

## Barrera entre clínicos y gestores: mito sobre mito en nuestro sistema sanitario

**Sr. Director:** tras leer el buen artículo de Josep Casajuana<sup>1</sup>, publicado recientemente en su revista, quisiéramos hacer algunas aportaciones que, sin ánimo de polemizar estérilmente, permitan valorar un poco más la barrera entre clínicos y gestores.

Para el médico clínico tan gestor es el director o gerente de área o distrito, al que parece referirse el autor en su artículo, como el propio Consejero de Salud y todos aquellos cargos con responsabilidades en gestión sanitaria que van desde este último hasta el coordinador del Equipo de Atención Primaria o el jefe de servicio. La barrera entre clínico y gestor se ha traspasado en incontables ocasiones y en ambos sentidos, pues muchos de los actuales gestores han sido clínicos anteriormente y muchos volverán a serlo cuando su etapa gestora finalice (en general, y lamentablemente, tras unas elecciones autonómicas o generales). Sin embargo, el clínico práctico, tras esas elecciones, seguirá siendo clínico y testigo de cómo, de nuevo, otros clínicos atraviesan esa barrera (ahora en sentido inverso) para gestionar nuestra sanidad, en demasiadas ocasiones, como también señala Casajuana, sin contar con la formación adecuada. Esa es la realidad. Por tanto, y desde esta perspectiva, la barrera no existe o, al menos, es franqueada en muchas ocasiones por lo que no parece tan impermeable.

Señala Casajuana algunos tópicos diferenciales en las perspectivas de ambos actores (clínicos y gestores) acerca del mundo de la sanidad; tópicos son, y sólo tópicos. Los clínicos piensan de los gestores que “no se enteran de lo que es la realidad” y “están más preocupados en mantener el cargo que en mejorar el servicio”, etc. Los gestores piensan de los clínicos que “se creen que la salud no tiene precio y que el presupuesto es infinito” y “piden pruebas y tiran de talonario sin justificación”. Frases como estas no son más que eso, puros tópicos que pueden insultar la inteligencia y el sentido común de los buenos clínicos y los buenos gestores con los que sin duda cuenta el sistema. Se trata, pues, de generalizaciones acientíficas que a fuerza de repetirse parecen convertirse en el núcleo del problema y no lo son. Muchos (¿la mayoría?) de los cargos de gestión han sido clínicos previamente y conocen bien, perfectamente bien, el mundo de la clínica, la asistencia y la relación médico-paciente. Es verdad que, afortunadamente, la mayoría de los clínicos no han sido gestores con anterioridad (ya sería el colmo de la rotación de directivos) y, por ello, propone acertadamente Casajuana que los residentes (suponemos que de todas las especialidades) roten por los

servicios o estructuras de gestión durante su etapa de MIR. En cualquier caso lo que se necesita es que clínicos y gestores complementen sus conocimientos y capacidades para tomar acciones encaminadas a la búsqueda del beneficio del paciente, objetivo común a ambos<sup>2,3</sup>.

Coincidimos con el autor en que cuantas más personas estén involucradas en esa doble función (gestora y clínica) mejor le irá a nuestro sistema sanitario. Tan sólo los coordinadores de EAP y los jefes de servicio hospitalario son hoy, a la vez, clínicos y gestores *sensu stricto*. Pensamos que es bueno que los clínicos conozcan el mundo de la gestión bien sea, como propone Casajuana, en rotaciones formativas durante el período del MIR o participando directamente en aquellos aspectos de gestión en los que sus conocimientos o habilidades así lo aconsejen. Y también es bueno que los gestores conozcan el mundo de los clínicos, entre otras cosas, por haber ejercido antes en el sistema público (por haber traspasado la barrera).

