

## Democracia y Atención Primaria

**Sr. Director:** Hace poco tiempo, unos años, durante los primeros de la existencia de los Centros de Salud, se hablaba de la accesibilidad como cualidad importante en la Atención Primaria; como uno de tantos médicos de mi edad, he sido testigo de la transformación en el curso de unos quince años sufrida por este servicio, y refiriéndome a la citada cualidad tengo que lamentar que contrariamente a lo pretendido, va predominando la dificultad en la comprensión del sistema y por tanto en su utilización.

En primer lugar, el paciente ya no puede ir a la consulta sin llamar a la puerta del sistema, por expresar gráficamente lo que en parte significa la cita previa. Se trata de un detalle significativo, que no negativo; pienso que permite una mejor organización, pero también pone una barrera que augura las verdaderas adversidades que esperan al enfermo.

En segundo lugar, la progresiva burocratización, que con el uso de la historia clínica, protocolos, análisis y demás elementos técnicos puesto a nuestra disposición, hace que ya no se conciba fácilmente resolver una consulta en unos minutos, siendo más habitual que se precisen varios encuentros entre el profesional y su paciente. Úsese la historia clínica para anotar absolutamente todo: que ha tosidado una noche, el tratamiento, decenas de tensiones arteriales, etc. Soy de los primeros médicos de la Comunidad de Madrid, de Atención Primaria, en utilizar la historia clínica y siempre he creído que es un instrumento valioso, pero éste y otros siendo mal utilizados constituyen una barrera burocrática.

En tercer lugar, la masificación de las consultas en muchos puntos de la red asistencial ha ido incrementándose rápidamente. A lo largo del año 2003, el número de afiliados a la Seguridad Social ha crecido a razón de 22.000 al mes en la Comunidad de Madrid, según la revista Madrid Médico de diciembre del 2003. ¿Qué podemos hacer los médicos cuando nos ponen tales cantidades de enfermos a atender? Aguantar el tirón hasta no poder más, con la importantísima repercusión en el trato con el paciente.

Ante esta situación deteriorada, ¿qué están haciendo las gerencias?

Lo primero que a cualquiera se le ocurriría es incrementar las plantillas ajustándose a la población; además de ingresar más dinero, se trata de utilizarlo, no hacerlo así se llama estafar; ¿alguien ha visto el incremento suficiente de las plantillas? Hemos leído el informe del Ministerio de Hacienda que dice haber obtenido un superávit del 1% del PIB equivalente a 7.400 millones de euros en las cuentas

de la Seguridad Social, es decir, que para que esta gran cantidad de dinero se use para otros gastos, los trabajadores tenemos que compartir el mismo médico con montones de compañeros, esperar largos meses para ser atendidos por los especialistas, aguardar nuestro turno en salas de esperas deprimentes, ser trasladados en ambulancias sin calefacción, ser estabulados en pasillos y salas de las urgencias de los hospitales, y en definitiva ser tratados sin respeto.

Otra medida que se hace imprescindible es aumentar la docencia en gestión racional de consultas, ya que de la improvisada conducta que hemos tenido que poner en práctica ha surgido el efecto de un gran aumento de actos médicos innecesarios.

Bueno, estamos despilfarrando recursos los médicos, los enfermeros, los conductores que llevan las muestras, el personal de laboratorio, el de limpieza, el de recogida de residuos, etc. ¿pudiera ser que para curar un resfriado!

Sin embargo, somos testigos de la reiterada ceremonia de medir el colesterol de todo el que asome por la puerta de nuestra consulta. No veo que sea la mejor manera de administrar los recursos decir, con o sin pruebas, que hemos obtenido una cobertura del n % en el control de hiperlipidemias, considerando que de ello depende el premio de los incentivos. Se nos pasará por alto pensar que estamos produciendo un enfermo real que, posiblemente deprimido, pasará a estar toda su vida preocupado por evitar un infarto. En cambio, si decimos al mismo paciente que se encuentra como muchos en este límite en el que tanto se inclina la balanza para un lado como para el otro, que se olvide de su colesterol, nosotros no ganamos ningún euro, pero evitamos un enfermo.

El gasto farmacéutico aumenta ante una presión demandante alta, condicionada por la inadecuación de plantillas y la aplicación irreflexiva de protocolos.

Para reducir el consumo excesivo de medicamentos no valen las impropias pretensiones de que los médicos tengamos listas de precios en la cabeza, sería suficiente que pudiéramos estudiar más y se dieran las condiciones de trabajo necesarias para poder aplicar con buen juicio los tratamientos.

Tristemente, la intención oculta de nuestros gestores es, en lugar de mejorar la calidad de los servicios, dejar de invertir esfuerzos en el Sistema Público de Salud y privatizar este servicio sin anunciarlo, pues esto sería imposible.

Pido que se dé marcha atrás a este proceso y que se implanten normas democráticas en los procedimientos de gestión; es alarmante ver cómo se ha instaurado la transmisión de directrices. Recuerdo que en democracia se piden opiniones antes de firmar las normas, y puedo constatar que en las reuniones de coordinadores se va a recibir

instrucciones que vienen desde arriba; con esto no pretendo señalar a nadie en concreto, pues tan antidemocrático es emitir normas sin pedir opinión como acatarlas sin ejercer la obligación de pensar y opinar.

