

LA TRANQUILIDAD Y LA EFICIENCIA: JUGAR CON ASES Y DIAMANTES O CON REYES Y BASTOS

Cuando uno hace balance en España de las experiencias vividas durante dos semanas en Londres, conociendo como observador pasivo el sistema sanitario británico, se da cuenta de que son muchas las sensaciones y situaciones que le han llamado la atención. Muchas de ellas las fui poniendo de manifiesto escribiendo cada día en el blog. Por ejemplo, en su momento destacué el encuentro con actores del sistema sanitario que no existen en el nuestro. Constaté una organización que cuida hasta el detalle que todo esté bien planificado. Me encontré que tanto el personal sanitario como los usuarios tienen un respeto bilateral, que genera un ambiente distinto al de España.

Todas estas cosas las fui meditando y, una vez reincorporado al trabajo, me he dado cuenta de que son dos cosas fundamentales a las que siempre acabo llegando cuando explico a la gente de Cataluña lo que me encontré: la tranquilidad de la consulta y la eficiencia del sistema.

La tranquilidad fue algo que reinó en todas las sesiones en las que estuve durante la rotación. Era algo que independientemente del actor con el que se estuviera interactuando, siempre permanecía constante. La gente en el Reino Unido no grita cuando habla con el médico. No exige de malos modos nada cuando habla con el administrativo. Se dirige con cortesía cuando razona con la enfermera. Me llamó mucho la atención que casi nunca el paciente choca su mano con el médico, y tampoco el profesional sanitario busca este encuentro. Estoy acostumbrado a tocar a mis pacientes, a recibirlos en la puerta, a sujetarlos del brazo cuando se sientan o se levantan, a poner la mano con firmeza en el hombro cuando se les ausculta y a acompañarlos hasta la puerta para despedirlos.

Sin embargo, en nuestra región, no falta el día en que la gente grita en la sala de espera, que aporrea la puerta preguntando si están en la lista, o exigiendo saber dónde está su médico. Las quejas verbales en España son habituales y, aunque se están poniendo de moda, las escritas todavía son la excepción.

En Londres, esta relación era justamente al revés. Los pacientes se muestran distantes con el profesional sanitario, casi no se tocan, deben dar permiso para ser explorados, son recelosos de guardar su intimidad, pero sin embargo, muestran una tranquilidad en la consulta muy relajante. Nadie grita. Las dos partes del encuentro clínico piden consentimiento para todo. Para entrar, para sentarse, para hablar, para explorar, etc. En un principio podríamos pensar que esta tranquilidad es algo cultural, y que es secundario a su carácter, y posiblemente en parte es así (siempre que nos olvidemos de lo que hacen cuando beben durante sus vacaciones

por la costa española). En todos los sitios públicos, la gente se muestra tranquila, guarda cola sin alterarse, y por si alguien está tentado de alterar ese orden, unos carteles rezan la política de tolerancia cero que tiene el sistema contra los alborotadores para garantizar en todo momento el respeto por la labor de los profesionales. Además, los trabajadores explicaban que no era infrecuente recibir reclamaciones por escrito, que en muchas ocasiones procedían de pacientes descontentos que no habían mostrado su desacuerdo en la consulta, pero que lo reflejaban al salir.

En general, dentro de la consulta no suena el teléfono, ni tampoco entran los administrativos a solucionar sus dudas. Hay un respeto máximo por la entrevista clínica y esta no se ve fragmentada por nimiedades. Todo debe esperar y los sanitarios esperan a que el paciente abra la puerta y el facultativo o enfermera quede libre. La consulta es un acto importante que, aunado a que el tiempo asistencial destinado al paciente es superior al que disponemos aquí, hacen que el que está dentro ejerciendo no sienta la sensación de prisa con la que vivimos a menudo en España.

El segundo factor que me llamó mucho la atención es la sensación de que todo está organizado en base a buscar la eficiencia del sistema. Como explica el diccionario, un trabajador es eficiente si es alguien competente que rinde en su actividad. El sistema británico es un sistema público, pero en lo que respecta a la Atención Primaria, su gestión es privada. Los centros sanitarios son pequeños y están dirigidos por unos socios denominados “partners”, que son los dueños del mismo. Ellos reciben el dinero del gobierno y lo gestionan. A mi juicio, y entendiendo eso, se comprende el porqué de la distinta organización.

En definitiva, ellos comentan que el dinero está donde está la actividad asistencial, así que el dinero lo lleva el paciente conforme navega en el sistema. El centro recibe dinero por tener a su cargo a los pacientes. El centro de salud y el gobierno garantizan la asistencia de calidad que se prestará a la ciudadanía mediante sistemas de auditoría. De esta forma, el sistema garantiza al ciudadano que los centros que le brindan atención médica están siendo constantemente valorados y auditados. A su vez, el hecho de que el centro sea el que gestiona el dinero destinado al paciente, hace que el jefe del centro se encargue de no malgastar dinero en nada que pueda evitarse. Si el centro se gestiona bien y dispone de muchos ingresos, todo el dinero que quede al finalizar el balance se repartirá entre los socios y se distribuirá según sus acuerdos con sus trabajadores.

