

DIRECTO
AL
GRANO

El gerente del SCS asegura que el acuerdo de financiación se firmará «cuando las condiciones económicas del Estado lo permitan». Y considera que Cantabria es una región «privilegiada» porque tiene la mejor cartera de servicios de Atención Especializada del SNS

José María **OSTOLAZA**

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

«LA OBRA DE VALDECILLA DURARÁ DOS AÑOS MÁS Y COSTARÁ 350 MILLONES»

...esfuerzo que en la pasada legislatura se hizo tanto en Atención Primaria como en Especializada. En tercer lugar, el dinero que se destina a la atención sanitaria es muy digno, somos la tercera o cuarta comunidad en gasto por habitante. En un marco como éste es algo más fácil marcarse objetivos, incluso cuando se hace en situaciones económicas adversas. Y además somos herederos de marcas como Valdecilla, que hacen que se le dé un alto valor a la sanidad.

● **Hablando de Valdecilla, ¿cuándo se va a firmar el acuerdo de financiación y cuándo van a finalizar las obras del hospital?**

○ El acuerdo de financiación se firmará, yo creo que cuando las circunstancias económicas del Estado lo permitan. El proyecto inicial estaba valorado en 200-220 millones de euros y al final se cerrará en 340-350 millones, y el Estado lo va a financiar, pero debemos tener una relativa calma. Mientras tanto, la marcha de las obras no se está supeditando al ritmo en que el Estado envía el dinero, sino que el Gobierno de Cantabria está haciendo un gran esfuerzo para adelantar parte de él. Respecto a cuándo acabarán las obras, creo que todavía quedan un par de años, pero pienso que eso no es lo importante, sobre todo si queremos un buen hospital que nos sirva para los próximos 30 o 40 años.

● **¿El futuro del hospital está garantizado tal y como estaba planeado hace diez años o hay que replantearse ciertas cosas?**

○ El hospital final se parecerá poco al proyecto original. Valdecilla tiene 43 servicios, algunos de ellos se planifican para tamaños poblacionales tres veces la de Cantabria: Neurocirugía, Cirugía Cardiovascular, Trasplantes, Hematología... España funciona desde el punto de vista sanitario como un estado federal, las CCAA pueden crear sus propios servicios o elegirlos en otras regiones y financiarlos a través de los fondos de cohesión. Valdecilla tiene el reto de crear un valor añadido para poder mantener sus equipos humanos y su tecnología: no puede quedarse en un 'notable', debe sacar un 'sobresaliente' siempre. Y en ese reto, a día de hoy, hay claroscuros. En trasplantes, ahora mismo no hay otro hospital que dé una calidad y una cantidad de prestaciones en trasplante de pulmón y en algunos otros como Valdecilla. Pero si comparamos Cirugía Cardiovascular con lo que era hace diez años, vemos que no hemos sabido enfrentar el reto. Por

una entrevista de **Begoña Porras**

● **Dada su larga experiencia en gestión de servicios sanitarios, ¿cómo es dirigir el Servicio Cántabro de Salud?**

○ Fácil. La comunidad autónoma de Cantabria es pequeña, tiene 600.000 habitantes, equivalente a un área sanitaria de Madrid. El número de recursos humanos en relación con la población es relativamente alto, gracias en parte al...

otra parte, Valdecilla debe dar prestaciones hospitalarias básicas al área de Santander y complementar a las de Torrelavega y Laredo, y en este sentido, hay cosas que hemos hecho mal. Es cierto que hay que aproximar prestaciones al usuario pero hay que hacerlo de forma eficiente, a un precio razonable y con seguridad para el paciente. El tercer reto es conseguir todo esto con un equipamiento adecuado y en un entorno amable.

