

Entrevista a Juan Gérvas Camacho

María Concepción Abreu

Corresponsal de Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, en Canarias

El Dr. Juan Gérvas Camacho es médico general con ejercicio en el área rural de la comunidad autónoma de Madrid. Miembro de la sociedad científica Equipo CES-CA ha publicado numerosos artículos con títulos tan sugerentes como: "Malicia sanitaria y prevención cuaternaria", "Muertos anónimos", "Primum non nocere", "La gestión de casos y de enfermedades y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España", entre otros. Asimismo, es coautor y traductor de varios libros entre los cuales se encuentra "Métodos para la evaluación económica de los programas de atención a la salud". Además, coordina los seminarios de innovación en atención primaria, es profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y en la Universidad Autónoma de Madrid. Como experto, defiende la idea de una Atención Primaria como eje central de la Atención Sanitaria en España.

Dr. Gérvas, en primer lugar queremos agradecerle que acepte asomarse a las páginas de la revista para venir a exponer a nuestros lectores su siempre interesante punto de vista sobre asuntos sanitarios que están siendo, actualmente, objeto de debate en determinados foros. La reforma sanitaria de 1984 propicia el establecimiento de un nuevo modelo de atención primaria de salud ¿En que aspectos cree usted que este cambio de paradigma, unido al imparable avance tecnológico que ha venido acompañando a la ciencia médica en su desarrollo, ha modificado la práctica profesional de un médico general y la relación médico-paciente?

Los años no pasan en balde, y hay enormes diferencias en la práctica clínica en los últimos veinticinco años. Pero la reforma fue una oportunidad perdida de paso de un sistema sanitario de la dictadura franquista a uno propio de la sociedad moderna española. Seguimos con un modelo obsoleto en el contexto de una cultura cambiante. Los pacientes buscan y no encuentran ni un médico personal, ni unos servicios eficaces y se pierden en la jungla de la organización, salvo que tengan un "amigo" o "conocido", que suele faltarle a los que más lo necesitan.

¿Cuáles serían los grandes logros obtenidos con el cambio al actual modelo?



Se ofrece una estructura en todo el territorio nacional, teóricamente homogénea. Se ha dotado de material dicha estructura y contamos con personal cualificado. El acceso es gratuito en el punto del servicio.

¿Se encuentra realmente amenazado nuestro sistema sanitario por el notable incremento de las enfermedades crónicas?

Las enfermedades crónicas sirven de indicador de los fallos del sistema sanitario. Por sí mismas, las enfermedades crónicas no conllevan mayor complicación en su atención. Pero un sistema descoordinado e ineficaz se estrella con mayor visibilidad ante la enfermedad crónica. Además, lo que importa no es la enfermedad crónica, sino el paciente con enfermedad crónica (en general con varias enfermedades crónicas al tiempo).

En los países desarrollados, como el nuestro, se observa una gran preocupación por el enorme incremento presupuestario que está conllevando la atención a este tipo de patologías, planteándose diversas propuestas de abordaje, como los programas de gestión de caso. En este caso, se concede un papel primordial a la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales. Usted sostiene que el paso previo sería el establecimiento de medidas que contribuyan a la mejora de la coordina-

ción dentro del propio sistema sanitario, es decir, entre los niveles asistenciales de primaria y especializada ¿Qué factores están dificultando la coordinación a pesar de que un gran número de profesionales de la sanidad pública reconoce su especial relevancia?

El coste sanitario aumenta especialmente por el incremento de la “intensidad de atención” (por proceso de atención, más intervenciones y más precoces, con beneficio marginal e incluso mayor perjuicio que beneficio). La reforma de 1984 fue una reforma pro-contenido (aumento de infraestructuras y de dotación material y personal) no una reforma pro-coordinación, que supone dar poder a la primaria. Esta falta de coordinación deja al paciente huérfano en su paso de un nivel al otro. Las estructuras se ignoran y los hospitales y especialistas actúan en la soledad (repiten pruebas, por ejemplo, como si en primaria fueran inútiles). Pasar de un nivel a otro se vuelve peligroso para la salud.

¿No cree que en este caso falte voluntad para evitar esa duplicidad?

Falta voluntad y falta conocimiento. A veces se piensa que la coordinación es una actividad complicada y difícil, y se ignoran experiencias simples y sencillas de enorme impacto en la salud de los pacientes. La combinación de ignorancia y dejadez conlleva enormes sufrimientos, además del gasto consiguiente. Los niveles sanitarios trabajan como si existieran en solitario, y a su vez como si no existiera la atención social. Falta voluntad, desde luego, pero también hay ignorancia.