La organización la podríamos describir como una pirámide de responsabilidad. Eso explica que si para una determinada situación, un administrativo la puede resolver, se organizarán los

circuitos para que así sea y no implique esa situación trabajo en otro nivel superior. Si se puede formar a una enfermera para que resuelva ciertas situaciones, no hará falta que lo haga un médico. Si podemos contratar a una enfermera para que nos resuelva la mayoría de las visitas domiciliarias del área, no tendrá ningún sentido que todas las demás tengan tiempo destinado a ello y que en muchas ocasiones no lo ocupen. Nadie destina, en un sistema basado en la eficiencia, a un pediatra que haga las revisiones médicas que puede hacer una Health Visitor (enfermera formada para hacer el programa que en Cataluña se llama “del niño sano”). Si se puede contratar a una secretaria para transcribir todos los resultados e informes que llegan al centro, cuando el médico abra el historial informático del paciente podrá dedicarse a solucionar el motivo de consulta o a realizar actividades preventivas porque el trabajo puramente administrativo ya estará realizado y todo ello a un coste mucho menor.

Si el médico mira los resultados de unos análisis de control de anemia, o de monitorización de niveles de TSH y son normales, no tendrá que visitar al paciente. Simplemente revisará los resultados de todos los análisis y se designará a alguien que dentro del circuito se encargará de llamar o escribir al paciente indicando la conducta a seguir según las indicaciones del médico. De este modo la eficiencia del sistema recaerá aumentando el tiempo disponible para que el médico se pueda dedicar a resolver problemas de mayor complejidad.

Si el médico puede elegir a qué centro deriva a un paciente, genera con sus decisiones la puesta en marcha del motor que forma la base de la microeconomía del mercado libre, la ley de la oferta y la demanda. Los hospitales deben ofrecer sus servicios, porque si no hay demanda no reciben estipendios. A más demanda lograrán tener un mayor Servicio porque aumentará su aporte económico. Si no tratan bien a los pacientes derivados, o les hacen esperar mucho más que en otro sitio, o bien sus resultados son peores, dejarán de ganar dinero, porque el mercado se regulará yendo hacia el que ofrece mejores servicios.

A la vez, si hay un médico general en un centro cercano que se ha dedicado mediante formación bien acreditada a subespecializarse en determinado campo, se le pagará para que sea nuestro consultor. El paciente será visitado rápidamente y a menor precio que el que costaría una derivación hospitalaria. El primer médico estará contento porque soluciona el caso, el jefe también estará satisfecho porque le cuesta menos dinero que una visita hospitalaria y, el paciente, como implicado principal, puede ver como su caso es solucionado bien y sin demora.

En cuanto a la cartera de servicios del centro, aumentará si con ello se mejoran los ingresos. No habrá problema en hacer certificados de salud, porque su realización se cobrará. Se pueden

ofrecer revisiones médicas por el mismo motivo. Si la demanda es suficiente, en algunos centros formarán a médicos para que hagan consultas de anticoncepción y pondrán por ejemplo DIU, porque eso genera beneficio para el centro. ¿Por qué no tener a una enfermera formada en vacunas internacionales si el ámbito de influencia del centro comprende a muchos inmigrantes que demandan ser vacunados y pagarán para que se las pongan en su centro?

No hay duda de que ésta es la base de un modelo eficiente. Cuanto mejor sea el gestor de cada centro, los pacientes estarán más contentos, porque estarán bien atendidos y dispondrán de indicadores de calidad bien evaluados, y el jefe también estará más contento porque el que asume más responsabilidades lo hace porque gana más dinero.

En Londres tuve la oportunidad de preguntar a una enfermera especializada su relación con el resto de las enfermeras del equipo que ejercían como generalistas, centrandose sobre todo el tema en lo que respectaba a su retribución económica. Su contestación fue sencilla: “mi relación con ellas es buena. Saben que cobro más porque asumo más responsabilidad que ellas. Yo he dedicado más tiempo que ellas a formarme.” Eso me hizo pensar en la situación de la enfermería en España. Se les está aumentando día a día su cartera de servicios pero no su formación ni retribución. Y... ¿qué obtendremos a cambio?

Ahora bien, el problema es trasladar todo este modelo de eficiencia a un sistema como el nuestro, que aunque también es público y financiado con impuestos, se gestiona por las reglas de la ley pública, donde los trabajadores no son contratados ni elegidos libremente, sino mediante oposiciones y luego son remunerados en base a su categoría profesional y no según su excelencia ni productividad. Ciertamente es que en los últimos años se han creado ciertos complementos de productividad variable, que acostumbran a cumplir sin escrúpulos los más vagos, que dejan de hacer las actividades que no se auditan y que con su actitud no estimulan a que el sistema sea eficiente.

A mi juicio, la síntesis de mi experiencia se resume en lo siguiente: para jugar dos personas a un juego de cartas, las dos que participan deben de tener naipes de la misma baraja. No podemos jugar a imitar el sistema británico porque ellos juegan con la baraja inglesa completa de 52 cartas y nosotros con la baraja española que cuenta con 48 naipes. Ellos tienen ases y diamantes, y nosotros reyes y bastos. Y aunque son sistemas parecidos vistos desde lejos, las reglas del juego y sus sistemas de apuestas son diferentes.

Jorge Soler. Médico de familia. Lleida, agosto de 2009.