● **Cantabria ha perdido puestos en la consideración de su sistema sanitario, según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. ¿Tienen razón?**

○ Los indicadores que emplean, que son los mismos desde hace diez años, son poco concretos. Por ejemplo, dividen el presupuesto

con respecto al gasto, pero no computan la deuda, que también es gasto; por ejemplo, un mayor número de médicos es un buen punto de partida pero no garantiza mejor atención. Este tipo de informes asocia mucho estructura a resultados, tiene en cuenta las camas de agudos por habitante pero desprecia las unidades de alta resolución, la hospitalización domiciliaria... Valdecilla llegó a tener 1.180 camas y ahora funciona con 850, pero no dejamos a un paciente más de 6 horas en Urgencias ni dejamos de hacer cirugía programada por falta de camas. En este momento, de verdad, el usuario de la atención especializada en Cantabria tiene la mejor cartera de servicios de todo el Sistema Nacional de Salud. En calidad, en número de

prestaciones y también en accesibilidad, incluso en la disponibilidad de profesionales para contingencias, creo que los ciudadanos de Cantabria somos unos privilegiados. Si bien no hay que ser autocomplacientes y hay que escuchar lo que dicen los demás porque nos ayuda a mejorar.

● **¿Cómo va la puesta en marcha del Hospital Tres Mares? ¿Realmente era necesario un cuarto hospital público para Cantabria?**

○ El éxito de Tres Mares vendrá dado si, conjuntamente con elementos como educación, inversión en infraestructuras o en industria, se consigue estabilizar y revertir la población de Reinosa. Nunca es eficiente un hospital para ámbitos poblacionales de 50.000 habitantes, nunca, pero en este caso es un instrumento más para estabilizar la población de una comarca deprimida y alejada. En cuanto a si era necesario, la sociedad cántabra determinó que sí. Ahora debemos buscar la forma de poner en marcha prestaciones en un marco económico muy restrictivo.

● **¿La Atención Primaria necesita una reforma y, si es así, cuáles serían las claves de esa reforma?**

○ La Atención Primaria es lo más valorado por los usuarios, obtiene siempre un 10 o 15% más de resultados positivos que Especializada. Pero al mismo tiempo, entre los profesionales hay una profunda incertidumbre, cansancio. A pesar de que tenemos un ratio de médicos y enfermeras por habitante de los más altos de España (una media de un médico por 2.500-3.000 habitantes, no hay más de 10 o 15 médicos de un total de 500 que tengan más de 1.650 habitantes adscritos), de contar con muchos recursos bien posicionados, servicios de urgencias razonables, existe una extraordinaria insatisfacción. La Atención Primaria, que es la puerta del sistema sanitario, no da consultas en un plazo de 24 horas y la gente va al hospital porque la atención urgente en primaria no es lo que esperaban. Después de 25 años, parece que hay que hacer cosas nuevas. Algunas que se me ocurren, viendo modelos del norte de Europa, es que, por ejemplo, el papel de la enfermería tiene que cambiar drásticamente, tenemos profesionales muy buenos para dar prestaciones 'anodinas', todo paciente crónico que no tenga reagudizaciones tiene que estar en manos de la enfermería de atención primaria (hipertensión, broncopatías, discapacidad física, visitas domiciliarias

REFORMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

«DEBEMOS CAMBIAR EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA, POTENCIAR LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO Y MEJORAR LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA»

POLÍTICA DE SUSTITUCIONES

«LA SITUACIÓN NOS OBLIGA A SER TREMENDAMENTE RESPETUOSOS CON EL DINERO PÚBLICO Y UNA FORMA DE HACERLO ES AUMENTAR LA PRODUCTIVIDAD»

(CasaSALUD)

programadas, coordinación sociosanitaria). En segundo lugar, tenemos que potenciar la libre elección de médico, un médico tendrá un número básico de cartillas pero si es muy bueno y la gente lo elige y él quiere trabajar más, tenemos que abrir esa puerta y pagarle de forma diferenciada. También la coordinación con los hospitales debe ser diferente, pero en la doble dirección: en Castro, hemos desplazado un traumatólogo al centro de salud para que vea pacientes junto al médico de familia. Y hay que empezar a mandar al médico de familia al hospital, como ya se hace en Reino Unido. Hay que hacer cosas muy diferentes y las haremos en unos tres o cuatro años.

