

Ciclo de debates de política sanitaria socio-sanitaria,
OMC

EL CONTRATO SOCIAL DE LOS MÉDICOS EN EL NUEVO SISTEMA
SANITARIO
VISIÓN PROFESIONAL DESDE LA MEDICINA GENERAL

Por Juan Gérvas,
médico de Canencia de la Sierra (Madrid)¹,
vicedirector de la Fundación para la Formación de la Organización Médica
Colegial de España
jgervasc@meditex.es

Madrid, 23 de febrero de 2005

Los médicos necesitamos un nuevo sistema sanitario. Un nuevo sistema sanitario más científico, más equitativo, más humano y más solidario. Lo necesitamos como profesionales que intentamos conservar y restaurar la salud de nuestros pacientes, y los necesitamos como personas que encontramos en el trabajo satisfacción y dignidad. El contrato social implícito en nuestras responsabilidades clínicas diarias nos ha convertido en una profesión exigente con su forma de ejercer, capaces de una autocrítica feroz, y del establecimiento de movimientos como la Medicina Basada en Pruebas que no se ven en otras profesiones, por desgracia. No es extraño que muchos médicos acaben desanimados, hastiados de un trabajo que muchos políticos y gerentes ven sólo como gasto y despilfarro. Sin embargo, la sociedad nos reconoce con su estima, con la máxima estima por comparación con cualquier otro sector profesional, políticos incluidos (a los que la sociedad sitúa en el polo opuesto al de los médicos). Necesitamos, pues, seguir mejorando para cumplir con las expectativas de nuestros pacientes, y para ello precisamos un contrato social dinámico y generoso, basado en la confianza. Necesitamos tender puentes con los políticos y gerentes para evitar que sobre el desánimo actual se levanten barricadas, que a nadie beneficiarían.

¹ El firmante, como casi siempre, se representa a sí mismo. Sin embargo, en este texto se recogen muchas de las aspiraciones más sentidas por el colectivo de médicos generales/ de familia. A estos efectos, son sinónimos los términos médico general, médico de familia, médico de cabecera y médico de atención primaria.

¿Qué deseamos, qué estamos dispuestos a dar los médicos generales?

1. Un compromiso de trabajo permanente como agentes del paciente, que ayude a conservar la confianza médico-paciente (ética de la confianza). Es decir, que en las decisiones clínicas el médico general decida como si fuera el propio paciente quien decidiera con el conocimiento que tiene su médico. Es clave que el paciente crea que su médico de cabecera toma decisiones como si él mismo las tomara. No puede haber acto clínico alguno sin confianza del paciente en su médico, y de éste en el paciente. El encuentro médico-paciente se basa en la confianza mutua, en la consideración de la mejor alternativa al problema del paciente, dada su evolución y su contexto.
2. Un compromiso de búsqueda del equilibrio entre la irracionalidad romántica y la irracionalidad técnica (ética de la microgestión). Ni todo para el paciente (irracionalidad romántica) ni todo para la sociedad (irracionalidad técnica). Se trata de buscar y encontrar en toda decisión clínica el punto de equilibrio que permite el uso racional de los recursos que la sociedad pone en manos de los médicos generales. Es ver la actividad médica como la microgestión de los recursos sanitarios para la resolución de problemas de salud de los pacientes. Ayudaría mucho al uso racional de recursos por el médico general el uso racional de la capacidad de decisión de los políticos; por ejemplo, para que los medicamentos financiados públicamente fueran sólo los coste-efectivos (mejores y más baratos, de eficacia probada, que aportaran algo al cuidado de los pacientes) y obtenidos en pública subasta (para abaratar costes y para que los genéricos fueran de igual presentación para igual contenido, que no podemos enloquecer a los pacientes con medicamentos que decimos son iguales pero parecen distintos).
3. Un compromiso de respuesta sensata a las expectativas excesivas (ética de la negativa). Los pacientes pueden llegar a esperar juventud y vida eterna (sin muerte) a costa del sistema sanitario. Los políticos y gerentes pueden llegar a esperar un trabajo en cadena y continuado del médico general a coste nulo. Se deben frenar las expectativas excesivas de los unos (la pornoprevención, por ejemplo, con la que los pacientes buscan la seguridad imposible de la prevención absoluta) y de los otros (por ejemplo, las guías y protocolos que convierten a los enfermos en enfermedades y a los médicos en robots). La ética de la negativa es un compromiso médico fuerte, un componente clave del contrato social implícito con la sociedad. Exige ser correoso y

constante, firme en las convicciones, y estar bien formado en lo científico y en lo humano. Hay que negar cortés y firmemente, con las explicaciones necesarias, pero sin ceder a las expectativas excesivas, ni de los pacientes ni de los políticos y gerentes.

