

LA ENTREVISTA DE REDACCIÓN MÉDICA

PILAR ROMÁN, PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

“El copago ha logrado poner en valor el medicamento”

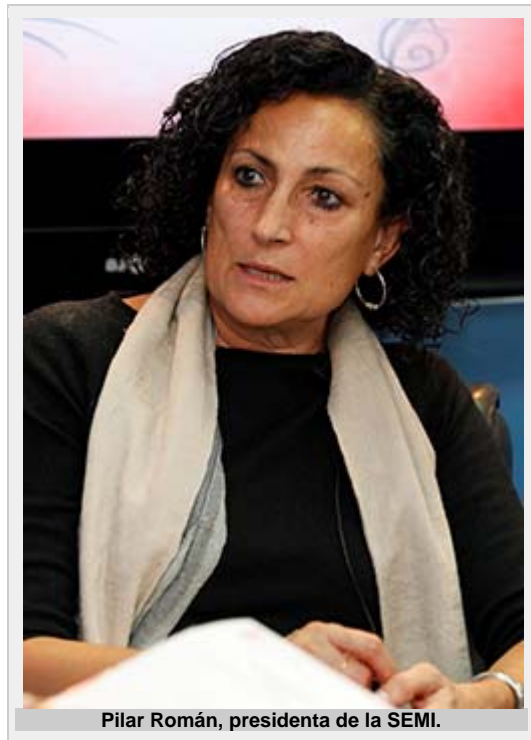
Los internistas reivindican su papel como líderes en el abordaje a los pacientes crónicos

Javier Leo / Imagen: Diego S. Villasante / Adrián Conde. Madrid

La primera presidenta en los más de treinta años de historia de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Pilar Román, estrena su cargo en Sanitaria 2000, donde ha asegurado que la principal razón para presentarse al cargo fue la de darle un empujón al nuevo modelo de atención a pacientes crónicos, en el que los internistas son una figura clave. Román no se esconde a la hora de defender el nuevo copago farmacéutico, ser crítica con el papel “conservador” de los sindicatos profesionales o con las aspiraciones “laboralmente egoístas” de sus compañeros de infecciosas y urgencias por conseguir una especialidad médica.

¿Cuáles son sus perspectivas para los próximos años al frente de la SEMI?

Tengo un reto importante y difícil por delante porque mis predecesores han dejado el techo bastante alto y encima nos encontramos inmersos en una situación de crisis muy complicada. En cualquier caso, para esta legislatura tengo cuatro grandes retos. Los dos primeros son inherentes a una sociedad científica, que son potenciar la docencia y la investigación en Medicina Interna. Pero tengo dos más. Uno de ellos ya lo hemos iniciado, que es que todos los internistas sean conscientes de que hemos de cambiar nuestro modelo sanitario para mejorar la atención a los crónicos. Este es uno de los principales motivos por los que me he presentado a presidenta de esta sociedad, porque soy consciente de esta situación y quiero cambiarla. El cuarto reto es el de darnos a conocer por el público en general, por el paciente, y eso solo se hace ganando prestigio. Entre los profesionales estamos prestigiados, pero ese prestigio no sale del hospital porque la gente no sabe qué es un internista.



Pilar Román, presidenta de la SEMI.

El internista es el médico capaz de ver a toda la persona en conjunto, no a las enfermedades en concreto. El cardiólogo ve el corazón, el neumólogo el pulmón. Nosotros lo vemos todo a la vez. No hay ninguna patología ni ninguna enfermedad que nos sea ajena. Sabemos bastante de las enfermedades más comunes y mucho de aquellas que no se manifiestan en un órgano concreto, como las fiebres de etiologías desconocidas o las enfermedades que afectan a todo el organismo como las autoinmunes, el lupus o las enfermedades raras. Lógicamente los especialistas y los subespecialistas médicos saben

más y pueden profundizar en sus patologías, pero nosotros les consultamos sin ningún problema cuando tenemos dudas. La ciencia avanza mucho y todos no podemos saber de todo, tenemos que coordinarnos en equipos para consultar con el más experto en cada momento.

¿Qué aporta el internista a ese nuevo abordaje a los crónicos?



La Medicina ha avanzado mucho por la especialización, pero nos ha llevado a una cosa muy mala que es la fragmentación del paciente, en la que cada médico solo ve su pequeña parcela. Ahora vivimos muchos más años y las enfermedades crónicas interfieren las unas en las otras, con lo que son varios los órganos los implicados. Si seguimos con la tendencia actual, veremos que cada enfermo crónico necesitará a 4 o 5 especialistas dando medicaciones sin saber si interfieren o no, cada uno actuando en lo suyo. Eso es un

desastre y es lo que está pasando en todo el mundo. Y muchos nos hemos dado cuenta de esto y de que no puede ser así. Los especialistas generalistas, los de Primaria, los geriatras y los internistas, son los capaces de llevar al paciente en conjunto en todas sus facetas, consultando al especialista si hay necesidad.