● **¿Por qué no se sustituyen las bajas y las vacaciones de gran parte de los profesionales de Atención Primaria?**

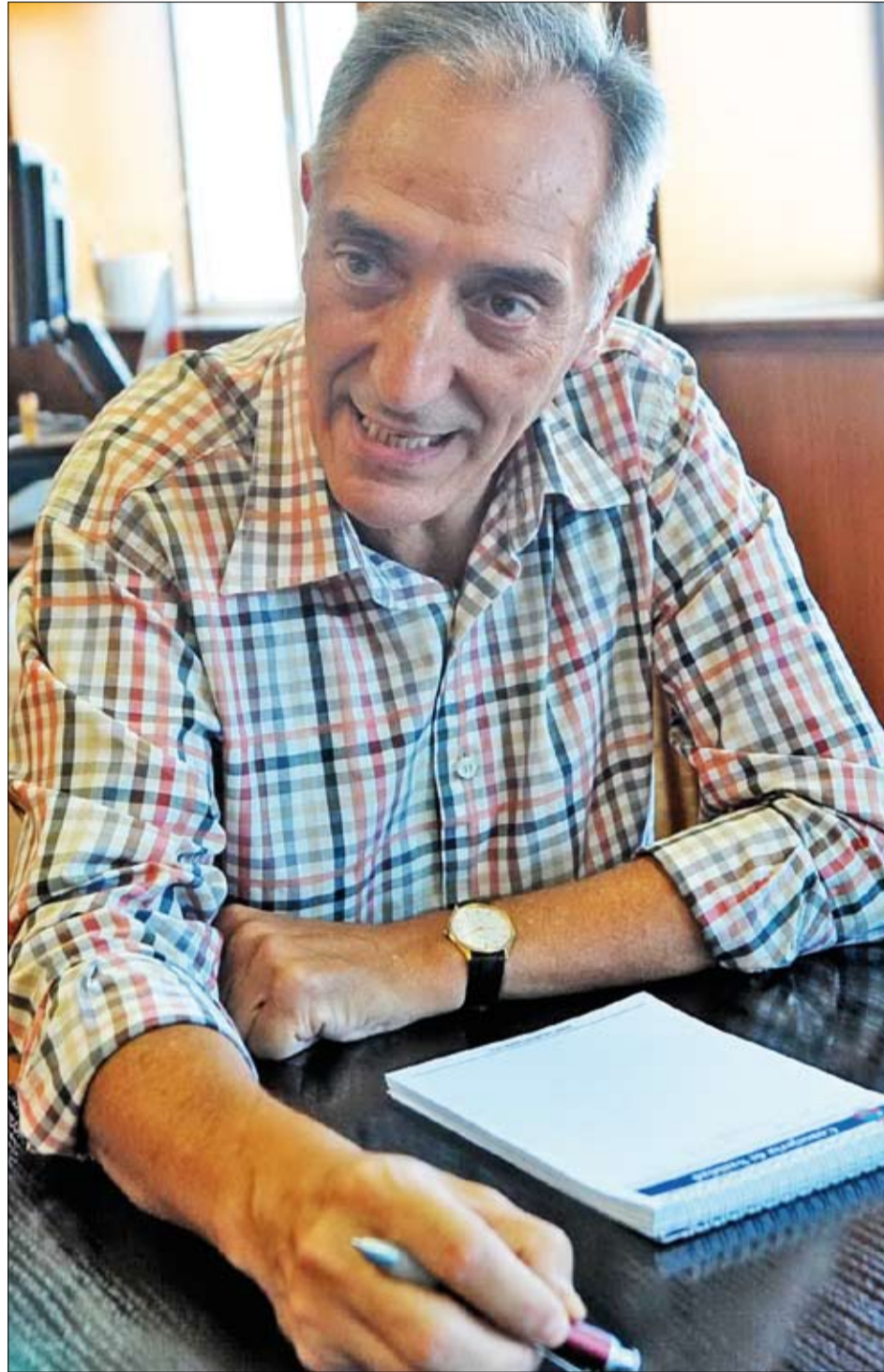
○ La pregunta sería si el usuario ha notado nuestra política tangible (no hay que negar la evidencia) de reducción de sustituciones de bajas y vacaciones en los dos últimos años, si hemos dejado de estar donde era necesario. Hay una gran demanda turística en toda la zona costera, ¿hemos dejado de tener médicos?, ¿aumentan nuestras listas de espera?, ¿crece la dificultad para acceder al médico de primaria? Somos una empresa de prestación de servicios, el objetivo no es crear puestos de trabajo sino dar prestaciones, y no hemos disminuido las prestaciones ni en calidad, ni en cantidad, ni en accesibilidad. La situación económica que comenzó hace dos años y seguirá por otros cuatro, nos obliga a ser tremendamente respetuosos con el dinero público, y una forma de hacerlo es mejorar nuestra productividad, tenemos que ser más eficientes en cualquier escalón del sistema sanitario, pero siempre sin que el usuario no lo note.

