas con una máquina de coser y me llamaba la atención y le decía «pero tú ¿dónde has aprendido a coser?» y me dice «pues me encantaba de pequeño. No había vuelto a coser. Mi madre me ponía a coser telas así». Bueno, pues ayudó a coser batas.

Yo creo que conocemos poco a las personas. Gestionamos recursos en vez de conocer bien a las personas y saber. Y, luego, tenemos que hacer atractiva la gestión y la verdad es que el cómo se lo dejo a ellos.

Julio García: Yo, si me permites, Rosalía, y enlazando un par de cuestiones que han planteado tanto Patricia como Vicenç. Decía, creo que era Vicenç, que en la pandemia la gente no sabía lo que hacían los directivos.

A mí me llama la atención estos días que vamos recogiendo algún premio que le dan a los sanitarios, cuando el sanitario hace el discurso, me sorprende que hagan referencia a las gerencias. Y tiene explicación, yo creo que estos meses que hemos vivido han sido meses en los que los liderazgos han sido muy importantes y creo humildemente, lo conozco más en Galicia, pero yo creo que ha sido en toda España, que los equipos directivos, en general, se han puesto al frente de la organización. Y eso ha sido un elemento que los sanitarios y los profesionales han visto. Y ha sido raro, en general, encontrar críticas a los

equipos directivos en su gestión. Y ¿esto por qué ha sido? Porque en un momento complicado con todo lo que nos ha llegado ha habido personas que se han puesto al frente y han dicho, esto lo vamos a hacer así, lo vamos a hacer de esta manera. En un momento también en donde esos cambios, comentaba antes Vicenç, en el ámbito digital hemos podido hacer en unos meses cosas que llevábamos años y años hablando.

Yo os voy a dar un ejemplo. En Galicia había 60.000 personas, pacientes, digitalizados antes de la pandemia y tenemos 700.000 pacientes digitalizados. Y, ¿cómo lo hemos hecho? Pues cuando se vacunaban, para dar el certificado digital, les hacíamos, entre comillas, les ayudábamos, les animábamos, a hacerse el certificado digital, el CHAVE-365 nuestro, y los incorporamos. Y, a partir de ahí, ya está.

Esa decisión fue una decisión de gestión. O sea, era la enfermera la que, cuando vacunaba, daba el aceptar al paciente, por supuesto preguntándole, para incorporarse al sistema digital del SERGAS. Esa decisión es una decisión que hubo que tomar en ese momento y son de las que yo creo que tenemos que engrasar y hacer más veces.

En Galicia tenemos mucha experiencia y de verdad la recomiendo a todo el mundo en los procesos de innovación. Si me permitís, voy a hacer una cuña, ayer nos han dado el premio en la Unión Europea al premio de innovación a una trayectoria, llevamos desde el año 2012 aplicando proyectos de innovación. Creo que la innovación es una palanca fundamental. Y, ¿por qué hablo de esto? No es por hablar de nuestro libro, sino hablando de cómo detectar personas que pueden subirse al carro de la gestión y animar. Nosotros, en los procesos de innovación, aparte de innovar muchas cuestiones, conseguir muchos fondos europeos y conseguir que las empresas y el ecosistema de empresas gallegas haya desarrollado productos, sobre todo hemos descubierto a personas capaces de hacer cambios, de promover cambios, de utilizar las herramientas a nuestra disposición y convencer a los compañeros de que ese cambio era oportuno.

Yo creo que palancas como la innovación, ya sea la compra pública innovadora o el propio cambio de la forma de hacer las cosas, son elementos que ayudan a que los directivos seamos visibilizados y, sobre todo, a lo que ayudan es a que la forma de prestar atención cambie. Podría poner muchos ejemplos y todos tenemos alguno. Es el momento, creo, por muchos motivos, de, con el sistema que tenemos... Los sistemas de información. Son estupendos, pero no son un fin en sí mismo. Los sistemas de información nos tienen que permitir, nos están permitiendo cambiar la forma de hacer las cosas de forma más flexible.

Que una persona pueda hacer una consulta desde su casa o ver una analítica o hablar con su médico, esto tiene un potencial tremendo que tenemos que utilizar. Lo hemos utilizado mucho. Ahora estamos creo que en el punto extremo. Ahora la sociedad nos está diciendo que hacemos todo por tele. Hay que vivir este momento, pero no podemos perder ese cambio. Y quien dice esto, dice las unidades multidisciplinarias en los hospitales.

¿Cuánto nos costaba que los anestesiólogos y los de la UCI trabajaran juntos? Pues lo hemos conseguido ahora. Con liderazgo, con una situación de estrés, pero, bueno, de estas situaciones surgen cuestiones interesantes. Esa es la línea que hay que seguir, creo. Y ahí, repito, es fundamental que tengamos líderes, y los líderes a veces salen por generación espontánea y, a veces, tenemos que poner herramientas. Y, repito, la herramienta de escuchar, como decía Patricia, y dejar que lleguen proyectos desde abajo. Va a llegar el proyecto y van a llegar líderes también o están llegando. Yo creo que esto ya lo veníamos haciendo desde antes y creo que lo que hemos vivido en estos meses nos tiene que ayudar a seguir transformando y viendo con quién y cómo podemos seguir transformando.

Rosalía Sierra: Un poco al hilo de lo que comentas, Julio, sí que es cierto que se ha mencionado en muchos foros y también en el tú a tú, tanto por parte de profesionales como de directivos hospitalarios que la pandemia ha traído cosas que se llevan años pidiendo y que se han tenido que conseguir por fuerza mayor. O sea, para hacer un poco de la necesidad-virtud, bueno, hablamos de flexibilidad, de multidisciplinariedad, de colaboración... Los hospitales han sido mucho más flexibles. Los propios gerentes y directivos hospitalarios han tenido mucha más autonomía de gestión. Realmente han podido tomar decisiones sobre lo que concierne cada uno a su hospital. Desde el lado de los profesionales se han abierto las puertas de los despachos también porque, al fin y al cabo, fueron los que más tenían que decir sobre cómo manejamos esto y tú has dicho, Julio, que no podemos perder ese cambio. Ese cambio que se ha iniciado, que se está consolidando, pero ahora, igual que cada vez nos quitamos más la mascarilla, se está volviendo un poco atrás, un poquito a lo de antes, a la verticalidad. ¿Realmente se puede hacer algo por conservar ese cambio?

Julio García: Yo creo que sí que se puede. De hecho, yo creo se está consolidando, Rosalía. Hay elementos que ya se han quedado y que van seguir siendo así. Hay profesionales que ya han visto, después de muchos años las ventajas que tiene trabajar de esta manera y yo dudo mucho que vuelvan atrás. Creo, como decía, que tenemos que poner en valor y defender este sistema. A mí me da un poco de pena, como decía, en el debate político, en el debate social, las manifestaciones. Yo he tenido una manifestación hace poco pi-

diendo cien por cien de presencia en la atención primaria. Esto no tiene ningún sentido. Pues pídalo usted en los bancos, por ejemplo. Pero es que creo que, además, está bien que al banco se pueda acceder desde el teléfono móvil y creo que también con sentido común es bueno que a una analítica se pueda acceder desde el teléfono móvil. Creo que eso no va a cambiar. Y, al revés, creo que tenemos que aprovechar este momento para seguir fundamentalmente transformando, no le voy a poner el adjetivo “digitalmente”, que también, pero transformando otras muchas cosas. Otra forma de trabajar entre primaria y hospital, la forma de trabajar entre servicios. Ponía antes el ejemplo de la UCI y anestesia, pero qué decir, por ejemplo, de neumo e interna trabajando juntos, que no ha quedado más remedio que hacerlo.

Hay muchos elementos que creo ha sido el momento oportuno para hacerlo, pero hay que seguir en esa línea. Una vez que hemos empezado, no debíamos parar de hacer esas innovaciones. Y, luego, una cuestión importante también, aprovechando que está ahí Vicenç, y, enlazando con lo que decía antes Patricia de las buenas prácticas, nosotros nos reunimos todas las semanas los consejeros y yo digo qué lujo tener a 17 compañeros que están teniendo en esa semana el mismo problema y que nos cuentan cómo lo están haciendo. Estas reuniones, esta coordinación, este compartir casos que hemos vivido en este tiempo, que yo hablo de los consejeros, pero estoy seguro de que lo están haciendo las sociedades científicas, los preventivistas, los internistas..., esto hay que aprovecharlo, porque, al final, es verdad que estamos en un sistema muy homogéneo, salvando las distancias, todos tenemos la misma densidad de población, más, menos; el mismo equipamiento; el mismo gasto de presupuesto en sanidad, y ahí hay que aprovechar también esta información que fluye de manera bastante ágil para también aprovechar esas experiencias que tienen otros.

Vamos, no pasa nada por hacer en Galicia lo que ha funcionado bien en Mallorca, sin ningún problema. De hecho, lo estamos haciendo, y viceversa. Entonces, entiendo que es un momento también de ebullición y esto es una ola que ha venido con esto, pero que hay que seguir en la ola todo el tiempo que podamos.

Vicenç Martínez: Por alusiones... A ver, yo siempre lo decía cuando estaba, en el Valle de Hebrón, que yo no tengo miedo de las superurgencias. Somos un país que en las superurgencias nos expandimos al doscientos por cien, y es así. A mí lo que me preocupa son las rutinas. Cuando volvamos a la normalidad, que no nos volvamos a ir como antes de la pandemia, porque esto sería un error gravísimo. Yo estoy de acuerdo con lo que acaba de decir Julio. Yo soy optimista, porque, si no, no estaría aquí, claro. Pero optimista en este

sentido, que yo creo que se van a consolidar muchas cosas, pero hemos de hacer que las organizaciones ayuden a consolidar las cosas, porque hay algún atisbo, como ya has comentado, alguna manifestación, que dices, bueno, ¿esto a qué viene? De que ahora lo queremos todo presencial.

Por tanto, hemos de consolidar el momento este que tenemos de transformación, a pesar de la pandemia, de que sea una tragedia brutal, estoy de acuerdo con más transformar que digitalizar, mucho más, pero hemos de organizar la formación para los profesionales. O sea, cuanto más conocemos un producto, más lo apreciamos, más lo dominamos y más lo utilizamos.

Hemos sido pioneros en muchas cosas digitales que han sido entorpecidas inconscientemente, porque tengo la pantalla aquí y no veo al paciente, esto me lo han dicho repetidas veces. Tengo la pantalla delante, estoy dedicado a la pantalla y no veo al paciente. Me invitaron a la inauguración de un gran hospital y veo que la pantalla está lateralizada y el médico tiene ese paciente enfrente, las mesas están hechas especialmente en triángulo de forma que te acercas más al paciente, y en la pantalla de la historia del paciente la ve el paciente además de ti, que la estás escribiendo, con lo cual, tienes varias ventajas a la vez.

Por lo tanto, vuelvo a la entrada, tenemos que hacer acciones de formación. Nosotros ahora desde la dirección profesional vamos a hacer una formación muy focalizada a formación digital a profesionales sanitarios, pero la vamos a hacer, para que sea eficaz y sea una palanca de cambio, estamos acabando de trabajar con un grupo de expertos, pero la vamos a hacer para que sean transformadores. O sea, gente profesional y sanitarios líderes que ya sean digitalmente avanzados, nos puedan hacer como de traductores, catalizadores, para hablar más con los informáticos, aprovechar más los datos y, a la vez, formar gente en sus propias instituciones. Es evidente que esto pasa por las consejerías, con esta idea que la estamos acabando de implementar para presentarlo al interterritorial. Lo digo en digital porque ahora estamos hablando de esto y son los fondos que van específicamente para formación digital. Y, desde las comunidades, seguramente habrá que intensificar, si creen conveniente, a aquellas personas que creen que pueden ser los líderes sanitarios en formación digital.

Pero es en general, pienso que necesitamos líderes en todos los distintos niveles de las instituciones sanitarias y necesitamos hacer formación interna en estas instituciones, sean de primaria, sean de hospital, porque esto también les activa, les estimula y les

motiva, y esto hace que poco a poco los equipos vayan siendo equipos de verdad, aparte del día a día.

Patricia Gómez: Podemos ser piloto en Baleares. Yo creo que Julio apuntaba para que los cambios se consoliden creo que hay algo que es fundamental y a mí me ha llamado la atención o, a lo mejor, más bien como observadora en este tiempo de pandemia, y es que no digo por primera vez, porque hay muchas instituciones que sí lo hacen, pero pocas veces el gerente o el director médico, el director de enfermería ha ido a decir lo que hay que hacer. Estamos tan perdidos que yo creo que la principal característica que tenemos que reconocer de esta pandemia es la humildad, porque nos preguntan continuamente y eso que a los políticos no nos gusta decir «no lo sé» y hemos dicho tantas veces «no lo sé» que no sé qué va a pasar. Ahora mismo me estaba llamando la consejera de presidencia, pero «¿la semana que viene estaremos a nivel dos o no estaremos a nivel dos?». No lo sé.

Entonces, hemos dicho tantas veces no lo sé que yo creo que esto nos está haciendo también una autorreflexión de hasta qué punto sabemos poco y tantas veces hemos dicho «¿qué hacemos?», «¿qué tenemos que hacer?», y hemos cogido a profesionales de lo más diversos, de lo más a lo mejor alejados a nosotros. Yo siempre digo que no estamos en las alturas los políticos, sino que estamos en la lejanía, igual que el gerente. No está arriba, está lejos. Porque, a medida que te alejas del paciente, pierdes capacidad de influir sobre el paciente, que, al final, es lo que necesitamos todos. Y hemos preguntado mucho ¿qué hacemos? ¿Por dónde vamos? ¿Cómo podemos mejorar? Os necesitamos. Esto lo hemos dicho mucho también. Necesitamos que los servicios se transformen, necesitamos que los cirujanos no se vayan a casa y ya está, sino que trabajen y trabajen de otra forma. Y eso creo que tiene que impregnar también para seguir contando con los profesionales, porque vemos que las estrategias, por importantes que nos parezcan, si no conseguimos que salgan de los profesionales, que ahí está el liderazgo... O sea, yo no tengo que decir que la cronicidad es importante. Tengo que conseguir que todos los profesionales que trabajan en la salud crean que hay que hacer una atención a la cronicidad diferente. Ahí está la gran dificultad de trabajar con gente tan inteligente, pero hay que escuchar mucho más para que los cambios se vean necesarios y siempre hay personas que son palanca de cambio y se ha demostrado en la pandemia. Y esos hay que ponerlos en un marco permanente.

Rosalía Sierra: Están los palanca de cambio y los resistentes al cambio, que supongo que la gracia está en encontrar el equilibrio.

Patricia Gómez: Esos hay que dejarlos, los resistentes hay que dejarlos.

Rosalía Sierra: Sí que es cierto que se están viendo cambios en muchos ámbitos y se llevan viendo ya unos años, pero ahora para esta consolidación, para convertir la superurgencia en rutina, como decía Vicenç, no es solamente cosa ahora de los profesionales, incluso de los directivos, para consolidar la digitalización, la telemedicina, la hospitalización a domicilio, la multidisciplinariedad..., también hace falta recursos, y eso ya es cosa vuestra.

Esos cambios se pueden consolidar vía, por ejemplo, contratos de gestión o...

Patricia Gómez: Imprescindible. La cultura de evaluación es imprescindible, porque, si no, cómo vamos a impregnar la organización de esa planificación estratégica que necesitamos todos en nuestras organizaciones. A mí me sorprendió llegar el 2015 y no existían los contratos de gestión, habían desaparecido en los años anteriores. Claro, y luego en eso tenemos que ser muy prudentes. Tenemos que pensar que cada una de nuestras decisiones va a condicionar no solamente el presente, sino probablemente el futuro. Claro, cuando a ti te dicen, «necesitamos más profesionales», pero tú vienes de una época en la que se ha reducido un 25% el presupuesto de salud y en lugar de tener... Mira, nosotros teníamos en el 2015 doscientos residentes y ahora tenemos setecientos y pico residentes. Hemos aumentado en seis años ciento ochenta y pico por ciento. Seguimos sin tener anestesistas. Yo, Julio, difiero de lo de los anestesistas e intensivistas, no les ha quedado más remedio. No sé si estáis de acuerdo o no. No, en alguna organización es verdad que sí, que se ha trabajado. Ojalá se sintieran hermanados a partir de ahora.

No, creo que el tema de la cultura de la evaluación es fundamental, tiene que impregnar las organizaciones. Y las decisiones sí condicionan el futuro. Es decir, cuando se decide recortar en el número de residentes, está condicionando que dentro de cuatro años vamos a tener menos médicos o cinco años si la especialidad es de cinco. Y ahora, pues por mucha prisa que nos demos, hemos doblado la oferta de médicos de familia el año pasado, pero van a pasar cuatro años hasta que tengamos en vez de veinte, cuarenta, que acaban cada año. Y, luego, nos quedará pues fidelizarlos, por supuesto.

Quiero decir, que tenemos que ser tremendamente responsables. Ayer, con Juan, precisamente comentábamos este tema. Yo creo que deberíamos de no sé, bloquear algunos aspectos para que sean inamovibles. No se puede retroceder. No se puede dejar de invertir, no se puede despedir profesionales sanitarios, porque el sistema sanitario espa-

ñol un grial muy preciado, es una joya de este país y tenemos que cuidarlo, conservarlo, apoyarlo, fortalecerlo cada día. Es intolerable que venga un político y que decida todo lo contrario. O que los equipos directivos no estén lo suficientemente preparados. Si un gerente se ha esforzado para tener unas prestaciones de alta calidad, una transformación digital, una cultura de evaluación y en unos años pues esto se puede ir atrás. Por tanto, os lo dejo a vosotros.

Julio García: Yo, si me permites, Rosalía, en este punto, coincidiendo con cuestiones que comenta Patricia, creo que a veces lo que nos falta es una visión global y, en ese sentido, decía que el Consejo Interterritorial nos debe permitir tener esa visión o incluso en el ámbito de una comunidad autónoma el manejar el hospital de gran complejidad como el hospital comarcal. Y entro en este tema de las dificultades a veces de cobertura. Yo creo que, durante años, quizás a todos, el gran hospital, el Vall d'Hebron; el hospital de La Coruña; La Paz. Lo hemos puesto tanto en el foco que parece que estás en esos hospitales o no estás en ningún sitio, por poner tres ejemplos. Yo creo que una de las grandes potencias de nuestro sistema es que es universal y que tiene que llegar al señor de El Barco de Valdeorras, donde estuve ayer, por cierto, por un problema tremendo de profesionales, y tiene que llegar al del hospital de La Coruña. Y ahí es donde también creo que tenemos que implicar a las sociedades científicas. No podemos ver en el corto. Y yo creo que a veces las comisiones nacionales de las especialidades también han puesto su sello en fomentar precisamente esa idea de que o estás en el gran hospital o no estás. Entonces, yo creo que ahí tenemos que hacer una revisión de toda esa capacidad de formación que tenemos, que es muy rica, y orientarla no a los grandes hospitales, sino a todo el sistema. Por supuesto con la Atención Primaria por delante. Y en un momento además que yo creo, fíjate, que a día de hoy con esta evolución que hemos hecho del hospital de agudos a la cronicidad que comentábamos antes, el momento era perfecto para que la primaria cogiera ese papel, con una integración y una relación primaria-hospital que solo va mejor cada vez por las herramientas que tenemos, por la propia responsabilidad de los profesionales de hospital y de primaria, y probablemente ese momento tan bueno cultural va a llegar en un momento realmente complicado a nivel de recursos humanos. Pero ahí creo que tenemos que aprovechar también la oportunidad y vuelvo a pensar en la pandemia por un momento, si me permitís.

Yo creo que en esta pandemia hemos puesto en valor y hemos descubierto unas figuras para mí fundamentales que son las enfermeras comunitarias, que han sido, por ejemplo, líderes en el tema de la vacunación y personas ilusionadas con ganas de comerse el mundo, liderando los procesos de cronicidad y liberando de tiempo a los médicos de primaria

y a los de hospital y dejarles de verdad liderar esa gestión de cronicidad. Por supuesto, arropadas por los especialistas, tanto de primaria como de hospital. Tenemos que dejar entrar esa marea de profesionales que tienen ganas, que lo van a hacer de maravilla y también, por supuesto, creo que los administrativos tenemos en este momento que ser conscientes del problema que tenemos, pero no por eso, sino porque probablemente, repito, haya profesiones que tengamos que darles mucha más cancha. Por necesidad, pero también por oportunidad, porque realmente lo pueden hacer muy bien.

Vicenç Martínez: Yo estoy absolutamente de acuerdo con lo que habéis dicho. Creo que, en fin, yo vengo del Hospital Valle Hebrón y, por tanto, me especialicé en hospital, pero he tenido el privilegio de estar de gerente en el territorial del IAS de Girona y la integración de dos empresas, una pública, como es el ICS de Girona, y la otra concertada, como es el IAS, y la verdad es que con una primaria excepcional. Y, por tanto, aprecio la primaria porque es el eje del sistema, que es el que llega a todos nuestros conciudadanos y, por tanto, es imprescindible, Y la pena es que estemos como estamos, a pesar de lo que dice Julio y Patricia, que tienen razón que han hecho un esfuerzo brutal. Y, de acuerdo con las comunidades autónomas, estamos terminando un plan de primaria de acción, no de diseño, que será presentado por la ministra, pero que se va a presentar antes de fin de año y esto es un poco para motivar a todo este grandísimo sector, ámbito de la Atención Primaria en todas las especialidades. No solo de médicos, sino también de pediatras y enfermería.

Pensad, el 11 diciembre, hay el primer examen de enfermeras de familia comunitaria. Se van a presentar más de 18.000, porque llevábamos desde el 2010 sin hacer el examen. Esto lo lleva el Ministerio de Universidades, conjuntamente con Sanidad. Nosotros aportamos y apoyamos, pero lo organizan ellos. Creo que de estas 18.000 igual 15.000 aprobarán seguro y llevan años y años esperando. Yo creo que hemos de hacer todas estas aportaciones. No hemos de bajar el nivel de la calidad de las unidades acreditadas, por tanto, formativas de cada una de las comunidades, que a veces queremos el atajo pero, de alguna manera, este atajo bajaría el nivel del sistema. No lo tenemos que hacer. Lo que tenemos que hacer es acreditar a más unidades para pedir más y así la oferta será superior, que es lo que están haciendo ya las comunidades, Y, luego, los resultados, como ha dicho muy bien la consejera, los veremos aquí en tres o cuatro años.

Por tanto, sí que es verdad que necesitamos más profesionalidad. Estoy absolutamente de acuerdo. No podemos cortar proyectos que se han hecho bien y en el siguiente mandato no pasa nada de aquello, se olvida, y hasta que no vuelve un líder nuevo y lo vuelve a ver. Para los profesionales de nuestras instituciones es muy desmotivador y, encima,

va en perjuicio del sistema y nadie dice nada. Lo ven los que quieren hacerlo, pero nada más. El contrato de gestión es imprescindible. O sea, el trabajar por objetivos, objetivos de verdad.

