

## La Gerencia vista desde la Consulta, a través del prisma de la calidad asistencial\*

J. Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra. Madrid. Equipo CESCA. Madrid.

Al paciente le interesa que el Sistema Sanitario funcione, y recibir los cuidados que precisa con prontitud. Para ello tienen que colaborar los profesionales clínicos y de la gestión. El diálogo típico de sordos entre la Consulta y la Gerencia dificulta el trabajo de calidad (hacer bien lo que debe ser hecho). Las culturas de la desconfianza y de la rigidez son especialmente dañinas para la relación fluida y eficaz, pues lastran la consecución de los objetivos que deberían cumplirse. Así, los unos desconfían de los otros, y la Gerencia impone controles que se tornan rígidos y mecánicos, de forma que la calidad decrece. Se precisa un cambio cultural que fomente la calidad, no la cantidad, pues no se trata de hacer cosas porque sí, sino de hacer bien las cosas que se deben hacer. El cambio necesario implica más formación continuada (capacitación científica, técnica y humana para resolver los problemas frecuentes de salud en la propia consulta, o el domicilio del paciente) y actitudes de servicio (de la Gerencia a la Consulta, y de la Consulta al paciente), de flexibilidad, de confianza y exigencia ética. La Consulta y la Gerencia se necesitan para mejorar continuamente la calidad, y su desencuentro debería transformarse en fructífero acuerdo de colaboración para determinar el *qué* y el *cómo* que lleve a ofrecer al paciente los servicios precisos en el momento y lugar adecuado”.

*Palabras clave:* calidad, gestión, coordinación.

The patient wants the Health Care System to work and to receive the necessary cares quickly. For this, the clinical and management professionals must collaborate. Typical dialogue of the deaf between the Out-Patient Clinic and Management makes quality work difficult (do well what should be done). Cultures of distrust and rigidity are especially harmful for the fluid and effective relationship, since they hinder the achievement of the objectives that should be fulfilled. Thus, one group distrust the other, and Management imposes controls that become rigid and mechanical, so that quality decreases. A cultural change that promotes quality, not quantity is necessary, since things should not be done to be done but rather that which should be done should be well done. The necessary change involves more continuing education (scientific, technical and human training to solve the frequent health problems in the physician's office or in the patient's home) and service attitudes (from the Management to the Out-Patient Clinic, and from the Clinic to the patient), flexibility, trust and ethical demand. The Out-patient clinic and Management need to improve continuously quality and their disagreement should become a fruitful agreement of collaboration to determine what and how they offer the patient the necessary services in the adequate time and place.

*Key words:* quality, management, coordination.

### INTRODUCCIÓN

Como dicen los economistas, “hay que hacer bien lo que merece la pena hacerse bien”, una definición pragmática de la calidad, muy sencilla. Es decir, en un caso que suelen utilizar siempre, si no hay que cortar orejas, ¿de qué

vale hacerlo bien? Lo difícil es que hay que saber *cómo hacer bien* lo que merece la pena hacer bien, y hay que saber *qué hacer* y *qué no hacer*, lo que exige un amplio conjunto (a renovar parcial y continuamente) de conocimientos, habilidades y actitudes.

Así, en la práctica clínica, no interesa la calidad *per se*, sino en cuanto mejora el resultado sanitario. Lo primero no es el *cómo*, sino el *qué*. Si algo carece de sentido, si no mejora el resultado, no vale la pena hacerlo bien. Por ejemplo, si está demostrado que es inútil en España la citología de cuello de útero en su forma de cribaje, ¿de qué vale que médicos y enfermeras participen con interés en un programa de detección precoz del cáncer de cuello de

\*Texto presentado en las Jornadas de Calidad del SACYL, León, el 11 de junio de 2004.