● **Gran parte de los profesionales de Primaria echan de menos que desde las gerencias se cuente con ellos, se les escuche y se les deje participar en la toma de decisiones.**

○ Si es una queja generalizada, su parte de razón tendrán. Para nosotros, las reglas de juego son claras: el tipo de prestaciones que hay que dar al usuario es innegociable. Un paciente debe tener acceso a su médico por las mañanas y al menos una tarde a la semana y la demanda normal debe ser atendida en uno o dos días. A partir de ahí, cómo nos organicemos es otra cosa. Si esa premisa está clara, posiblemente tengan razón en que hay que darles más autonomía. Y debemos mejorar nuestra política informativa, está en nuestras manos crear expectativas de cambio y no hemos sabido hacerlo, tenemos que escucharlos más porque ellos conocen la realidad.

● **¿Hay que mejorar la comunicación y la coordinación entre Primaria y Especializada?**

○ Sí, si es mejor para el usuario. El usuario nota que tarda mucho tiempo en acceder a consultas externas de Especializada. Lo que más nos desprestigia es el tiempo que pasa desde que el médico de familia remite a un paciente al especialista hasta que éste lo ve. El especialista nos pide que mejoremos la capacidad de resolución en Primaria para que no le lleguen tantos pacientes y el médico de familia que mejoremos la accesibilidad a los especialistas. Hay que hacer ambas cosas: mejorar los tiempos de acceso porque no son los adecuados, pero también hay prestaciones que se pueden dar en Primaria y que



FOTOS: DELTA-ANA M.

evitarían ir al hospital. La coordinación tiene que mejorar fundamentalmente para que el usuario no perciba que está en una carrera de obstáculos cuando tiene un problema de salud y que hablamos lenguajes diferentes. En este sentido, vamos a poner en marcha un área única en Laredo, donde hay un hospital y ocho zonas básicas de salud, con un presupuesto único y un gerente que debe decidir si contrata a un traumatólogo o a cuatro médicos de Primaria, si necesita un ecógrafo más que un retinógrafo, si es conveniente que el traumatólogo se desplace a los centros...