Que se puedan cumplir, pero que tengan una cierta exigencia. Y esto en Cataluña desde hace años ya se hace y se está cumpliendo bastante bien y yo sé que se ha trasladado a otras comunidades y esto no lo podemos parar, porque, si lo paramos, retrocederemos, porque la humanidad va al menor esfuerzo posible, como los niños a la hora de lavarse los dientes. Al principio hay que forzarlos y, cuando cogen la cultura, ya es una rutina, y esta es la rutina que quería explicar antes.

Rosalía Sierra: Pero, cómo se bloquean esos cambios cuando, como decía antes Patricia, puede llegar un político que lo vuelva todo atrás. La vida media de un gerente no llega a dos años. O sea, no sé si dan ganas de cambiar las cosas a largo plazo.

Vicenç Martínez: Es conciencia. Y yo creo que es verdad que los consejeros cada vez son más conscientes de la complejidad y la responsabilidad que tienen. Y esto ocurre cada vez muchísimo menos que hace diez y quince años. Esto es evidente y es claro. Eso también lo quiero defender porque es así. Pero, bueno, ojo, porque puede pasar, está en su libertad también.

Patricia Gómez: La clave está en tener una mirada a medio-largo plazo. No se puede ser cortoplacista en Salud, porque todo lleva muchísimo tiempo. Los cambios llevan tiempo y no se pueden hacer planes a corto, sino a medio-largo plazo y esperar que los profesionales lo exijan. Ese es nuestro reto. Ahí está la clave, porque si lo vivimos como más trabajo, nosotros también. Tenemos las organizaciones impregnadas de contratos de gestión, va productividad en ello, los directivos cobran productividad por cumplimiento de objetivos, pero incluso así, yo creo que si a alguien se le ocurriera decir «Vamos a dejar de medir», todavía, después de estos años, no habría un nivel de exigencia de decir «yo para gestionar mi servicio necesito una serie de indicadores».

Julio García: En este sentido creo que tenemos dos aliados importantes ahora mismo. Por un lado, los profesionales que trabajan en los servicios centrales de salud. Estoy seguro de que Patricia los tiene y los tenía Vicenç y los tiene en el Ministerio también. Creo que hay una masa de personas que hacen su trabajo de forma impecable durante mucho tiempo y lo van a seguir haciendo. Hay que valorar y reivindicar el trabajo de esas personas. Nosotros, por ejemplo, en Galicia llevamos con los contratos de gestión desde las

transferencias. Y las personas que lo hacen, alguno ya se ha ido jubilando, pero mantienen ahí un nivel técnico fundamental. Yo creo que, cuando un consejero llega, recibe esos informes, esos datos, la verdad que es difícil dejar de usarlos. Se van modificando algunos aspectos, pero lo del CMBD como algo transversal sobre lo que luego se construyen otras cosas. Y ahí creo que afortunadamente tenemos una base sólida en ese sentido, que por supuesto hay que seguir manteniendo, alimentando y renovando.

Y también tenemos el gran aliado de esa digitalización que decíamos antes, que nos tiene que ayudar a transformar. Nosotros hace un par de años pusimos un objetivo en los acuerdos de gestión, un objetivo-resultado. El seguimiento a los pacientes crónicos de un área sanitaria.

Creo que ese tipo de cosas automatizadas que nos permiten tener datos, no solo datos del detalle, sino datos cualitativos, son una oportunidad que tenemos con este ejemplo, y otros muchos que podemos poner.

Está toda la experiencia de la gestión basada en valor que hemos tenido un poco que dejar de lado estos días. Yo tengo que decir que estos dos últimos años lo hemos dado al cien por cien, no era momento de aplicar un tema de objetivos en estos dos años últimos, pero hay que volver a esa dinámica y hay que seguir este momento de tanta digitalización, seguir avanzando en indicadores, en resultados, que interprete el clínico, porque es fundamental que el clínico vea ese resultado ahí.

Nosotros, por ejemplo, ahora estamos planteando que las encuestas de satisfacción de los pacientes se puedan incorporar a esa valoración y la pandemia nos lo ha facilitado muchísimo. Hay que seguir en esa línea de incluir elementos de valor objetivo y subjetivo.

Jon Guajardo: La verdad es que es un placer escucharos. Soy Jon Guajardo. Escucharos y estar con vosotros este rato. Hay una de las cosas que siempre comentamos, y es la importancia que tiene nuestro sistema de salud y lo importante que es trabajar con objetivos a medio y largo plazo como estáis comentando. Siempre se cuestiona, y vosotros que tenéis un nivel más alto, siempre se cuestiona el por qué no intentar hacer un pacto político entre todos para defender nuestro sistema de salud y tener unos objetivos comunes. ¿Lo veis factible? ¿Lo veis posible?

Julio García: Gracias, Jon, por la pregunta. Yo creo que lo que comentaba antes Vicenç, ese esfuerzo que hemos hecho las comunidades autónomas en el mes de octubre en

Canarias respecto a la Atención Primaria que se va a materializar en ese plan de acción puede desarrollarse más sin duda, creo que es una aproximación a este ámbito en concreto de la primaria, porque lo que sí veíamos en todas las reuniones de los consejeros, en una previa que tuvimos antes en Madrid, es que los problemas son exactamente los mismos. Los problemas de la primaria creo que no me equivoco si digo que son fundamentalmente, al 99%, los mismos en todas las comunidades autónomas. Nos hacen a todos las mismas manifestaciones, las mismas preguntas parlamentarias, tenemos un problema de recursos humanos. Exactamente igual. Pues vamos a pensar entre todos y ahí hay un trabajo importante que está, por supuesto, y agradezco la ocasión para reconocerlo, coordinando Vicenç en gran medida, que creo que puede ser una aproximación, por lo menos en la medida de la atención primaria. Había una estrategia de atención primaria del año 2018 que, si me permitís, no tuvo este grado de consenso. Creo que aquí se dan las condiciones para que haya ese consenso. Estoy seguro de que vamos a alcanzarlo y podía ser una aproximación. Este es el de la primaria, podría llegar después otro y quizá en base a esta experiencia conseguimos acuerdos. No son pactos políticos, pero es un paso para mí importante y quiero aprovechar tu pregunta, Jon, para destacarlo y agradecer el trabajo de Vicenç en esa coordinación.

Alfredo Martínez: Es un lujo el poder contar con esta mesa, de verdad. Dos preguntas. Hemos hablado de asignar y seleccionar directivos. Yo soy Alfredo Martínez, soy gerente en un hospital en Navarra y no es tan difícil seleccionar, porque todos queremos a los mejores y lo sabemos y los conocemos porque están identificados ya en la organización o fuera de la organización. El problema es atraerlos.

Una vez que es seleccionado. A los mejores, cómo los convengo de que se suban al carro en una situación compleja, en una sociedad en la que no mandan los jefes; en que no hay poder, nos queda la autoridad; en que económicamente y socialmente ser jefe de sección es mucho mejor que ser directivo. ¿Podemos hacer algo? Habéis hablado de condiciones económicas, pero estoy de acuerdo en que hay que ofrecer condiciones económicas mejores, pero también condiciones laborales mejores. Tenemos que exigir gestionar por resultados, por valor, por procesos, pero tenemos que tener herramientas que permitan esto. Yo la semana pasada por fin conseguí saber qué eficiencia tengo con mis enfermeras en las plantas de hospitalización o con los médicos en las consultas. Pero hasta ahora era una negociación donde el jefe de servicio te dice que hacen mucho y no pueden hacer más y tú dices que hay que hacer más porque no nos queda más remedio. Y ese diálogo tenemos que convertirlo en datos. Entonces, ¿qué herramientas tenemos para atraer una vez que los hemos seleccionado? Sería mi pregunta.

Y la segunda pregunta. Yo creo que hay un consenso muy grande de los que hemos estado en el sistema sanitario y, sobre todo, durante la pandemia de lo que hemos hecho bien, también sabemos lo que no hemos hecho tan bien. El discurso y el relato es muy parecido en todas las comunidades, sobre todo, en todos los hospitales, pero aprovechando vuestra presencia aquí. ¿Qué percepción tienen otros departamentos, otros consejeros, otros ministerios de lo que es el sistema sanitario?

Julio García: Gracias, Alfredo, por la pregunta. El motivo de no poder estar con vosotros hoy es precisamente esta cita que tengo ahora. Yo antes apuntaba el tema de cómo captar a esas personas que tienen talento y cuesta mucho convencer a alguien que dé este paso. Creo que el principal argumento es el proyecto. Cuando tú, a mí me ha pasado algunas veces, te sientas con alguien para tratar de convencerle y, como no tengas un proyecto, algo atractivo, no le vas a convencer ni por el dinero ni por la vida que le vas a dar. Por el proyecto, por intentar hacer cosas. Yo creo que es un poco lo que nos une a todos, la oportunidad de hacer cosas, hacer cambios, en mayor o menor medida, es lo que motiva a que estemos en esta posición.

Yo ahí decía que creo que es un debate que tenemos que abrir. En Galicia no lo tenemos abierto y ayer precisamente lo comentábamos, que probablemente tenemos que abrir el debate de si un directivo puede, además, hacer actividad asistencial. Porque, a veces, también lo que cuesta, sobre todo a los asistenciales, es separarse de esa práctica clínica diaria y, bueno, pues yo en alguna ocasión, alguno me ha preguntado, ¿y yo podría hacer una consulta? ¿Podría hacer una guardia? Creo que es un tema que tenemos que abrir y en algunas unidades está claramente reconocido, en la nuestra reconozco que no, pero es un debate que tenemos que abrir. Y esto también lleva detrás un tema económico.

Y enlazo con esto, y con el tema que decías de otras consejerías, vosotros sabéis que somos, en general, entre los consejos de gobierno, los derrochadores, los que gastamos todo... Es cierto que la pandemia a nivel social y también a nivel de compañeros de gobierno, ha puesto un poquito más en valor lo que hacemos, porque se ha visto la implicación y la trascendencia.

También es verdad que nos hemos metido en terrenos, vamos, yo creo que ningún había estado sentado con los hosteleros, pues hemos estado sentados con los hosteleros, por supuesto, y con el ocio nocturno, y con los de las atracciones de ferias. Y también ahí hemos tenido cosas que decir. En general, creo que de este proceso el resto de compañeros nos ven con mejores ojos a pesar de lo que gastamos y nos entienden quizás

más. Pero es verdad que el sistema retributivo y enlazado con el retributivo, porque también sabéis que, aunque a nosotros nos parece poco lo que ganan nuestros directivos, comparado con lo que ganan los directivos de otras consejerías, es mucho. En Galicia se aplica esa diferenciación y nosotros, probablemente, dentro de lo mal que pagamos a nuestros directivos, somos los que mejor paga a los directivos del sistema autonómico, y eso también es un hándicap, porque es difícil en ese contexto explicarle a un consejero de Hacienda que es que el directivo cobra poco cuando su director general cobra menos que un directivo de hospital. Entonces, eso es un problema que quizás nos debiera llevar a una reflexión más amplia de cómo se retribuye, en general, el sistema sanitario español, no solo el gallego.

Y, bueno, insistir en eso, en que quizás tenemos que pensar en fórmulas para que esas personas se sientan reconocidas y bien remuneradas, pero también con otras cosas.

Pilar Garrido: Hola. Muchas gracias. Soy Pilar Garrido, oncóloga médica y estoy aquí como representante de las sociedades científicas. Soy presidenta de FACME, y más que una pregunta es una reflexión. Se está hablando de liderazgo clínico, de la dificultad de formar directivos, gestores; del valor añadido de conocer la profesión; y yo reflexionando desde el lado clínico lo que me planteo que es ciertamente, no sé si innovador o atrevido, es que nuestra carrera profesional es muy jerárquica. Es muy complicado, en el sistema que tenemos en la sanidad pública, cambiarte de hospital; las opciones que tenemos es ser toda tu vida profesional adjunto, jefe de sección o jefe de servicio. Cuando llegas a ese punto, es toda tu vida profesional. Entonces, realmente no sé si tendría sentido, igual que pasa en compañías, uno no piensa que va a ser el director general. Toda su vida profesional, si empieza a los cuarenta, etcétera, promocionar la posibilidad de cambiar de centro, pero también limitar los periodos, de forma que, si tú eres jefe de servicio diez años, a los diez años a lo mejor dejas de serlo, has incentivado a personas que están debajo de ti para que tengan esa posibilidad y tú puedes recapturar también más para otras posiciones dentro de la gestión más personas con esa formación, porque, desde el lado clínico, yo no identifico, salvo perfiles muy, muy concretos que den el salto a la gestión, porque normalmente es poco habitual que haya salto posterior y es que realmente, o sea, nuestra carrera es tan, tan vertical en ese sentido que hay muy poca flexibilidad. En el modelo americano, en cambio, estás unos años en un hospital, luego en otro, y creo que esto enriquece a todo el sistema y aquí eso está muy mal resuelto, así como la salida y la vuelta al sistema. A mí me gustaría pensar cómo podemos trabajar en eso.

Rosalía Sierra: Julio, no sé si quieres comentar algo.

Julio García: Sí, y ya os dejo. Sobre esto, Pilar, tienes razón. Y yo creo que hay una parte teórica que, por ejemplo, en Galicia sí tenemos la evaluación cada cuatro años de las jefaturas de servicio y dentro del ámbito sanitario las comisiones de servicio que nos han servido para traer a veces compañeros de otros hospitales.

Dicho esto, la parte fácil y positiva, también digo la negativa. Así como tenemos la capacidad de evaluar cada cuatro años la gestión del servicio, la estamos usando poco, y está en nuestro «debe» el hacer esas comisiones de evaluación, a los cuatro años. Porque, efectivamente, un adjunto que no es jefe de servicio, sin esa posibilidad de que el jefe que esté, tenga una evaluación y pueda cambiar, no tiene opciones. Tiene otras posibilidades de carrera evidentemente y depende, por supuesto, de cada jefe de servicio que deje hacer más o no a su jefe de sección o a sus adjuntos, pero, evidentemente, la jefatura la tiene bloqueada y, repito, la herramienta está para hacerla cada cuatro años.

Es verdad que es difícil, insisto, porque la cultura de la evaluación, aunque sobre papel la tenemos, luego en la práctica los resultados de los servicios siempre hay alguien que afirma que «esto no es culpa mía», «si la lista de espera no mejora es culpa de la dirección», y la dirección probablemente también tenga culpa en eso. Entonces, creo que tenemos que dar el paso. Estoy contigo en hacer efectiva esa evaluación.

Y, luego, lo que tenemos es también otro problema en las comisiones de servicio con el personal que no es estatutario. Yo no tengo demasiados problemas en traer como jefe de servicio a una persona que sea estatutaria en otro hospital del Sistema Nacional de Salud, pero, por ejemplo, si viene de un hospital con régimen laboral o de una fundación ya es imposible. Y yo creo que aquí tenemos que avanzar y que, una vez que alguien tiene un puesto de trabajo en el Sistema Nacional de Salud, estas comisiones de servicio de la forma adecuada puedan hacerse, porque creo que es una herramienta buena que a mí, repito, me ha servido en algunos casos, pero en otros no he podido porque con régimen distinto al estatutario es un problema y probablemente tengamos que avanzar en esa línea también. Y yo, si me permitís, me despido agradeciendo la pregunta y agradeciéndoos a todos el estar ahí y sintiendo mucho tener que marcharme.

Rosalía Sierra: Muchísimas gracias. Un placer. No sé si vosotros queréis comentar algo al respecto de las preguntas que se han planteado.

Patricia Gómez: Hay mucho que decir y seguramente también por escuchar. En relación a lo que decía Alfredo, yo creo que tenemos que hacer entornos magnéticos. Hace

muchos años, allá en los años ochenta, no sé si conoceréis el proyecto que se hizo en Estados Unidos de evaluación de más de 7.000 hospitales por la Asociación Americana de Enfermeras, porque las enfermeras dejaban la profesión. Pero lo que se veía es que algunas organizaciones conseguían atraer y fidelizar profesionales y en otras los profesionales se marchaban. Entonces, quisieron analizar qué es lo que estaba sucediendo en esas organizaciones magnéticas.

Tenemos que crear esos entornos magnéticos y esa sí que es parte de nuestra responsabilidad y de la responsabilidad de todos, porque creo que cuanto más empuje hay pues más fácil es también crear esos entornos. Si no, es imposible. Julio lo decía, con proyectos evidentemente, pero lo curioso de ese estudio, de ese proyecto, es que nadie hablaba de dinero, no sé si porque es Estados Unidos, si aquí a lo mejor en España diríamos otra cosa, no lo sé, pero el primer factor de los ocho reconocidos era el reconocimiento por parte de la dirección.

El segundo era poder trabajar con personas altamente cualificadas. Eso nos ha pasado a todos. Y vas a trabajar y tienes una reunión o una guardia y lo primero que haces es mirar con quién. Y en función de eso, pues vas más tranquilo o no.

Creo que es nuestra responsabilidad crear entornos magnéticos y animar a las organizaciones a que realmente atraigan y fidelicen a los profesionales. Y de lo que comentaba Pilar, nosotros también tenemos esa cultura de evaluación. Es verdad que, bueno, un tema es que todas las jefaturas de servicio que hemos convocado, que hacemos una convocatoria abierta con un proyecto para cuatro años en la que hay funcionarios y, evidentemente, hay personas clínicas del servicio, de otros servicios, incluso de fuera del ámbito Balear. Siempre hemos nombrado a quien ha tenido la máxima puntuación y la que objetivamente ha podido demostrar más capacidades. Ahora, también es verdad que a veces pierdes este know how, ¿no? Entonces, cuatro años, ocho años, doce años. Depende de la persona. Porque, cuando ya llevamos mucho tiempo en un puesto, pues es fácil relajarse, es fácil no tener la misma ilusión, la misma motivación, la misma visión, pero luego hay personas que llevan muchos años que siguen transformando las organizaciones. Nombraba yo antes a Manel del Castillo o a Candela. Me parecen personas visionarias y que llevan años en la organización y ojalá sigan mucho tiempo más, porque esa forma de gestionar y de ver la organización y de trabajar en la organización, enriquece la organización y los servicios.

Es complejo, pero tenemos que buscar líderes visionarios. Hay artículos, y la verdad es que escribimos poco los gestores, que hablan de que los médicos son líderes casi por

naturaleza. Tienen madera de líder. Y es verdad. Es una profesión en la que necesitas una serie de cualidades y si todos nos pusiéramos a decir una cualidad no nos repetiríamos, si somos bastantes y todos podríamos decir una cualidad de líder que admiramos, que pensamos que debe de tener. Pero luego nos falta esa parte de planificación estratégica, de trabajo interdisciplinar, de cultura de evaluación, de negociación, de resolución de conflictos, de comunicación y eso es lo que hay que aprender. Y estamos en ello.

Ya lo último, comentaba Jon, el ansiado pacto por la sanidad. Pienso sinceramente que desde hace unos años el Ministerio está impulsando proyectos de una manera muy participada y coordinada, y creo que esa es la forma, como decía Julio, porque hablando con él o hablando con cualquier consejero, pues es verdad que las situaciones que tenemos son muy similares y necesitamos unos de otros. Hablamos prácticamente el mismo idioma y es más fácil. Encontrar pactos ahí, palancas de cambio, estrategias que sean siempre participadas.

A nivel político, yo soy bastante positiva. No necesariamente optimista, pero bastante positiva con la complejidad del arco político actual, que representa a la sociedad. Es muy difícil porque los extremos, para que coincidan y converjan, es prácticamente imposible. Entonces, hay veces que veo a personas como que quieren, pero tú dices «te estás dando contra la pared, vamos a buscar una vía alternativa». Y pienso como Julio que esa vía alternativa es un consejo interterritorial fuerte que probablemente también hay que revisar en la estructura y en el funcionamiento, pero se ha demostrado. Se ha aprobado hace nada una estrategia de Salud Mental, tema prioritario para todos; estamos trabajando en la Atención Primaria; y, probablemente, la profesionalización de los directivos, la cronicidad... Son temas tan importantes para todos que creo que puede ser uno de los caminos y seguiremos trabajando en ese sentido. Y difiero en el gasto sanitario, ya me gustaría tener el del País Vasco per cápita. No, quiero decir que no es exactamente el mismo, pero ayer lo comentaba en un congreso con el consejero de Navarra y con el anterior consejero también de Navarra, yo decía «con vuestro presupuesto, vamos, ahorra todos los años».

Vicenç Martínez: Para contestar a Jon. Primero, estoy de acuerdo con lo que han dicho los dos consejeros. No soy consejero, con lo cual, tengo una visión distinta y, además, como observador, en todos los interterritoriales de Sanidad.

Yo un pacto político no lo veo, como político, pero sí lo veo en salud, porque lo están haciendo la inmensa mayoría muy bien, y te diré más, en la intimidad todos muy bien. Pero,

cuando estamos delante de Salud Mental, de Primaria, la verdad es que se ponen bastante de acuerdo en las grandes líneas sin estar yo, el Ministerio también ha tenido un papel en la tragedia importante, estaba bastante deshinchado por decirlo así. Y esto también le ha dado esta fuerza de coordinación que lo han tomado bien, tanto Salvador Illa, el ministro, como la actual ministra, Carolina Darias, con la participación evidente y compartida absolutamente con todas las comunidades autónomas. Aunque es evidente que se puede mejorar y esto seguro que se hará,

Por otro lado, hay una idea y una reflexión debido a la pandemia y también, pienso, a las buenas voluntades, de salud en Europa. Hay dos conceptos que van One Health, una sola salud (veterinaria, medio ambiente, humano) y salud en Europa, como una comunidad europea de salud. Con lo cual, la participación de las comunidades autónomas y el ministerio aún puede ser más potente que con este fin,

Y, por otro lado, una reflexión el Sistema Nacional de Salud lo estamos defendiendo tanto, que es tan bueno, aunque los que estamos dentro sabemos que lo podemos mejorar, que ningún político, se atreve a modificarlo, porque, ¿y si va mal? Entonces, este es un tema que también es una ventaja, pero también es una desventaja. Y por esto yo creo que es muy importante que los consejeros, con su sapiencia en el sentido del cada día de sus territorios, van viendo dónde se puede modificar en estos puntos que se están trabajando y desde este punto de vista yo lo veo con posibilidades.

En cuanto a Alfredo, la tragedia también nos ha llevado a cambiar el nombre de coste por inversión. O sea, si seguimos con pandemias que, entre comillas, seguiremos, se ve que la economía baja inmediatamente. Por tanto, cambiemos el concepto y yo creo que esto lo están viendo hasta los de economía, Y esto es importante.

Y, en cuanto al 360, nosotros en Cataluña, evidentemente en el Vall d'Hebron, lo tenemos. Y la verdad que lo tenemos como una oportunidad de mejorar. Y esto en toda Cataluña. Vamos, yo supongo que en otras comunidades que también tienen este plan. O sea, es una oportunidad de mejorar, no es un castigo.

Rosalía Sierra: Estamos ya finalizando y me gustaría preguntar si hay alguna cuestión más entre el público.