Correspondencia: J. Gérvas.  
Equipo CESCA.  
Travesía de la Playa, 3.  
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid.  
E-mail: jgervasc@meditex.es

útero que se estructure en torno a la oferta indiscriminada de la citología?. En otro ejemplo, ante un dilema ético común, controlar el dolor en el terminal puede “acelerar” la muerte, pero el propio paciente está de acuerdo en ello, los profesionales lo promueven, y la sociedad lo tolera; entonces, ¿por qué se ve el médico de cabecera en la absoluta soledad ante una decisión trascendental y necesaria?

En la Consulta no es fácil aumentar la calidad, y vendría bien el soporte institucional de la Gerencia. Pero desde la Consulta la Gerencia puede verse simultáneamente como promotora de “cosas” sin sentido y como sorda o ciega a los problemas clínicos que no tienen fácil solución, pero que hay que solucionar. Probablemente la Gerencia ve la Consulta como lugar del despilfarro y del descontrol. Todo ello resulta absurdo cuando la sinergia de ambas es lo que beneficia al paciente. ¿Cómo podríamos mejorar, siquiera establecer, una relación positiva, que generase y acelerase un círculo virtuoso de calidad?

## CULTURAS BÁRBARAS

Nuestro sistema sanitario público tiene una cultura de tópicos que conviene conocer si se quiere cambiar, pues en ese conjunto de tópicos está el plomo que lastra el posible cambio a mejor<sup>1</sup>. Dos culturas son especialmente dañinas, la de la desconfianza y la de la rigidez, y con ambas terminan conviviendo cómodamente la Gerencia y la Consulta<sup>1,2</sup>.

La cultura de la desconfianza lleva a la Gerencia a intentar controlar lo incontrolable. Y a la Consulta a ignorar (y a veces a engañar) a la Gerencia. Lo importante pasa a ser la cantidad, no la calidad. Y, peor, la calidad que importa es la fácilmente medible, no la que tiene impacto en la salud del paciente. La desconfianza envenena el aire que respiran los profesionales a ambos lados de la barrera, y conlleva, de un lado, dificultades como “visados” y similares, y del otro la producción rutinaria de datos y de información que se colecciona como obligación, no como oportunidad de reflexión. La desconfianza envía directamente a la papelera de la Consulta gran parte del flujo que llega de la Gerencia (desde datos sobre consumo farmacéutico hasta nueva normativa legal). La desconfianza convierte la información que genera la Consulta y que recibe la Gerencia en simple justificante que se sabe formal, no real (desde la declaración de enfermedades de declaración obligatoria a la información sobre las actividades docentes).

La cultura de la rigidez pretende resolver con control lo que no se resuelve con flexibilidad e ilusión. La Gerencia renuncia a la consecución de verdaderas mejoras de la calidad y se contenta con formalismos, como “contar” cosas y casos, desde tonos de teléfono antes de descolgar, a pacientes diabéticos y hemoglobinas glicadas realizadas. La Consulta aprende a ser “formal” y cubrir las apariencias frente a la Gerencia, y acepta resignada la manía de pedir papeles y números, y los rellena como una quiniela, o como una rutina (sabe que aunque los datos sean imposibles, nada importa, excepto que se manden). El trabajo clínico y los retos prácticos de la calidad pasan a segundo

plano, como poco. Lo importante es mantener la ficción de una maquinaria que marcha, aunque no se sepa hacia adonde. Es una maquinaria lenta y rígida, que aplasta ilusiones y destruye iniciativas.

## DE LA CANTIDAD A LA CALIDAD

Como diría un mal novelista, “la Gerencia y la Consulta están condenadas a entenderse”. No están condenadas, pero deberían entenderse, pues lo lógico es ver como complementarias sus capacidades y potencialidades<sup>3</sup> y comprender que la calidad depende de la competencia, pero también de las actitudes<sup>4</sup>.

En principio la Gerencia y la Consulta se nutren de los mismos fuentes de personal, pero en este caso “el hábito hace al monje”, que lleva incluso al enfrentamiento. Todos conocemos Gerencias y Consultas que “se vengán” del desencuentro con actitudes irracionales y en el borde de la ética, e incluso del delito. Por ejemplo, la Gerencia que retrasa la dotación de personal de una Consulta díscola, o la Consulta que compensa con bajas laborales del personal la falta en la Gerencia de política de personal. Si queremos más calidad, habría, pues, que actuar en el doble frente de la formación (capacitación técnica y humana) y de las actitudes.