4. Un compromiso para compartir la ignorancia (ética de la ignorancia). Los médicos generales no tenemos respuestas infinitas para la variedad infinita de los problemas humanos. Por ejemplo, no sabemos ni siquiera cada cuánto tiempo exactamente re-citar a un paciente hipertenso bien controlado, ni exactamente cuándo abandonar la alimentación artificial en un paciente en coma. A veces se espera más conocimiento del que tenemos. En la toma de decisiones ayuda el aporte de conocimiento científico, pero nunca podrá abarcar la concatenación de decisiones que exige la selección de la mejor alternativa para la más simple consulta. En Medicina General hay mucho por estudiar, y la sociedad, los pacientes, los políticos y los gerentes deberían estar prestos a entender la ética de la ignorancia de los médicos generales (y de los médicos "en general").
5. Un compromiso para evitar la arrogancia médica (ética de la humildad). Cuando se es una especie de sacerdote laico al que le está permitido tocar la piel y el alma, cabe convertir lo poco que sabemos en pura arrogancia. Podemos llegar a creer que, pues tenemos algún poder sobre la enfermedad, somos omnipotentes. Es decir, podemos creer que somos fuente de curación, y no simple instrumento para la misma. Somos arrogantes cuando ofrecemos milagros de prevención (por ejemplo, los parches hormonales en la menopausia y las consecuentes epidemias, por su uso innecesario, de cánceres de mama, infartos de miocardio, ictus y embolias) y somos arrogantes cuando ofrecemos milagros en la curación (por ejemplo, en el tratamiento de tanta enfermedad genética, que tanto tendrá que esperar hasta que haya algo práctico y útil). La ética de la humildad se expresa con un compromiso que nos debe volver humildes, prudentes y sencillos. Este compromiso sirve también para combatir la arrogancia de políticos y gerentes que convierten a los médicos generales en proveedores, y a los pacientes en usuarios.
6. Un compromiso para revelar los errores (ética del error). Un error es un tesoro, dicen en la industria japonesa del automóvil, mientras se comen a la industria del resto del mundo. Los médicos generales no podemos ejercer sin cometer errores, pero cada uno debe ser un

acicate para que no se repita, para cambiar los problemas estructurales, científicos y humanos que lo hicieron posible. Los errores deberían ser el motor de la innovación, y nada como compartirlos con los pacientes y familiares, para reparar lo que se pueda, y para demostrar nuestro dolor y honradez con la propuesta de mejora que evite su repetición. El encubrimiento sólo ayuda al olvido y a la repetición, y el pedir perdón sin acción reparadora es un ejercicio hipócrita.

7. Un compromiso de autogobierno (ética de la responsabilidad). Los médicos generales trabajamos con situaciones complejas, en condiciones de gran incertidumbre, en las que no es posible la parálisis, y es incierto el resultado de las decisiones. Es esencial contar con crédito y con autonomía, y responder con la ética de la responsabilidad, del autogobierno responsable. Necesitamos que crean en nosotros no sólo los pacientes, sino también los gerentes y políticos. Basta, pues, del modelo de receta que sufrimos los médicos generales. Basta, pues, de los visados para medicamentos. Basta, pues, de las trabas para la solicitud de pruebas complementarias. Basta, pues, del modelo para justificar la baja laboral, y la re-baja. Basta, pues, de subordinación organizativa a los hospitales. Basta, pues, de condiciones ambientales de trabajo indignas, de falta de personal auxiliar en las consultas, de burocracia incesante y perjudicial para la salud del paciente y del médico. Queremos ser resolutivos, pero necesitamos los medios necesarios, y más autonomía profesional. A cambio ofrecemos la ética de la responsabilidad.
8. Un compromiso de autoridad, si hay responsabilidad (ética de la autoridad). Los médicos generales hemos perdido la autoridad jerárquica, en estructuras organizativas de funcionamiento asambleario, con enfermeras cuyos actos clínicos cuestan el doble del acto médico. Pero no hemos perdido la responsabilidad, y bien nos lo recuerdan los jueces una y otra vez. No hay jerarquías, aunque haya reclamaciones judiciales que siempre nos tocan a nosotros. Si somos los pilotos del avión para la responsabilidad queremos serlo también para la autoridad. La ética de la responsabilidad exige la ética de la autoridad, el ejercicio mesurado y prudente de la dirección en la toma de decisiones, y de la potestad de hacerse obedecer.
9. Un compromiso de dignidad laboral (ética de la dignidad profesional). Hay médicos generales que trabajan en condiciones miserables, con

contratos basuras, bien de suplentes, bien de refuerzos. Su dignidad es la de sus pacientes, y no pueden trabajar en condiciones que ofenden a la inteligencia y al corazón sin que se resienta su trabajo clínico. Los contratos basura deben erradicarse. La ética de la arrogancia nos exige humildad y sencillez, pero no sumisión a condiciones laborales humillantes. No queremos ser ni privilegiados ni esclavos, pues aspiramos sólo a la dignidad laboral en las condiciones de contrato, ejercicio y remuneración.