Sin embargo, han tenido que producirse las transferencias sanitarias definitivamente a todas las Comunidades Autónomas (CCAA) para que en el Ministerio de Sanidad se traspase esa barrera en la figura del ministro. Por primera vez en la historia de la democracia española un médico (que además ha ejercido en la sanidad pública) es ministro de sanidad. Sorprende que desde la aprobación de la Constitución no haya ocurrido tal coincidencia. ¿Coincidencia? Algunos pensamos que no es coincidencia (es decir, explicable por el azar), que no haya habido hasta la definitiva descentralización ningún ministro de sanidad médico (¡con la cantidad de licenciados en Medicina que hemos tenido en los últimos años en España!, ¡con la cantidad de ellos que se han formado en gestión en programas nacionales o en el extranjero! y, ¡por qué no decirlo?, ¡con los muchos que se han dedicado a la política!). ¿Por qué señalamos y nos extendemos en este hecho? Sencillamente porque pensamos que refleja de modo paradigmático la desconfianza (animadversión pura en algunos casos) hacia el médico como empleado público de las sucesivas administraciones públicas desde la instauración de la democracia en España. Recordemos la mención a las alpagatas y los médicos de alguien que llegó a ser vicepresidente del Gobierno. Quizá ser médico no debería ser mérito para ser ministro de sanidad, pero tampoco debería haber sido un obstáculo.

Esta desconfianza de nuestra empresa (la administración sanitaria pública) hacia los clínicos también la señala Casajuana en su artículo y probablemente en ella descansa el núcleo del problema de la falta de entendimiento en la normal convivencia entre clínicos y gestores. Ya tiene mérito, por insólito, que una empresa desconfíe de los mismos profesionales que ha seleccionado y contratado para prestar los servicios. Y es que esa desconfianza, exa-

gerada quizá en Atención Primaria de Salud (APS), no es más que el reflejo de la gran asignatura pendiente de nuestro sistema sanitario: la motivación de las personas dentro de la gestión de los recursos humanos, algo que, como señala Guillem López, va mucho más allá de la simple administración de nóminas<sup>4</sup>.

Al parecer, la otra asignatura pendiente es la formación de los propios gestores<sup>5,6</sup>. Ya se ha propuesto que la formación en gestión sanitaria se regule de manera oficial mediante formación reglada tipo MIR<sup>7</sup>. Esta propuesta, a poco que se analice, no es descabellada. Es más, legitimaría la figura del gestor ante los clínicos. Pensamos que el gestor debe estar bien formado en gestión sanitaria. No es necesario que sea un destacado clínico. Basta con que el gestor sea un buen clínico y lo haya demostrado. Aunque es importante en su formación, no nos parece que la clínica sea la parte más importante de la misma. Generalmente, no son, precisamente, los mejores clínicos los que aspiran a ser gestores como culminación de su carrera profesional. Por ello, hay que evitar que el camino a la gestión sea el elegido por algunos clínicos mediocres para escapar de una asistencia en la que no destacan y de una consulta que no les motiva. Desde luego, sirve como gestor sanitario quien se haya formado a conciencia como tal, con independencia de su profesión original. No parece exigible la profesión de médico en la gestión de la sanidad, pero sí es imprescindible el conocimiento profesional de la gestión sanitaria.

No queremos olvidarnos de la función gestora del clínico, tan importante, o quizás más, que la de los propios gestores. Los expertos señalan que una vez excluido el gasto de personal, cerca del 70% del gasto sanitario público restante lo deciden los propios clínicos en millares de decisiones clínicas "inocentes" tomadas en el día a día, por lo que cualquier propuesta de mejora o la simple marcha normal del sistema depende no sólo de la competencia profesional, sino también de las actitudes de los clínicos<sup>8,9</sup>.