¿Cuál es la actitud del Ministerio respecto a este reenfoque? ¿Qué opina sobre la idea de dedicar una parte variable del salario al correcto abordaje de los crónicos?

Esta propuesta se incluye dentro de la Estrategia Nacional de Crónicos que ya está formulada. Pero la estrategia no se queda ahí, quieren hacer muchas más cosas, y una de las ideas que han tenido, que me ha sorprendido favorablemente, ha sido que por fin se atrevan a decir que intentan cambiarnos el modelo retributivo ¿Eso qué quiere decir? Quiere decir que nosotros como estatutarios, no somos funcionarios, tenemos un sueldo y que, en general, suele haber una variable por objetivos, pero suele ser muy pequeña para que te influya en tu quehacer diario. En todas las empresas privadas siempre se tiene una parte fija y una variable dependiente del cumplimiento de objetivos. Bueno, pues este es uno de los retos que tiene la sanidad pública y otros estamentos públicos, y es que el funcionario y el estatutario tengan una parte variable de su sueldo según consigamos unos objetivos. Y desde luego entre estos objetivos el primordial será cómo se aborde a los pacientes crónicos.



¿Cómo se puede valorar si se hace un abordaje eficaz, o no, del paciente crónico?

Es difícil, pero se puede hacer. Consiste en que cada departamento de salud y cada equipo multidisciplinar que vaya a tratar a los pacientes crónicos establezcan unos objetivos a conseguir, con unos indicadores fáciles de medir y muy fiables. Basándose en ellos, si has conseguido, por ejemplo, que los diabéticos de tu área tengan controlada la

hemoglobina glicosilada por debajo de 7, otro ejemplo, según el grado de consecución, te darán más o menos a final de mes. También se puede encuestar a los pacientes para ver si están contentos con el profesional. Indicadores varios que deben establecerse, que es lo difícil, pero que se pueden hacer. En España tenemos muy poca costumbre de evaluación. Hacemos cosas, innovamos, pero evaluamos poco. Y decimos que va bien cuando es solo es una impresión. Desde luego en la Estrategia de Crónicos está muy claro que hay que evaluar. Si va bien, se sigue adelante; si no, se retrocede.

Este cambio del modelo retributivo es una prioridad para el Ministerio ¿también lo es para los profesionales?



Para el Ministerio sí, pero los profesionales pueden no estar de acuerdo porque, como en cualquier profesión, hay buenos profesionales, muy buenos, que lo hacen bien sin necesidad de ninguna variable ni recompensa. Pero la mayoría de las personas se mueven por incentivos, ya sean económicos, de prestigio o de carrera profesional. Y hay otros que prefieren que no haya incentivos para que no se note que trabajan menos que los demás. Eso pasa en cualquier organización. El SNS es uno de los más baratos del mundo y eso es por la escasa retribución de sus profesionales.

Hay un porcentaje de personas que no querrán moverse. Y en este caso los sindicatos no suelen querer este tipo de retribuciones. Cada vez que se ha intentado, por ejemplo en la Comunidad Valenciana, implantar una carrera profesional con indicadores y objetivos, ha habido una oposición tan grande de los sindicatos que, al final, la carrera profesional se convirtió en una especie de trienios. Cuando establecieron esa carrera profesional en Valencia, al ser yo ya mayor, sin hacer nada ya tenía el máximo de carrera profesional. No tuve que esforzarme nada en obtenerla. Y eso fue una lucha de los sindicatos que ganaron y que creo que perdió la sanidad y el paciente.

¿Qué opina sobre el concepto de asegurado, el copago o la desfinanciación de fármacos para síntomas menores?

En realidad, las nuevas modalidades de aseguramiento son las que existen en la Unión Europea. Nuestro país era una excepción donde se tenía un concepto mucho más laxo en el concepto de aseguramiento. Bien es verdad que los que tienen enfermedades y no se lo pueden pagar no los podemos dejar abandonados. Pero es cierto que existe un efecto llamada, no de los más necesitados, si no de Europa, que hacía mucho turismo sanitario en España. O gente de Sudamérica con aseguradoras a las que les era más fácil pagar el billete de avión a España para una intervención importante que pagarlo en su país. Esas situaciones todos las veíamos, todos las sabíamos y había que regularlas. Además, había una discriminación respecto al propio ciudadano español con la gente en paro que debía pagar el 40 por ciento de sus medicinas. Todos hemos tenido casos de personas de un alto poder adquisitivo o inmigrantes ilegales de la UE, que no les interesaba hacerse legales porque tenían que pagar.



Pilar Román en el estudio de Sanitaria 2000 junto a Javier Leo, redactor de Redacción Médica.

