

La inversión de la pirámide

Antonio Torres Villamor

Vicepresidente Primero de SEMG-Madrid

Desde el inicio de su organización, el médico del primer nivel asistencial, con sus diferentes denominaciones, ha sido la punta de lanza de los sistemas sanitarios. Para ello, y progresivamente, se fue disponiendo tras él un grupo de profesionales cuyo objetivo final y primordial era darle la cobertura necesaria para que desarrollase su trabajo en la forma más favorable posible.

No vamos a negar que sobre esta idea y a lo largo de los años, con diferentes teorías de funcionamiento y financiación, ha tenido una importante variedad de formas prácticas. Con el tiempo y los avances técnicos, los médicos de atención integral (otro nombre) llegaron a tener hasta una estructura organizativa detrás que potenciaba su trabajo y desarrollaba los múltiples aspectos asistenciales que cristalizaron con la reforma sanitaria y la creación de los Centros de Salud.

El médico de atención primaria se ha visto *respaldao* por un creciente número de personal no asistencial situado en cargos de gestión y organización, de Salud Pública, de Educación Sanitaria, epidemiólogos, control de calidad, farmacia, investigación, informática, formación, inspección médica, y un largo etcétera hasta llegar a una multitud de jefaturas, departamentos, subdirecciones y direcciones generales... y al poder político. Aún recuerdo cuando se nos decía que ocupábamos la punta de la pirámide que se sustentaba en todo este esfuerzo colectivo y con un destino único: la atención sanitaria de calidad a los ciudadanos.

Pero no sé en que momento alguien cambió de opinión y, poco a poco, sutilmente al principio, más rápida y descaradamente después, la pirámide se ha ido invirtiendo hasta dar lugar a lo que padecemos hoy: soportar el peso de toda esa

masa que nos aplasta. Ya no creo que este esfuerzo se haga en nuestro favor, o mejor, a favor de darnos la posibilidad de ofrecer un mejor servicio a los usuarios.

Y es que nos han convertido en la respuesta a la cobertura de las necesidades de los que nos *preceden*. Trabajamos para cumplir "carteras de servicios", de subdirectores, directores y gerentes; "objetivos asistenciales" de direcciones generales; despachamos con "responsables" de todo tipo, para que los sectores a ellos confiados cumplan las directivas y los objetivos marcados; prescribimos medicación "racionalmente correcta", cuando no "políticamente correcta"; y se nos incentiva por todo ello. Pero además cumplimos los programas de Educación Sanitaria señalados por los responsables del ramo, que ven cómo su prestigio se relanza. Y hacemos campañas de vacunación, antitabaco, antidrogas, antiobesidad, antialcohol... mediante la aplicación del correspondiente protocolo normalizado, previamente evaluado e implantado. Total "son sólo cinco minutitos más".

Y todo esto en un tiempo record de cinco minutos, o menos, que es lo que nos conceden para ello. Y de forma adecuada, y clarita, para no poner en conflicto al personal administrativo, que debe recibir instrucciones con transparencia meridiana (poca confianza demuestran estos gestores en la capacidad de gestión de este personal comprometido con el sistema), no se vaya a escapar alguien sin ser visto, en el momento que quiera, sin complicaciones de primera consulta, revisión, cirugía, exploraciones especiales... Cinco minutos para todos y para todo.

Y algo similar ocurre con nuestros compañeros de enfermería. Nuestro nivel de trabajo conjunto se



ha ido *divorciando* con el tiempo. Algunos dicen que es debido a los niveles de especialización de este estamento; otros, a sus responsables. Se desperdicia así la tremenda valía y potencialidad que se obtuvo cuando el trabajo conjunto era la norma.

También hay que cumplir objetivos de derivación a otros niveles asistenciales, y de pruebas complementarias, y de bajas laborales. En todo esto rara vez nos escapamos de ser culpables de algo: de poco o de mucho, de pronto o de tarde, de más o de menos, de exceso o de defecto, de adecuado o de inadecuado. No siempre tendremos claro de qué, pero siempre quedará el *mayordomo* para poder culparle de algo. Y eso que usamos guías, y seguimos protocolos, y trabajamos en equipo, y tenemos sesiones clínicas, y consensos obtenidos por algún responsable de lo que sea. Pero asumimos, eso sí, prescripciones, y bajas y altas, y seguimientos, y "revisiones por su médico de atención primaria", con informe o sin él; lo mismo da que sea un trasplantado, que un necesitado de cuidados paliativos, que un paciente crónico... Estamos en la obligación de seguir los criterios de cuidados (no siempre conocidos) del servicio hospitalario correspondiente. Y haremos los volantes de transporte sanitario (o sea, ambulancias), de consultas, de pruebas complementarias, de cita, para que ese paciente no sea ya más lastimado por el sistema.

Y lo hacemos una y otra, y otra, y otra vez... La misma receta, el mismo volante, el mismo informe para el INSS, el IMSERSO, el INEM, el IVIMA, el Ayuntamiento, las empresas, los colegios, las universidades, las agencias de viaje, las constructoras, las ortopedias, todas las consejerías que quieran, los juzgados de lo civil y de lo penal, la Policía y demás Fuerzas Armadas... Para todos y para cada uno de ellos, como amanuenses *subarrendados* sin derecho a pluma ni papel como pago del trabajo realizado.

Y yo me pregunto si no sería más sano disminuir la pirámide, de tamaño, de peso, de altura, para que pudiéramos realizar nuestro trabajo mejor, o al

menos como lo hicimos en el pasado, con una mayor implicación personal y directa con nuestros pacientes, sin tanta interposición jerárquica...