A pesar de ello, y sorprendentemente, el sistema desatiende a su personal. No sólo ocurre, como señala Casajuana, que los clínicos no están satisfechos con el apoyo o servicio que reciben de sus gestores, sino que se sienten profundamente maltratados. Muy pocos son los empleados públicos (sanitarios o no) que para estar en condiciones de ser contratados (siquiera de forma temporal) se les exige una licenciatura de 6 años y una formación especializada de 4 o 5 años más. Estamos hablando del coste de oportunidad que supone para un médico llegar a situarse en condiciones de ser contratado y ejercer su profesión en el ámbito público. Coste de oportunidad, pensamos, no superado por ningún otro empleo público de similar categoría profesional, incluido el de gestor sanitario. El "apoyo" que los clínicos reciben de los gestores del Sistema les ha llevado a ser los médicos peor pagados de todos los sistemas sanitarios de la Unión Europea, a acumular una gran inestabilidad en el empleo y, últimamente, a una precariedad laboral que indignifica la profesión. Es esperable la desmotivación y la insatisfacción laboral si, además, esos mismos clínicos perciben la débil relación existente entre

el compromiso de los profesionales y el nivel de salario (las posiciones mejor pagadas no son necesariamente las más comprometidas con la organización) y que la remuneración de los profesionales no se afecta por factores motivacionales intrínsecos (desarrollo, capacitación y competencia profesional) ni trascendentes (repercusiones sobre personas diferentes al profesional, partícipes o no de la organización, derivadas de las decisiones tomadas por él en su trabajo, o relacionadas con el mismo, incluida la de abandonarlo).

Nuestra empresa pertenece al grupo de empresas verticales "de toda la vida" orientadas al control jerárquico. En ellas, la desconfianza de "los que dirigen y piensan" con respecto a la posible capacidad de autonomía responsable de "los que producen", es la causa fundamental de la existencia de un considerable número de personas dedicadas a controlar el trabajo de los demás<sup>10</sup>. Sin embargo, en nuestra empresa "los que producen" también piensan y deciden (por ello también gestionan) y, aunque parezca que no se les pague por ello sino por ser meros ejecutores de un plan de productividad<sup>11</sup>, si cuentan entre sus responsabilidades, se quiera ver o no, con la de decidir el destino de muchísimos recursos que la sociedad pone en sus manos para que, pensando, decidan con responsabilidad y desde una legitimidad otorgada por la sociedad misma. En esta responsabilidad, en un sistema sanitario público como el nuestro, los clínicos deben ser ayudados por los gestores.

No haber intuido la gravedad del desencuentro entre clínicos y gestores se ha considerado el principal error estratégico de los gestores de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>12</sup>. Por lo tanto, conciliar la práctica clínica y la gestión es un objetivo prioritario en España<sup>1,3</sup> y en otros países<sup>2</sup>. Desde una perspectiva ética, y en un contexto de recursos públicos limitados, el clínico debe interiorizar el coste sanitario y social de oportunidad de los recursos comprometidos por sus decisiones en la práctica y el gestor debe poner los medios para que estas decisiones se tomen de forma coste-efectiva, equitativa para la población y basada en el conocimiento científico<sup>13</sup>. Para ello es necesario que la política "a secas" deje de manipular electoralmente con tanto descaro la política sanitaria, alejando a ésta de la política basada en pruebas (*evidence*)<sup>14</sup>. También es necesario que los gestores (tanto los de trincheras como los de moqueta) mejoren sustancialmente la gestión de las personas dentro del sistema. Sin embargo, esta manipulación (politización de la gestión), según los entendidos<sup>9,15</sup>, podría verse incrementada con la descentralización que supone la definitiva transferencia competencial de la sanidad a las CCAA. Si añadimos el intento de solucionar la estabilidad en el empleo de los profesionales de manera torpe y arcaica siguiendo el camino fácil y tenebroso trazado por la Ley de Consolidación<sup>16</sup>, nos encontramos ante elementos que no auguran cambios sustanciales en estos aspectos (política sanitaria basada en las pruebas y gestión de recursos humanos) y siembran el camino hacia la gestión por valores y la cultura de la capacitación, que tan bien explican respectivamente Salvador García<sup>10</sup> y el pro-

pio Josep Casajuana<sup>17</sup>, de minas antimotivación justamente contra los mejores clínicos y mejores gestores existentes en el sistema.

