

pio Josep Casajuana<sup>17</sup>, de minas antimotivación justamente contra los mejores clínicos y mejores gestores existentes en el sistema.

J. SIMÓ MIÑANA<sup>a</sup>, R. DE PABLO GONZÁLEZ<sup>b</sup>,  
 J. GÉRVAS CAMACHO<sup>c</sup>, D. PEÑARROJA GONZÁLEZ<sup>a</sup>,  
 J.L. BELTRÁN BROTÓNS<sup>a</sup>, D. BRAVO MÁS<sup>a</sup>, A. PÉREZ ALEMANY<sup>a</sup>  
 y M.J. RAMOS MAESTRE<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médicos de cabecera. Centro de Salud Altabix. Elche. Alicante.

<sup>b</sup>Médico de cabecera. Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

<sup>c</sup>Médico de cabecera. Canencia de la Sierra. Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana Brunet J. Límites entre el clínico y el gestor, ¿cómo saltar la barrera? *Semergen* 2003;29:240-3.
2. Smith R. What doctors and managers can learn each other. *BMJ* 2003;326:610-1.
3. Gérvas J, Pérez Fernández M. Gestión en Atención Primaria (consejos para un novel gerente). *EL MÉDICO* 2000 (Anuario 2000); 726:54-6.
4. López-Casasnovas G. Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:79-81.
5. Del Llano Señaris JF, Muñoz Bravo J. Luces y sombras de la formación de gestores y su correlato en la práctica profesional. *JANO* 2002;62:10.
6. Colomer Mascaró J. Conocimientos, habilidades y aptitudes para la gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2001;116:459-60.
7. Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Diez propuestas para mejorar la gestión del sistema nacional de salud. Disponible en: [http://www.pangea.org/iac/sanitat/diez\\_pro.htm](http://www.pangea.org/iac/sanitat/diez_pro.htm)
8. Ortún Rubio V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)* 1995;104:298-300.
9. Costas Lombardía E. Gestión engañosa. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002;3:15-7.
10. García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
11. Pedrosa A. La inteligencia en tiempos del proletariado de bata blanca. *EL MÉDICO* 2003;867:97-8.
12. Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2003;17:150-6.
13. Del Llano Señaris J, Millán Núñez-Cortés J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002;118:337-8.
14. Puig-Junoy J, López Casasnovas G. Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España. Informe Técnico n.º 1. Boletín Economía y Salud. AES 1999;32:2-8.
15. Rey del Castillo J. Los servicios de salud de las comunidades autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002. Monográfico 2 "La construcción de los nuevos servicios de salud" Disponible en: <http://www.fundacionsigno.es/principal.htm>
16. Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc)* 2003;120:138-40.
17. Casajuana Brunet J. De la cultura de la queja a la de la capacitación. *Dimens Hum* 2002;6:86-9.

## Réplica

**Sr. Director:** quiero agradecer los amables comentarios de Simó et al en relación con mi artículo sobre la barrera entre clínicos y gestores<sup>1</sup>, y quiero aprovechar la oportunidad que me brindan para mantener vivo el debate sobre

un tema que aunque aparece con frecuencia, e informalmente, en las tertulias en los equipos, suele hacerlo poco de modo formal en nuestras publicaciones.

Pretendía en mi artículo exponer tres ideas clave que creo constituyen el armazón del desencuentro entre gestores y clínicos:

– La existencia de la barrera entre clínicos y gestores. La barrera existe, y aunque sea franqueable no es de libre paso, pues en ocasiones es necesario tener pasaporte, y para éste, como en tiempos de la dictadura, es posible que debas presentar el certificado de buena conducta.

Es cierto que la mayoría de los gestores han sido clínicos antes de dar "un pasito hacia delante", pero la marcha atrás es menos frecuente. Es decir, hay muchos que cruzan la barrera de la clínica a la gestión, pero de ellos no todos la vuelven a cruzar en sentido contrario. Así pues, la barrera es semipermeable, pero los flujos en uno u otro sentido son de diferente caudal.

– La barrera separa a los clínicos de los gestores, no a "los buenos de los malos". No se debe caer en el simplismo de esa dualidad centrifugando las propias culpas y manteniendo al "enemigo externo". El monopolio de la culpa no existe y la estupidez, según los principios de Carlo Cipolla<sup>2</sup>, se distribuye de forma homogénea a ambos lados de la barrera (aunque es posible que algunos crean que hay un sesgo de selección).

– La desconfianza bidireccional, el desconocimiento mutuo, la priorización de la gestión del presupuesto y los valores equivocados (o mal contrapesados pensando más en el control que en el desarrollo), son los factores etiológicos fundamentales.

Simó et al coinciden en esta visión de la desconfianza como uno de los elementos clave y señalan que "ya tiene mérito que una empresa desconfie de los mismos profesionales que ha seleccionado". Pero es que en realidad la empresa no ha seleccionado a esos profesionales. Debemos convenir que la oposición no es el mejor sistema para seleccionar personas con arreglo a los valores, filosofía y necesidades de una empresa. Posiblemente este sea uno de los problemas de nuestras empresas sanitarias públicas, la incapacidad práctica de seleccionar a las personas adecuadas para cada puesto de trabajo. Junto a ello, y en el mismo paquete (el del funcionario asalariado), podemos situar los aspectos relativos a las retribuciones que también comentan Simó et al.