Alfredo Martínez: Sí, por favor. Creo que estamos hablando de designación de directivos, pero realmente estamos personalizando en el líder de la organización que luego elige

a su equipo, pero nos lo estamos jugando en que esos líderes formen equipos sólidos. Y, dentro de los equipos sólidos, yo creo que igual tenemos que hacer una reflexión distinta entre lo que son los líderes médicos, los líderes de enfermería, los líderes económicos, los líderes de profesionales (me refiero de gestión de personal), incluso los líderes jurídicos que has comentado. Me es mucho más fácil aceptar una gerencia y un compromiso por la sanidad pública si sé que tengo un director de profesionales que controla y que controla la gestión de profesionales en el sector público o un director de servicios económicos y generales que lo controla. Y ahí sí que creo que es posible establecer algún tipo de profesionalización más importante en el entorno administrativo público.

Así como enfermería tiene también, de alguna manera, una visión más profesionalizada de la gestión y habría que ver cómo potenciarla y ahí está. Habéis nombrado a la Asociación de directores de Enfermería y las estructuras directivas de enfermería son estructuras muy jerárquicas y con una carrera profesional bien definida.

Y hay que manejar de manera distinta la de los directivos médicos por lo que habéis comentado de lo que supone el impacto en sus capacidades asistenciales y de vuelta a su trabajo, y para asumir un puesto directivo, por lo menos en Navarra, un jefe de sección o de servicio tiene que renunciar a su jefatura de sección o de servicio. Y, si eres un cirujano y estás cuatro o seis años en un compromiso de un proyecto, que es lo mínimo para que un proyecto tenga viabilidad, un cirujano pierde habilidades y le va a costar volver a esa cirugía. En esta ley de presupuestos, Navarra propone incorporar la posibilidad de que los directivos médicos hagan guardias u otro tipo de actividad asistencial en el periodo que están de directivos.

No es mi caso que soy psiquiatra y mis habilidades se desarrollan cuantos más años estoy de directivo. Entonces, en este sentido, podríamos plantear distintos proyectos para gestionar estos directivos pensando en equipos con perfiles distintos y también en que su capacitación tiene que ser distinta, porque, si no, solo estamos pensando en la cabeza. Me da la sensación que hablamos siempre del gerente, de los altos cargos, pero realmente un gerente sin equipo no es nadie.

Patricia Gómez: Evidentemente no es nadie, pero, fíjate, yo hay una parte que comparto y otra que no. Yo creo que el líder es líder y, como comentábamos antes, tú qué cualidades destacas de una persona que es líder, da igual la profesión que tenga, hay personas que despuntan incluso en la guardería. Es llamativo cómo un conjunto de niños y niñas están ahí y tienen un entorno familiar parecido probablemente y siempre hay algunos que

destacan. Esto es lo mismo. En las organizaciones es lo mismo. Entonces, casi, yo diría, que lo menos importante es la formación de base, porque, al final, necesitas líderes en diferentes ámbitos.

Nosotros hacemos procesos selectivos. Ahora, mentiría si te dijera que haces una convocatoria para un director médico y se presentan quinientos. Vamos, se presenta uno y con dificultad, o dos a lo mejor. Puedes encontrar a alguien un poco más con ganas. Nosotros la designación de gerentes la hacemos, pero a partir de ahí todo son convocatorias públicas. Y los gerentes de la Fundación Banco de Sangre o el Instituto de Investigación, pues también son abiertas, pero, claro, tiene que pensar, lo que decíamos, que la organización es altamente compleja y necesitas un trabajo interdisciplinar que no entiende todo el mundo y saber también identificar la visión de las personas. Yo en otros entornos hablo de la mirada de enfermería. Las enfermeras y enfermeros estamos acostumbrados casi siempre a estar en el mínimo detalle. O sea, a valorar el mínimo detalle. Desde que entras en una habitación hasta que sales, hasta que hablas con una familia, te estás fijando en todo. No suelo hacer ese alegato de las enfermeras.

Tenemos también la gran oportunidad y yo creo que esto se tiene que tener en cuenta por los gerentes y los directores generales. Tenemos la oportunidad de estar en muchos ámbitos de trabajo diferentes. Yo tengo muchos años, pero cuando miro hacia atrás, pienso que he tenido mucha suerte porque he tenido la oportunidad de estar en investigación, de estar en calidad, de estar en formación, de gestionar personas en una institución, de ser subdirectora del materno-infantil, de ser directora de cuidados en el servicio de salud..., y, entonces, claro, la mochila se va enriqueciendo, se va cargando de experiencia. Yo a veces y utilizaré, si no te importa, si eres psiquiatra eres psiquiatra y, a lo mejor, puedes ser psiquiatra en Navarra, puedes ser psiquiatra en Madrid, pero serás psiquiatra. Y eso dificulta que puedas entender, entiendo yo, a no ser que tengas... que el servicio de admisión necesita dar altas para que puedan ingresar otros pacientes que están en la urgencia. Entonces, hay veces que dices, bueno, ¿quién entiende la organización? Depende de lo que necesites. Y, luego, como decía Vicenç, que es cirujano, lo explicaba muy bien, corto, conciso, concreto y práctico.

Claro, depende mucho de las personas que necesites. Hay una parte de confianza. Hay una parte de apertura que yo creo que tiene que ser público para que todos se puedan presentar, todo el que tenga interés porque se descubre talento, ahí se descubre mucho talento también. Ahora, nos gustaría que se presentaran muchos más y nos gustaría que nadie perdiera.

Nosotros posibilitamos ya hace un par de años el que los directivos puedan hacer guardias, pero no deja de ser, pues eso, desde mi punto de vista, una trampa para que no pierda económicamente y tenemos en Baleares y en la mayoría de comunidades autónomas una asignatura pendiente que es una retribución digna a los directivos para que también haya una parte de atractivo que por lo menos, no solamente que no se pierdan, sino que se compensen.

Vicenç Martínez: Ella es la consejera, por tanto, no tengo nada que decir. Pero sí me gustaría dos conceptos. Uno, el hospital es un hub social no de pacientes solo. Por tanto, ha de ser atractivo para todos y todas, no un sitio de castigo ni que me voy a morir. Y esto es importante en toda la expresión.

Y el segundo concepto es, yo, a pesar de que estoy en el ministerio, creo en la conciencia individual. Los proyectos por ellos mismos han de ser atractivos. No podemos poner leyes a que sea atractivo. El proyecto de equis hospital tiene que ser atractivo. Por tanto, los líderes, que sois todos los que estáis aquí, en cada uno de sus sitios, tiene que hacer su proyecto atractivo, porque, entonces, los equipos te vienen. Hay gente que tiene ganas de estar con gente con talento y un proyecto inspirador. Y esto es la experiencia que tengo yo. Y estoy encantado de ver lo que ha pasado y que aún está pasando. Nuestras instituciones son complejas. Y el otro tema es no leyes, no normas. Atracción del propio proyecto y la gente vendrá, porque la atraerás.

DE LA SOLVENCIA DESDE LA PRÁCTICA CLÍNICA A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Conversación Debate



Pilar Garrido López

Licenciada en Medicina en la Universidad Autónoma de Madrid, doctorada Cum Laude por la Universidad Autónoma de Madrid y profesora asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá.

Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal, miembro del Comité de Dirección del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS) como co-directora del área de cáncer, participa activamente en proyectos de investigación fundamentalmente en el área de los tumores torácicos y en perspectiva de género. Además forma parte de CIBEROnC en el nodo de cáncer de pulmón.

Fue la primera mujer presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la Comisión Nacional de Oncología Médica. También ha sido la primera mujer presidenta de FACME (Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas), posición que sigue ocupando en la actualidad.



**Beatriz González
López-Valcárcel**

Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Investigación en Economía de la Salud. Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (2004-2006), de la sección Public Health Economics de la Asociación Europea de Salud Pública, EUPHA (2011-2012) y de SESPAS (2015- 2017).

Actualmente, miembro del Consejo Asesor de Sanidad (Ministerio de Sanidad), del consejo científico asesor de la Al-REF, del comité de dirección del Centro de Políticas Públicas y de Gobierno de la Universidad de Alcalá, del consejo editor de Nada Es Gratis y del comité científico externos COVID de Asturias. Patrona de la Fundación Ernest Lluch. Académica correspondiente de la Real Academia de Ciencias de Galicia.



*Presidente de SEDISA.
Director Gerente en Hospital Clínico San Carlos.*

José Soto Bonel

José Soto: Bueno, aquí nos han puesto «mesa de clausura», no nos han puesto «coloquio-debate» como en las mesas anteriores, pero interpretaremos que es un coloquio-debate también, ¿verdad? Tenemos dos personas, dos mujeres. Por cierto, en la mesa anterior tenían todo hombres y aquí tenemos mujeres, con lo cual, aseguramos que va a haber mucha más fluidez mental y mucha mejor comunicación. No porque sean mujeres, sino por quiénes son estas mujeres.

Pilar Garrido, que está aquí a mi derecha, es jefe de sección de oncología médica en Ramón y Cajal de Madrid y es la Presidenta de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, puesto relevante e influyente. En sí misma es un *lobby* ya....

Y, a mi izquierda, tenemos a la profesora Beatriz González López Valcárcel, que es catedrática de economía aplicada en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y que, para mí, es maestra, profesora, a mí me dio clase desde que yo era muy jovencito, cuando entraba al sistema y, por tanto, la admiro. Y es una referencia en economía de la salud en este país, en Europa, en Latinoamérica y en el mundo.

Entonces, van a intervenir en este orden. Primero, hablamos de solvencia desde la práctica clínica de Pilar y después hablaremos de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud por parte de Beatriz.

Adelante, Pilar, cuando quieras. Gracias.

Pilar Garrido: Muchas gracias por la invitación. La verdad es que es un placer estar aquí y realmente este tipo de reuniones que hacen que te lleves a casa muchas reflexiones y, en ese sentido, el aprendizaje individual ya me parece razón de más y, desde luego, la oportunidad que tengo de hablar desde la visión de los profesionales sanitarios, que es desde la solvencia clínica, desde luego para mí es un lujo.

Soy oncóloga médica. Esa es mi práctica asistencial y a propósito he puesto otras cosas que hago porque tienen que ver un poco con una de las ideas que quiero transmitir.

He estado hoy en un hospital universitario, por tanto, que tiene un instituto de salud y, soy codirectora del área de cáncer; también en la docencia, en este caso, en la Universidad de Alcalá; en el ámbito europeo, en este caso, la Sociedad Europea de Oncología Médica; y, además, desde el punto de vista de las asociaciones, como ha comentado, ahora mismo soy presidenta de FACME.

Creo que esto es muy importante porque, cuando hablamos de liderazgo, de identificar perfiles, de motivar a las personas, lo que primero nos tiene que quedar claro son las diferencias, la multitud de sombreros que normalmente tenemos muchos de los profesionales. A los que trabajamos en el sistema público nos pagan por hacer asistencia y este es un mensaje que muchas veces, cuando, además, queremos hacer investigación, no siempre es reconocido desde el sistema y, en ocasiones, se nos dice a ti te pago porque hagas asistencia. No siempre. Otras veces, se protege. Pero es un aspecto que es muy relevante porque la carrera profesional que tiene mucho que ver también con la motivación, con el liderazgo, etcétera, no se construye con la asistencia, porque eso no cuenta casi nada, se construye con la investigación y la docencia y hay que sacar un tiempo que no siempre hay.

Al hablar de docencia, nos centramos en la docencia pregrado. Se sabe que, en las universidades, en estos momentos, un número no despreciable de los que enseñan medicina no son médicos y esto tiene que ver con la complejidad de la acreditación de ANECA. De hecho, sabéis que hay, incluso dentro de los tres subgrupos, los requerimientos no son homogéneos. Nosotros pensamos que es una pérdida de oportunidad con la cantidad de médicos interesados en la docencia que lo ves en los hospitales que esto no será más sencillo. Tenemos la formación sanitaria especializada todos los que trabajamos en hospitales universitarios. Y, desde luego, la formación continuada que tiene mucho que ver con lo que voy a hablar un buen rato que es del papel de las sociedades científicas. Pero también hacemos investigación. La investigación que solemos hacer es, hay especialidades donde la investigación trasnacional tiene más peso o tiene más trayectoria o tiene más facilidad como es, por ejemplo, la mía, la oncología médica, que te ayuda. Es, desde un punto de vista de incentivación y de motivación, clara. Y, desde el punto de vista de lo que apoya tu carrera profesional, si públicas, también. Pero hay mucha investigación clínica, por ejemplo, resultados en salud. Esto no está promocionado.

Entonces, eso es otra cosa que creo que, desde el liderazgo, desde los directivos, se tiene que promover. Y, ¿quién financia eso? Eso no es fácil encontrarlo. Y, luego, está el tema, bueno, por supuesto también, de la investigación que uno asocia a los hospitales, que son los ensayos clínicos, pero eso debería ser solo una parte. Creo que la pandemia ha sido un buen ejemplo de la importancia de la investigación académica.

Y, por último, bueno, ¿qué es la gestión? Lo que comentaba antes. ¿Cuándo un clínico incorpora la visión de que la gestión es importante a lo largo de su carrera? ¿Cómo se

implica en eso? Entonces, para mí, todo esto de lo que estoy hablando, siempre desde la perspectiva del profesional, bueno, yo querría que, como profesional, sentirme comprometida con la institución, tener orgullo de pertenencia a esa institución y que me motive y que me incentive. Yo diría que esto no es muy habitual. Es decir, creo que la mayoría de los profesionales realmente en los hospitales, que es el entorno que conozco mejor, pero creo que en primaria también, en general, en estos momentos (me voy a olvidar de la pandemia, voy a hablar de la era prepandemia), creo que lo que fundamentalmente hay es una desafección o había una desafección tremenda y, de hecho, la pandemia es lo que nos ha unido para cambiar esto. Por lo tanto, a mí me parece muy importante reflexionar por qué sucede esto. Porque esto, al final, si no existe, lo que no hay es la implicación del profesional con la organización.

Entonces, ligado con esto, los médicos normalmente nos asociamos, y esto es conocido en todo el mundo, tenemos una asociación obligatoria, que es la colegiación, y tenemos las asociaciones voluntarias. Dentro de las asociaciones voluntarias, aparte de los sindicatos, está todo lo que son las sociedades científicas. Lo habitual es que cada profesional esté asociado a nuestra sociedad científica nacional. Algunos, además, tienen la regional. A veces, la internacional. Y, en función del ámbito en el que desarrolles tu vida más habitual, a veces multidisciplinaria.

Para mí, ¿qué es importante de esto? Que la colegiación es obligatoria y tiene un reconocimiento institucional. Sin embargo, la sociedad científica, que es donde la mayoría de los profesionales desarrollamos más de esta labor asociativa, no tiene ninguna recomendación. Por lo tanto, todas las recomendaciones que vienen desde las sociedades científicas, no tienen el peso de las que vienen en los colegios. Y esto, desde luego, desde el ámbito de FACME, es una reivindicación continua de tener también esto, porque digamos que creemos que nuestra función es complementaria y representamos partes complementarias de la profesión.

Por lo tanto, voy a hablar de FACME como de lo transversal, de que lo que representa son las sociedades científicas y, por tanto, la forma en la que los profesionales trabajamos de forma continua. FACME quiere decir Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas y, en realidad, lo que representa es la voz de más de 120.000 médicos, porque lo que aúna son las sociedades científicas nacionales que representan a especialidades que están reconocidas en el Consejo Nacional de Especialidades. Es decir, una sociedad multidisciplinar de una especialidad que no forma parte del sistema porque es un ámbito muy pequeño no está en FACME, pero, por ejemplo, la especialidad de medicina de familia

que tiene tres sociedades, las tres están en FACME. Aquí hay logos y, por tanto, esto es muy poderoso. Es muy potente desde el punto de vista de lo que significa la opinión de los profesionales porque, como digo, esto es algo voluntario y en lo que se trabaja para mejorar.

Entonces, como comento, somos en este momento más de 120.000 médicos, obviamente todos especialistas, porque en España en el sistema público trabajamos médicos especialistas, y trabajamos en ámbitos transversales que sean comunes a todas las especialidades. Se comentaba en la mesa anterior que las cosas transversales a las distintas consejerías cómo trabajaban conjuntamente distintos consejeros, bueno, pues esto tiene que ver también con el ámbito de la profesión médica desde el punto de vista de la representación, calidad asistencial, formación e investigación.

A su vez, FACME está dentro del foro de la profesión, que reúne todas las partes de la profesión y que tiene un reconocimiento desde el año 2013 por parte del Ministerio. Es decir, FACME es una de las partes del foro, el Consejo General de Colegios de Médicos es otro, la Conferencia Estatal de Sindicatos es otro, los decanos es otro y los estudiantes es otro. Por lo tanto, digamos, somos una entidad y que, además, formamos parte de una que, de alguna forma, debería representar todo lo que son las distintas facetas de nuestra profesión.

Para nosotros lo importante, como comentaba antes, es defender aspectos transversales, y, en ese sentido, voy a poner parte de ejemplos que vienen de la pandemia, pero me gustaría centrar, sobre todo, en la postpandemia, en donde estamos ahora, que es, por ejemplo, creación de grupos de trabajo y de proyectos de investigación. Y para nosotros va a ser superimportante intentar tener este estatus jurídico que ahora no tenemos para que de verdad nuestra voz pueda ser escuchada.

En la era prepandemia, uno de los focos más importantes de FACME pivotaba alrededor de la gestión clínica y, en realidad, se han hecho muchos trabajos y están publicados. Uno es del 2013 que se hizo con Deusto, otro se hizo con SEDISA, y los retos del sistema nacional de salud, años 2019-2023. En ese documento, que es público y se hizo también con la Fundación IMAS, se identificaban una serie de retos en los que no me voy a detener; se hablaba desde el punto de vista de las sociedades científicas cómo pensábamos que había que abordar estos retos y era, bueno, pues un poco la cronicidad, problemas agudos, cambio de modelo de hospital..., cosas que venimos hablando, trabajando, años y años. Y, de repente, pues llega la covid, que es disruptiva totalmente, como individuos,

como, desde luego, profesionales, en muchos casos también, salía ayer, como pacientes, y nos cambia todo.

Y venimos hablando, en la mesa de ayer y en la mesa de esta mañana, de las lecciones aprendidas y las cosas que deberían quedarse después de esta pandemia. La peste cambió la Edad Media y llegó el Renacimiento. Muchos piensan que esto va a cambiar muchas cosas también en el futuro, pero probablemente es muy importante cómo hacemos, y esto ha salido ya en la mesa anterior, para no volver al paso anterior.

Hemos vivido una enfermedad global en directo. Ayer lo decía Jesús Millán, la historia natural de la enfermedad la vamos conociendo. Los profesionales decíamos al principio, «esto es una enfermedad aguda», y ahora vemos que hay pacientes que son *long covid* o covid resistente. Es decir, hemos tenido que aprender desde la humildad a decir «no sé qué va a pasar», también salía por parte de la consejera de Baleares y, por tanto, esto es una cosa que nadie había vivido. Eso nos ha obligado, y va a ser parte de otro de los mensajes que quiero dar, y creo que aquí hemos sido, desde el liderazgo clínico, realmente muy válidos, las soluciones científicas y sanitarias aceleradas. Salí ayer el tema de la colaboración público-privada. Cosas importantes también.

Desde el punto de vista de la ciudadanía, avidez social por respuestas fiables versus las *fake news*; sobreoferta de información, ¿cómo seleccionamos que la información sea correcta? La consideración social de la ciencia y lo que yo me quedo, que es la oportunidad histórica de mejora.

¿Qué hemos hecho las sociedades científicas? Hablamos en la mesa de ayer, y era ¿qué hemos hecho los médicos a título individual? En la de esta mañana, ¿qué se ha hecho desde los directivos, las consejerías? Yo ahora diría ¿qué hemos hecho las sociedades científicas? Porque verdaderamente creo que el liderazgo que ha habido ha sido fundamentalmente liderazgo clínico, yo lo que vivo, es mi humilde opinión personal, es que lo que se ha gestionado fundamentalmente ha sido porque los directivos han dado un paso atrás. Han escuchado lo que eran las propuestas clínicas que han sido diferentes de organización en cada hospital teniendo en cuenta sus fortalezas y creo que han sido capaces de liderar escuchando de una forma mucho más activa.

Entonces, ¿qué es lo que hemos hecho? Pues hemos hecho recomendaciones de práctica clínica. Esto ha sido fundamental. En marzo del año pasado, cuando todos nos enfrenábamos a eso y no había evidencia para tomar decisiones, todas las sociedades científicas

ficas, las nacionales, las internacionales, pusieron a trabajar a sus grupos de trabajo para colgar en el minuto cero en las páginas web cómo debemos manejar la situación a la que nos enfrentamos, pero desde un punto de vista absolutamente práctico. Tratamientos en marcha, yo soy oncóloga, ¿tengo que pararlo o debo seguir? Si sigo, ¿tengo que seguir con el mismo régimen o puedo buscar una forma de que el paciente en vez de venir al hospital cada semana venga cada tres semanas? Porque tomar yo mis propias decisiones no me deja nada tranquila. Si yo tengo un documento de recomendaciones de expertos de mi sociedad o de la sociedad europea que me dice, en base a la poca evidencia científica, las recomendaciones equis, uno, lo que se siente es, por un lado, mucho más protegido y, además, estamos generando una evidencia que nos va a servir luego para el futuro.

Por lo tanto, esas recomendaciones de práctica clínica a título individual de cada sociedad fueron la norma desde el minuto cero. Desde luego, también en temas de validez de pruebas diagnósticas. Acordaros de que el test covid hay que hacerlo el día que empieza la fiebre. Hay que hacerlo a los tres días. Cuando lo repites, ¿qué haces? Bueno, pues el aprendizaje común que hemos ido teniendo y, por supuesto, la investigación, y ayer también lo comentaba Jesús, desde el minuto cero. La mente científica de que en paralelo que vas tomando decisiones con muy poca evidencia, generas, pones en marcha ensayos clínicos académicos que te ayuden a resolver. Ha habido infinidad de proyectos, también hay puntos de mejora en cómo hemos hecho algunas de estas cosas, la utilidad del plasma, de fármacos, y todo eso yo creo que ha servido de nexo de incentivación para los profesionales. Se han visto, desde luego, con la situación de una demanda, bueno, pues probablemente todos los que hemos elegido esta profesión es absolutamente vocacional, la necesidad de volcarte en tus pacientes, los beneficios de la cooperación, que te dejen trabajar, el sentir detrás a tu sociedad... Bueno, pues todo esto son aprendizajes.

Como mi sociedad es la Sociedad de Oncología Médica, desde el minuto cero en la página web tenías lo que se iba publicando a nivel internacional, las recomendaciones de los grupos de trabajo, etcétera. Siempre esto se ha ido actualizando y entiendo que sigue igual, tal como han hecho otras sociedades científicas, que han generado conocimiento y guías de práctica clínica. Y, de hecho, un documento que hemos hecho recientemente, no relacionado con covid, sino por el peso, la formación médica continuada, recoge la ingente calidad de documentación que se ha generado desde el ámbito clínico en el momento de la pandemia.