10. Un compromiso de defensa del derecho del paciente a la confidencialidad de los datos, y del deber del secreto médico (ética de la información). Las nuevas tecnologías tienen aplicaciones que asombran por las ventajas que conllevan. Pero tienen un lado oscuro que tienta a muchos servicios de salud, por el poder que otorgan respecto al control de la información. Buen ejemplo es esa historia informatizada total, mal nacida como Osabide, que está infectando todas las Comunidades Autónomas y todos los productos informáticos (la receta electrónica incluida). Como contraste se olvidan aplicaciones que ayuden al uso positivo de la información, en la clínica diaria, en la investigación y en la planificación (no es fácil, por ejemplo, saber cuántos pacientes padecieron neumonía el año pasado, cuántos fueron a urgencias, cuántos ingresaron, y como se distribuyen al respecto según clase social). Queremos generar y utilizar sólo la información relevante y necesaria para la prestación y mejora de los servicios que necesitan nuestros pacientes.
11. Un compromiso de trabajo cercano, científico y humano (ética de la coordinación). Los médicos de cabecera debemos llevar a la cabecera del paciente los servicios que allí se necesitan. No precisamos ni equipos de terminales, ni urgencias a domicilio, ni hospitalizaciones domiciliarias que presten atención descoordinada. Debemos ser los médicos de cabecera, y solicitar ayuda cuando se precisa, bajo nuestra responsabilidad, autoridad y coordinación. A los pacientes no les interesa la forma en que se organicen los niveles de atención en el sistema sanitario. Los pacientes sólo quieren que se resuelvan sus problemas de salud tan pronto y tan cerca como sea posible. Para ello, los médicos generales tenemos que poder coordinar la prestación de los cuidados en el nivel adecuado, y actuar de filtro en el buen sentido de la palabra (para proteger a los pacientes de los excesos del sistema sanitario, lo que llamamos prevención cuaternaria).

12. Un compromiso de innovación (ética de la mejora). No hay organización ni trabajo perfecto. En todas partes se encuentran cosas que cambiar y cosas que copiar. Los médicos generales queremos que la respuesta a las necesidades de los pacientes sean múltiples, aunque siempre de financiación pública y gratis en el punto de servicio. Que nada nos impida experimentar, incluso, con el trabajo individual y la consulta del médico general en su propio domicilio, que tan buen resultado lleva dando, por ejemplo, en Dinamarca. O con la elección por el médico general del especialista y del hospital. Mejorar es una exigencia ética diaria, a la que da respuesta la experimentación y la innovación.
13. Un compromiso de equidad (ética de la equidad). Nuestras muy humildes consultas están abiertas a todos los ciudadanos, pero cada vez se convierten más en consultas de segunda categoría, buenas sólo para la "gente" (ancianos, pobres, inmigrantes y otros marginados). El compromiso de equidad debería tratar de revertir la ley de cuidado inversos (la atención que se presta es inversamente proporcional a su necesidad, y esto se cumple más cuanto mayor es la orientación del mercado sanitario hacia el mercado). Este compromiso debe llegar, naturalmente, hasta los marginados menos visibles, como presos, y minusválidos recluidos a domicilio. Por otro lado, queremos que desaparezcan los privilegios de los privilegiados (políticos y funcionarios, entre otros). Queremos que exista un sólo sistema público, que desaparezcan MUFACE y otros sistemas privilegiados. Queremos que nos utilicen la clase media y la clase alta, los diputados y los senadores, los funcionarios y los maestros. Queremos mejorar, y ofrecer servicios que ayuden a paliar el impacto de la desigualdad social. Para lograrlo nada como el uso diario de nuestros servicios por los privilegiados.
14. Un compromiso de financiación suficiente (ética de la financiación). La Medicina General es la Cenicienta de los servicios sanitarios españoles, siempre esperando un príncipe que no llega, salvo en los discursos de los políticos. Es hora de que se financien adecuadamente nuestros servicios, de que haya dinero para ofrecer calidad y gran capacidad de resolución de problemas, para atender mejor a nuestros pacientes, para remunerar honradamente nuestro trabajo, para mantener una formación continuada independiente de la industria farmacéutica (que obligue a la re-certificación, por ejemplo),

para investigar en Medicina General, y para establecer un carrera profesional que ayude a mantener la ilusión, la competencia y el compromiso durante décadas. La ética de la financiación exige que los políticos adecuen los presupuestos a sus palabras y promesas, exige que doten los servicios de Atención Primaria de forma que los pacientes no tengan que pagar de su bolsillo lo que necesitan y no reciben de los servicios sanitarios públicos (por ejemplo, atención odontológica y atención mental integral).

Estos son los puntos clave y explícitos del nuevo contrato que deseamos firmar. ¿Qué consejero, qué ministra se atreve a recoger el guante?