Pido también que los médicos tengamos un papel socialmente más signo que el de meros suministradores de medicamentos; sería de desear que nuestra opinión fuese tenida en cuenta cuando decimos que es preciso controlar la velocidad de los vehículos, evitar una guerra, o cuando denunciemos que a través de la televisión se está haciendo apología de la violencia y promocionando el machismo que tanto influye en la violencia doméstica.

J. SEGOVIA ESQUIROL

Médico de Familia.

Centro de Salud de Buitrago de Lozoya. Madrid.

## Democratización

**Sr. Director:** La carta del Dr. Segovia introduce múltiples cuestiones que valdría la pena considerar en profundidad por su importancia. Pero sólo me referiré al problema clave, el del título de su carta, pues alude a una cuestión que plantea en su crudeza la absurda organización vertical que domina la estructura sanitaria. Las decisiones se toman “arriba” y se transmiten “abajo”, para su cumplimiento. Ni se estimula ni se desea la participación del personal altamente especializado que ejecuta las órdenes. Es, cuando menos, un despilfarro. En la sanidad pública trabajan miles de profesionales que saben lo que hacen, y que podrían participar en el movimiento de un “círculo virtuoso” que mejorara la calidad del trabajo y la autoestima de los propios profesionales (y de los gerentes). En otras organizaciones se estimula y premia la iniciativa de los profesionales; se constituyen, incluso, grupos formales de mejora de la calidad, con la obligación de elaborar propuestas con una cierta periodicidad. Aquí, en la estructura sanitaria pública, predominan las directrices autoritarias, la mayoría carentes de fundamento científico, que se abandonan también sin mayor comentario o análisis. Piénsese, por ejemplo, en el TAIR (la maquinita de las etiquetas) que supuso un despilfarro de miles de millones de pesetas, que se implantó a sangre y fuego, del que nunca se ha obtenido información relevante, y que ahora se está abandonando sin una discusión acerca de su utilidad posible y de los errores cometidos. ¿Irán a la cárcel los responsables de tamaño despilfarro y desorganización?

Este estilo de dirección no es propio de una cultura democrática, ni de una organización respetuosa con los profesionales. Esta actitud autoritaria de gestión tampoco es inteligente, ni responde al mejor interés de la población, en cuyo nombre se ejerce el poder político que la sustenta. Todo se remite al clásico “esto son lentejas, si quieres lo

tomas y si no lo dejas”, lo que refleja una prepotencia ignorante y un despilfarro de recursos. Quizá el eximente sea esa ignorancia atrevida, pues muchos de los gerentes (y auxiliares) carecen de la mínima formación en ese campo y, a veces, de buena voluntad. He oído lo de “las lentejas” a gerentes psocialistas y ppopulares, por lo que se puede deducir que la prepotencia ignorante va más unida al cargo que a la ideología.

La cantera de los gerentes se nutre de la de los clínicos, que tienen experiencia viva de lo que significa el orden y mando en la práctica asistencial. Las barreras que separan a los médicos clínicos y gerentes son más bien artificiales, como se ha discutido en esta revista<sup>1,2</sup>. ¿Qué transforma al médico clínico harto de órdenes sin fundamento en médico gerente transmisor o generador de dichas órdenes? ¿Qué provoca esta cultura bidireccional de desconfianza, médicos clínicos contra médicos gestores, y viceversa? ¿Qué envenena el aire haciendo irrespirable la calidad que ofrecemos, comparada con la que podríamos ofrecer? Tal vez la politización de la gestión, como se ha señalado<sup>2</sup>. Tal vez una dinámica antigua, anclada en siglos de desconfianza, de resquemor ante la autoridad (por parte de los médicos clínicos) y de sospecha permanente de subversión (por parte de los médicos gerentes). Tal vez las ventajas mutuas de una cultura tal, que desliga a ambos tipos de médicos de la realidad, pues ayuda a no enfrentarse al verdadero problema de no disminuir de continuo la brecha entre la efectividad y la eficacia (entre lo que hacemos en la práctica y lo que podríamos hacer en condiciones ideales). Tal vez un enconamiento que ha creado callo y que convierte en un diálogo de sordos lo que debería ser un diálogo constructivo continuo, y que en cada intercambio de información refuerza la desconfianza mutua.

Democratizar la gestión implicaría profesionalizarla y hacerla transparente. De los médicos clínicos exigiría un compromiso de calidad, y el abandono de la cultura de la queja. De ambos, una actitud democrática, de participación y de aceptación de la crítica, de promoción de la calidad científica, y de fomento y respeto a la innovación.

¿Lo lograremos? La sociedad y nuestros pacientes lo necesitan ya. Es hora de que los profesionales, clínicos y gerentes dejemos atrás una conducta atávica que transforma a los pacientes en combustible del sistema sanitario.

J. GÉRVAS.

Médico de Canencia de la Sierra. Madrid.

Correspondencia: Equipo CESCA.  
Travesía de la Playa, 3.  
28730 Buitrago de Lozoya.  
jgervasc@meditex.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo salvar la barrera? SEMERGEN 2003;29:240-3.
2. Simó J, De Pablo R, Gervas J, Peñarroya D, Beltrán JL, Bravo D, et al. Barreras entre clínicos y gestores: mito sobre mito en nuestro sistema sanitario. SEMERGEN 2003;29:602-5.