Además, hemos creado grupos de trabajo y uno de los grupos de trabajo más exitosos que yo creo que es un modelo que no podemos perder ha sido el grupo de trabajo de va-

cunas. Es posible que alguno de vosotros conozcáis cómo ha sido esto. Se pidió a cada sociedad científica que considerara que para su ámbito esto era importante, un representante y se empezó a trabajar pues al principio los grupos de riesgo de vacunas iban por edades, pero profesional sanitario también. Entonces, por ejemplo, las embarazadas, al principio de todo, ¿hay que vacunarlas, no vacunarlas? Bueno, pues las sociedades, los ginecólogos, los pediatras, todos trabajando para dar la visión profesional de hay que hacerlo, no hay que hacerlo, con base a qué evidencia. Todos los documentos que nosotros publicamos, que son muchísimos, los hemos ido trabajando con la intención de que ayudaran a los médicos en la consulta en la toma de decisiones en situaciones de incertidumbre, pero también lo que hemos hecho es distribuirlos, desde luego en el Ministerio, en las consejerías, en salud pública, para que llegara desde distintos sitios. Es decir, hemos trabajado todos de la mano. Y en el tema, por ejemplo, de la vacunación, hemos tenido una relación con el Ministerio extraordinaria porque antes de publicar cada una de las actualizaciones había una teleconferencia por Zoom en la que estaba el grupo de vacunas y se discutían distintos aspectos.

Por ejemplo, cuando se decidió qué grupos clínicos se priorizaban ahí hubo mucho debate, pero nosotros nos mojamos. O sea, entendemos que seleccionar un grupo es dejar fuera a otro y, de hecho, hemos tenido muchas quejas de algunas asociaciones de pacientes, pero, desde la evidencia científica con la mejor voluntad y con los datos publicados detrás de dónde estaba la mayor mortalidad, nosotros, como profesionales, hemos contribuido. Y ese es un poco el mensaje que creo que debe de quedar y me preocupa que esto luego no sea así.

De hecho, en algunos de los documentos y de las notas de prensa del Ministerio, se nos agradece directamente la colaboración. Por lo tanto, ¿qué es lo que defiendo? Que, en situaciones de alta incertidumbre, como es lo que hemos vivido, el liderazgo clínico es excepcional y la pandemia ha servido para demostrárnoslo. La capacidad de reacción, de respuesta rápida, el contar con mucha gente, con la visión de los profesionales, seleccionar los aspectos críticos, la confianza y la comunicación para abajo, es decir, desde la sociedad hacia el profesional individual que tiene un paciente delante, pues una compañera de 25 años embarazada que tiene que ver si la vacuna o no la vacuna cuando estábamos en los 80 años. Esa visión de trabajar en equipo.

Desde el punto de vista de las organizaciones, hay muchos beneficios, hay muchas enseñanzas que lo dejo para el debate, pero también intentamos y lo hemos publicado en forma de editorial recientemente, Javier García Alegría, que es el vicepresidente de FACME y yo.

¿En qué situación estamos ahora que no queremos volver a lo de antes? Yo, tanto en la mesa de ayer como la de esta mañana, lo he oído ya varias veces, pero me preocupa que digamos que no queremos volver, pero ¿por qué? Pues porque estamos viendo que volvemos. No puede ser. Y ayer se decía muy bien el ejemplo de que en 24 horas se consiguieran ventiladores en Rusia y que ahora volvamos a la situación de la tiritita en nueve meses. No puede ser. Y, desde luego, yo lo que vengo aquí a defender es, por favor, contar con los profesionales, porque nosotros no podemos volver a la desafección anterior, porque sería una caída de la que ya nadie se recuperaría.

Hemos vivido que, trabajando en equipo; yendo de la mano; rompiendo los hilos que se han roto, estamos todos mejor. Por lo tanto, creo que de verdad volver a lo anterior no sería fácilmente recuperable.

Recientemente en FACME hemos dado a conocer datos sobre el impacto del covid en la patología no covid, porque, obviamente, como médicos, lo estamos viviendo. Y, sobre todo, es que la situación que visualizamos es que va a convivir el covid con el no covid muchísimo tiempo. La asignación de los recursos, y estoy hablando de recursos clínicos, todo eso hay que definirlo, espero, de la mano de los profesionales, porque no es una situación que va a ser temporal, sino que va a ser a muy largo plazo. Y nosotros lo que identificamos es que tenemos, por un lado, unos pacientes que teníamos identificados los crónicos que se han quedado desajustados, que tienen que volver al sistema; tenemos otros pacientes que están fuera del radar porque no han consultado que no eran crónicos y, bueno, los oncológicos han salido mucho, y, de hecho, sí que os lo puedo decir a nivel clínico, que estamos viendo pacientes con tumores más avanzados, porque, con los síntomas, no consultaron en su momento, ojalá sean crónicos, y, por tanto, eso es otro grupo más; y luego tenemos todo lo que no sabemos que nos va a dejar la covid. El *long covid*, el covid persistente, ¿cuánto de eso va a ser un tercer grupo de crónicos que no teníamos? Y todo eso lo tenemos que hacer convivir con esto.

Por lo tanto, hicimos un trabajo de la mano de Rafa Bengoa y de su consultora un poco identificando, esto lo podéis sacar todo de la página web de FACME, el círculo vicioso covid-no covid y cuáles eran las propuestas de FACME desde la visión de los profesionales para trabajar en esta línea.

Identificamos en estos ámbitos, por ejemplo, proponíamos la creación de un observatorio, trabajar de la mano y, como en cualquier proyecto, siempre el problema es perfecto,

pero no hay dinero, pero teóricamente hay unos fondos de recuperación europeos que a lo mejor hay que pensar que esto tiene que estar en ese radar.

Entonces, ¿qué otras cosas han pasado? Pues, por un lado, que el plan de recuperación, transformación y resiliencia, los fondos asignados a sanidad, pues uno podría pensar que no son todos los que debería, pero luego es, y me centro en este otro documento, que es el dictamen para la comisión de la reconstrucción social y económica del año pasado, donde están los profesionales. De hecho, para la elaboración del dictamen de la comisión, cuando uno se va a quien se convocó, hay profesionales a título individual, pero no hay sociedades científicas; no hay la visión de FACME, si quieres, como integrador de la visión de las sociedades científicas; y, de alguna forma, nosotros reclamamos que nos hemos ganado el derecho, porque la evidencia de cómo hemos trabajado en estos últimos años para poder aportar nuestro granito de arena en cómo hacemos esto.

De hecho, una nota de prensa hace tres días hablaba sobre la formación de los profesionales sobre evaluación de medicamentos y tecnologías que no va de la mano de las sociedades. Por lo tanto, creemos que hay pérdidas de oportunidad y hay oportunidades. En el ámbito europeo, salía en la mesa de esta mañana, los profesionales cada uno de nuestros ámbitos de conocimiento lo tenemos meridianamente claro, pero hay oportunidades también económicas. De hecho, FACME lo que se está planteando es aplicar a fondos europeos para determinadas cosas en relación con lo que hablábamos de resultados en salud, porque es un valor añadido pensar que dispones de la opinión de 120.000 médicos para construir, pero hay otros muchos ámbitos, aparte del puramente investigador en el que creemos que yendo de la mano sin duda llegamos más lejos.

Por lo tanto, creo que todos tenemos claro que no podemos volver a la situación de la prepandemia y aquí con el podemos me estoy refiriendo a la motivación de los profesionales. Que hacen falta, porque, al final, la microgestión es fundamental, y, por tanto, es muy importante que la gente esté implicada. Creo que no nos podemos permitir, si queremos que el sistema funcione, la desafección de los profesionales, ya lo he comentado antes. Creo que los datos avalan que podemos ser actores y tomadores de decisiones conjuntas, y, en la medida que podamos, a nosotros no nos gustaría renunciar a ese papel representante de la visión de los profesionales médicos.

José Soto: Muy bien, Pilar. Adelante, Bea. Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Beatriz González: Para mí es una oportunidad excepcional estar aquí. Agradezco mucho a la Fundación Gaspar Casal que me haya invitado. La verdad es que he aprendido muchísimo de ayer a hoy y espero seguir aprendiendo con la última mesa. Quizá esto os suene algo como demasiado estratosférico, pero yo creo que no, porque tengo un mensaje que espero que acabe permeando.

Empiezo por el contexto. Hoy en día, es COVID-19. La salud ha pasado a primer plano en las agendas políticas. Es visible la sanidad. Y tenemos un entorno financiero de inyección económica potencial desde la Unión Europea sin precedentes desde la Segunda Guerra Mundial, que, además, va a exigir colaboración público-privada, sino no vamos a ser capaces porque van a ser fondos condicionados en su mayor parte.

El sector sanitario ha cambiado muchísimo durante la pandemia. También como sector económico. Luego profundizaré un poquito en esto. Voy a empezar por el genoma del Sistema Nacional de Salud. ¿Cuál es nuestro genoma como buque insignia del estado de bienestar? Pues consiste en financiación pública a través de impuestos, desde la Ley General de Sanidad de 1986 y, sobre todo, aseguramiento público. Es decir, el sector público es el que garantiza el acceso de toda la población, en tanto que ciudadanos a los servicios sanitarios necesarios, con criterios poblacionales y no individuales, e, independientemente de condiciones personales como nivel de renta, etcétera. Este es el genoma del Sistema Nacional de Salud.

Mi primera tesis va a ser, y voy a intentar convencerlos de ello, que estamos en riesgo de convertir al Sistema Nacional de Salud en un transgénico de sí mismo. Es muy importante la faceta poblacional. Tú vas al médico, tú solo y tú demandas servicios sanitarios y tú te enfermas tú solo, pero la perspectiva de salud poblacional es la que guía un Sistema Nacional de Salud que no sea de mero consumo, de consultas o de pruebas diagnósticas.

Vamos a echar un vistazo a cómo estamos en clave internacional. Tenemos la suerte de que hace una semana salió el *Health at a glance*, que saca la OCDE cada dos años y justo la semana pasada lo publicó. Es como una especie de fotografía para cada país de la OCDE, de cómo está en relación al resto de países. ¿Cómo está en qué? Pues cómo está en salud, buena o mala; cómo está en riesgos y comportamientos para la salud, fumar, beber, pero también polución del aire; cómo está en cobertura poblacional, en acceso; cómo está en indicadores de calidad, por ejemplo, mortalidad, los treinta días del infarto, o, por ejemplo, prescripciones de antibióticos; y, finalmente, cómo está en recursos. Fijaros que recursos es solo el último apartado de esta foto que hace la OCDE. Estamos muy bien en

salud (esperanza de vida); razonablemente bien en acceso, al menos teórico (cobertura poblacional); bastante mal en fumar y beber; bien en polución. Siempre comparándonos con los demás países desarrollados.

El gasto es solo gasto. El gasto es solo una de las cosas que hay que mirar cuando analizamos un sistema sanitario. En gasto sanitario sobre el PIB estamos más o menos en línea con el conjunto de países de la OCDE. Tenemos más médicos que la media, menos enfermeras, menos camas hospitalarias, mucho menos gasto en cuidados de larga duración. Por tanto, no destacamos en gasto sanitario sobre el PIB, que es mejor comparar para 2019 porque en 2020 todos los países incurrieron en gastos sanitarios excepcionales para combatir la pandemia.

La covid nos cambió el escenario financiero completamente ¿Cuánto ha costado la covid en España? Lo primero que miramos desde el sector es cuánto hemos gastado en Sanidad, como gasto extraordinario para afrontar la covid; gasto en rastreadores, PCR, pagar a médicos y enfermeras contratadas, etcétera. Pues, en 2020 nos gastamos más o menos, en números redondos, unos 9.500 millones de euros, que viene siendo, en realidad, solo el 19,6% del gasto público total extraordinario por la covid. El primer mensaje es, por tanto, que del gasto público de la covid solo una pequeña parte ha sido gasto sanitario, porque la mitad de los 48.000 millones que gastamos en covid han sido en ERTE, y aunque en menor cuantía, en otras medidas como las ayudas a autónomos, los créditos ICO, etcétera. Pero, por otra parte, el coste de la covid es muchísimo mayor que esos 48.000 millones de euros que puso el sector público, porque el coste de la covid incluye también el coste de la pérdida de PIB en España, comparado con el contrafactual de cuánto hubiéramos crecido si no hubiera habido covid, según las predicciones de enero de 2020, en España ha sido el 12% del PIB. Ocupamos la primera posición en el mundo en pérdida de PIB en 2020.

¿Esto qué quiere decir? Quiere decir que de repente la Sanidad se configura como la salvadora de la economía y esto nunca nos había pasado. Los costes de la covid se van a financiar dentro de un plan mucho más ambicioso que es el famoso plan del que habló Pilar de recuperación, transformación y resiliencia.

Dentro de ese plan, financiado con fondos europeos, España ha definido diez políticas palanca y una de ellas va a ser una transformación del Sistema Nacional de Salud. No voy a entrar en detalle sobre esto, pero coincido con Pilar en que, en realidad, gran parte de ese componente 18 del plan, que son en total 1.069 millones de euros, es para comprar

aparatos, para el *data lake* sanitario hay 100 millones; es más para sistemas de información que para otras necesidades.

Yo creo que es muy importante que nos demos cuenta de la trascendencia del momento. Nunca, desde la Segunda Guerra Mundial, había habido una inyección de fondos que prácticamente caen del cielo europeo tan importante como ahora. España podría recibir 135.000 millones de euros en cinco años para todos los sectores productivos. Es una inyección sin precedentes. Pero, más importante todavía, son dos cosas. Primera, que en general son fondos condicionados. Incluso la parte de Next Generation que es subvención, que no es préstamo, los 69.000 millones famosos, es condicionada. Esto quiere decir que España tiene que presentar proyectos factibles que convenzan a la Unión Europea, y hacerlo no es fácil y va a requerir colaboración público-privada sí o sí, porque el sector privado tiene mucha más experiencia en algunos campos.

Y, segundo, esto crea Europa. Salimos de la covid más europeos de lo que habíamos entrado, porque, Europa ha aprobado un voluminoso presupuesto plurianual y unos fondos de recuperación a corto plazo (Next Generation), que requieren que Europa se endeude mancomunadamente y esto nunca había ocurrido. Se endeudará mancomunadamente hasta el año 2058. ¿Esto qué quiere decir? Quiere decir que, además de la unión monetaria de Maastricht, además de la unión comercial que venía de cuando era Comunidad Económica Europea, estamos transitando hacia una unión fiscal europea. Ya se está hablando de impuestos a nivel europeo y esto es un paso adelante importantísimo.

Antes os decía lo del riesgo del transgénico. A mí me preocupa muchísimo. Si nos fijamos en el reparto del gasto sanitario en España, entre público y privado, vemos que más o menos el 30% es gasto privado, un poquito menos. Y, de ese 30%, casi 22 puntos son gasto de bolsillo, tú vas como paciente y pagas una resonancia que tienes que hacerte o pagas la consulta del médico. El resto, un 7,6% del gasto sanitario total, son primas de seguros sanitarios voluntarios.

Vamos a ver, ¿esto es mucho o poco? En gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total estamos a quince puntos de Alemania, y Alemania no es un país de Sistema Nacional de Salud nórdico tipo Beveridge. Y, de esos países de Sistema Nacional de Salud, como Suecia o Noruega, estamos a mayor distancia todavía. O sea, ese 30% de gasto sanitario privado en España es alto en relación a otros países de nuestro entorno. Pero, además, hay que mirar la evolución. El INE informa sobre los presupuestos de las familias

españolas. Entre 2006 y 2019 (dejamos fuera 2020 porque fue un año muy raro por la covid), el gasto total de las familias españolas en términos corrientes ha permanecido estable. Gastan lo mismo, unos 27.000 euros al año cada familia. Pero el gasto sanitario aumentó en este periodo un 19,6%. Además, ¿quién ha aumentado ese gasto? O sea, ese gasto sanitario ¿quién lo hace? La desigualdad entre niveles de renta es brutal. Aquí tenemos lo que gasta el quintil, o sea, el 20% de familias más ricas, de más renta, de España, lo que gasta en Sanidad, y aquí tenemos lo que gasta el 20% de familias con menos renta. Y esa ratio, entre el quintil quinto y el primero, para Sanidad es casi 8. O sea, una familia rica gasta ocho veces más en Sanidad de su bolsillo que una familia del quintil más pobre. Y ese diferencial para el gasto total, para el índice general, es la mitad, es el 4,6. Por tanto, lo que vemos es que estamos en un sistema con una parte de gasto privado importante, muy lejos de los nórdicos, muy lejos de Alemania. Y ese gasto privado, que en gran parte es gasto de bolsillo por uso de servicios, es muy desigual por renta. Esto de alguna manera va contra el genoma del Sistema Nacional de Salud, que empezábamos esta intervención definiendo como financiación pública con criterios de equidad y de necesidad poblacional.

Esto se ha agravado con los pacientes invisibles, que decía Pilar, de la covid. Los datos de lista de espera del Sistema Nacional de Salud son tremendos, son tristísimos, porque, en el año 2020, año completo (ya salió el primer semestre de 2021), lo que tenemos es que entran menos pacientes a las listas de espera que en los años anteriores, dos millones y medio habían entrado en 2019, y menos de dos millones en 2020. No entran a las listas, pero tampoco salen. El número de salidas se reduce. ¿Qué es lo que está pasando? Que hay pacientes invisibles, fuera del radar, que, luego, acaban llegando al oncólogo con un estadio muy avanzado de la enfermedad, etcétera.

Tenemos 661.000 personas esperando a que las operen en España con un tiempo medio de tres meses y pico. Tenemos a seis de cada cien personas de la población esperando por una consulta de especialista. Esto ahora, en junio 2021.

Todo esto es lo que ha llevado a que un fenómeno que ya venía de atrás, que es el aseguramiento privado, se haya disparado en 2020.

Vámonos a UNESPA, que es a patronal de seguros de España, tiene un informe sobre seguros cada año y acaba de sacar el del año 2020. La cifra de 2020 de nuevos asegurados con seguro sanitario es el récord absoluto desde que hay registros. Es algo así como el cambio climático con la temperatura, que cada año la temperatura es el

máximo absoluto desde que hay registros, pues esto es igual. Casi 500.000 asegurados más en 2020 que en 2019 y las primas aumentaron un 5% en 2020, frente a una caída de las primas de todos los demás seguros (de automóvil, de hogar, etcétera). Hay comunidades autónomas, como Madrid, donde el 36% de las familias tienen un seguro de salud.

Es un sector que se está promocionando. No sé si sois conscientes o no. En la televisión te ponen anuncios de seguros de salud. Y en el Black Friday, tienen ofertas. Y, por Reyes, la gente pide un seguro de salud. «Sin copagos, yo me paso a Caser». Con aspecto de jóvenes y sanos en las fotos de los anuncios, dicen «atención médica inmediata a través de nuestra app», telemedicina. Y Movistar Salud te vende el tener acceso, a cero euros durante los primeros meses, a mejorar tu sistema inmune. “Exclusivo online”, te dan acceso a consultar a un médico en menos de una hora. Un médico, no tu médico. «En menos de una hora», dice, «nuestros médicos pueden ayudarte con tu resfriado, gripe, ansiedad, estrés y cualquier otro trastorno de salud no urgente». Y te mandan la receta a casa. Y tienen un algoritmo de inteligencia artificial en el que tú pones tus síntomas y te diagnostica y te dice lo que tienes que hacer. Esto es lo que ofrece Movistar Salud ahora mismo.

Esto es una carga de profundidad contra lo que venimos diciendo siempre del papel de la Atención Primaria, el valor de la longitudinalidad, que tengas tu médico que te conoce, etcétera, y no un señor que está al otro lado de la pantalla en el Zoom y dice que es médico, y te atiende.

Y esto está relacionado con un cambio importante en las relaciones laborales, también en Sanidad, que todavía está en ciernes, la *Gig Economy*, la economía del bolo, la uberización. La uberización que está apenas empezando en Sanidad, pero que va a más. Puede haber profesionales que decidan trabajar en ratos libres en consultas por Zoom, contratados por cualquier entidad, y empiezan a surgir empresas tipo Airbnb, pero del sector Salud, por ejemplo, Nomad Health, salud nómada, que tiene un potentísimo programa en Estados Unidos que intermedia en la contratación a corto plazo de enfermeras. Veamos las ofertas de ahora mismo, esta es de hoy. Oye, enfermera, si vas a Pensilvania, puedes ganar 8.000 dólares por semana. Enfermeras nómadas.

Son transformaciones muy importantes en nuestro sistema de salud. Y, paralelamente, lo que tenemos es un crecimiento enorme de la red asistencial privada que tira de demanda de profesionales, que capta talento, que lo retiene, que tiene unas herramientas de

gestión que no tiene la pública para fidelizarlos, para que los profesionales no se sientan con esa desafección hacia el sistema que decía Pilar.

Ese es un problema enorme. No voy a entrar muy en detalle, pero sí decirles lo que pasa cuando tú pones a competir la pública y la privada, y el experimento es Madrid. Madrid es un universo diferente del resto del país. Desde el 2010 hay un área única con la que cualquier persona viva donde viva de Madrid puede ir a una consulta de especialista, una prueba, una intervención a donde le dé la gana de la Comunidad. En esa red del SERMAS están todos los grandes y pequeños centros públicos de toda la vida, el Ramón y Cajal, el Marañón, etcétera, y hay seis hospitales privados lucrativos. La Fundación Jiménez Díaz que lleva con concierto singular desde tiempos de Franco, pero, luego, los nuevos hospitales creados más recientemente, Torrejón, etcétera.

¿Qué ha pasado cuando se pone a competir por comparación en Madrid esos seis centros privados con los grandes buques insignia de nuestro sistema de salud? Lo que ha pasado ha sido tremendo. Ha sido que estos seis centros privados de la red, con financiación pública, han captado gran parte de los pacientes de otras zonas de Madrid. Por ejemplo, los partos. Cuando empezó el área única, los centros privados representaban el 7% del total y pasaron a 18%; las consultas externas, del 8 al 20; intervenciones quirúrgicas con hospitalización, del 7 al 16; ambulatorias, del 10 al 21; resonancias, del 12 al 29; y suma y sigue. Estamos hablando de un problema muy serio, que no tiene que ver con el genoma del Sistema Nacional de Salud, porque esto es financiación pública, pero sí tiene que ver con un sistema público que va perdiendo recursos, se va depauperando progresivamente y, digamos, resignándose a seguir movido por la inercia.

Cuando ayer escuché aquí que, claro, que, en los hospitales, hablando de los públicos en realidad, es que ya solo ingresan personas mayores y extranjeros, porque es que «los demás, los activos», decían, «no ingresan ya en los hospitales». No, no ingresan en los hospitales públicos, porque los activos lo que hacen es irse a estos seis hospitales de la red del SERMAS que son hospitales privados *for profit*, que sí que cobran por acto.