Por otra parte, ¿por qué hablamos de desconocimiento mutuo, si la mayoría de gestores provienen del mundo asistencial?. Cuando se pasa mucho tiempo al otro lado de la barrera (léase alejado de la asistencia), puede ocurrir que se vea desdibujado, con el tiempo, el conocimiento de la realidad. Si a ello añadimos las distintas presiones que suele recibir el que gestiona, su visión y sus actuaciones pueden acabar orientándose más hacia el presupuesto que hacia el servicio.

Tanto clínicos como gestores comparten como objetivo de su actividad el ofrecer servicios sanitarios de calidad, con satisfacción de los clientes, y a un precio asumible. El clínico debe operativizar este objetivo en la atención que

ofrece día a día al usuario, y el gestor debe operativizarlo en la atención que ofrece día a día al clínico.

Cuidar a los profesionales, hablar con ellos, estar cerca, ser empático... esto debe ser la actividad fundamental del gestor sanitario. Si el trabajo del gestor no le deja tiempo para atender a las personas, algo se está haciendo mal, porque justamente su trabajo es atender a las personas, facilitar su actividad y tomar decisiones con esa orientación. Todo lo demás es "periférico".

J. CASAJUANA BRUNET  
Director Servicios de Atención Primaria de Ciutat Vella.  
Médico EAP Gòtic Barcelona.  
Institut Càtala de la Salut.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera? SEMERGEN 2003; 29: 240-3.
2. Cipolla CM. Las leyes fundamentales de la estupidez humana. En: Ma Non Tropo A., editor. Barcelona: Crítica, 1991.

## Hipotiroidismo. A propósito de un caso

**Sr. Director:** la patología tiroidea se puede manifestar de múltiples formas, muchas veces con un inicio insidioso y con una sintomatología muy vaga, fundamentalmente en el hipotiroidismo del adulto, que hace que se retrase su diagnóstico o se cometan errores. En el paciente de edad avanzada los síntomas se pueden atribuir de forma equivocada al propio envejecimiento o a otros trastornos como la enfermedad de Parkinson, la depresión o la enfermedad de Alzheimer<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que en una analítica rutinaria, estando ella asintomática, presentó una GPT de 65 UI/l, gammaoxalatotransaminasa (GOT) de 75 UI/l, lacticodeshidrogenasa (LDH) de 750 UI/l, creatinina de 1,5 mg/dl y colesterol de 345 mg/dl. En un primer momento se solicitaron únicamente marcadores de hepatitis B y C, con un resultado negativo y ante la nula sintomatología no se siguió investigando. Tras 4 meses acude de nuevo refiriendo notar la cara y encías "hinchadas", con una exploración de discreto edema facial sin fóvea, siendo el resto de la exploración, por aparatos, normal con tensión arterial (TA): 100/80 mmHg, 75 latidos por minuto y un índice de masa corporal de 22,4. Se repitió la analítica que mostró un hematocrito 36,8%, volumen corpuscular medio (VCM) 102 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) 33 pg, creatinina: 1,5 mg/dl con aclaramiento de 34 ml/min., GOT: 136 UI/l y GPT: 102 UI/l. Ante esta situación se completó el estudio solicitando vitamina B<sub>12</sub> (valores normales), ácido fólico (bajo), hierro sérico (75), reticulocitos y extensión de sangre periférica (ambas normales), estando ello a favor de una anemia macrocítica no megaloblástica por trastornos crónicos, puesto que un nivel de

**Tabla 1. Clínica del hipotiroidismo**

Generales	
Fatiga	
Disminución apetito. Aumento del peso	
Aumento sensibilidad al frío	
Voz ronca y áspera	
Piel y anejos	
Piel seca, pálida, dura y escamosa	
Pelo seco y frágil	
Alteración de las uñas	
Mixedema	
Aparato respiratorio	
Hipoventilación y derrame	
Aparato digestivo	
Macroglosia. Hiperplasia gingival	
Estreñimiento	
Aquilia	
Aparato circulatorio	
Disminución del gasto cardíaco	
Bradicardia	
Cardiomegalia	
Vasocostricción periférica	
Riñón	
Disminución del filtrado glomerular	
Hiponatremia dilucional	
Sangre	
Anemia normocítica o macrocítica	
Endocrino	
Amenorrea y ciclos anovulatorios	
Impotencia y oligospermia	
Hiperprolactinemia con galactorrea	
Alteración del ritmo del cortisol	
Metabolismo	
Aumento de la lipidemia	
Aumento de la carotidemia	
Aumento de la densidad ósea	
Disminución resorción ósea	
Sistema nervioso	
Bradipsiquia, bradicinesia	
Somnolencia	
Ataxia	
Depresión, demencia	
Disminución de reflejos osteotendinosos	
Túnel carpiano	
Aumento enzimas musculares (CK, GOT, LDH)	
Sordera. Ceguera nocturna	

folato sérico no es una prueba adecuada para el diagnóstico de un déficit de ácido fólico, siendo necesario recurrir al folato eritrocitario<sup>3</sup>. Se pidió una proteinuria en orina/24h para descartar un síndrome nefrótico, que fue normal, y se realizó un estudio hepático con ecografía, ceruloplasmina (para descartar una enfermedad de Wilson), transferrina (pensando en una hemocromatosis) y anticuerpos antimitochondriales, antimúsculo liso y antinucleares (para descartar una hepatopatía crónica autoinmune) resultando todo ello normal. A su vez se solicitaron unas hormonas tiroideas que mostraron una T4 total y libre disminuidas con TSH aumentada.

La paciente fue tratada con levotiroxina a una dosis inicial de 50 mcg pasando posteriormente a 75 mcg como mantenimiento, mejorando su sintomatología y normalizándose las pruebas analíticas.