Había mucho abuso. Pero ningún gobierno va a permitir que nadie se muera por falta de dinero. Con respecto al copago, es un copago pequeño y me parece proporcional y que de momento ha servido para evitar el despilfarro en farmacia que había en España. Y eso no solo es culpa del paciente, es culpa de todos. Los facultativos estamos medicalizando muchas situaciones cotidianas de la vida que no tienen por qué medicalizarse. El copago al final son 8 euros al mes para una persona que gana 18.000 euros al año, no es mucho. Sin embargo, sí es suficiente para no comprar aquel fármaco que no se va a tomar y se adquiere para tenerlo en casa. El nuevo copago farmacéutico pone en valor al medicamento con ese poco dinero que cuesta.

¿Cómo está en la actualidad el proyecto de la troncalidad y las áreas de capacitación específica (ACE)?



Novedades sobre el proyecto de troncalidad y las ACE.

Parece ser, por las ideas que tenemos y por lo que hablamos con el Ministerio, que efectivamente ellos van por la troncalidad y las ACE. De hecho, nuestros compañeros de urgencias e infecciosas, que pensaban que sus especialidades ya estaban hechas, están muy disgustados porque no las han conseguido. En el fondo, si lo piensan bien, serán conscientes de que para ellos a lo mejor era un beneficio, pero ni para el paciente ni para el sistema era mejor. Se puede reconocer perfectamente su experiencia a estos médicos, en su mayoría internistas, que son muy

expertos en sus áreas, pero no hace falta un título. En España adolecemos de "titulitis". Con esa ACE se les reconocen sus habilidades en el sueldo y en prestigio, con eso basta. Además, con las ACE se aseguran que también se forman en la generalidad y sabrán que un paciente tiene diabetes cuando la tenga y no tendrán que llamar al endocrino o al internista para ver qué le pasa. Podrán evitar otra vez la multitud de médicos actuando sobre un mismo paciente.

¿Por qué cree que estos médicos no quieren una ACE y sí una especialidad?

Por salario no creo, porque en las especialidades el sueldo es el mismo, da igual ser internista que infectólogo. Yo no sé qué les mueve porque yo no quiero esas especialidades. Quizá quieran tener su campo acotado para estar más tranquilos, más cómodos. Cuanto más grande es el campo, mas sensación tienes de que debes estudiar todo el tiempo. Puede ser que cada persona en su territorio quiera dominarlo. Tener un servicio propio y evitar, por ejemplo, tener que hacer guardias de Interna. Creo que es un poco egoísta laboralmente.

¿Qué avances hay sobre la plataforma de detección de ineficiencias en el SNS?

Hasta que el Ministerio no nos llame y nos diga adelante, estamos parados. En cualquier caso, si vemos que el Ministerio no es proclive seguiríamos con ello, porque vemos muy importante y muy bueno que sean las sociedades científicas las que digan a sus profesionales qué cosas deben hacer y cuáles no aportan valor. Si nos reunimos una gran cantidad de sociedades de todas las especialidades y cada uno dice cinco cosas, el ahorro económico, en efectos secundarios, molestias al paciente, va a ser enorme. El Ministerio estoy segurísima que querrá participar, porque es una idea que parte de los profesionales, con los que quiere contar mucho en las reformas. Sabe que si no cuenta con nosotros al final los profesionales no le hacemos caso.

Medicina Interna es la especialidad hospitalaria más afectada por el paro médico ¿a qué cree que se debe?

Ya hay paro médico en casi todas las especialidades. Ha habido un momento en que se jubilaba gente, se ampliaban hospitales. Pero ahora no se construye ni se sustituye. No obstante, dentro de la mala época, los internistas tendremos las mejores oportunidades precisamente porque somos generalistas. Damos más juego en este modelo de atención sanitaria. Una prueba es que todos los hospitales de concesión privada, que saben dónde está la eficiencia, tienen un servicio de hospitalización compuesto casi exclusivamente por internistas. El resto de especialistas están haciendo consultas externas. Mientras, en la pública, la Interna es cada vez más pequeña porque los otros especialistas cada vez son más. Por eso pienso que la emigración no es la salida más clara para los internistas sin trabajo. En los hospitales grandes hay mucha gente a punto de jubilarse, aunque no se sustituyan todos, habrá sustituciones, y se priorizará al profesional que tenga una visión más amplia y sea más polivalente.



Pilar Román

Se ha convertido en la primera mujer presidenta de la SEMI ¿Qué aporta la mujer en este campo?

Lo que aportamos en cualquiera: nuestra manera de ver las cosas. Somos más prácticas y eso es porque estamos acostumbradas a pensar tres cosas al mismo tiempo con el trabajo, los niños, la casa, y eso se tiene que notar en el trabajo. Es curioso que hoy día el 80 por ciento de los estudiantes de Medicina sean mujeres. El 80 o el 90 por ciento de los que aprueban el MIR también son mujeres, y es porque tienen mejor número, no porque al haber más mujeres la profesión esté peor valorada. Tenemos mejores números no porque seamos más listas, sino porque estudiamos más. Sin embargo, en los puestos directivos siguen siendo más hombres. Espero que en la próxima generación esto cambie, porque hay muchas mujeres que sirven para esos puestos.