

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^{1,2}. ¿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 señalado². 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.