J. SIMÓ MIÑANA<sup>a</sup>, R. DE PABLO GONZÁLEZ<sup>b</sup>,  
J. GÉRVAS CAMACHO<sup>c</sup>, D. PEÑARROJA GONZÁLEZ<sup>a</sup>,  
J.L. BELTRÁN BROTONS<sup>a</sup>, D. BRAVO MÁS<sup>a</sup>, A. PÉREZ ALEMANY<sup>a</sup>  
Y M.J. RAMOS MAESTRE<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médicos de cabecera. Centro de Salud Altavix. Elche. Alicante.

<sup>b</sup>Médico de cabecera. Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

<sup>c</sup>Médico de cabecera. Canencia de la Sierra. Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA

- Casajuana Brunet J. Límites entre el clínico y el gestor, ¿cómo saltar la barrera? *Semergen* 2003;29:240-3.
- Smith R. What doctors and managers can learn each other. *BMJ* 2003;326:610-1.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Gestión en Atención Primaria (consejos para un novel gerente). *EL MÉDICO* 2000 (Anuario 2000); 726:54-6.
- López-Casasnovas G. Acerca de la política de personal en el sector sanitario y del futuro de la carrera profesional. Algunas reflexiones. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000;2:79-81.
- Del Llano Señaris JF, Muñoz Bravo J. Luces y sombras de la formación de gestores y su correlato en la práctica profesional. *JANO* 2002;62:10.
- Colomer Mascaró J. Conocimientos, habilidades y aptitudes para la gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2001;116:459-60.
- Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Diez propuestas para mejorar la gestión del sistema nacional de salud. Disponible en: [http://www.pangea.org/iac/sanitat/diez\\_pro.htm](http://www.pangea.org/iac/sanitat/diez_pro.htm)
- Ortún Rubio V. Clínica y gestión. *Med Clin (Barc)* 1995;104:298-300.
- Costas Lombardía E. Gestión engañosa. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002;3:15-7.
- García S, Dolan SL. La dirección por valores. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
- Pedrosa A. La inteligencia en tiempos del proletariado de bata blanca. *EL MÉDICO* 2003;867:97-8.
- Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit* 2003;17:150-6.
- Del Llano Señaris J, Millán Núñez-Cortés J. Ética y gestión sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002;118:337-8.
- Puig-Junoy J, López Casasnovas G. Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España. Informe Técnico n.º 1. *Boletín Economía y Salud. AES* 1999;32:2-8.
- Rey del Castillo J. Los servicios de salud de las comunidades autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2002. Monográfico 2 "La construcción de los nuevos servicios de salud" Disponible en: <http://www.fundacionsigno.es/principal.htm>
- Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. *Med Clin (Barc)* 2003;120:138-40.
- Casajuana Brunet J. De la cultura de la queja a la de la capacitación. *Dimens Hum* 2002;6:86-9.

## Réplica

**Sr. Director:** quiero agradecer los amables comentarios de Simó et al en relación con mi artículo sobre la barrera entre clínicos y gestores<sup>1</sup>, y quiero aprovechar la oportunidad que me brindan para mantener vivo el debate sobre

un tema que aunque aparece con frecuencia, e informalmente, en las tertulias en los equipos, suele hacerlo poco de modo formal en nuestras publicaciones.

Pretendía en mi artículo exponer tres ideas clave que creo constituyen el armazón del desencuentro entre gestores y clínicos:

– La existencia de la barrera entre clínicos y gestores. La barrera existe, y aunque sea franqueable no es de libre paso, pues en ocasiones es necesario tener pasaporte, y para éste, como en tiempos de la dictadura, es posible que debas presentar el certificado de buena conducta.