● **¿Cómo está afectando el recorte del presupuesto al SCS?**

○ Cómo nos afecta y cómo nos va a afectar, porque el sector sanitario deberá hacer grandes esfuerzos todavía unos años más. Se ralentizará mucho la apertura de nuevas prestaciones, las que tenemos hay que mantenerlas en calidad y cantidad, pero será difícil poner en marcha otras nuevas. Pero dentro de tres años, el usuario no notará absolutamente nada, ninguna reducción de la calidad, ni de la accesibilidad a las prestaciones, lo

años. Hemos tomado medidas muy duras, algunas junto con el Estado y algunas encaminadas a mejorar la productividad: por primera vez hemos rebajado el salario de los profesionales, lo cual es tremendo, tenemos políticas de sustituciones más restrictivas, hemos implantado medidas de política farmacéutica, hemos acotado mucho la tasa de sustituciones por jubilaciones y ralentizado el número de contrataciones nuevas. Tenemos un plan de estabilidad que debemos cumplir porque representamos un tercio del esfuerzo de esta comunidad, y debemos hacerlo sin que el usuario lo note.

● **Muchas veces ha dicho que los médicos deberían hacer más flexible su jornada laboral, trabajar más horas o distribuirlas de otra forma. ¿Lo sigue pensando?**

○ El sector sanitario en Cantabria tiene 7.500 trabajadores, de los que 1.500 son médicos. Los médicos son importantes y el resto son colaboradores fundamentalmente. En nuestra política de recursos humanos uno de los retos es marcar diferencias con los que son buenos o quieren tener más dedicación o hacen un esfuerzo en formación para traer cosas nuevas. Hasta ahora no hemos sido suficientemente sensibles como para premiarlos, los esfuerzos que hemos hecho con la carrera y el desarrollo profesional, con la dedicación exclusiva, han sido bienintencionados pero tremendamente insuficientes. Y al mismo tiempo, tenemos que ser más agresivos con aquellos profesionales cuyas expectativas no se adecuan a lo que el usuario necesita. Hay que tratar a los profesionales de forma diferenciada, pagamos, económicamente y en posibilidades de desarrollo, mal a los muy buenos y bien a los no tan buenos. Debemos acabar con el café para todos porque eso desmotiva y desincentiva a los mejores.

● **¿Cuáles son sus próximos retos al frente del Servicio Cántabro de Salud?**

○ Cuatro muy importantes, para los próximos cuatro años, que ya hemos comentado. Uno, mantener las prestaciones en cantidad y en calidad en un marco económico tremendamente restrictivo y muy difícil. Segundo, hacer más transparentes y mejores los tiempos de acceso desde Primaria a las consultas externas especializadas. Tercero, ofrecer un proyecto de reforma atractivo a los profesionales de Primaria. Y cuarto, lograr que ciertos servicios de Valdecilla sean de referencia nacional, lo que no viene dado ni por leyes ni por instrucciones sino por indicadores de calidad.

● **¿Y su mayor quebradero de cabeza como director del SCS?**

○ Creo que nuestra incapacidad para llegar a los profesionales, para explicarles estas cosas y que nos entiendan. Cuando hablo informalmente con alguno de ellos tengo la sensación de que usamos lenguajes distintos. No hemos sido capaces de transmitir a Primaria que queremos un proyecto a cuatro años, ni de explicar la situación económica sin dramatismo. Somos incapaces de ponernos al nivel de los profesionales para hacernos entender y esa es la mayor frustración. A veces tengo la impresión de que somos planificadores de oficina y trabajamos en entornos cerrados, que los profesionales ven otras realidades y que no somos capaces de establecer una comunicación. Y la segunda frustración es nuestra incapacidad para reconocer y retribuir adecuadamente a los muy buenos profesionales que tiene este sistema de salud.

MEDIDAS FRENTE A LA CRISIS

«NUESTROS HOSPITALES DEBEN TENER UN 25% DE LA ACTIVIDAD ORGANIZADA EN JORNADA DE TARDE PARA RENTABILIZAR LA INVERSIÓN EN TECNOLOGÍA»

PROFESIONALES

«UNA DE NUESTRAS GRANDES FRUSTRACIONES ES LA INCAPACIDAD PARA HACERNOS ENTENDER. OTRA, NO HABER SABIDO RECONOCER Y PREMIAR A LOS MEJORES»