Si vemos en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), los datos de empleo público y privado de especialistas médicos por especialidad cómo cambiaron en porcentaje desde 2010 hasta el 2017 o 2018, hay especialidades (neurología, dermatología, cirugía plástica, digestivo, etcétera) cuyos efectivos médicos en la red privada han aumentado más del 40% en ocho años. Estoy hablando de médicos vinculados con

contrato y también de colaboradores. Es decir, médicos que, por ejemplo, van a intervenir quirúrgicamente a un par de hospitales, etcétera.

En conjunto, el número de médicos que trabajan en hospitales privados aumentó durante la década, hasta 2019, que es el último en el que hay datos, un 43% y en los públicos se mantuvo más o menos estable. Esos datos son para toda España. Estamos hablando de un fenómeno cuya entidad es muy importante, la deriva hacia lo que os decía antes del transgénico. ¿Qué estoy diciendo? Estoy diciendo que, si las clases medias huyen de la sanidad pública porque las listas de espera son muy largas, etcétera, excepto para gastos catastróficos, para procesos oncológicos, para trasplante... Ahí no huyen. Pero, si huyen de la sanidad pública, no es solo que esté en riesgo la sostenibilidad financiera o económica del Sistema Nacional de Salud, me preocupa menos esa, que la sostenibilidad social. ¿Por qué voy a pagar yo impuestos para financiar una sanidad pública que no uso? La legitimidad de la contribución impositiva se va perdiendo y esto es lo que nos está pasando. Con lo que acabaremos en lo que llamamos el riesgo de lationamericanización de la sanidad española. La sanidad pública cubrirá una atención primaria pobre para pobres, los gastos de la superespecializada carísimos para todos, pero toda esa gama intermedia de servicios, de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, quedaría en manos del mercado, y esto es muy mala noticia, porque eso es un transgénico del Sistema Nacional de la Salud, que se supone que todos queremos defender.

La tendencia se refuerza con la crisis de la atención primaria. A estas alturas todos somos conscientes de cómo va abriendo la boca la serpiente, como hay cada vez más diferencial presupuestario a favor de hospitales; todos somos conscientes del envejecimiento de los médicos de familia. En 2018, solo el 13% de los médicos de familia tenía menos de 40 años. Esto es tremendo. Compáralo con los cirujanos vasculares, que el 37% tenía menos de 40 años. No se puede hacer una revolución con 60 años, porque no tienes ganas. Y la atención primaria necesita nuevas miradas y mucha energía interior para cambiar. Miremos la elección MIR, ¿cuántos eligen medicina de familia entre los 3.000 primeros? Pues resulta que, en 2019, 101. En el año 2002, eran el doble (200). Proporcionalmente, teniendo en cuenta el número de plazas convocadas, tocarían 845, pero en vez de 800 hay 100, 8 a 1. De esto somos conscientes todos ya.

Mi pregunta es, como aquello de ¿Dónde está Wally? es ¿dónde están los médicos de familia? Porque vamos a echar cuentas. Resulta que en los últimos 10 años han salido del MIR, formados como médicos de familia unos 19.000, teniendo en cuenta los que entraron y los cuatro años que dura la especialización MIR. Esto es más o menos el 49% del

total de médicos que está trabajando en la red pública de Atención Primaria. Entonces, ¿dónde están? Porque no aparecen médicos de familia, no hay para contratar, no hay en el mercado. ¿Dónde están, pues? Están en urgencias de hospitales, están en la privada. La red privada ha generado un gran shock de demanda en los años 2000. La privada ha captado médicos de familia, que son muy productivos, no para ser médicos de familia con el modelo asistencial basado en la atención primaria filtro, sino para contribuir a una medicina fragmentada basada en la demanda y no en la necesidad.

La verdad es que casi no he hablado de sostenibilidad porque me interesaba mucho el fijar esta idea de que estamos en riesgo de convertirnos en un transgénico y que, entre todos, tenemos que ponernos las pilas. En clave de sostenibilidad yo, por tanto, recalcaría que no es solo sostenibilidad financiera, que a corto plazo no me preocupa porque con los fondos europeos que nos van a caer del cielo, a corto plazo no va a haber presión, no tanta como en la crisis de 2008, pero sí en la sostenibilidad social y lo importante que es transitar hacia un sistema basado en valores.

Para hacer sostenible el sistema hay que actuar en los tres niveles, no hay otra. Cada uno en el nivel en el que está. No se puede hacer todo desde la micro o meso, pero tampoco desde la macro. Hay cosas que hay que hacer desde la macro. O sea, si hay que recentralizar servicios de cirugía cardíaca porque resulta que está demostrado que, comparado con otros países, hay demasiados, operan poco y, por tanto, tienen poca mano y, por tanto, la mortalidad es mayor, esto debe hacerse a nivel de macrogestión de la comunidad autónoma o incluso de varias comunidades autónomas, pero cada uno, desde su nivel, puede hacer muchas cosas y yo creo que mucho en el abajo-arriba.

Qué cosas planteo yo para el debate. El cambio del sector sanitario como sector económico, como sector atractivo para el capital privado. La digitalización de la sanidad, que es mucho más que la telemedicina, para bien y para mal. Cuando todas las semanas se reúnen los diecisiete consejeros por Zoom, eso es digitalización de la sanidad. Es un avance enorme hacia la cohesión. Pero la digitalización tiene un brillo que nos deslumbra, parece que todo lo digital es bueno, pero no necesariamente y hacen falta herramientas de evaluación nuevas que necesitamos poner en marcha para evaluar el valor de la digitalización en relación a sus costes.

Lo de abajo-arriba que os decía. El punto más importante me parece a mí. O sea, el hilo del que tirar aquí en esta maraña para mí es este. El cambiar los incentivos y los instrumentos de gestión. Los hospitales públicos no pueden competir con los privados por la capacidad

de retener talento, por retribuir de acuerdo con la variedad, la heterogeneidad de las preferencias de los profesionales. No pueden. Necesitan herramientas de gestión y no las tienen.

Durante la pandemia, transitoriamente, no es que las tuvieran, sino que se las tomaron, y así nos fue de bien. O sea, hemos demostrado que somos capaces de ser flexibles, pero ahora que vuelven las aguas a su cauce y que volvemos a la legislación que teníamos, volvemos a las rigideces de antes. Pues igual lo que hay que hacer es cambiar esas reglas del juego. Porque, si no, lo que ha pasado en Madrid va a ir a más y va a pasar en otros lugares también. ¿Y nos interesa esto? Yo creo que no. Como colectivo, como sociedad, yo creo que no nos interesa.

La Atención Primaria es una clave importante para la sostenibilidad financiera y para la social del Sistema Nacional de Salud. Mimar a la primaria puede tener consecuencias, digamos, rescatadoras de todo el sistema y de esto tenemos que ser conscientes. Y, desde luego, el bla, bla, bla, no arregla nada. Eso está claro.

Finalmente, hay un tema en el que no entramos, pero creo que igual para el debate también podemos considerarlo. Es el de cómo decidir la cobertura y reembolso, sobre todo, de medicamentos de alto coste, de prestaciones de alto coste, etcétera, con criterios basados en el valor que aportan. Por ejemplo, del coste-efectividad. Y nada más, con eso termino, gracias.

José Soto: Bueno, ya nos habéis dejado tarea las dos. Hemos pactado una cosa. Vamos a debatir entre nosotros tres, pero abrimos el debate desde el primer minuto, o sea, desde ya, estamos en debate general. Es decir, nosotros vamos a continuar hablando, pero quien quiera en algún momento decir algo, preguntar algo, aunque no pregunte, solo decir algo, que levante la mano. Entonces, se le pasa el micrófono y le damos paso, ¿de acuerdo?

Yo hago una pregunta general a Pilar, ¿tú crees que los profesionales sanitarios, preferentemente médicos (vamos a médicos para no hacerlo demasiado abierto, demasiado amplio), son conscientes de los movimientos generales que nos ha comentado Bea? Por ejemplo, ¿habéis hablado alguna vez de esto?

Pilar Garrido: A mí me ha gustado la charla de Bea. Enhorabuena. Te he oído muchas veces y siempre me gusta, pero, por primera vez, percepción del todo el tema de la privada. Yo trabajo en un hospital en Madrid y soy oncóloga, que, según tus cuentas, no debería ser de lo que lo hemos notado. O sea, la perversión es mayor, porque el paciente elige un

médico privado, pero luego su aseguramiento no le financia el tratamiento y lo que viene a mi consulta no es a que yo le aconseje el tratamiento, es a que le prescriba algo que le está haciendo otro médico.

Llevar pacientes a medias dos profesionales es muy complicado. Por supuesto el paciente tiene derecho a elegir, pero nos encontramos con esta perversión que, si no se lo financia su sistema privado, tú no puedes no hacerlo. O sea que esto va más...

Intentando responder a tu pregunta, creo que percepción individual sí que hay. Posiblemente no hay un movimiento tan dirigido un poco a aflorar esto, como a mí se me ocurre después de oír a Bea.

José Soto: ¿Y tú crees, Bea, que la latinoamericanización se va imponer de verdad o es solo para asustar?

Beatriz González: Yo confío en que no lleguemos ahí, pero a lo mejor es *wishful thinking*. La verdad es que el rumbo que llevamos es rumbo de colisión tal y como yo lo veo. No me gusta nada ser pesimista, pero es que no tengo más remedio. Es que es lo que hay. Y el punto del que tirar son los profesionales, los recursos humanos. Que en la pública estén cansados, que no se sientan valorados, que no se sientan mimados, que estén en una carrera burocrática en la que hasta los cuarenta y pico años no tienes tu plaza, no tienes tu trabajo estable. Y, claro, la privada te está ofreciendo el canto de la sirena. Por ejemplo, en Madrid, a los médicos jóvenes que solo están en la pública, sobre todo en algunas especialidades, los demás los miran raro y les dicen «oye, pero ¿tú qué haces aquí? Pero, ¿qué haces que no trabajas por la tarde en la privada?». ».

Pilar Garrido: De hecho, el movimiento es, por lo menos en el ámbito mío, la privada era algo complementario. Ahora ya no. De hecho, antes comentábamos que no hay oncólogos en Soria y, entonces, yo decía «mira, en Madrid hay mucho oncólogo», que es un poco también el modelo, de otras especialidades igual, que te quedas alrededor del hospital en el que te formaste o de un hospital grande esperando que algo va a llegar, que no llega, que vas haciendo contratos muy cortos, las famosas intensificaciones de muy pocos medios trampeando sin carrera profesional, y, de repente, lo que te llega es una oferta de la privada y te has posicionado.

Entonces, desde luego, en Madrid es brutal. No va a ir nadie a Soria, porque... Yo preguntaba «¿cuáles son los incentivos? ¿Qué se ofrece?», pero casi todo el perfil de la

gente joven que se queda alrededor es que, claro, no hay carrera profesional de verdad en la sanidad pública, es que no sé cuál es el porcentaje, pero altísimo. Que entras de adjunto con contratos malos, que tienes una plaza fija que no sé si deberíamos tener plaza fija, pero, bueno, que dejas de tener un contrato de cada tres meses o cada seis meses, cuando ya eres muy, muy adulto. Te jubilas con lo mismo, no hay posibilidades fáciles de cambiarte a otro sitio, te gusta la docencia, acreditarse es muy complicado, la investigación, dependiendo de la especialidad, es muy complicado. Entonces, yo creo que la pandemia lo que nos ha dado, y por eso he centrado mucho el debate en eso, una motivación de sí, todos juntos y por los pacientes y esto llegamos mucho más lejos. Es que me parece un momento que no podemos perder porque comparto tu visión cien por cien.

José Soto: Sin embargo, el cambio para los líderes es atractivo siempre, es decir, no siempre priman las resistencias al cambio de las masas, sino que es atractivo. ¿Podría ser en algún punto atractivo para los profesionales, para los directivos, esta variante genómica que nos has contado hacia la menor importancia de la provisión pública y del aseguramiento público porcentual?

Beatriz González: Creo que lo que está pasando es que en los hospitales públicos de Madrid los directivos no están alarmados por esta pérdida masiva, esta hemorragia de pacientes. En realidad, están más cómodos, porque no tienen aquella presión de demanda que tenían antes. Están bien. No hay incentivos en los hospitales públicos a los directivos ni a los profesionales. Se les han ido los pacientes, pero ellos están estables, no es que pierdan tampoco, porque hay gente para todo. Pero, claro, es que acaban ingresando solo a los ancianos pluripatológicos y a los extranjeros. A mí me dejó ayer, de verdad, preocupadísima que parezca normal que en los hospitales públicos solo ingresen ancianos y extranjeros.

Que en los hospitales públicos los profesionales no sepan qué hace su gerente o qué hacen sus directivos es muy mala señal, salió en la mesa anterior. Es una señal horrible. Es porque sus directivos no tienen demasiado margen, holgura, para tomar decisiones y para gestionar. Si tú le preguntas a un trabajador de una empresa privada, «oye, a ver, ¿quién manda aquí? ¿Quién es el CEO?», te dicen «el CEO, tal; el director financiero, tal; el de recursos humanos, tal». Cualquier trabajador sabe perfectamente la misión de cada directivo de su empresa. Un problema enorme es el marco jurídico de gestión de las empresas públicas, de los hospitales públicos, tan, tan, tan asfixiante. Y este es el nudo gordiano, sobre todo, en compras y en recursos humanos.

Pilar Garrido: Yo, si me dejáis, otra cosa que también me parece superimportante. Creo que los ciudadanos dan por sentado el valor profesional igual. Por lo tanto, tú eliges que te vas a un centro privado porque te tienes que hacer una resonancia y tienes una lista de espera y aquí te lo hacen al día siguiente. Yo creo que, si nos moviéramos de verdad, con indicadores válidos, publicar y que sean transparentes los resultados de salud, pues a lo mejor el ciudadano dice, vale, la resonancia me la hago aquí, porque me la hacen más rápido, pero me da igual el proceso, el índice de complicaciones, la estancia media de ingresos, los resultados de supervivencia, lo que quiera, pues, oye, me voy a ir a este hospital en vez de a este otro, pero, como eso no lo tenemos, lo que se visualiza es la rapidez, porque se da por sentado el equivalente de calidad, que cuando estás dentro sabes perfectamente que no es igual, pero eso voy hasta la calidad del informe de esa resonancia.

Quiero decir, que no estoy diciendo que sea mejor el de la pública o el de la privada, estoy diciendo que se están tomando decisiones partiendo de una base que los profesionales sabemos que no necesariamente es así. Y, por tanto, yo creo que, si nos pusiéramos de verdad no las memorias en las que salen datos que no sabemos... Por ejemplo, en mi ámbito, y lo hemos hablado mil veces, los indicadores por los que nos comparan, nos evalúan, son de ingresos, pues en un servicio de oncología, en función de la derivación que tengas a paliativos, tendrás una estancia media mayor, pero la actividad de oncología es ambulatoria y de ahí no tenemos consensuados y no se recogen los datos de la misma manera.

Por lo tanto, hay mucho que se puede trabajar para hacer atractiva con números otra vez la sanidad pública, que probablemente los profesionales estar inmersos en eso les serviría también de incentivo. Bueno, yo creo que sí que hay cosas que se pueden hacer, pero que hay que hacer cosas o, bueno, el ritmo de colisión lo comparto.

José Soto: Yo le comentaba una anécdota hace diez años o por ahí a un consejero de Madrid que se veía un camino que se estaba empezando a visualizar ya que es la existencia de centros de consultas externas en los centros comerciales. O sea, con sus consultas externas por médicos de familia habitualmente y que, entonces, se les abriría un camino de atención rápida a la demanda, fácil, etcétera. Ya empezamos a ver a alguno. Empezamos a ver farmacias, empezamos a ver clínicas o incluso hospitales, que les llaman ahora, para mascotas en los centros comerciales. Entonces, ahora a mí me parece que eso también va a convulsionar un poco. No sé, ¿cómo lo ves?

Beatriz González: Con la aceleración que llevamos no soportamos esperar. Si estás en internet y tienes que esperar cinco segundos a que te baje una página, dices, «bah, está

mal, está caída». No soportamos esperar quince segundos. No soportamos esperar a que te diagnostiquen si tienes un dolor. Y, entonces, ¿cuál es la solución barata, pero mala? Pues que te digan «te ofrecemos una consulta, incluso online, en menos de una hora con un médico», y ya está. Y eso puede ser en el centro comercial y, si tú te vas a pedir un crédito hipotecario a tu banco, dice «vale, te bajo una décima del tipo de interés si te haces el seguro de salud con nosotros», ¿vale? En este país ha habido una concentración enorme, digamos, de la red privada, como sabéis, en grupos cada vez más grandes y con más cuota de mercado, pero también un fenómeno de *tunneling* entre las aseguradoras de salud y sus propios centros, sus propios hospitales, de modo que los precios de transferencia, lo que pagan las aseguradoras a los médicos que trabajan para ellos es una miseria. Siete euros por consulta. Es una configuración muy extraña. No existe en todo el mundo... Estamos en transición hacia otra cosa. Esto es provisional. Esos precios no se pueden mantener. Un médico no puede cobrar siete euros por una consulta. ¿Sí o no? Pero, de momento, estamos manteniendo esa situación.

Todo esto en un contexto en el que en el fondo lo que ocurre es que el paciente ha cambiado, los ciudadanos, porque no somos capaces de esperar más. Somos menos tolerantes a la incertidumbre que antes y, claro, el sistema público tiene que asumir ese reto de alguna manera también, porque, si no, no está cubriendo unas necesidades que son sentidas por la población. Que te digan que hay una lista de espera de un año, equivale a decir que no existe esa cobertura, aunque esté en el Boletín Oficial del Estado como cobertura pública. Una lista de espera de un año o de seis meses, hoy en día, implica que no existe esa prestación... salvo para quienes no tienen recursos económicos.

Juan del Llano: Gracias, Pilar y Beatriz, por vuestras magníficas presentaciones. Quería formular un par de preguntas a la mesa. La primera es ¿conocen los profesionales y los decisores que el comportamiento dual, es decir, simultanear la pública y la privada, es ineficiente para el empleador principal?

Y la segunda pregunta es más para Beatriz, lo hemos escrito y la verdad es que no acabamos de encontrar la grieta por donde penetrar para cambiar las reglas del juego. Hay que implicar al cuerpo de élite de la función pública, a los abogados del Estado, a los letrados, a toda esta red de profesionales que tienen a su cargo el cumplimiento de las leyes. ¿Cómo podríamos motivar a este segmento de la función pública? ¿Cómo les podríamos hacer más cómplices de que un sector tan dinámico como el sanitario no puede seguir con las rigideces y con la estructura tan obsoleta que tiene? Gracias.

José Soto: Primera pregunta. Adelante, Pilar.

Pilar Garrido: Pues yo te la devolvería Juan, ¿cuál es la diferencia entre que el profesional sepa o no sepa que este sistema es ineficiente para el empleador? Es decir, eso implicaría que el profesional siente que el ser conocedor sirve para ayudar a cambiar las cosas y lo que siente el profesional es que es un trabajador que su opinión no se tiene en cuenta para nada. Por lo tanto, pues no es relevante si desde mi visión si el profesional lo sabe o no, si percibe que no puede ayudar a promover soluciones. Para mí, te diría ¿el empleador principal es consciente de los retos de esto?

José Soto: Segunda pregunta, Bea.

Beatriz González: Déjame que diga algo en la primera también.

José Soto: Venga, vale. Adelante.

Beatriz González: El reto es alinear los incentivos del trabajador y de la organización, que están cada vez más desalineados. Estamos hablando de gente que es asalariada por la mañana y autónoma por la tarde, con empresas laborales cooperativas. A ese trabajador le da igual que su conducta sea ineficiente para la organización, puesto que partimos de la desafección. Yo soy maltratado en esta organización, no me debe nada.

Bueno, y la segunda, claro, primer problema, es que los abogados del Estado y esa élite está en MUFACE. Ya empezamos mal. O sea, una excentricidad de nuestro sistema resulta que asegura a dos millones de personas, que son los funcionarios de la Administración Civil del Estado, los jueces y las fuerzas armadas. A los cuerpos de élite se les permite asegurarse privadamente. Por tanto, la *awareness* a lo mejor sí, pero es que ellos no se sienten seguramente pues, digamos, afectados por esta pérdida, que sí que es una pérdida de bienestar colectivo.

Yo no tengo duda de que el camino tendrá que pasar por revisar el estatuto. O sea, no puede ser que haya una OPE cada no sé cuántos años que paralice el sistema sanitario, porque la gente toma bajas laborales para preparársela, que luego tiene recursos judiciales que, a veces, acaban anulando los resultados años después. Tampoco es mucha solución el que se convoquen OPE todos los años, como hace Castilla y León, mejor que nada, sí, claro, pero lo que no sé si tiene sentido es que exista el concepto de «plaza en propiedad». Es que la propia palabra «plaza en propiedad» es privatizar,

hacer propiedad privada algo que es precisamente lo público. También nos pasa en la universidad.

Y, por último, yo creo que la Sanidad no puede ser considerada como un negociado más de la Administración General del Estado. La Sanidad no es como una oficina de atención de prestaciones administrativas, necesita otras reglas del juego.

Entonces, hacérselo valer, hacérselo entender a la élite de los funcionarios, pues igual sí, pero yo creo que la presión debería venir de abajo a arriba de la población y yo no veo a la población muy metida en esto ni muy consciente del problema. Por eso, me paso la vida predicando para intentar poner en evidencia lo que me parece que es más perentorio para el sistema sanitario público, que es flexibilizar la gestión, daros más herramientas a los que gestionáis.

José Soto: Sí. Bea primero. También preséntate, por favor, a todos los demás.

Beatriz Massa: Soy Beatriz Massa, la gerente del departamento de salud de San Juan en Alicante. Me parece brillante la mesa y creo que debería ser transformadora, porque, si no, no haríamos nada.

Dos reflexiones. Ayer en la mesa de por la tarde se hablaba del poder de la digitalización y, bueno, pues había ciertas dudas y nos planteábamos si la llamada telefónica o la videollamada. Más allá de eso, yo creo que la conferencia de Beatriz, mi tocaya, es clara y manifiesta. Es decir, estamos viendo la tele y nos están bombardeando, y no somos conscientes del bombardeo de apuestas por seguros de salud, pero está ahí. Digitalización en sentido amplio, pero o nos apuntamos al carro y nos apuntamos desde ya, o tenemos perdida la partida sin duda.

Y, luego, al hilo de una reflexión de Pilar sobre vender el modelo de la sanidad pública, porque es verdad que tenemos fortalezas claras y la gente lo sabe, pues yo creo que tenemos que hacer también una reflexión sobre cómo abordamos la comunicación de nuestras fortalezas porque no tengo tan claro que el ciudadano sea capaz de valorar realmente si una infección nosocomial es lo que le urge o lo importante o cuánto me dura el ingreso. No lo sé con certeza. Lo que él valora es la accesibilidad. Lo que decía Beatriz, si a mí no me pueden operar de cataratas en seis meses es que me voy. Entonces, a lo mejor la comunicación enfocada al ciudadano tiene que cambiar de matices y hacerla de otra manera que realmente entienda lo bueno que tiene el sistema público, pero con frases o

con un paradigma del ciudadano, porque nosotros tendremos que seguir midiendo resultados en salud sin duda y otras cosas, pero, de cara a comunicarnos con el ciudadano, a lo mejor tenemos que cambiar el lenguaje. Nada más, gracias.

