

“¿QUE ESPERAMOS LOS MEDICOS EN EL SIGLO XXI ?

Dra. Paloma Casado Pérez

Médico de Familia. Coordinadora médica del EAP. Canillejas I. SEMERGEN-MADRID.

Aunque suene tópico, estamos en el 1.º congreso del nuevo milenio, y puede ser el momento ideal para revisar cuál es nuestra situación y opinar sobre lo que esperamos del futuro, o cómo nos gustaría que se desarrollase. Mi reto en esta mesa de debate es valorar hasta qué punto se ha desarrollado la reforma sanitaria en España, y plantear posibles líneas de trabajo que resulten atractivas para los médicos de Atención Primaria (AP).

Las preguntas a hacer serían: 1) ¿Cuáles son las dificultades existentes en la organización?, sugerencia ¿por qué no ver las dificultades como posibilidades de actuación o de cambio? 2) ¿Debemos los médicos asumir competencias en gestión asistencial?, y pienso ¿por qué plantearlo como una obligación y no como la oportunidad de tener en nuestras manos las herramientas para cambiar? 3) ¿Dónde y cómo intervienen la satisfacción del cliente, tanto externo como interno y medito ¿por qué no plantearlo bajo el prisma de la participación y el consentimiento informado? 4) ¿Debe ser el médico la piedra angular de la organización?, suena algo egocentrista, ¿no?, quizá sería mejor plantearnos ser una figura integradora dentro de la organización, la persona idónea para poder valorar de forma equilibrada todos los factores que intervienen en la asistencia.

En resumen nos podemos plantear: ¿ha existido una auténtica reforma? ¿Nos sentimos identificados con la frase: “La reforma sanitaria, haciéndolo mejor y sintiéndose peor” (B. Jönsson)? ¿Qué puntos son los que nos gustaría que se modificasen del sistema actual?

Vamos a centrarnos principalmente en los cambios acaecidos en AP, que son los que nos afectan más de cerca y sobre los que podemos incidir directa o indirectamente.

Desde que en 1984 se publicó el decreto de creación de los equipos de AP (EAP), el recorrido ha sido vertiginoso y se han conseguido muchos de los objetivos planteados. Sustitución del modelo tradicional por EAPs en casi su totalidad; evolución del mero papel de “gatekeeper” asumiendo progresivamente mayores áreas de atención al ciudadano; incremento de la oferta y calidad asistencial; desarrollo de papel de la enfermería; progresiva informatización de los centros; implantación de sistemas de medida y evaluación sistemáticas; cambios en el estamento directivo: creación de gerencias, separación de financiación y provisión, etc.

De la visión idealista de los años 80 (con la defensa del derecho a la salud, el desarrollo de la Salud Pública, el énfasis en las tareas preventivas, el fomento de programas de salud con búsqueda activa de casos, la AP era la panacea de la organización sanitaria); se pasa al pragmatismo de la década de los 90, con la búsqueda de la eficiencia como objetivo primordial; y el planteamiento en los últimos años de la misma de “planes estratégicos”. Y ahora en el 2001 podemos permitirnos el lujo de intentar tener una visión más global donde los intereses de los profesionales (competencia, efectividad), de la administración (eficiencia, mercado) y de los clientes (satisfacción, participación) puedan aunarse bajo los criterios de la gestión de calidad total.

A) puntos débiles del sistema

Las dificultades más importantes, que nos podemos encontrar hoy en día son:

1) En general, los profesionales del sistema se identifican poco con la empresa, para la que trabajan; y son cada día más abundantes los médicos enfermeras afectados por grados más o menos intensos del síndrome del "burn out".

2) Trabajamos en estructuras aún excesivamente rígidas y burocratizadas, que no permiten una rápida adaptación a las variables necesidades de la comunidad.

3) Vivimos en un mundo que evoluciona de una forma vertiginosa, la cultura social que forma el entramado que sustenta el modo de vida de cada lugar, se ha modificado de forma radical en los últimos 30 años: la cultura del bienestar, el individualismo enfrentado a la explosión de los medios de comunicación, la informatización, etc., hace que se creen nuevas necesidades a las que los médicos tenemos que aprender a dar respuesta.

4) La existencia de una dicotomía entre la gestión pura y dura y la actividad asistencial básica que se realiza todos los días en los centros de salud (CS).

B) ¿Médicos clínicos versus médicos gestores?

En relación a la segunda pregunta que nos hacíamos al comienzo, sobre la implicación de los médicos en la gestión, para mí la respuesta es contundente: Sí. Realmente, los profesionales sanitarios comenzamos a gestionar desde el momento en que nos ponemos la bata y nos colgamos el "fonendo" al cuello, nuestro primer día de trabajo. Aunque nunca le hayamos puesto nombre a esta parte de nuestro ejercicio profesional, cada vez que le dedicamos más de 5 minutos a un paciente que lo necesita, y hacemos esperar a otro, estamos gestionando; cada vez que extendemos 2 recetas, en vez de una para que el paciente no tenga que volver en 2 meses, estamos gestionando; cuando organizamos la asistencia domiciliaria a demanda de nuestro CS, estamos gestionando, etc. Así que como mucho, podremos discutir hasta qué nivel de gestión estamos dispuestos a llegar, recordando siempre que la parcela que cedamos puede ser ocupada por otros profesionales con distintos intereses.