Es cierto que la mayoría de los gestores han sido clínicos antes de dar "un pasito hacia delante", pero la marcha atrás es menos frecuente. Es decir, hay muchos que cruzan la barrera de la clínica a la gestión, pero de ellos no todos la vuelven a cruzar en sentido contrario. Así pues, la barrera es semipermeable, pero los flujos en uno u otro sentido son de diferente caudal.

– La barrera separa a los clínicos de los gestores, no a "los buenos de los malos". No se debe caer en el simplismo de esa dualidad centrifugando las propias culpas y mentando al "enemigo externo". El monopolio de la culpa no existe y la estupidez, según los principios de Carlo Cipolla<sup>2</sup>, se distribuye de forma homogénea a ambos lados de la barrera (aunque es posible que algunos crean que hay un sesgo de selección).

– La desconfianza bidireccional, el desconocimiento mutuo, la priorización de la gestión del presupuesto y los valores equivocados (o mal contrapesados pensando más en el control que en el desarrollo), son los factores etiológicos fundamentales.

Simó et al coinciden en esta visión de la desconfianza como uno de los elementos clave y señalan que "ya tiene mérito que una empresa desconfíe de los mismos profesionales que ha seleccionado". Pero es que en realidad la empresa no ha seleccionado a esos profesionales. Debemos convenir que la oposición no es el mejor sistema para seleccionar personas con arreglo a los valores, filosofía y necesidades de una empresa. Posiblemente este sea uno de los problemas de nuestras empresas sanitarias públicas, la incapacidad práctica de seleccionar a las personas adecuadas para cada puesto de trabajo. Junto a ello, y en el mismo paquete (el del funcionario asalariado), podemos situar los aspectos relativos a las retribuciones que también comentan Simó et al.

Por otra parte, ¿por qué hablamos de desconocimiento mutuo, si la mayoría de gestores provienen del mundo asistencial?. Cuando se pasa mucho tiempo al otro lado de la barrera (léase alejado de la asistencia), puede ocurrir que se vea desdibujado, con el tiempo, el conocimiento de la realidad. Si a ello añadimos las distintas presiones que suele recibir el que gestiona, su visión y sus actuaciones pueden acabar orientándose más hacia el presupuesto que hacia el servicio.

Tanto clínicos como gestores comparten como objetivo de su actividad el ofrecer servicios sanitarios de calidad, con satisfacción de los clientes, y a un precio asumible. El clínico debe operativizar este objetivo en la atención que

ofrece día a día al usuario, y el gestor debe operativizarlo en la atención que ofrece día a día al clínico.

Cuidar a los profesionales, hablar con ellos, estar cerca, ser empático... esto debe ser la actividad fundamental del gestor sanitario. Si el trabajo del gestor no le deja tiempo para atender a las personas, algo se está haciendo mal, porque justamente su trabajo es atender a las personas, facilitar su actividad y tomar decisiones con esa orientación. Todo lo demás es "periférico".

J. CASAJUANA BRUNET

Director Servicios de Atención Primaria de Ciutat Vella.  
Médico EAP Gòtic Barcelona.  
Institut Càtala de la Salut.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor: ¿cómo saltar la barrera? SEMERGEN 2003; 29: 240-3.
2. Cipolla CM. Las leyes fundamentales de la estupidez humana. En: Ma Non Troppo A., editor. Barcelona: Crítica, 1991.