José Soto: Vamos a dar entrada a Alfredo ahora y después intervenimos otra vez nosotros. Bueno, Eloína quiere también hablar.

Alfredo Martínez: Brevemente, porque yo creo que claramente la jornada se está viniendo arriba. Con las mesas sucesivas yo cada vez estoy más contento. Una reflexión y dos preguntas.

La reflexión, me está pasando como me pasó en la mesa en que no había nadie de primaria, me falta alguien de la privada igual aquí dando su punto de vista. Yo voy a dar lo que yo he tenido, la experiencia de la coordinación de hospitales público-privados en la pandemia en Navarra.

No envidio a los gestores de los hospitales privados. Esta idea que a veces tenemos de que tienen más herramientas, de que tienen más facilidad, que pueden hacer más cosas, que pueden atraer más talento, a veces sí y a veces no. Yo creo que la pandemia ha hecho crecer los servicios públicos más que los privados y que quizás las situaciones son desiguales en relación en relación como las comunidades autónomas. En concreto, en Navarra la sanidad privada tiene una parte que colabora con la pública, pero tiene un negocio privado que atrae valor, riqueza y fortaleza en la sanidad de Navarra. O sea que quizás las situaciones y los modelos pueden ser distintos y mi experiencia personal es que no he tenido más dificultades de coordinación y trabajo en común con la sanidad privada que la que he tenido con otros centros públicos. Es decir, abogo por la colaboración. Creo que puede ser positiva, enriquecedora para la sanidad y enriquecedora para la comunidad. Creo que además hay una diferencia de lo que es la sanidad de consumo con los anuncios, que es una sanidad casi de complacencia y, a veces, de poca complejidad o de poco valor añadido, pero ofrece al consumidor la rapidez, la inmediatez, la exquisitez en las instalaciones y en el trato que a veces no alcanzamos en lo público, pero, cuando tienes un tumor que necesite un PET o que necesite un ingreso en UCI prolongado, seguimos siendo los referentes. Entonces, esa es un poco mi reflexión y mi experiencia.

Y dos preguntas. Yo quiero felicitaros a las dos. Si la organización consigue apropiarse de las presentaciones y filtrarlas, estaría muy agradecido, porque yo creo que son de valor y además que nos vendrán muy bien para reflexionarlas más despacio.

En cuanto a la aportación de Pilar, yo quiero felicitar a FACME por lo que ha aportado en esta pandemia, sobre todo, porque yo creo que ha aportado una estructura de unificación de criterios de las sociedades científicas. Los primeros informes de las recomendaciones de las sociedades científicas fueron muy desiguales. Y hubo sociedades científicas que se fueron a un extremo de se cierra todo y nada se puede hacer. Otras fueron más realistas. Otras fueron más negacionistas. Sin embargo, desde que empezasteis a funcionar más con criterio de asociación, esto tuvo más peso en las consejerías, tuvo más peso en el ministerio y, de verdad, fue de mucha utilidad, y la pregunta es, ¿va a poder continuar haciendo esta labor? ¿Las sociedades os van a seguir dejando funcionar? Ya no solo las organizaciones, sino cómo ves la actitud de las sociedades.

Y hago la otra pregunta y ya me callo. Y muy concreto, en el tema de financiación y de los fondos europeos, han venido muy dirigidos. Seguramente no a las mayores necesidades del sistema, pero bienvenidos sean. Va a haber mucho en alta tecnología, pero igual hay otras necesidades mayores. En principio, lo recibí como una buena noticia. Si esto nos permitía liberar presupuestos de ordinario para las otras necesidades, ya no van a tener que competir en el presupuesto ordinario, pero veo un riesgo de que los presupuestos se vean en su conjunto, incluyendo las aportaciones de los fondos europeos, que digan que el presupuesto de sanidad ha crecido gracias a estos fondos europeos y nos recorten los fondos ordinarios y, entonces, nos veamos en una trampa que puede tener consecuencias a medio plazo, ¿cómo ves este tema? Gracias.

Eloína Nuñez: Buenos días a todos y la verdad que enhorabuena. Me ha encantado todo lo que ha pasado esta mañana porque realmente me ha dado ilusión de todo este tiempo en el cual llevo dedicándome a la gestión sanitaria y, bueno, viendo un poco el debate que proponía Beatriz, eso que pone en grande, los cambios de regulación, incentivos, que llevamos... Bueno, eso es tan antiguo, lo hemos visto desde hace mucho tiempo y, viendo un poco desde las reflexiones que hemos hecho, ese miedo o respeto que tenemos, porque creo que sí que lo tenemos, a olvidarnos de lo que hemos hecho en la pandemia y a ver cómo, desde el punto de vista nuestro y como gestores y directivos, debemos de implicar a los profesionales. Entonces, claro, yo me pongo un poco y veo la presentación de Pilar y eso que tú comentas, todo lo que hacemos todos los días, la asistencia, la docencia, la investigación, la gestión, todo eso es un poco lo que los profesionales y, en este caso, ahondando pues los jefes de servicio, que veíamos en la mesa anterior que también eran profesionales de la gestión, eso es un poco lo que todos los días pues vemos que hacen o que exigimos, en este caso, a los servicios.

Pero, por otro lado, vemos que siempre, como hacen todo eso, pues lo que hacen es pedir recursos (recursos humanos me refiero en este momento). Un momento en el que estamos viviendo lo que está comentando Beatriz de Madrid, pero que yo en mi comunidad autónoma que no tiene la población que tiene Madrid, no tiene ese aseguramiento privado, excepto lo que podrían ser dos grandes ciudades como es Coruña y Vigo, pero que ya lo veo que está pasando en las del interior, como es Lugo y Orense, donde están entrando, donde los profesionales se nos van a esas privadas. Mi visión es ¿cómo podemos hacer? Desde el punto de vista del profesional, desde el punto de vista de que, si yo me muevo por mi hospital, poco... trabajamos de lunes a viernes en un horario de 8 a 3 y la tarde, y el sábado y domingo es escaso. O bien va por peonada, por un sobre sueldo a parte. Nadie quiere trabajar por la tarde. En primaria cada vez, al no tener profesionales, las plazas ya no las ponemos por la tarde, sino que las ponemos por la mañana, aunque la población trabaje por la mañana. Los pediatras solo quieren estar por la mañana y las mujeres trabajan por la mañana con los niños y quieren ir al pediatra por la tarde. O sea, lo que quiere la población no está en consonancia con lo que quieren o piden los profesionales y, teniendo en cuenta algo que está ahí, como es las incompatibilidades y que los propios profesionales del sistema público se ven mal pagados, se ven, lo que decimos, desmotivados, y realmente el dinero que cobran es la base o bien de trabajos extras o bien de las guardias y ese pago de la guardia... O sea, ¿cómo veis esa necesidad? Que yo creo que a raíz de la pandemia no podemos dejarnos ir y tenemos que ser los impulsores y, por lo menos, impulsar determinados profesionales desde los diferentes estamentos, tanto clínico como gestor. ¿Cómo podemos o cómo deberíamos...? Y teniendo en cuenta lo que comenta Beatriz, pues, mira, para llegar a un cambio en esa regulación hay todos estos inconvenientes. O sea, ¿cómo lo veis? ¿Qué podemos aportar? ¿Qué podemos hacer para a lo mejor esa diferenciación entre privada y pública y poder pagar más al profesional y que no se nos vaya a esa privada, porque, en mi comunidad autónoma, las ofertas que hay para la privada son, aun haciendo guardias, son bastante más a nivel económico y motivador de, evidentemente, de la parte de investigación, en algunos hospitales, mucho más que la que pagamos en el sector público.

Entonces, bueno, es una tormenta de problemas, de ver un poco hacia dónde... Por dónde podemos empezar para poder visualizar que hagamos ese cambio y que no se nos vaya.

Pilar Garrido: Bueno, en principio, para la primera pregunta, primero, agradecer que FACME... lo que me comentabas. Sí que es cierto que hemos tenido *feedback* muy positivo de consejerías y a nivel también individual. Creo que al principio nosotros lo hemos tenido claro que este es el modelo y que no competimos con nadie, que representamos

un espacio diferente muy transversal y, desde luego, creo que la mayoría de sociedades científicas en este momento, como digo, las nacionales, las que tienen representación, se sienten muy cómodas en este modelo porque, con los ejemplos de lo que hemos ido haciendo, lo que han visto es que no ocupamos espacios individuales, pero aumentamos como altavoz los espacios comunes. Por lo tanto, sin duda, y estamos llenos de proyectos. La covid ha sido el detonante para ganarnos también la confianza de las sociedades en este sentido, pero la viabilidad futura de todo esto, en mi opinión, pasa por cuál será el reconocimiento que tenemos de las instituciones. Porque, vuelvo a lo mismo, si está el plan de resiliencia, está cualquier toma de decisión, si nosotros no somos interlocutores... En el Ministerio hay tres direcciones generales. Hemos tenido una colaboración estrechísima con una de ellas. Un objetivo nuestro el año que viene es entrar a saco con temas de recertificación, etcétera. Me gustaría tener esto mismo con la Dirección General de Ordenación Profesional y, desde luego, otro ámbito en el que nos vamos a meter a saco tiene que ver con la evaluación de medicamentos de alto impacto, etcétera; porque son cosas transversales a muchas sociedades. Pues nos gustaría tener. Pero, si no identificamos si al final es... Como no somos útiles, como te pasa a veces cuando no eres el jefe de servicio, eres útil para determinadas cosas, pero parta otras no. Tú no eres el interlocutor porque no tienes esa capacitación. Pues, entonces, esto se perderá. Pero, desde luego, nosotros de momento el impulso, a mí me queda un año, es que, con esta aceleración de lo que ha sido covid, vamos muy alineados todos e identificamos muchas áreas de trabajo y seguiremos el mismo modelo de comunicación para arriba, para abajo. Y lo que nos gustaría es crear, entre comillas, el ambiente que lo que nos permita es conseguir tener esa...

O sea, es decir, ser un interlocutor válido con un reconocimiento oficial para que realmente pueda tener un crecimiento a más largo plazo. Por lo tanto, desde el lado de la gestión, desde el lado de la administración, que no se quede como aquello de los aplausos a los médicos y ahora vienen las reclamaciones. Estamos ahí, queremos seguir estando, ayudarnos a que tengamos el papel reconocido.

Beatriz González: Vale. Yo, con respecto a la pregunta de Alfredo, creo que tienes razón, que hay cierto riesgo de que, al haber fondos europeos, se retraigan los fondos ordinarios para las necesidades ordinarias. Si hay cierto riesgo hay que estar muy vigilantes, pero la buena noticia es que muchos de los fondos europeos son para el capítulo seis que viene como aparte porque el capítulo seis es cero en los últimos años en presupuesto ordinario, y está bastante bien delimitado. Y, luego, que gran parte de los fondos europeos van a ser condicionados a proyectos muchos por la vía de investigación. Entonces, es difícil

que alguien rebaje el presupuesto ordinario del hospital con esta excusa de que ya tiene financiación por estas otras vías.

José Soto: Se ha comentado en general que un factor que está influyendo es el bajo salario de los profesionales que buscan compensar luego haciéndose autónomos o pidiendo compatibilidad para ocupar un segundo puesto, etcétera.

Y los directivos, ¿cómo lo veis? Porque hemos asistido a una mesa anterior donde han dicho que los directivos, claro, se acusaba en algunos gobiernos por parte de otros consejeros (no de sanidad) que no podía ser que los directivos de sanidad cobrasen más que el resto. Y yo no sé. Supongo yo que el resto estamos igual, pero yo estoy en trescientos y pico en el orden de lista de mi hospital y tengo un hijo de 24 años que es ingeniero de caminos, 24 que en su primer trabajo cobra ya más que yo y tiene a su cargo cinco personas. Quiero decir, ¿cómo lo veis esto? Esto es como una defensa de las condiciones de los directivos por parte de SEDISA.

A ver, ¿cómo lo hacemos? ¿Sí? ¿Estáis de acuerdo?

Pilar Garrido: Efectivamente. Yo creo que, en general, en el ámbito de la sanidad, cuando te comparas con cualquier otro ámbito y reflexionas sobre el nivel de responsabilidad que tenemos o individual sobre pacientes o sobre tal, pues estamos muy mal pagados. Es verdad que no necesariamente para todos los médicos que a mí se me vienen a la cabeza el incentivo hará que las cosas sean diferentes es el económico solo, pero, desde luego, es un factor. Y ya si te comparas, vamos, no si te comparas con la privada en España, si te comparas con otro de fuera, ya te echas a llorar. Pero, bueno, yo creo que, aun así, y esto es algo sabido en la población, sigue siendo una profesión muy demandada. O sea, el número de estudiantes de medicina sigue creciendo. Ahí hay el lío también de más facultades, más... Otro melón que no vamos a abrir, pero, siendo una profesión de mucha vocación (y enfermería igual), que todo el mundo sabe que en España no está bien pagada, bueno, pues sigue arrasando.

Entonces, en ese pequeño punto sí que tengo confianza, pero, vamos, comparto plenamente, vamos, que económicamente directivos y no directivos podrían estar mejor pagados.

José Soto: Una vía que se alude a menudo de que si los hospitales públicos pudiesen entrar en la competencia por el denominado turismo sanitario mediante acuerdos en-

tre gobiernos, por otros sitios, y se cuenta, a mí me contaron hace unos años, alguna experiencia del gobierno danés que gestiona un hospital en Marbella, no, en Portobelo, que está al lado de Marbella, y, entonces, este hospital está concertado con la sanidad pública andaluza y estaban en proceso de renovación de ese acuerdo porque la sanidad pública danesa traía aquí a sus pacientes y aquí pues eran atendidos por esa pequeña clínica y la mayor parte de sus necesidades iban a los hospitales públicos de Marbella y de Málaga. ¿Cómo ves eso, Bea? Esa oportunidad que yo creo que no se ha sondeado. ¿Vendría bien a los hospitales públicos o a la sanidad pública o sería un lastre más que impediría el acceso adecuado?

Beatriz González: A la de Madrid al parecer sí. De hecho, ya decían ayer que solo hay viejos y extranjeros. Pero, claro, habiendo una lista de espera como la que hay en el país, pues parece éticamente un poco reprochable el plantearse atraer demanda de turistas que pueden, digamos, competir por los recursos necesarios de los pacientes invisibles que están esperando para ser atendidos. Eso sería un paso una vez que tengamos un poco resuelto el problema inmediato, urgente del acceso a las listas de espera. Que, como todos sabemos, es un problema complejo que no es nuevo y que no es fácil de resolver, que puede implicar incentivos muy perversos como con las peonadas, trabajas menos por la mañana porque te estás alimentando tu bolsa, tu capital. En fin, esto es supersabido. Pero seguramente nunca habíamos estado en una situación a corto plazo tan tensa como la que tenemos ahora, porque las listas de espera no existen en oncología, pero no existen oficialmente sobre el papel, porque no se ven, pero lo que es invisible también es un problema.

Pilar Garrido: Si el paciente luego le tienes que hacer una resonancia para eso tienes la lista de espera. Quiero decir que tú no estás a lo mejor para atender al paciente, pero la tienes igual, aunque no esté medida, si las exploraciones que necesitas tienen lista de espera, porque tú, al final, no puedes tomar la decisión.

Jon Guajardo: Felicidades. Soy Jon Guajardo. Una cosa puntual y para cambiar un poco de tema. Antes, Beatriz, has presentado en la diapositiva y ya hablando un poquito de este tema que también está subyacente de la crisis en Atención Primaria, la falta de financiación. Yo que estoy de gerente en una organización sanitaria integrada en donde el presupuesto es común lógicamente, me pregunto cómo puedo potenciar la financiación en Atención Primaria. Es decir, la única forma que se me ocurre de forma práctica es incrementar los recursos humanos porque los recursos tecnológicos lógicamente no están en primaria, puedo poner ecógrafos o puedo poner..., no sé, pero realmente es un

discurso que se utiliza mucho el que no se está financiando la Atención Primaria, pero a mí me gustaría saber cómo podemos realmente darle ese incremento de financiación. Fuera, aparte de los recursos humanos, que, si hablamos de médicos, no hay. No sé si es un tópico o es una realidad.

José Soto: No, no, no. Que digo yo que Jon abre el debate ahora que nos faltaba por entrar que es la Atención Primaria. Adelante.

Beatriz González: Te digo lo que yo pienso, ¿vale? Vamos a ver, a las mujeres nos discriminan positivamente porque había una brecha de género brutal en este país y por eso hay medidas de discriminación positiva. Esto hace falta en Atención Primaria, en medicina de familia en España. Por ejemplo, el que en las convocatorias de proyectos de investigación financiados con fondos públicos tenga que haber una cuota mínima de proyectos de Atención Primaria. Igual que tiene que haber mujeres en los tribunales, lo mismo. De momento, mientras no lleguemos a un equilibrio mayor. ¿Por qué? Porque las retribuciones no son el único elemento de la compensación de un trabajador y, si algo aprendieron los departamentos de recursos humanos de la empresa privada, es que los trabajadores son cada vez más heterogéneos en sus preferencias. Hay quien valora más el dinero, quien valora más la posibilidad de carrera profesional, la valoración por los colegas, la valoración por los clientes que son los pacientes, la posibilidad de investigación, etcétera. Y nosotros solo nos guiamos por un parámetro que es cuánto le pagas, pero los demás, los otros componentes de la compensación están diluidos.

Lo primero sí que se podría decir, mira, vamos a hacer un plan de choque que es vamos a pagar más a los médicos de primaria. Ahora mismo, en Atención Primaria, los médicos cobran 2,1 veces en España el salario medio del país y, en Atención Hospitalaria, 2,4 veces. Bueno, pues vamos a hacer un plan de choque que es, venga, vamos a pagar más a los médicos de primaria, pediatras y médicos de familia a ver qué pasa. Pero eso solo es un componente. En Dinamarca, la atención primaria está muy prestigiada, ¿por qué? ¿Por qué? Porque hay cátedras de medicina de familia muy potentes en las universidades, tienen mucho prestigio, investigan muchísimo, etcétera. Esto es lo que nos falta en este país.

Claro, como dice un colega de primaria de mi isla, dice «mira, si me quieres, dímelo con el presupuesto, no me mandes flores». Todo el mundo está echando flores a la primaria, pero resulta que hay que mojarse. Y mojarse podría ser empezar por unas cuantas señales claras, señales muy claras que lleguen y a ver qué pasa, porque, si no, como no

hagamos algo muy revulsivo, esto tiene rumbo de colisión. O sea, la primaria no se va a recuperar por sí misma, porque necesita renovarse generacionalmente y los médicos de familia jóvenes rehúyen la Atención Primaria y acaban en los hospitales en urgencias. Falta esa fuerza interior, esa savia que revitalice la primaria. Eso es lo que yo pienso.

Pilar Garrido: De hecho, yo creo que una de las cosas que sucede es que, en el MIR, no lo tengo de números exactos, pero sí que creo que el número de personas que renuncian una vez elegidos es más alto en primaria que en otras porque, normalmente no es tu primera elección, es la elección... por lo de los números que has dicho.

Entonces, yo recuerdo cuando yo elegí el MIR, de mis compañeros y de los primeros números elegía familia. Vamos, me acuerdo perfectamente. Y eso ahora no es habitual, es por defecto. Y, claro, eso hay que hacerlo. Estoy totalmente de acuerdo contigo. Hay que hacerla más atractiva. Pensando en que tienes un desarrollo profesional, si tu incentivo no es el económico, diferente el que tienes. Y de lo que no hay médicos de primaria, bueno, porque hemos visto que unos cuantos están en la privada, o sea que, si conseguimos incentivarlos de otra manera, igual que de la privada podrían volver a la pública. Porque, por números, hay muchos médicos de primaria.

Jon Guajardo: De todas formas, no me has contestado a la pregunta.

Beatriz González: ¿No te he contestado?

Jon Guajardo: No, porque, a ver, es un poco un tópico que estoy escuchando todos los días y es que la financiación debe incrementarse. Estamos hablando de un tema económico. Lo que estamos comentando es otra manera de prestigiar la primaria probablemente a otros niveles.

Beatriz González: ¿Y pagar más?

Jon Guajardo: Bueno, no sé. ¿Es pagar más, entonces, el incrementar la financiación? Pregunto.

Beatriz González: Bueno, yo una de las cosas que sugerí era pagarles más, más que a los de especializada, que a los de hospitales.

Jon Guajardo: Es un debate un poco para todos también.

Beatriz González: Esa era una de las cosas que creí que había dicho. Igual se me pasó.

Jon Guajardo: No.

Beatriz González: Pagarles más. El subirles a los de primaria la retribución.

Eloína Nuñez: Bea, yo hablo de mi comunidad autónoma. Entonces, a mí me preguntas ahora esa afirmación que haces, si yo, teniendo en cuenta que, en mi comunidad autónoma, los médicos de primaria trabajan pues de lunes a sábado, no hay las 35 horas y pueden elegir si quieren hacer guardias o no, si yo comparo ese sueldo por tiempo trabajado en comparación con el médico de hospital y sin guardias, evidentemente, el médico de primaria gana más porque tiene todos los complementos del número de tarjetas, de la soledad, del aislamiento, etcétera. Comparándolo así.

Si hago una mezcla metiendo lo que es el médico de PAC, de Punto de Atención Continuada, que son categorías nuevas que creamos junto con el de hospital, si hago esa media, o junto con el de primaria, sí que me saldría menos, pero, claro, esto probablemente decirlo así...

Y, luego, por otro lado, yo también reflexiono y digo, a ver, hoy en día, el trabajo del médico de familia, que no solo es hacer la consulta, sino la programada, hacer cirugía menor, las espirometrías..., es decir, todo lo mínimo que puede hacer, el programa de la mujer... En algunos centros pues llevan el embarazo si así el paciente lo considera. Es decir, que no es solo hacer una consulta y trabajar todos los días o de 8 a 3, o de 3 a 10. A mí me parece muchas veces también que es mucho más trabajoso a la hora de... que, a lo mejor, si estás en un hospital y, sobre todo, si a lo mejor vas a trabajar a un pueblo con dos o tres o tú solo. Es decir, no es todo el estar en un centro con quince compañeros, central en la capital o en el... No donde está el hospital, sino que es la dispersión que tiene la primaria y que en nuestro país pues es bastante. Es muy diferente ir a trabajar a un sitio donde estás tú solo, por mucho que lo incentives que donde tienes otros compañeros o donde no puedes hacerlo, que a lo mejor también por eso no se está a lo mejor cogiendo lo que es la medicina familiar y comunitaria. Es una reflexión.

Beatriz González: Pero vosotros veis lo de pagar más o no. A ver, Eloína y Jon.