Hay problemas básicos de formación<sup>5</sup>. La Consulta se dota con personal especializado en “Centros de Salud”, no en “lo general”, por la influencia de la formación básica y de la especialidad (incluso, como muchas enfermeras, sin especialidad alguna); con ello hay áreas enteras de cosas que habría que hacer y que no se hacen (por ejemplo, poner dispositivo intrauterino [DIU], o llevar el embarazo y participar en el parto). No se mantiene una formación continuada, o se deja en demasía en manos de las industrias tecnológicas y farmacéuticas. Y todo se basa en un modelo biológico y tecnológico, obsoleto y absurdo, que lleva a una atención episódica, y al rechazo a los crónicos y con enfermedades múltiples (viejos, enfermos mentales, minusválidos físicos, y otros). También lleva a la implantación de modas gravemente peligrosas, como hasta hace poco la de ver la menopausia y el climaterio como enfermedad (y el corolario de uso indiscriminado de hormonas, con aumento de la morbilidad y mortalidad por cánceres de mama, embolias pulmonares, ictus cerebrales e infartos de miocardio), y la que se anuncia de la prevención del cáncer de próstata con finasteride (con el corolario de aumento de la mortalidad, pues la disminución del número total de cánceres se acompaña de la mayor agresividad y malignidad de los que no se evitan)<sup>6</sup>. La Gerencia, a su vez, no se da cuenta de la importancia de estas cuestiones, o no reacciona ante las mismas, y también trabaja con poca formación. La Gerencia se convierte en un escalón que aleja de la Consulta y de sus responsabilidades y agobios, o en premio y/o lugar de acogida, y falta formación en las decisiones y actitudes<sup>1,2</sup>. Muchas veces ni se tiene liderazgo natural, ni se adquiere con naturalidad (mediante el estudio y la humildad ante el error). La formación, la capacitación técnica y humana para resolver los problemas comunes (y pasa saber orientar y cooperar en casos poco

comunes), es una exigencia ética en la Consulta y la Gerencia.

Respecto a las *actitudes*, si queremos calidad necesitamos desarrollar una cultura a dos bandas, Consulta y Gerencia:

1) De servicio (lo importante es el paciente y la salud de la población, no la Consulta ni la Gerencia, y sus incapacidades, desencuentros y rencillas, con la cultura de la queja que conllevan; esto implica, por ejemplo, cooperación para mejorar la accesibilidad en todos sus componentes; o saber abordar los problemas que no tienen solución sólo en la Consulta, como el aislamiento social).

2) De flexibilidad (ni los profesionales, ni los pacientes, ni las situaciones, ni las poblaciones son iguales; por ejemplo, hay lugares en que es imprescindible la telemedicina, y lugares en los que se puede esperar; hay lugares en los que se necesitan más enfermeras en la calle, y lugares en que faltan enfermeras –o auxiliares de clínica– en la Consulta).

3) De confianza (ni en la Consulta trabajan canallas, ni en la Gerencia habitan idiotas; lo lógico es facilitar el trabajo ilusionado y alegre, la innovación, la responsabilidad y el aprendizaje a partir de los errores, con los controles mínimos e imprescindibles, y perseguir a los poquísimos sinvergüenzas que pudieran existir a ambos lados de la barrera).

4) De exigencia ética (no basta con los formalismos, con el control rígido, con mantener en marcha la maquinaria sin rumbo ni crédito; la población cree que el sistema sanitario sabe lo que debe hacer y la Consulta y la Gerencia deberían ser capaces de responder positivamente a esa expectativa; a veces es responder con humildad que no hay solución, o que la solución está fuera del sistema sanitario; a veces es reconocer errores y compartir soluciones; a veces es promover e incentivar la innovación).