## Hipotiroidismo. A propósito de un caso

**Sr. Director:** la patología tiroidea se puede manifestar de múltiples formas, muchas veces con un inicio insidioso y con una sintomatología muy vaga, fundamentalmente en el hipotiroidismo del adulto, que hace que se retrase su diagnóstico o se cometan errores. En el paciente de edad avanzada los síntomas se pueden atribuir de forma equivocada al propio envejecimiento o a otros trastornos como la enfermedad de Parkinson, la depresión o la enfermedad de Alzheimer<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual, que en una analítica rutinaria, estando ella asintomática, presentó una GPT de 65 UI/l, gammaoxalatotransaminasa (GOT) de 75 UI/l, lacticodehidrogenasa (LDH) de 750 UI/l, creatinina de 1,5 mg/dl y colesterol de 345 mg/dl. En un primer momento se solicitaron únicamente marcadores de hepatitis B y C, con un resultado negativo y ante la nula sintomatología no se siguió investigando. Tras 4 meses acude de nuevo refiriendo notar la cara y encías "hinchadas", con una exploración de discreto edema facial sin fovea, siendo el resto de la exploración, por aparatos, normal con tensión arterial (TA): 100/80 mmHg, 75 latidos por minuto y un índice de masa corporal de 22,4. Se repitió la analítica que mostró un hematocrito 36,8%, volumen corpuscular medio (VCM) 102 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) 33 pg, creatinina: 1,5 mg/dl con aclaramiento de 34 ml/min., GOT: 136 UI/l y GPT: 102 UI/l. Ante esta situación se completó el estudio solicitando vitamina B<sub>12</sub> (valores normales), ácido fólico (bajo), hierro sérico (75), reticulocitos y extensión de sangre periférica (ambas normales), estando ello a favor de una anemia macrocítica no megaloblástica por trastornos crónicos, puesto que un nivel de

**Tabla 1. Clínica del hipotiroidismo**

<b>Generales</b>	
Fatiga	
Disminución apetito. Aumento del peso	
Aumento sensibilidad al frío	
Voz ronca y áspera	
<b>Piel y anejos</b>	
Piel seca, pálida, dura y escamosa	
Pelo seco y frágil	
Alteración de las uñas	
Mixedema	
<b>Aparato respiratorio</b>	
Hipoventilación y derrame	
<b>Aparato digestivo</b>	
Macroglosia. Hiperplasia gingival	
Estreñimiento	
Aquilia	
<b>Aparato circulatorio</b>	
Disminución del gasto cardíaco	
Bradicardia	
Cardiomegalia	
Vasoconstricción periférica	
<b>Riñón</b>	
Disminución del filtrado glomerular	
Hiponatremia dilucional	
<b>Sangre</b>	
Anemia normocítica o macrocítica	
<b>Endocrino</b>	
Amenorrea y ciclos anovulatorios	
Impotencia y oligospermia	
Hiperprolactinemia con galactorrea	
Alteración del ritmo del cortisol	
<b>Metabolismo</b>	
Aumento de la lipidemia	
Aumento de la carotidemia	
Aumento de la densidad ósea	
Disminución resorción ósea	
<b>Sistema nervioso</b>	
Bradipsiquia, bradicinesia	
Somnolencia	
Ataxia	
Depresión, demencia	
Disminución de reflejos osteotendinosos	
Túnel carpiano	
Aumento enzimas musculares (CK, GOT, LDH)	
Sordera. Ceguera nocturna	

folato sérico no es una prueba adecuada para el diagnóstico de un déficit de ácido fólico, siendo necesario recurrir al folato eritrocitario<sup>3</sup>. Se pidió una proteinuria en orina/24h para descartar un síndrome nefrótico, que fue normal, y se realizó un estudio hepático con ecografía, ceruloplasmina (para descartar una enfermedad de Wilson), transferrina (pensando en una hemocromatosis) y anticuerpos antimitocondriales, antimusculo liso y antinucleares (para descartar una hepatopatía crónica autoinmune) resultando todo ello normal. A su vez se solicitaron unas hormonas tiroideas que mostraron una T4 total y libre disminuidas con TSH aumentada.

La paciente fue tratada con levotiroxina a una dosis inicial de 50 mcg pasando posteriormente a 75 mcg como mantenimiento, mejorando su sintomatología y normalizándose las pruebas analíticas.