Los programas de gestión de caso, basados en la figura de la enfermera gestora de caso, están siendo implantados paulatinamente en los distintos servicios autonómicos de salud en España; paradójicamente investigaciones recientes, tanto en EEUU como en el Reino Unido, han puesto de manifiesto su dudosa utilidad sobre todo en lo que respecta a la disminución de los ingresos hospitalarios de los pacientes crónicos ¿Cree que se ha pecado de falta de precaución a la hora de importar determinados modelos de atención?

Lamentablemente, copiamos sin pensar, sin evaluar. Los programas de gestión de casos/enfermedades como tales no tienen sentido en España, donde hay una atención primaria de acceso universal y gratuito. Otra cosa es que se precisen cambios para evitar los clamorosos fracasos en la coordinación y en la calidad de la atención a los pacientes crónicos. Las enfermeras tienen actividades más importantes que hacer en el sentido clínico del término (sobre todo en la atención a pacientes crónicos a domicilio) y es un despilfarro dedicarlas a hacer de mal parche para remediar defectos estructurales.

Sí y resulta poco comprensible la pasión con que algunas se han tomado este papel menos sanitario. ¿A que cree que se debe esta actitud, a veces incluso acaparadora?

El trabajo clínico es duro. Las enfermeras se forman básicamente en medio hospitalario, como los médicos, y no es extraño que rechacen el trabajo en primaria y prefieran activi-

dades como la prevención y la coordinación. Trabajar con el paciente y con la enfermedad se ha vuelto cosa extraña, y poco deseable. Una salida “honrosa” para las enfermeras es acaparar campos como la coordinación socio-sanitaria.

¿Hasta qué punto se está teniendo en consideración las diferencias en el desarrollo e implementación de las políticas sociales y de organización de los servicios sanitarios entre los países de la Unión Europea con respecto a nuestro país, a la hora de importar modelos de gestión y de atención sanitaria?

En lo social España está a la cola de la Unión Europea. En lo hospitalario está en la media. En primaria es la cenicienta. De todo ello hay datos y estudios, pero los políticos y gerentes prefieren el brillo de lo nuevo (como los primitivos preferían el brillo de las cuentas que les ofrecían los comerciantes innobles) y la copia de lo que hace salir rápidamente en los medios como “responsables de la mejor salud de nuestra población”. Más que copiar habría que innovar para dar respuesta a los problemas reales y documentados (por ejemplo, en España la mortalidad por enfermedad infecciosa es el triple en la clase baja comparada con la alta).

¿Cree que el poco tiempo que suelen estar los gerentes en los hospitales o en la atención primaria facilita que se apoyen en lo más inmediato, en vez de pensar a largo plazo aunque no sean ellos los que culminen los proyectos?

Los trabajos gerenciales en España están indisolublemente ligados al avatar político. Más que gerentes tenemos “comisarios políticos” y ello tiene graves consecuencias. Necesitaríamos dislocar la política de la gestión. Es decir, necesitamos profesionalizar la gestión, darle continuidad y consistencia. Hay buenos gerentes, pero no pueden ser muñecos de trapo transmisores de consignas políticas.

Estas experiencias postulan la mejora de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios llegando algunos expertos a considerar la integración de servicios, al menos en lo que se refiere a la atención a los denominados grupos de riesgo (diabéticos, enfermos de epoc, cáncer o con problemas cardiovasculares...) ¿Coordinación o integración de servicios?

No hay fundamento científico para definirse. Prefiero la coordinación, pero no para casos y situaciones específicas, sino como obligación frente a la sociedad que paga los servicios y no recibe los que precisa. Veo como delito los fallos del sistema, la falta de coordinación inter-niveles e inter-sectores, pues de ello se deriva mucho dolor, mucho sufrimiento y mucha mortalidad evitable. El concepto de “grupo de riesgo” tiene poco fundamento y utilidad, por mucho que se utilice.

Algunos expertos en servicios sociales advierten que se podrían lesionar derechos de los ciudadanos, en el paso de un sistema al otro, dado que los servicios sanitarios son de carácter universal mientras que en los servicios sociales existe la figura del copago y, por otro lado, la propia Ley para la Promoción de la Autonomía

Personal y Atención a la Dependencia también lo contempla ¿Cómo podría ello afectar al desarrollo de programas intersectoriales?