Eloína Nuñez: Claro que lo de pagar más. No tengo ninguna duda, pero no comparto, al menos en mi comunidad, lo que tú comentas de que el médico de familia gana menos que el médico de hospital. Si lo comparo en horas de tiempo trabajado. Es a lo que me refiero.

José Soto: A ver, pásale a Jon para que responda a esta última pregunta. ¿Compartes Jon que se pague...?

Jon Guajardo: Yo estoy de acuerdo en que pueda ser un elemento que se pueda incorporar, como un incentivo, porque, necesitamos médicos de familia. Está claro que su función es fundamental.

Estoy de acuerdo con lo que comenta Eloína. Yo creo que no es que estén cobrando menos y ahora en la coyuntura de escasez de profesionales, se han puesto pagos complementarios cuando se tienen que ocupar otro cupo o cuando tienen que atender otro cupo, etcétera. En la revisión de las nóminas, tienen ingresos equivalentes a los médicos hospitalarios. Puedo asegurar que bastantes de ellos cobran más que yo. Es decir, que no es que cobren menos, aunque entiendo que pueda ser una medida de incentivación, pero yo a lo que voy es que hay un discurso en cierto ámbito social en el que se dice que a financiación de la primaria va a menos, entonces, digo, como gerente, ¿qué podemos hacer?

Porque los medios dicen «claro, claro, compras la Resonancia o el TAC para el hospital», pero la resonancia, es para los pacientes de nuestro sistema de salud. O has puesto 2 quirófanos nuevos en el hospital.... Entonces, ¿Es ésta, la manera de argumentar que la financiación de la primaria va para abajo? ¿Qué tenemos que hacer? ¿Pagar más? Es un poco la pregunta. Yo, si es eso, estoy de acuerdo. Pero no sé si es lo que se pretende para reforzar la A. Primaria. No creo que sea eso.

Candela Calle: Yo en esta línea también tengo la experiencia de haber llevado toda... el 80% de la primaria de Cataluña y puedo entender lo que tú comentabas respecto al tema de retribución y sí que es cierto que el análisis de retribución, si lo hacemos por horas, es comparable o no es comparable. Y todos sabemos también que la retribución añadida a motivación y compromiso dura un ratito, porque no es el incentivo primero de los profesionales, es todo lo demás y muy vinculado, quizá, a algo que, de forma repetida, desde ayer por la tarde está saliendo que yo creo que es la reflexión de qué papel queremos que haga la primaria en nuestro modelo sanitario. Quizá la primaria no está dibujada como puede estar dibujada el resto de cartera de servicios del sistema sanitario y el reto importante que es de qué manera coordinamos de forma clara los hospitales con la primaria. Cada vez más los hospitales y la primaria viven de espaldas, no están alrededor del proceso asistencial. Cuando, quizá, la pandemia, y estamos todo el rato hablando de la pandemia, ha puesto en valor lo importante que es la sinergia. Por lo cual, yo estoy de acuerdo con la reflexión que hacían Eloína y Jon, que quizá lo que más hemos de hacer es

poner más recursos a la primaria, pero más recursos desde todos los puntos de vista. Y más rol y visualizar más. Y huiría de un tema de sueldo.

Ana Tabernero: Hola, buenas tardes. Soy Ana Tabernero. A mí me parece que todo esto de aumentar las retribuciones está muy bien porque creo que se deben aumentar, tanto para unos especialistas de familia como hospitalarios. Y tengo una sensación de que, si yo les pregunto a mis compañeros qué es lo que quieren y me lo ordenen, seguramente el primero no es dinero. Seguramente quieren tiempo para desarrollar su cartera, la cartera de servicios de primaria, a lo que nos hemos dedicado toda la vida en la primaria. Seguramente quieren fomentar la carga profesional, que les cuente ser tutores para un concurso de traslados. Seguramente el primer punto que me pedirían no sería dinero. Pero tengo una sensación extraña, porque creo que, igual que cuando tardas en hacer una RCP, cuanto más tiempo tardes, menos posibilidades de éxito hay. Yo creo que esto de solucionar la primaria con dar dinero, aumentar plazas... Creo que la revolución que necesita la primaria es muy grande y viene desde arriba, y viene desde la universidad, desde el grado, desde el cambio en el programa formativo de los médicos de familia que acaban medicina de familia desconociendo prácticamente la primaria. Eso hace que se vayan a los hospitales. Por eso me parece que el cambio va mucho más allá. Si no queremos que esto se muera, que yo a veces tengo la sensación de que estamos ya muy en caída libre.

Pilar Garrido: Te refieres al grado o a la formación sanitaria especializada.

Ana Tabernero: Me refiero a la medicina de familia, que me da la sensación de que estamos ya casi muertos, porque ahora mismo en los últimos años, además, es una especialidad un poco denostada y que ahora ya están agotados, abatidos, no reconocidos y, entonces, por eso digo que necesitamos darle una vuelta de tuerca completa, pero empezando desde el grado, desde el grado de medicina hablo.

Pilar Garrido: O sea, desde la carrera.

Ana Tabernero: Desde la carrera y desde el programa de formación de medicina familiar y comunitaria. No se puede pasar de un año y poco en primaria. Pasan prácticamente todo el tiempo en hospital. Acaban y se quieren ir al hospital, a urgencias. Entonces, creo que es una reforma muy profunda.

Pilar Garrido: Yo tuve el privilegio de ser presidente del Consejo Nacional de Especialidades unos años, entonces, sí que es verdad que he estado muy participativa también

en el tema de las comisiones nacionales y la comisión de medicina de familia pues, como sabéis, todas las comisiones nacionales están formadas por especialistas que vienen de distintos ámbitos. Las sociedades científicas tienen dos sillas, pero hay otras muchas. Entonces, me consta que... Lo que pasa es que no sé qué ha pasado, porque ya no estoy, pero había mucha idea de renovar el programa de la Comisión Nacional, que es un poco lo que tú estás diciendo. Desde el grado, no lo sé muy bien, porque, realmente, el contenido de la medicina de primaria, me estoy poniendo desde un estudiante de medicina, primero, segundo, tercero, el contenido es medicina, no es medicina diferente de la hospitalaria. Entonces, no acabo muy bien de entender. Sí que creo que los estudiantes de medicina en muchas universidades ya sí que están, tienen que ir, igual que rotan por el servicio de cardiología o el de oncología, tienen que rotar por Atención Primaria, pero lo veo más en esa organización que de contenidos teóricos. Los contenidos teóricos son los mismos da igual... Los ámbitos de conocimiento son los mismos.

Sí que creo que el pensar que las rotaciones... Iba un poco también en lo que decía Bea, la potenciación de que tiene que haber cátedras, que tiene que haber profesores acreditados que es muy bajo el nivel, los proyectos de investigación... O sea, incentivar todo eso de forma de discriminación positiva yo creo que también porque comparto que la incentivación de los profesionales no es la económica.

Y, luego, bueno, pues desde la especialidad, el tiempo que pasas en hospital o en primaria pues eso lógicamente lo tenéis que decidir los propios profesionales y hacerlo a través de la Comisión Nacional de la Especialidad vuestra.

De todas maneras, desde el punto de vista de las sociedades, y ya acabo, pues tenéis tres sociedades. Las tres están en FACME, las tres están en la junta directiva de FACME, pero el modelo no es uniforme. O sea que son distintas visiones y no es uniforme.

Beatriz Massa: Sí. Breve. Se me ocurren, entendiendo que tiene que haber una reforma integral y revulsiva de primera, así sobre la marcha, como dos aportaciones a la financiación que decía Jon. Una sería probablemente crear jefaturas de sección o de servicio en cada centro de salud. Gestionan una cantidad de recursos humanos importante y esa jefatura de servicio o sección facilitaría la interlocución con sus homólogos del hospital, porque ahora, por lo menos, en la Comunidad Valenciana son coordinadores de zona. No es el mismo nivel de respeto y eso sería inversión económica directa.

Y, luego, nosotros también tenemos en Valencia un problema con el transporte sanitario de los profesionales de atención continuada. No PAC, que sé que tienen vehículos corporativos que también nos han generado más de un dolor de cabeza. Es verdad que tienen un coeficiente de dispersión que cobran en nómina, pero están reclamando, y de manera bastante beligerante, también vehículos corporativos. Pues, a lo mejor, es una manera de invertir. No sé si un coche, dos coches o una ambulancia, pero creo que sería financiación directa a Atención Primaria, nada más. Gracias.

José Soto: Como decía Jorge Manrique, cualquier tiempo pasado fue mejor. Entonces, yo os pregunto a las dos. Un consejo importante para todos los asistentes para cuando volvamos cada uno a nuestro trabajo que nos llevemos en la cabeza. Es decir, ¿qué has aprendido en este encuentro de la Fundación Gaspar Casal? Pues, mira, yo he aprendido esto, pum, rápidamente. A ver, Pilar.

Pilar Garrido: Bueno, a ver, mi reflexión más importante es que esto debería salir de este entorno. O sea, yo he aprendido muchas cosas. No he aprendido una sola cosa. Entonces, yo me voy con el compromiso de contribuir a diseminar varios de los mensajes que se han vertido aquí y, bueno, realmente pues la visión, que es muy complementaria, y también esa es complicada. Los directivos planteaban la necesidad de su liderazgo; los clínicos planteamos la necesidad de los nuestros; los individuos, los profesionales ayer también; y todo eso tiene que converger. Pero yo con la idea con la que me quedo es que todos estamos de acuerdo de que las lecciones aprendidas de la covid deberían servir para cambiar el modelo y creo que todos somos conscientes de que estamos en un momento estratégico imprescindible. Por lo tanto, bueno, lo que toca es cada uno desde su lado presionar para que este cambio estratégico aterrice de verdad.

Beatriz González: Yo tengo ocho páginas que cogí ayer de notas y algunos tienen asterisco que significa que para cuando llegue a casa me he puesto deberes para buscar información, que me parece interesante. Yo me voy con muchísimas cosas aprendidas, pero la primera, quizá la más importante, es, que para avanzar lo primero es no retroceder. O sea que vamos a intentar que lo que hemos conseguido con la covid, no decaiga. Vamos a intentar mantenerlo. Resistir ahí. Decimos resiliencia. De momento, vamos a intentar no echarnos para atrás.

Yo he aprendido muchísimo. Nosotros los economistas parece que levitamos en un mundo abstracto y, claro, cuando os oigo hablar de cosas muy concretas, muy tangibles me ayuda muchísimo a que los conceptos que yo tengo en la cabeza se plasmen en algo que

es el mundo real. O sea que os agradezco mucho que me hayáis puesto tantos deberes, pero la primera lección que yo me llevo a casa es esta.

Y la segunda es cada uno desde donde está podemos hacer algo. O sea que no vale escupir para arriba, sino que vamos a intentar cada uno ver cómo podemos empujar de esto, porque, en el fondo, pretendemos todos lo mismo, que es salvar el Sistema Nacional de Salud.

José Soto: Pues ahora, antes de irnos al cierre, nos van a contar qué han aprendido Candela, Jon y Eloína. Muchas gracias, Pilar. Muchas gracias, Bea. Muchas gracias a todos.

LECCIONES APRENDIDAS

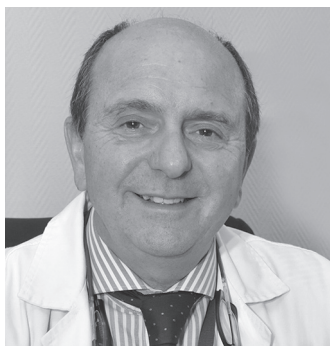


Candela Calle

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Internacional de Cataluña y licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Central de Barcelona, Diplomada en Alta Dirección de Empresas por la Escuela Superior de Alta Dirección de Empresas (ESADE) y Máster de Investigación en Salud por la Universidad de Lleida.

De 1993 al 2000, ejerció como Directora Ejecutiva de Servicios Sociosanitarios y Salud Mental de la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Del 2000 al 2005, fue socia directora de Person Consultoria y Gestión S.L, donde desarrolló servicios de consultoría y gestión en el sector sanitario, sociosanitario y sector social. De 2005 a 2008 ocupó el cargo de Subdirectora de Gestión Clínica y Médica y Planificación de Recursos en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. De 2008 a 2010 fue Gerente del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Fue Directora General del Institut Català d'Oncologia, desde el año 2010 hasta enero de 2022, cargo que compatibilizó desde marzo del 2016 a junio del 2018 con el cargo de Directora Gerente del Institut Català de la Salut.

Actualmente, es directora general de la Fundació Sant Francesc d'Assís, entidad sin ánimo de lucro y de carácter privado fundada en el año 1977. Desde hace más de 40 años trabajan con y para las personas que sufren algún tipo de dependencia asociada a la vejez, a la discapacidad psíquica y a la enfermedad.



**Jon Guajardo
Remacha**

Vicepresidente 2.º, SEDISA y Gerente de la OSI Barrualde Galdakao.

Licenciatura de Medicina y Cirugía General por la UPV. Diplomatura postgrado. Especialización Economía de la Salud, Farmaeconomía y Sistema Sanitario ESTE-Universidad de Deusto. Programa superior Gestión Directivos. ESADE. Programa superior Líder Coach. Universidad de Deusto. Master en Planificación y Gestión sanitaria. Sedisa UEM.

2009-2011: Gerente Hospital Zumárraga. 2011-2013: Adjunto a Gerencia Hospital Universitario Basurto. 2013-2013: Gerente Hospital Galdakao- Usansolo. Desde 2014 hasta la actualidad: Gerente de la OSI Barrualde Galdakao.



Eloína Núñez Masid

Gerente del Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. Gerente de Gestión Integrada de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras (enero 2012-febrero 2017). Gerente General del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (mayo 2009-enero 2012). Directora Gerente de Atención Primaria de Ourense (enero 2002-septiembre 2005). Directora Asistencial Médica de la Gerencia de Atención Primaria de Ourense (abril 1996-diciembre 2001).

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Máster en Gestión Sanitaria por la Universidad de A Coruña en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra y ESADE (1993-1994). Máster de Salud Pública por la Universidad de Santiago de Compostela (1996-1997). Máster en Alta Dirección Sanitaria por la Universidad de A Coruña, Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria, Fundación Juan Canalejo y Consultora Bearing Point (2005-2006).

“GERENTE INNOVADOR AÑO 2013” al reconocimiento del espíritu innovador de la gestión sanitaria, así como las aportaciones sobre mejoras de productividad y calidad y contención de los costes.

Juan del Llano: Muchas gracias. La verdad es que estoy muy contento. Llevamos dos sesiones de lo más estimulantes donde se han planteado un montón de retos y de desafíos a los que hacer frente. Hemos tomado muchas para profundizar en algunas de las respuestas que hay que dar a estos retos.

En este ciclo siempre dejamos para el final una conversación en la cual personas que han estado asistiendo, escuchando y participando presentan de manera ordenada lo que, desde su punto de vista, es más relevante de la jornada y, además, apuntan los deberes para casa.

Creo que es una manera interesante de cerrar el día y medio que vamos a estar juntos, por lo que tiene de resumen, de síntesis y de llevarnos tarea para casa.

Vamos a empezar con Candela Calle, que todos conocéis con seguridad. Dirige una entidad muy prestigiosa en Barcelona, que es el Instituto Catalán de Oncología. Candela, cuando quieras.

Candela Calle: Gracias, Juan. La verdad es que es un placer estar aquí. Quiero agradecer a la Fundación Gaspar Casal y particularmente a ti, Juan, que me hayáis invitado. Quiero felicitaros por la organización también a SEDISA y a JANSSEN. Y la verdad es que hablamos ayer con Eloína y con Jon que cerrar esta jornada es un reto importante y compartir también lo que hemos aprendido, porque hemos intentado hablar ayer y hoy de tecnología, de los cambios, de la profesionalización del directivo, de la solvencia, de la sostenibilidad y, la verdad, con panelistas brillantes. Y yo creo que hemos hablado de todo ello, pero hemos hablado de un relato emocional los dos días. Y un relato emocional en un entorno interesante que ha sido la pandemia y que quizás todos en el sector salud nos ha obligado a parar, a reflexionar y todo el tiempo estamos hablando del pre y el postcovid, con lo cual quizá, desde hace muchos años en el sector salud no había pasado nada que nos detuviera a realmente pensar.

Pero también hemos hablado de transformar y lo más importante es que todo el tiempo hemos hablado de valores. Hemos estado hablando de empatía, de sensibilidad, de visión, de cultura, de confianza, de transformación, de liderazgo, de humildad, de no lo sé, os necesitamos, de liderazgo visionario, de equipos sólidos, de compromiso, desafección, de sostenibilidad social y de valores.

Y, desde este punto de vista, yo creo que en las tres mesas ha habido cuatro hilos conductores. El primero, que se ha hablado en todas ellas, es el de recuperar la confianza.

Se ha hablado de formación y de experiencia, se ha hablado de visión estratégica, y se ha hablado también de la capacidad de sinergias. Y, cuando hablamos de recuperar la confianza, ayer por la tarde, tanto Jesús Millán como Pedro Sánchez, como Alfredo Martínez, nos hablaban de la importancia de recuperar la confianza entre los niveles asistenciales. Debate con el cual hemos acabado la jornada de hoy, con lo cual yo creo que es uno de los temas que ha calado de forma importante. ¿Qué pasa con los niveles asistenciales?

Pero, cuando hablamos de los niveles asistenciales, ayer por la tarde se hablaba también del liderazgo clínico, se hablaba de la relación con el paciente; de esta escucha que hemos de tener con el paciente; que cuidado, porque todo el tema de la tecnología no nos separe de una forma clara.

Pero también hablamos, y lo puso encima de la mesa Alfredo, del negacionismo social y político que no está asociado a las vacunas, como muy bien decías Alfredo, sino quizá a toda esta reflexión compartida. Pero esta mañana también ha debutado Vicenç Martínez hablando de que esta recuperación de confianza ha de estar en los políticos porque el liderazgo empieza con los políticos. Pero es que, después, Patricia Gómez, decía que este liderazgo de los políticos ha de estar alineado a una visión transformadora. Y también Julio García nos decía que este liderazgo se ha puesto en valor en la covid y que realmente se está viendo de una forma clara en el consejo interterritorial, con lo cual ya ha puesto una herramienta que tiene el sistema para poder avocar toda esta visión.

Pero hoy Pilar Garrido nos decía que realmente esta confianza ha de venir añadida a lo que es el rol de los profesionales para evitar esta desafección e incrementar el compromiso. Y Beatriz González nos hablaba de que la confianza del ciudadano en ese momento también es muy importante porque se está viendo cómo están pasando los pacientes del sector público al sector privado.

Y, cuando hablabais de formación, ayer también se hablaba de lo importante que es tener en cuenta todas las especialidades al mismo nivel y no únicamente las especialidades médicas, sino también todos los actores del sistema de salud. Y me dolió cuando hablamos de asistente social, trabajadora social, con lo cual, fijaos, el reto tan importante que tiene el sistema.

Pero también hoy se ha hablado que, cuando hablamos de formación y experiencia, es muy importante poner encima de la mesa la evidencia científica cuando hablamos de lide-

razgo, no únicamente cuando exigimos al clínico esta evidencia, también cuando hablamos de liderazgo y de gestión. Que la formación y liderazgo son imprescindibles.

Y hoy Pilar y Beatriz nos han dicho lo importante que es la formación continuada, el papel de las sociedades científicas. Pienso, Pilar, que has hecho un repaso excelente del papel que estáis haciendo desde la federación, pero Beatriz nos decía, cuidado, hagamos un plan de choque para la primaria cuando hablemos de formación y experiencia.

Desde este punto de vista también, cuando hemos hablado de visión estratégica en la mesa de ayer, se hablaba de la importancia del cambio de modelo, y el cambio de modelo también asociado a los niveles de resolución de lo que es la asistencia sanitaria.

Esta mañana también la importancia de alinear a todos los actores, qué papel hace el público y qué papel hace el privado, y de qué manera también incorporamos la Agenda 20-30 en lo que es esta visión absolutamente estratégica cuando hablamos de sostenibilidad también social.

Y un tema muy importante que creo que ha sido, de verdad, el hilo conductor de toda la jornada, la importancia de la capacidad de la sinergia, de la sinergia entre todos los actores. ¿Para qué? Yo diría que la conclusión para mí más importante es que creo que todos los que habéis estado participando en la jornada, y con lo que yo me quedo, nos estáis pidiendo que de verdad defendamos un liderazgo transformacional. Y un liderazgo transformacional pasa por la política, por la política de poner en la agenda realmente lo importante que es el sector salud. Y poner en la agenda la importancia del sector salud es intentar poner en el centro al paciente y al profesional. Y, si ponemos en el centro al paciente y al profesional, estamos de alguna manera enviando un mensaje a la estructura sanitaria de que queremos realmente líderes transformacionales. Y un líder transformacional es aquel valiente que realmente innova, que realmente incorpora todo lo que estamos diciendo hasta ahora. Que realmente somos disruptivos, que realmente incorporamos, como no puede ser de otra manera, la voz del paciente, pero, sobre todo, lo que nos estáis diciendo ayer y hoy es que pongamos en el centro al profesional. Y poner en el centro al profesional es creernos la gestión clínica. Y, para creernos la gestión clínica, hemos de dotar de espacios en las instituciones en las cuales tengáis papel, en las cuales realmente lo que digáis sea lo que se pueda hacer en las instituciones, pero también herramientas para evaluar qué estamos haciendo. Evaluar estos resultados, que es el gran reto que tiene realmente el sector salud.

Si hacemos todo esto, realmente estamos integrando también todos los actores que tienen que ver con el sector sanitario y aquí han quedado también reflejados. Los actores privados, los proveedores, de qué manera somos capaces de entender que los proveedores no están aportando gasto, como muy bien decía hoy Beatriz, sino que están aportando innovación y que hemos de tener este reto importante.

Y a mí, como conclusión final, me gustaría decir que dejemos de decir en el sector salud «hemos de hacer» y hagamos. Me gustaría que todos, cada uno, desde nuestro nivel de responsabilidad en esta sala, mañana, pasado, hoy, esta tarde, dejemos de decir «hagamos» para empezar a hacer. Y, de verdad, un placer compartir la sesión de hoy.

Juan del Llano: Muchísimas gracias, Candela. Mensajes de gran calado. Jon Guajardo, director gerente del área sanitaria de Galdakao, Vizcaya, Osakidetza. Cuando quieras.

Jon Guajardo: Yo también quiero agradecer a la organización. La verdad es que ha sido una gozada compartir estas dos jornadas. Me ha encantado. Y ratifico lo que dice Candela, porque lo ha dicho muy bien.

Los que estamos, estamos aquí con un objetivo común, que es la mejora de nuestro sistema de salud, y está claro, con más o menos capacidad o con más o menos vehemencia, intentamos empujar. Y tenemos capacidad de empujar y tenemos influencia y vamos a seguir teniendo. Además, tenemos ilusión. Y a mí la verdad es que estas sesiones me han estimulado.