Si nos planteamos la gestión, como la forma de integrar las necesidades de los clientes, los procesos asistenciales que se les aplican y los resultados que se consiguen, todos podemos entender que se trata de términos muy afines a los médicos. Básicamente, el objetivo principal de la gestión en AP es mejorar la práctica clínica, tanto en como se lleva a cabo, como en el logro final de sus metas (mejora de la salud de la población, mantenimiento de un sistema equitativo). Se trata de conseguir que se hagan correctamente las cosas correctas.

C) LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Al hablar de este punto, es primordial, recordar primero quienes somos y a qué se dedica nuestra organización. Tristemente, no es hasta finales de los años 90, que nos hemos planteado cuál era la misión de nuestra empresa de forma clara, siendo éste un punto básico para poder iniciar cualquier tipo de reforma: ¿ha dónde quiero llegar?, ¿cuáles son los objetivos finales a conseguir?

Y nuestra misión es: "mejorar la salud de la población y resolver el mayor número de necesidades sanitarias existentes, de una forma accesible, equitativa y eficiente".

En segundo lugar nuestra organización es una empresa de servicio, y de servicio público, estamos, por tanto, obligados a dar cuentas a la sociedad. Según Drucker,

las organizaciones no lucrativas, como lo es la nuestra, solo funcionan bien si cumplen 3 principios: 1) existencia de objetivos claros, 2) especificar de forma clara los resultados esperados, y 3) conciencia de débito con la sociedad por saberse depositario y no propietario del bien público.

A esto habría que añadir un componente final de respeto a la autonomía del cliente de decidir libremente sobre su salud, una vez que ha sido informado de forma correcta, la responsabilidad última es suya.

A partir de aquí, podemos comenzar a pensar que una empresa que quiera prosperar, debe hacer que sus clientes estén satisfechos con el producto que ella les suministra, y debe estar atenta a las nuevas necesidades y/o expectativas que se puedan crear para mantenerles dentro de su clientela. La Sanidad Pública en España está en un momento crítico de su evolución, en el que debe plantearse como dar respuesta adecuadamente a las nuevas exigencias de los ciudadanos, compaginándolas con los recursos limitados existentes y manteniendo el principio de equidad.

D) LA FIGURA DEL MEDICO

El papel del médico en esta historia tiene que ser el de actor principal. Quizá por primera vez en muchos años los médicos de AP hemos comenzado a unirnos, aunque sea con un tímido conato de protesta como el de los "10 minutos", con la creación de nuevas asociaciones de diferente índole, y con el acercamiento de posiciones entre las 2 grandes sociedades científicas de primaria (SEMERGEN y SEMFYC). Creo que lo que subyace en el fondo, es el malestar, largo tiempo silenciado, de que las cosas no funcionan como nos gustaría que funcionasen que siente una gran parte del colectivo médico, y se ha comenzado a buscar vías de expresión, posibles cauces para que se oiga nuestra voz a la hora de tomar medidas sobre el tipo y la calidad de la asistencia que se realiza en AP.

Somos los médicos los responsables de mantener como valor preferente de nuestra práctica clínica la efectividad, tenemos que exigir a la Administración que ponga los medios suficientes de formación continuada, para que sus profesionales mantengan una competencia clínica adecuada. En ningún momento, podemos bajar el listón de la claridad asistencial que ofrecemos, habrá que buscar siempre las posibles alternativas ante cada situación, y optar por la más eficiente o por la que avale la evidencia científica; siendo los profesionales sanitarios los que deben presionar a la Administración para que garantice los recursos necesarios para poder desarrollar nuestro trabajo con alta calidad.

El médico es siempre el elemento integrador básico de la asistencia sanitaria, ya que es el que ejerce la función de agencia para el paciente, y el que establece una relación de continuidad con el mismo. Es la persona que mejor puede llegar a conocer las necesidades de la comunidad de la que es parte integrante, y tiene acceso a la Administración, de la que también forma parte; por lo que puede llegar a ser un elemento integrador de primer orden.

Como conclusión, la gestión de la práctica clínica es una actividad compleja, en la que intervienen diferentes disciplinas: técnicas de gestión, ética, economía y todo el fondo acumulado de conocimientos científicos médicos. Podemos y debemos participar en ella, y somos nosotros mismos los que nos pondremos el límite: es un campo abierto y con grandes oportunidades de desarrollar.

Tenemos un amplio abanico de líneas de trabajo a desarrollar: desde la autogestión de los CS, la informatización de las consultas, la implementación de la participación de la ciudadanía, los modelos de gestión de calidad total en las organizaciones de

salud, el desarrollo de nuevas líneas de relación con las Gerencias, como van a evolucionar los contratos programas, como establecer sistemas de incentivación estimulantes, cual serán las funciones de los coordinadores de los CS, la creación de nuevos sistemas de medida que sirvan para valorar de forma más adecuada nuestro trabajo y los resultados del mismo, comenzar a medir episodios resueltos y no simplemente grado de cobertura... Podríamos ampliar esta lista hasta hacerla interminable, lo podemos vivir como algo abrumador o como un gran reto, una gran aventura en la que poder participar intensamente; la decisión es nuestra. "Algunos ven las cosas como son y preguntan: ¿por qué? Yo veo las cosas como podrían ser y pregunto ¿por qué no? J. F. Kennedy.