Porque, verán, volver a observarla como se diseñó al principio, con el médico en su cima apoyándose en todos y en todo para dar el mejor servicio posible, ya no será posible. Porque ningún político ha visto en ello ningún aspecto de "modernidad", ni de "progreso", ni de "eficiencia", ni de "ajuste a fondos presupuestados"; y, sobre todo, ningún protagonismo para él mismo. Ninguno ha visto (más bien teme ver) que, si el flujo de acceso es controlado con sentido común, educación ciudadana y responsabilidad social, parte de todo este *macrosistema* sobraría y se podría volver a dar un servicio adecuado, próximo, rápido y más eficiente que el proporcionado por estamentos *superiores*; y además, al *recortar* la oferta (no olvidemos el café para todos), pudiera ser que se perdiera algún voto, y eso no es "sanitariamente permisible" (para ellos, claro).

Contra este temor surge la nueva forma (la penúltima) de modelo, que es la "promesa", el "yo doy más", el "dos por uno", la "libre elección" de algo, aunque luego no se pueda, o de otra cosa casi imposible por la distancia, o por la incomodidad. Menos tiempo de espera, más horas de atención para que "se concilie la vida medical y familiar"; y todos a las seis en su casa, para educar y cuidar mejor a sus hijos, disminuir el fracaso escolar, y el absentismo, y las desviaciones de comportamiento, y la patología familiar, y las adicciones... Por cierto, ¿qué delito habremos cometido para no ser incluidos en tan razonable y socialmente necesario plan de conciliación miles de sanitarios, que sufrimos penas de entre diez y veinte años y un día?

Y en espera de obtener estas respuestas, más y más pacientes por día ("más madera, más madera", ¿recuerdan?), algún nuevo plan, o medicación, o evaluación del desempeño, donde medir a cuántas reuniones de sociedades, de vecinos, de pacientes, de padres, de catequistas, de parados o jubilados, de amas de casa o de separadas, y de

solteros, heterosexuales o no, grupos marginados, o con riesgo de serlo, de deportistas o de funcionarios... Se supone que debemos trabajar con algún objetivo marcado al final del manual correspondiente, pero su traducción práctica, más o menos inmediata, es el aumento de la presión asistencial que está colapsando un sistema que fue bien diseñado y ofreció una respuesta a las necesidades sanitarias del país cuando sólo tenía que dar respuesta a eso, y no a las promesas políticas y a los cuadernos de mando de los diferentes escalones jerárquicos.

Y ahora tenemos que oír que el sistema está agotado, que la pirámide ya no puede más, con un cierto tufillo de culpa, como si nosotros, la punta de la pirámide invertida, fuésemos los que hemos agotado el sistema y el modelo. Y nos hablan de una modificación, de una autogestión, de una nueva regulación, o más groseramente, de una privatización.

Los modelos no se agotan cuando son cuidados y se les da el uso para el que han sido diseñados, y no para hacer de ellos un arma política, una plataforma electoral o el modo de mantenerse en un sistema de poder, alejado del servicio directo a los ciudadanos, que es la razón de su existencia. Un modelo no se agota si no se empeñan en adaptarlo a nuevos modelos sociales (más o menos legítimos, pero para los que no ha sido preparado); y se fuerza su operatividad a partir de forzar a los componentes que lo conforman; y se basa esa adaptación en el esfuerzo personal y profesional; y se denominan "elevaciones presupuestarias" a migajas económicas, enmascaradas en el maremágnum de una declaración política. Los modelos se encarecen cuando se pretende que donde se asiste sanitariamente a un número determinado de personas pueda recibir el mismo servicio una multiplicación política de ciudadanos con los mismos o casi los mismos recursos. Y, sobre todo, un modelo se agota por deterioro, cuando se empeñan en usarlo y abusarlo, con total separación de la opinión de los profesionales que lo tienen que manejar a

diario, ignorando sus consideraciones y valoraciones, las de los verdaderos concededores del *modelo*. Si hace años nos hubiesen preguntado cuál era el pronóstico de la situación, nos habrían oído decir que era negativo si no se tomaban las medidas correctoras adecuadas; que la hipertrofia es un mecanismo de defensa limitado en el tiempo, que perpetuada, como forma normal de funcionamiento, es pernicioso a medio y largo plazo; que sin la necesaria contención, el modelo se autofagocita por la excesiva necesidad de recursos destinados a la "gestión/organización"; y, sobre todo, que, aunque cualquier herramienta tiene un amplio abanico de posibilidades de uso, es absolutamente imposible que tenga una utilidad universal, como se ha pretendido con el modelo actual de atención primaria.

Así pues, en los próximos tiempos los médicos de atención primaria seremos enfrentados a las ofertas de participar en un "nuevo modelo", como única forma de solución al actual estado de deterioro; querrán, una vez más, que seamos los que participemos en la reforma de algo que, si ha pervivido, ha sido por la entrega y la responsabilidad de nosotros mismos.

No puedo saber si las novedades ofrecidas serán la solución o no; pero creo que debe quedar claro que las nuevas formas de gestión tienen que pasar por asegurar que ahora no volvamos a ser los mulos de carga del sistema, teniendo no sólo la responsabilidad de hacerlo funcionar sino de hacerlo durar, con independencia del uso que se le dé. Estamos seguros de que no puede haber un modelo perfecto y único; pero las indispensables condiciones que marcan las leyes y la forma de vida elegida por esta sociedad no pueden ser violadas por ideas aventureras ni de carácter experimental, ni por ideas megalíticas de restauración, donde el peso exclusivo lo lleven los mismos, los profesionales. No queremos cambiar una pirámide por un rascacielos o por un auditorio, y mucho menos ver cómo se invierte para volver a ser aplastados por su peso.