Me quedo con el tema de la sinergia que decía Candela, con el que terminaba su exposición, y ciertamente es lo que hemos vivido aquí, entre todos, porque hemos estado representados o han estado representados los distintos actores o participantes de nuestro sistema, y hemos intentado entre todos ver qué podemos hacer. Sí que es cierto que, mirando el título «Gestión Clínica: su impacto en resultados en salud y calidad de la asistencia» nos hemos centrado más en el entorno y no hemos entrado tanto en el detalle de la gestión clínica, pero probablemente esto es necesario. Es necesario que vayamos avanzando desde el ámbito más macro. Y yo, en ese sentido, lo que he recogido, es que hemos tenido tres personas superdiferentes o especiales, tanto los dos Consejeros, Patricia y Julio, como Vicenç, con una gran actitud, dentro de las dificultades que siempre ponemos desde la mesogestión, desde los directivos hacia arriba a ese compromiso político, he visto unas voluntades y unos cambios que permiten quizás a través del consejo interterritorial, llegar a acuerdos, llegar a los temas que puedan ser interesantes en la

mejora del sistema de Salud y de interés para todos. Quizás hay que seleccionar y hay que profundizar más en ello, porque retos tenemos muchos.

Uno de los que sale permanentemente y ha salido también en esta reunión, en las distintas mesas, es el tema de los recursos humanos. Yo creo que la gestión de recursos humanos se ve limitada por la función pública. Esta ley hay que cambiarla, porque no somos competitivos, no tenemos capacidad de gestión, de incentivar o no. Aunque queramos pagar más a la A. Primaria, que puede ser una formula, tampoco tenemos muchas herramientas para poderlo hacer, creo que ese es uno de los retos que, a nivel más macro, a nivel más político sería interesante que se abordara. En ese cambio de regulación que alguno de los ponentes ha comentado también.

En el ámbito más nuestro, en el ámbito más de SEDISA, de los directivos y de la gestión, yo creo que también hemos salido con una serie de tareas o de conclusiones que puede ser interesante que las volvamos a incorporar. Creo que la gestión es el elemento fundamental en donde nosotros podemos actuar. Se ha hablado de que se han perdido los contratos de gestión. En muchos casos sí que es cierto que, bueno, en la mayor parte de las organizaciones o de los sistemas de salud, no se están utilizando, y, cuando se han utilizado y se estaban utilizando, ha sido de una manera muy poco práctica, porque, estás muy condicionado por las posibilidades reales de gestión. Por la normativa y también por la dificultad de disponer de indicadores potentes de evaluación.

Pero, no cabe duda que los directivos tenemos que ponernos objetivos de gestión porque es nuestra obligación y para ello tenemos que medir, tenemos que evaluar, que lo habéis dicho en esta reunión, y tenemos que disponer de datos, y ahí está la transformación digital, ahí está la oportunidad que nos ha dado la COVID de decir que somos capaces y podemos avanzar mucho más y más rápido de lo que lo estamos haciendo y tenemos todavía una brecha muy grande.

Se ha comentado también que necesitamos formación los directivos. Los profesionales también, porque en algunos casos somos casi analfabetos del ámbito más tecnológico, del ámbito digital, y creo que es una forma de poder avanzar el que nos formemos nosotros y también formemos a los líderes clínicos.

Quizás el *quid* de la cuestión ha estado en el liderazgo. Si nos vamos al objetivo de la gestión clínica, está más en el otro ámbito, en el micro, y ahí, lo que se ha visto y lo que nos ha enseñado también la pandemia es que ese liderazgo clínico que se ha produci-

do casi de forma natural y que generalmente ha estado correlacionado con el liderazgo de los gestores. Es decir, ha habido un liderazgo compartido de forma natural, que yo lo identifico con un aspecto muy concreto y es el que teníamos un objetivo común claro e interiorizado (vencer la COVID).

Se ha demostrado que somos capaces, cuando nos creemos algo y lo interiorizamos, de luchar por ello, de pelear por ello, como un gran equipo. Y la verdad es que eso ha sido así. Teníamos un objetivo común y compartido

Entonces, sí que hemos avanzado y ahora tenemos el riesgo de perderlo, por lo tanto, creo que una de las conclusiones a las que tenemos que llegar, que nos corresponde a cada uno, y sobre todo a los directivos, esto no lo podemos perder. Liderazgo compartido con los clínicos, con objetivos comunes.

Han salido, y salieron ayer, también, en esta sesión de gestión clínica, las visiones del hospital centrismo que seguimos teniendo en bastantes capas de nuestro sistema y ha salido, y yo también lo he provocado un poco, la crisis que tenemos con la Atención Primaria que realmente, para mí como gestor, es el mayor problema en este momento desde el punto de vista de gestión.

Pero, bueno, no cabe duda de que necesitamos cambiar el enfoque y probablemente Beatriz, con esa misión que tiene que tener el sistema, ese genoma que tiene que tener el sistema, tenemos que volver a reconducirlo. Tenemos que ser capaces de transmitirlo bien a la población, a los propios profesionales y nosotros también creémoslo más, pero no cabe duda de que tenemos que trabajar en procesos integrados. Yo soy responsable de una organización sanitaria integrada y, aunque ahora estamos en crisis, porque hemos perdido con la COVID, mucho de lo que habíamos ganado en la coordinación y gestión integrada, el enfoque tiene que ser ese. Tiene que ser el paciente. Y nos tenemos que ayudar, como ya se ha visto aquí, de la transformación digital, de todo el apoyo digital que nos da el sistema y hemos avanzado en bastantes cosas. Y nos tenemos que basar también, como se ha comentado, en el enfoque al paciente, a su percepción y a lo que le importa.

Debemos de volver a comprar, diríamos, el interés del paciente por venir con nosotros y hacerlo atractivo. Y eso yo creo que ya estábamos trabajándolo de alguna manera en intentar captar realmente lo que ellos experimentan y lo que ellos reconocen cuando están en contacto con nosotros, los famosos PROM, los famosos PREM, los famosos indicadores que tenemos que tener para saber realmente qué es lo que ellos piensan, quieren,

y lo que nosotros pensamos que es lo bueno y a veces no coincide con ellos. Y, en ese sentido, creo que tenemos que seguir por ahí y tenemos que repotenciar todo esto que hemos dejado, quizás, de lado durante la pandemia.

Y, aprovechar las oportunidades, lo que habéis dicho todos, no volver a la situación anterior. No dejar que todo vuelva a la situación anterior de la pandemia, que recojamos la parte positiva. Que, aunque no avancemos, como decía Bea también, al menos que no retrocedamos.

Hemos conseguido cosas durante este periodo, por lo tanto, vamos a intentar aprovecharlas. Aprovechemos el impulso de los clínicos y el liderazgo clínico que tenemos. Es una de las tareas que nos tenemos que llevar.

Creo que el conocimiento que nos ha hecho de FACME, Pilar ha sido perfecto y, además, da la sensación de que tenemos que ir juntos y trabajar conjuntamente, profundizar en todo lo que ha implicado la digitalización y la gestión de los datos. Tenemos que medir, tenemos que evaluar, porque es la única manera de saber lo que hacemos y de mejorar.

Y, en la parte de la transformación digital, los directivos y gestores tenemos que dotarnos de competencias tecnológicas. Yo en mis tareas ya me he puesto que tenemos que hacer formación nosotros y utilizar esa capacidad tecnológica de los gestores y de la gente más motivada para avanzar en este sentido.

Cuidar a la Atención Primaria, con decisiones que como decía Alfredo, puedan incorporarse desde la propia Atención Primaria. Es necesario un liderazgo que venga de abajo, de los propios profesionales de AP... pero es complicado. Nosotros tenemos que favorecerlo.

Y quizás me quedo con esa discriminación positiva que requiere la atención primaria, aunque no implique un incremento de la financiación, probablemente sí que el enfoque está ahí y lo habéis dicho en el ámbito de la docencia, en el ámbito de la investigación, en el ámbito de dar protagonismo. Me ha gustado ese planteamiento de jefatura. Nosotros tenemos esas jefaturas, les llamamos JUAP, jefe de la Unidad, pero, claro, es un contexto distinto, no tiene la misma categorización que el jefe de servicio de hematología, por decir uno.

Y quiero terminar diciendo que ha sido una gozada de encuentro. Daros las gracias por la organización y muchas gracias a todos vosotros y vosotras.

Juan del Llano: Gracias, Jon, por tus palabras. A continuación, Eloína Nuñez, que es la directora gerente del área integrada de Santiago de Compostela del SERGAS. Cuando quieras.

Eloína Nuñez: Bueno, pues sin duda quiero agradecerlos a la fundación, a JANSSEN, por los ponentes, por los temas y porque realmente yo me lo he pasado muy bien. No he desconectado en ningún momento de todo lo que se decía y yo me encontraba muy a gusto en todo lo que hablábamos, en todo lo que se decía y en todo lo que estaba aprendiendo, porque, evidentemente, como gestora y como gerente durante mucho tiempo no nos podemos olvidar que también nosotros tenemos que aprender todos los días y que muchas veces la reflexión que yo me hacía es que los problemas del día a día, las horas que le echamos, esa falta de tiempo que decía ahí la compañera que también nos pasa, pues, a veces, no vemos realmente la realidad de lo que hay. Entonces, estas tres mesas, por decirlo de alguna manera, en donde ayer los profesionales daban su visión, yo me quedaba con alguna nota, ya Candela hizo un resumen muy bueno, pero yo me quedaba con alguna cosa que decían (lo que nos costó a los clínicos utilizar la tecnología, el enfermo quiere que lo miremos a los ojos, esa distancia gestores clínicos, que era un poco la visión que tenían los dos ponentes de ayer...). Yo, en ese momento, me sentía un poco frustrada de decir «¿cómo?», bueno, pues es la visión que tienen y que muchas veces nosotros como gestores no lo vemos. Por eso, lo que he aprendido es que realmente no me puedo olvidar de que no solo es el día a día, sino que tenemos que ir, sin duda, a esa relación que no podemos hacer nada sin los profesionales y, aunque lo hacemos, y hacemos grupos de trabajo, a mí lo que siempre me gusta es ser ejecutiva, es decir, vale, nos reunimos, hablamos, sacamos conclusiones, ¿pero ejecutamos?

Y, luego, eso que tenemos que ejecutar, y como bien decía y relataba Pilar, es decir, todas esas tareas que relacionaba que a mí me encantó verlas porque son reflejos de todos y estamos de acuerdo en que realmente también nos falta tiempo para ejecutar y todos los servicios tienen esa problemática, y yo reflexionaba y decía «¿yo le estoy dando respuesta?», con lo cual, a lo que más he aprendido hoy es a ver mi interior y ver que tengo que hacer las cosas a lo mejor de otra manera y tengo que implicarme mucho más y, evidentemente, el equipo que lidero, en esa tarea mía que tiene que ser la de facilitador. Y, por lo tanto, ese bajón que podría haber tenido ayer, pues hoy lo de subidón de todo porque me ha encantado. Me ha encantado escuchar a la administración sanitaria para que, tanto desde el ministerio como, en este caso, los dos consejeros que hemos tenido a la mañana, que también vienen de la gestión, que saben lo que es, que conocen el mundo, porque hace poco estaban en nuestro lugar, pues ver también que tienen ilusión

con cambiar. Y ver, en este caso, a Vicenç, como director también ilusionado y motivado, diciendo que también ellos han aprendido que tuvieron que trabajar juntos para resolver problemas comunes a la población española, que no se olvidan de eso. Que todos tenemos los mismos problemas y que tenemos que tener también un liderazgo desde arriba para poder ejecutar, al menos cada uno en su entorno, porque las comunidades autónomas son diferentes, pero ir aprendiendo de todas e ir ejecutando al menos acciones para que lo vean esos profesionales, que decíamos que estaban desmotivados y que tenían esa desafección que decía Pilar y que es real y que la vivimos y la percibimos como la desafección de la Atención Primaria donde todos, yo como médico de Atención Primaria, y con todos los amigos y conocidos que tengo, y los ves decaídos, y dices ¿cómo puedo, cómo podemos hacer para poder volver, al menos, a ese nivel, al menos con un poquito de entusiasmo, un poquito de querer cambiar?

Lo que decía Candela: pues ya no quejarnos. Todas las reuniones que a veces hacemos más individuales de equipos directivos pues es que no podemos hacer esto, tienen que ser multidisciplinarios es lo que decía Beatriz, hay que regular de otra manera, lo llevamos diciendo mucho tiempo. Y una de las cosas que más creo que tenemos que hacer es, simplemente contando con los que estamos aquí, que realmente nos creamos que podemos hacer las cosas de otra manera, aprovechando la manera en que se hizo, porque mi reflexión es no volver hacer lo mismo. Y yo como gestora hay veces que, dentro del propio hospital, vuelven otra vez, como digo yo, a la parcelación, en Galicia la *leira*, para que cada uno tenga lo suyo. Y, sin embargo, ¿queremos volver ahí? NO. Y hay momentos en donde, bueno, pues tú tienes que coger impulso, esa ilusión, esas ganas de decir «no, esto no lo podemos hacer», y, si seguimos la cadena de mando pues seguro que lo conseguiremos.

Otra reflexión que me ha gustado mucho también ha sido que, por parte de esa profesionalización de la función directiva que estamos haciendo, en este caso, desde SEDISA, con el fin de involucrar lo que hablábamos de contar qué es la gestión porque hoy realmente ya no es solo del gerente o del equipo directivo, el director médico, el director de enfermería de humanos y económicos, sino que son las estructuras dentro de los servicios. Lo servicios que tienen a su cargo también muchos profesionales y, si lo comparáramos asistencialmente con la parte económica que nos decía Beatriz en donde, me acuerdo que en el 85% de las empresas, tienen menos de diez personas a su cargo. Eso nos lleva a ver que nosotros tenemos, dentro de cada servicio, unas medianas empresas y que cada uno de nuestros profesionales dentro de la Atención Primaria, independiente de la organización que tenga la Atención Primaria o la Atención Hospitalaria, u otro nombre in-

diferente del nombramiento que hay que les llamemos jefe de servicio o..., simplemente que le digamos muchas veces cuáles son sus funciones y que podamos, al menos, dentro de la estructura y de la organización, el que esa responsabilidad de la función directiva se vea al menos de alguna manera reflejada.

Realmente hablaban los tres consejeros cuando les preguntaba la moderadora de qué era lo que se necesitaba o qué era lo que ellos elegían. Hablábamos de ese conocimiento, conocimiento igual que en las profesiones médicas. Están constantemente los profesionales estudiando. Nosotros también tenemos que hacerlo. Ese *sentidíño* que decíamos y que ese *sentidíño* también existe en esos profesionales, es decir, que esta profesionalización de la función directiva y que, como bien ponía Pilar. Al final ponía la palabra gestión, después de asistencia, docencia, investigación en sus funciones. Que esa gestión realmente también llegue, sin duda, a los profesionales, en este caso, sanitarios.

A mí la verdad que me encanta la parte económica de la salud. Yo soy médico, entonces, me encanta siempre escuchar a Beatriz, porque lo habla todo tan claro y tan entendible, que realmente lo que nos hace también, es reflexionar. Reflexiones, como ella comentaba, de Madrid. Pues mi percepción, de donde vengo la veía, pero no la asimilaba, me decía ¿será algo raro que veo yo? pero que realmente ves que empieza a aflorar y me preguntaba: tenemos que implicarnos y tenemos que pararlo.

Resumiendo, yo me quedo con la frase «no volver a lo anterior». Eso es fundamental, imprescindible. Creo que me lo tengo que repetir todos los días. Todos los días a la mañana tengo que repetírmelo, porque, a lo mejor, el día a día me hace olvidarlo y no tener esa ilusión para dentro de mi ámbito y con mi granito de arena poder hacerlo. Esta implicación, sin duda, y esta desafección que tienen los profesionales, no solo en primaria, sino también en los hospitales y que es también responsabilidad de los directivos el implicarlos, el motivarlos. Como decíamos a la mañana, no todo es dinero, es el proyecto. Yo, cuando elijo y cuando hago un equipo personal, mi equipo directivo, yo le transmito un proyecto. Ahora un proyecto que, con la pandemia, y durante este año y medio no fueron posibles, pero que ahora estoy intentando otra vez poder motivarlos con ese proyecto.

Y, sin duda, algo que también he aprendido es a hacer partícipe en la toma de decisiones. Es decir, escucharlos a todos. Cada uno, en su especialidad, en su ámbito, en su entorno, seguro que tienen algo que aportar y eso sí que tenemos que escucharlos y hacerles partícipes de las decisiones. Muchas veces nos toca a nosotros tomar esa última decisión,

pero es muy importante que ellos se sientan partícipes de las decisiones. Y una tarea pendiente que tenemos es esa evaluación.

Hablábamos a la mañana de esa evaluación que, evidentemente, en cada comunidad autónoma la pueden tener, como es la evaluación a la hora de un profesional que acude a un hospital y que es un adjunto, y que, a lo mejor, (y te lo dicen todos o te lo cuentan desde hospitales también concertados) no se evalúa porque, hasta que cumpla, en este caso, setenta años, va a continuar ahí. Pues esa evaluación que ponemos también sobre el papel, muchas veces, como nos pasa en nuestra comunidad autónoma cada cuatro años, como bien decía el consejero, no nos llega los dedos de esta mano para ver a quién hemos evaluado. Esos cambios también nos van a hacer motivar a ese profesional. El motivar al jefe de servicio, que también sepa que tiene que responder ante un proyecto que él ha contado, y, sin duda como organización, pues esa evaluación que también veíamos y comentaba Pilar que ponía en pequeñito los resultados en salud, algo tan importante.

Lo que hacemos es mucha actividad, mucho número; cuanta más actividad los servicios nos exigen más profesionales, porque no dan hecho, pero no sabemos realmente si los resultados que tenemos se corresponden con esa actividad. No sabemos si el número de profesionales de Atención Primaria, que solamente valoramos por un número de tarjetas, realmente tenemos muchos, tenemos pocos, ¿cómo los tenemos organizados? Y tenemos, por tanto, ese deber obligatorio que tenemos que tener en este caso los directivos, es evaluar y meternos de lleno en los resultados en salud.

Por lo tanto, bueno, yo resumiendo, “no volver a lo anterior”, eso lo llevo aquí en la frente, porque, evidentemente, y como reflexión personal, hay días que las situaciones te hacen, a lo mejor, decaer y creo que realmente, si todos los que estamos aquí en esta sala, que ya somos bastantes, cada uno aportamos nuestro granito de arena y todos a la una impulsamos el no volver a lo anterior, yo creo que es posible esta reflexión que hacía Beatriz de ver cómo podemos cambiar. Yo creo que puede ser, o al menos voy ilusionada, de que en algún momento pueda ser efectiva y viable.

Juan del Llano: Muy bien. Pues muchas gracias a los tres. Eloína, Jon, Candela, habéis hecho unos magníficos esquemas con lo esencial de lo conversado en el Ciclo. En la fundación tenemos un *motto* que es pasar del conocimiento a la acción, que lo tenemos como muy interiorizado. Nos parece importante, lo habéis dicho en vuestras conclusiones. Os quiero, por un lado, felicitar por vuestro desempeño durante las olas más duras de esta pandemia, porque lo habéis hecho muy bien, con una altísima exposición. Os quiero

seguir animando a que lo sigáis haciendo bien, a pesar del cansancio. Es un sistema que tiene muchas aristas y que tiene ciertas complejidades que solo con el trabajo y con el esfuerzo se puede seguir adelante.

Y, finalmente, permitidme unas breves reflexiones. Quiero recordar también que siempre hemos tenido vocación de que este tiempo que pasamos con vosotros quede para quien quiera consultar. Tenemos colgados en la página web de la fundación como publicaciones los dos libros de los dos ciclos anteriores y, en breve, cuando esté hecho, colgaremos este tercero.

Nos parece importante que estas reflexiones pues no se las lleve el viento y que queden registradas. Bien, nadie duda que la pandemia ha puesto de manifiesto, como se ha dicho en reiteradas ocasiones, lo crucial de lo público, pero también ha puesto de manifiesto sus insuficiencias.

El personal de la administración implicado en los servicios esenciales ha respondido bien, pero el sistema como tal ha fallado. Ha mostrado escasa anticipación, mucha traba burocrática, mucho déficit de agilidad en compras, problemas en la gestión de las ayudas, por ejemplo, los ERTE, y problemas muy serios en la gestión de los datos, por déficit de personal cualificado.

Todas estas carencias derivan del escaso interés que la política viene prestando a las reformas reclamadas desde hace décadas por parte de los profesionales hacia el Estado, en su vertiente central y autonómica. Los ingentes recursos internos y externos que se invertirán en la recuperación y en la atención a los más desfavorecidos ya están llegando tarde y veremos, esperemos, que sean debidamente aprovechados.

Hay que innovar y evaluar de modo transparente. Son dos verbos que la administración pública apenas conjuga. Tenemos un sector público más preparado para seguir pautas establecidas, que para mejorar y manejar entornos de cambio y disrupción tecnológica.

La crisis nos exige una gestión pública crecientemente basada en datos y evidencias. Hay que construir organismos evaluadores, Beatriz hablaba de un *HISPANICE* y trabajar de forma íntegra y transparente. Hay que incorporar competencias en las áreas más conectadas a la innovación. Los actuales sistemas de retribución pública sitúan por encima del mercado del coste del trabajo a aquellos trabajadores con bajo nivel. Sin embargo, ofrecen salarios poco estimulantes a los profesionales cualificados. Esto es un serio proble-

ma. Muy serio, ciertamente. Hay que transformar los sistemas de reclutamiento. Hay que invertir la lógica de los sistemas de compensación y hay que, sobre todo, incentivar para atraer y retener el mejor talento.

El empleo público adolece de una regulación exageradamente uniforme, con gran rigidez en los mecanismos de gestión de las personas. Hay que poner al día el sistema de mérito y gestión de la diferencia. Ganar eficiencia y mejorar la calidad del gasto público es crucial y requiere más capacidad gerencial con más autonomía y rendición de cuentas no burocrática.

El nuevo contexto nos lleva a enfoques más abiertos y colaborativos, como también se ha dicho a lo largo de estas dos jornadas, entre los distintos agentes del sistema sanitario.

Y, por último, a nivel de gestión clínica, los profesionales adolecen de autonomía en la organización de su trabajo y de los incentivos suficientes que eviten, como se ha visto y lo ha señalado con datos Beatriz, el comportamiento dual que lleva a muchos de ellos a simultanear la práctica pública y la privada, y, como hemos dicho esta mañana, generando ineficiencias.

Las trayectorias laborales son demasiado rígidas y están guiadas por la antigüedad. Otra cosa que hay que cambiar. La irrupción de pacientes empoderados y exigentes nos está empujando a acelerar los cambios en los escenarios clínicos. Veremos.

En cualquier caso, infinitas gracias por su atención. Creo que hemos tenido dos días estimulantes. Y reitero, de nuevo, mi agradecimiento por el interés que han mostrado a lo largo de las jornadas. Hasta el año que viene. Esperemos que sin mascarilla. Muchas gracias.



Edita:



Patrocina:



Con el aval de:

