

## Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera?

J. Casajuana Brunet

Serveis d'Atenció Primària Ciutat Vella. EAP Gòtic. Barcelona. Institut Càtala de la Salut.

### LA BARRERA ENTRE CLÍNICOS Y GESTORES

No es infrecuente en nuestro entorno oír hablar de la “visión del clínico” en oposición al “punto de vista del gestor”. Estas distintas visiones no parecen sorprendernos dado que están amparadas por aquel popular dicho de que nada es verdad ni es mentira, y todo depende del color del cristal con que se mira. Sin embargo, lo que sí debería resultar sorprendente es que el color del cristal con el que miramos clínicos y gestores pueda resultar distinto.

Me explico. Ambos trabajan en la misma empresa y, se supone, tienen por ello los mismos objetivos. El objetivo de ambos, el de su empresa, trabajando en un sistema público como el nuestro es: ofrecer servicios de calidad, con satisfacción de clientes y profesionales y a un precio que pueda ser asumido.

Que la separación entre los unos y los otros existe parece indudable. Como también lo es que los clínicos no están satisfechos con el apoyo/servicio que reciben de sus gestores<sup>1-3</sup>, y parece que el problema no está limitado sólo a nuestro país<sup>4</sup>. No cabe duda que algo falla para que en la práctica, en lugar de ser compañeros de equipo, acaben alineados en dos bandos no tan sólo diferentes, sino incluso rivales.

¿Quiénes son los culpables? Si dejamos de lado la siempre falsa hipótesis del “culpable único” y optamos por la de la “etiología multicausal”, podríamos discutir si esta multicausalidad se la reparten a partes iguales gestores y clínicos, o qué parte del pastel de la culpa corresponde a cada uno de ellos. Sin embargo, parece preferible no perder el tiempo en buscar culpables, e invertirlo en buscar y analizar causas y proponer soluciones en función de dichas causas. Vamos a intentarlo.

Correspondencia:  
J. Casajuana.  
Médico EAP.  
Área Básica de Salud Gòtic.  
Pasaje de la Paz, 1.  
080002 Barcelona.

Podríamos empezar de entrada agrupando los factores que intervienen en este cisma en: dependientes de la organización, de los gestores o de las asistenciales.

### FACTORES QUE IMPLICAN A LA ORGANIZACIÓN

En toda organización existe una cultura propia, generalmente implícita, desarrollada a lo largo de los años, que impregna todos los niveles de la organización y determina en buena parte el comportamiento de las personas.

Nuestras organizaciones sanitarias nos presentan con demasiada frecuencia unos elementos culturales que son divergentes de los objetivos expuestos (no coincide lo que se dice con lo que se hace) y que influyen de forma inadecuada en los individuos que integran la organización:

—“Ascender” en la organización implica abandonar la asistencia. Parece un contrasentido que para ascender debamos dejar de hacer aquello que constituye la esencia de nuestro “negocio”: prestar atención y cuidados a las personas. Por otra parte se corre el riesgo de que no quieran ascender aquellas personas con mayor interés en la asistencia y, por el contrario, las que quieren huir de la asistencia encuentren en el ascenso su fórmula liberadora.

—Se habla continuamente de la importancia de las personas como capital fundamental de la organización, mientras que la realidad nos muestra demasiados elementos que son indicadores de desconfianza (validación de recetas, limitación del acceso a pruebas complementarias, etc.): si desconfío fiscalizo previamente a los profesionales porque creo que se van a comportar mal, si confío evalúo a los profesionales para detectar situaciones mejorables y aplico métodos de mejora continua.

—Sigue aún predominando el discurso eficientista con valores de tipo “práxico-administrativo”: optimización, objetivos, capacidad técnica, resultados, orden, directrices, control, etc.<sup>5</sup>. Los valores orientados al desarrollo, los que dibujan el marco apropiado para el desarrollo personal to-

davía son demasiado escasos. La confianza, la creatividad el aprendizaje del error, el riesgo, la flexibilidad, la alegría<sup>6</sup>, etc. son difíciles de observar en nuestras instituciones sanitarias.

—La inmediatez del presupuesto impide a menudo desarrollar una visión lejana. La cuenta de resultados está muy centrada en los resultados económicos a corto plazo, lo demás queda a menudo reducido a palabras. “Tenemos demasiados gestores de números y faltan gestores de valores” nos dice Salvador García.

## FACTORES QUE IMPLICAN A LOS GESTORES

Los gestores no acaban de entender a los clínicos. “No se enteran de lo que es la realidad”, “están más preocupados en mantener el cargo que en mejorar el servicio”. Comentarios de este tipo están a la orden del día entre los clínicos cuando hacen referencia a los gestores. Seguramente hay un poco de todo, como en botica:

—Muchos gestores llegan a ocupar un cargo sin haber recibido formación específica para ello y sin que, por parte de la empresa, exista una planificación al respecto.

—La Comisión de mejora de la calidad de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària ha publicado recientemente un tratado de patología de los directivos sanitarios<sup>7</sup>. Una de las patologías que allí se presentan es la del “mal de las alturas” (tabla 1) que origina un problema de competencia del directivo por desconocimiento de lo que tiene entre manos.

—No es infrecuente que iniciativas, instrucciones o directrices que llegan “de arriba abajo” no estén “basadas en la evidencia”, estén de espaldas a la realidad, no aporten ningún valor añadido (a veces todo lo contrario) al proceso asistencial. El TAIR puede ser un “macro-ejemplo” claro, triste y enormemente costoso. El gestor que conoce la realidad puede y debe actuar de filtro para intentar que, en estos casos, la correa de transmisión se detenga antes de llegar a los asistenciales.

**Tabla 1. El mal de las alturas**

Etiología: es debido a ascensos producidos con demasiada rapidez o a una respuesta inadecuada de los mecanismos de adaptación a los importantes cambios de presión ambiental que puede comportar el subir a alturas más elevadas

Factores predisponentes: edad (más frecuente en más jóvenes), velocidad de ascenso, microclimas específicos, experiencia previa en ascensos

Fisiopatología: edema cerebral moderado, con vasodilatación

Clínica: cefalea, insomnio, pérdida del apetito, náuseas, ataxia (marcha insegura), ahogo con pequeños esfuerzos, alteraciones psicológicas (fenómenos alucinatorios visuales y auditivos, sentimientos paranoides, actitudes obsesivas, deterioro de las funciones intelectuales, irritabilidad, angustia, etc.)

Tratamiento: si los síntomas son ligeros, reposo sin continuar el ascenso, si los síntomas son graves descenso inmediato a una altura adecuada

Modificada de Comissió de millora de la qualitat<sup>7</sup> a partir de Ferreras-Rozman. Medicina Interna.

—En el entorno sanitario, donde la decisión de la mayoría del gasto se toma en la base (el médico con su bolígrafo), la formación de las bases es tan elevada como la de las estructuras de gestión y el trabajo de los profesionales es enormemente autónomo, el gestor debe desempeñar un papel de facilitador del funcionamiento de toda la estructura. Cuando este papel se confunde con el de control o mando, el gestor deja de realizar el papel que realmente le corresponde e intenta realizar un rol que es inviable.

## FACTORES QUE IMPLICAN A LOS CLÍNICOS

Los clínicos no acaban de entender a los gestores. No es excepcional oír comentarios como los siguientes cuando los gestores se refieren a los clínicos: “se creen que la salud no tiene precio, que el presupuesto es infinito”, “no tienen ninguna conciencia de gasto”, “piden pruebas y tiran de talonario sin justificación”, “a menudo asumen pocas responsabilidades clínicas y derivan el paciente a otro nivel”, “se quejan mucho y aportan poco”.

—La cultura de la queja, aunque podemos considerar que está implantada en los distintos niveles, probablemente tiene una mayor prevalencia, por diferentes motivos, en los profesionales asistenciales que en los gestores. La queja vacía, sin asumir ningún tipo de responsabilidad ni aportar soluciones es, además de frecuente, altamente contagiosa. Se fundamenta en la siguiente tríada: la culpa es de “ellos”, el enemigo es siempre externo, las soluciones deben venir de fuera<sup>8</sup>.

—Todos los servicios sanitarios tienen un coste incorporado. Podemos oír en ocasiones que a los clínicos les importa la evidencia, a los gestores la eficiencia. Parece un planteamiento antagónico, pero a menudo es todo lo contrario. Cuando podemos conseguir lo mismo, con menor coste (por ejemplo, fármacos genéricos), y teniendo además en cuenta que gastamos “el dinero de todos”, no existe ninguna justificación para no actuar de forma eficiente. Es cierto que, con frecuencia, en lugar de facilitarnos a los asistenciales el trabajo, nos lo complican (por ejemplo, genéricos con precio bastante inferior al de referencia), pero ello no debe ser excusa para no asumir la responsabilidad que nos corresponde.

—Una situación distinta es cuando debemos decidir entre la actuación más eficaz y más cara, frente a una actuación menos eficaz pero con menor coste, lo cual puede implicar alcanzar una mayor cobertura. En este caso deberían establecerse claramente las reglas del juego, y que políticos y ciudadanos expresasen claramente cuál es el papel que debe desempeñar el clínico. Desde una visión como agente de salud del paciente, que es la que parece tenemos asignada actualmente, le recomendaría al lector disfrutar del artículo de Abrams “El médico de dos cabezas”<sup>9</sup>.

— La Atención Primaria debe resolver un alto porcentaje de los problemas de salud de la población. Cualquier problema que se presente con una frecuencia de 4 o más veces por año tiene una presencia suficiente para mantener habilidades en su manejo y debería ser responsabi-

dad del médico de Atención Primaria<sup>10</sup>. Sin embargo la realidad dista aún de ser de este modo. Muchas veces los profesionales asumen menos responsabilidades de las que deberían, cosa que queda de manifiesto cuando se observa la variabilidad en cuanto a nivel de resolución que existe entre distintos Equipos de Atención Primaria (EAP). Esta falta de resolución, de asumir responsabilidades clínicas que nos corresponden, puede obedecer en ocasiones a demandas excesivas, en otras a problemas de conocimientos, o de actitudes, o déficits organizativos.

## SI LA BARRERA ENTRE ASISTENCIALES Y GESTORES EXISTE, ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA ELIMINARLA?

Debemos intentar derribar la barrera o, al menos, hacerla más permeable. En una situación armónica la asistencia no debería ser nunca la barrera de separación entre clínicos y gestores, sino el elemento director de los esfuerzos comunes. Para ello es preciso actuar en diferentes frentes:

1. Generar una adecuada cultura en la organización: servicio, confianza, mejora y capacitación.

—Cultura de servicio: la misión inmediata de los clínicos es ofrecer servicios sanitarios a la población, la misión inmediata de los gestores es ofrecer servicios de apoyo a la labor de los clínicos. Los unos y los otros estamos para ofrecer un servicio, no para el “autoservicio”.

—Cultura de confianza: partiremos ambos de la mutua confianza en que clínicos y gestores actúan con la motivación de servicio, quieren trabajar bien y desarrollan su trabajo de la mejor forma posible. Los elementos de control (fruto de la desconfianza) y las artimañas para esquivarlos no deben formar parte de la cultura general de la organización.

—Cultura de mejora: nada es perfecto, luego todo es mejorable. La imperfección y el error son elementos consustanciales a cualquier actividad. Esconder las imperfecciones o errores no aporta ningún beneficio, sino todo lo contrario. Deben entenderse como indicadores de situaciones mejorables y establecerse formas para su detección, evaluación y gestión. Cuando alguien nos señala una equivocación nos está haciendo un favor, hay que agradecerlo.

—Cultura de la capacitación: es preciso saltar de la cultura de la queja a la de la capacitación. Cada actor, sea clínico o gestor, debe disponer de los conocimientos, las habilidades y los instrumentos para poder desarrollar su actividad, y asumir la responsabilidad de su desarrollo. Todos somos responsables.

2. Clarificar el papel de cada elemento. Entender y realizar el verdadero papel de cada uno:

—El clínico debe entender que su papel no es sólo la aplicación de sus conocimientos científico-técnicos para actuar sobre los problemas de salud de la población. Eso es sólo un planteamiento de mínimos. La organización del equipo, de la consulta, la actualización de conocimientos

y habilidades, la accesibilidad, los costes, la satisfacción de los pacientes, el trato, la empatía, etc. todos esos elementos (y más) forman también parte de su actividad, son responsabilidad suya. No se trata de decir “yo hago ciencia y lo demás tienen que resolvérmelo los otros”.

—El gestor debe entender que su papel está al servicio de los profesionales asistenciales. Para ello es preciso que conozca el servicio que se presta, que conozca los equipos y profesionales que están realizando los servicios, que oriente sus esfuerzos para ofrecer un buen servicio facilitando la labor de los clínicos, garantizando los medios necesarios para que desarrollen su trabajo y ofreciendo herramientas para que puedan mejorar el servicio. En la tabla 2 se dan unas recomendaciones para clínicos y gestores.

3. Crear un espacio común. Para ello es preciso ponerse, en sentido literal, en lugar del otro, lo cual va a permitir el conocimiento mutuo:

—La formación de ambos debe contener elementos de encuentro. Así pues, en la formación del gestor (inclusive en la formación continuada) deben contemplarse las rotaciones por EAP. Por otra parte sería importante que en las

**Tabla 2. Recomendaciones para que clínicos y gestores asuman su responsabilidad para empezar a saltar la barrera que les separa**

### Recomendaciones para los clínicos

Eres el que mejor conoce tu equipo y tu consulta. Tienes capacidad para introducir cambios y aportar soluciones. Actúa responsablemente. No esperes que vengan de fuera a resolver tus problemas

Trabajamos en equipo para ofrecer un servicio. Es bueno que todo el mundo sepa lo que debe hacer, pero no para ampararse en el “esto no me toca”. Comportate como miembro de un equipo, no como un individuo. Comportate como un profesional, no como un funcionario

No rehuyas los conflictos, afrontalos. Con la intención de buscar soluciones, no de señalar culpables

Siempre que presentes una queja, aporta también una propuesta.

La queja “en positivo” es un buen instrumento de cambio

No busques excusas para justificar que no puedes asumir determinadas responsabilidades clínicas (nivel de resolución, genéricos, etc.). Busca soluciones para poder asumirlas

No veas en el gestor el “enemigo externo”, sino el facilitador o colaborador para tu actividad. Exígele y exígete

### Recomendaciones para los gestores

Conoce qué es un EAP. Para conocerlo hay que haber estado dentro.

Pasea mucho por los equipos. Si es preciso plantéate un período de reciclaje de un par de meses

Conoce qué hacen tus equipos: no cuántas visitas sino cuáles, no cuánto gastan en farmacia sino como manejan los fármacos, no cuánto gastan en derivaciones o pruebas complementarias sino cuál es su nivel de resolución

Mantén un discurso clínico. Para ello es preciso saber clínica. Menos *Deusto Bussines* y más *New England*. Participa en las sesiones que se hacen en los equipos

Adaptate a las interferencias, inconsistencias y discordancias entre “arriba” y “abajo”. Procura ser crítico (tener criterio) y práctico (posibilista). Consigue que la coherencia esté por encima de la obediencia

Potencia los valores de desarrollo frente a los valores de control

Modificada de Casajuana J<sup>®</sup>. EAP: Equipo de Atención Primaria.

rotaciones de los médicos residentes se incorporase la rotación por estructuras de gestión.

—Los Comités de Dirección son un punto de encuentro de los clínicos y gestores que existe ya en la actualidad. Sin embargo, en demasiadas ocasiones se reducen a reuniones informativas donde se dan directrices o informaciones pero no sirven para compartir criterios, discutir acciones o tomar decisiones. Es necesario reorientar esos espacios para convertirlos en un punto de encuentro más que en un eslabón de la cadena de transmisión. Debe ser un lugar donde compartir intereses e inquietudes y donde se tomen parte de las decisiones que afectan a los equipos.

—Probablemente el punto final de esta búsqueda del espacio común sea aumentar la prevalencia de las personas con “doble función”. Actualmente sólo los Directores de los EAP son a la vez clínicos y gestores (y no siempre). Es necesario que existan más gestores que dediquen una parte de su tiempo a la actividad clínica, que no dejen totalmente la asistencia cuando acceden a un cargo de gestión. A la vez, es importante que algunos clínicos asuman responsabilidades de forma delegada en algunas áreas de actividad de sus Direcciones, Distritos o Servicios, en aquellos aspectos en los que sus conocimientos y/o habilidades así lo hacen aconsejable. Lógicamente, cuantas más

personas estén involucradas en el ejercicio de esa doble función, más fácil será que la barrera entre clínicos y gestores sea una simple cortina de humo.

## Bibliografía

1. Clúa Espuny JL, Aguilar Martín C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Aten Primaria* 1998;22:308-13.
2. Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC* 2000;7(Suppl 7):53-68.
3. Alonso Fernández M, Iglesias Carbajo AI, Franco Vidal A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* 2002;30:483-9.
4. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ* 2001;322:1073-4.
5. García Sánchez S. Dirección por valores y liderazgo posconvencional en el contexto sanitario público. *Cuadernos de Gestión* 2002;8 (Supl 1):4-12.
6. García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 1997.
7. Comissió de millora de la qualitat. Provant de sobreviure en la nostra cadira. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide, 2002.
8. Casajuana J. De la cultura de la queja a la de la capacitación. *Dimens Hum* 2002;6:86-9.
9. Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the costs. *N Engl J Med* 1993;328:975-6.
10. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996;106:97-102.