El copago no es el demonio. El copago tiene su función y se emplea, por ejemplo, en Suecia y otros países muy avanzados socialmente. El problema es que el copago es muchas veces absurdo. Por ejemplo, el copago que tenemos en España, en los medicamentos, que penaliza a los pacientes que lo necesitan en situaciones concretas. Otra cosa es el distinto peso y organización de los servicios sanitarios y sociales, su distinta filosofía. Desde luego, la falta de coordinación afecta a los derechos de los ciudadanos y tiene graves consecuencias para la salud.

Llama la atención que cuando se habla de coordinación o integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales, siendo un discurso que tuvo su origen en el campo sanitario, apenas se tenga en cuenta la opinión de los expertos en el campo de lo social, como es el caso de los trabajadores sociales sanitarios ¿No constituye este hecho un claro ejemplo de la preeminencia del sistema sanitario sobre el escasamente desarrollado sistema de servicios sociales?

El sistema sanitario es muy visible. Los médicos tienen una enorme influencia social. Por ejemplo, la investigación en organización de los servicios sanitarios en España va muy por delante de la investigación en la organización de los servicios sociales. Todo ello no impide que la coordinación se busque y defina desde la experiencia, desde el conocimiento de todas las partes. En ese sentido, llama la atención el escaso peso social del campo de lo social, valga la redundancia.

En la evaluación de experiencias piloto para la mejora de la atención sanitaria y social, en el caso concreto de las patologías crónicas, expertos del Reino Unido y de EEUU han puesto el énfasis tanto en la necesidad de que sean abordadas por equipos multidisciplinares, como en que las relaciones laborales entre los diferentes miembros y profesiones representadas en estos equipos sean buenas. La introducción de la figura de la enfermera gestora de casos ha conllevado el surgimiento de un conflicto de roles, hasta entonces inexistente, entre éstas y las trabajadoras sociales. ¿Cree usted que se está teniendo en cuenta este conflicto en la evaluación de los programas de gestión de casos?

Los equipos multidisciplinares que tanto promocionan tienen escaso fundamento científico. Y, en todo caso, estamos hablando de equipos funcionales, no orgánicos, pues se trata de trabajar en red, no enredados. Los conflictos son inevitables, lo malo es ignorarlos, no "cogerlos por los cuernos". De la ignorancia sólo sale la imprudencia.

Existen importantes divergencias sociológicas entre los países anglosajones y los mediterráneos en relación al papel que desempeña la familia en los cuidados sociales, siendo éste mucho más relevante en estos últimos, donde la familia presta un 90% de los mismos; por el contrario, en la familia anglosajona esta cifra des-

ciende a un 50%. ¿Los expertos sanitarios están confiando la suficiente relevancia a este hecho?

La familia española soporta lo insoportable, como vivimos todos los que hacemos atención a domicilio, por ejemplo. Lo malo es que la familia está perdiendo poder y capacidad, con casi el 30% de la población viviendo en soledad. Conviene irse preparando para el tiempo, que pronto llegará, de claudicación familiar. Entre tanto, lo mínimo es reconocer ese papel y darle soporte, para fortalecerlo y prolongarlo.

A la hora de introducir experiencias innovadoras en la mejora de la atención a las patologías crónicas y en la atención a la salud en general ¿Hasta que punto un país como Estados Unidos puede ser un referente si tenemos en cuenta que su sistema sanitario padece un grave déficit de inclusión cuya consecuencia más dramática es la exclusión de 47 millones de personas, el equivalente al total de la población española, del derecho a recibir asistencia sanitaria al no poder costearla?

En organización de servicios sociales y sanitarios, EEUU es la excepción, el único país desarrollado del mundo que tiene al 25% de la población en la miseria, sin cobertura pública. EEUU es mal ejemplo, pero siempre se puede aprender de su fracaso como sociedad (para no copiarlo).

Entre todas las experiencias de innovación en materia de coordinación sociosanitaria que se están produciendo fuera de nuestras fronteras ¿Cuáles son a su juicio las más interesantes?

Hay experiencias interesantes en todos los países, desde Australia a Suecia, pasando por Dinamarca y el Reino Unido. En Suecia es muy atractivo el modelo de cooperación pues el poder local es muy fuerte. En España el modelo federal ha transferido poder a los políticos autonómicos, pero no lo ha llevado a los ayuntamientos. Y en lo social, los ayuntamientos son la clave.

Dr. Gervas muchas gracias por dedicarnos su tiempo.