## CONCLUSIÓN

La Consulta y la Gerencia se necesitan para mejorar la calidad<sup>1-4</sup>. ¿Qué hacer?<sup>7,8</sup>.

En lo concreto:

1) Ambas deberían ser más exigentes en potenciar el papel de filtro de la Consulta, al incrementar la calidad, por mejoras en la capacitación y en la actitud; por ejemplo, información rápida y directa de urgencias atendidas por eventos evitables con una eficiente Atención Primaria, o, por ejemplo, de retinopatías correctamente tratadas y cegueras entre los diabéticos (así se disminuirían las derivaciones innecesarias, y aumentarían las necesarias, lo más costoso para el sistema cuando se hace mal, y lo más peligroso para el paciente por exceso y por defecto).

2) Ambas tienen que nadar como el pez en el agua en espacio del otro (si compartimos barco, ¿cómo no vamos a movernos con facilidad a ambos lados de la barrera artificial que nos separa?). Gerencia y Consulta no son espacios enfrentados, sino complementarios, y tan normal se-

ría ver a la Gerencia tomando café por la mañana en la Consulta, como que la Consulta señalase con sencillez y sin acritud los errores de la Gerencia. El respeto debido no es adulación ni ignorancia, sino franqueza y convivencia.

3) No confundir cantidad con calidad. Por ejemplo, lo importante no es la cifra de tensión arterial, sino disminuir los ictus, insuficiencias cardíacas e infarto de miocardio entre los hipertensos (*sin provocar demasiados efectos adversos, y al menor coste posible: bueno, bonito y barato*).

4) Facilitar la innovación. Puesto que en la Consulta y en la Gerencia hay gente que piensa, es importante animar a experimentar con lo lógico y prudente. Por ejemplo, cambios que mejoren la accesibilidad de los inmigrantes, o incentivos que faciliten el mejor uso de los antibióticos (¿por qué el abandono de la *fenoximetilpenicilina* y de la *nitrofurantoina*?).

5) Facilitar el trabajo clínico. De nada sirven los formularios y las barreras si crean desconfianza, o se utilizan para defender monopolios (sirva de ejemplo el monopolio de ecografías ginecológicas y tocológicas de algunos hospitales y especialistas, como el del Hospital La Paz, de Madrid). La Gerencia debe facilitar el trabajo clínico, no obstaculizarlo, y hay muchas medidas concretas a tomar; por ejemplo, en torno al control de la oxigenoterapia en la insuficiencia respiratoria.

6) Contribuir a la formación continuada, tanto directamente como en colaboración con la industria. Si admitimos la impotencia y el fracaso de la Gerencia en su capacidad docente (conservación de habilidades, actitudes y conocimientos adecuados, abandono de los obsoletos, e introducción de lo nuevo relevante) y el sometimiento de la Consulta a lo nuevo deslumbrante, es preciso un acuerdo sensato que coloque al paciente y la salud de la población en el centro del servicio (aunque sólo sea porque la dignidad del paciente es nuestra dignidad), y mediante el que se colabore honradamente con la industria farmacéutica (con transparencia, con lógica y con independencia).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera? SEMERGEN 2003;29:240-3.
2. Simó J, De Pablo R, Gérvás 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.
3. Smith R. What doctors and managers can learn each other. BMJ 2003;326:610-1.
4. Ortún V. Clínica y gestión. Med Clí (Barc) 1995;104:298-300.
5. Seguí M. Los límites prácticos y científicos de la Medicina General/ de Familia en relación con las especialidades médicas. SEMERGEN 2002;28:467-9.
6. Gérvás J. Quimioprofilaxis en el siglo XXI. Algunos problemas del uso de medicamentos para la prevención primaria de enfermedades. FMC 2003;10:680-3.
7. Gérvás J, Pérez Fernández M. Gestión en Atención Primaria (consejos para un novel gerente). El Médico (Anuario 2000) 2000;726:54-6.
8. De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gérvás J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. Aten Primaria 2004;33:462-70.