



PILAR ROMÁN PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

► Aunque desde la sociedad científica se dedica a otras batallas, como trabajadora de la sanidad pública aspira a disponer de herramientas propias de la gestión privada. Entre otras, la posibilidad de despedir.

«No veo ventajas en que los médicos tengan una plaza para toda la vida»

POR: **MARÍA PIÑEIRO**
 FOTO: **PEPE ÁLVIZ**

ESTA INTERNISTA, jefa de servicio en el hospital de Requena (Valencia), lleva siete meses al frente de la sociedad científica que agrupa a los profesionales de su especialidad. Está convencida del papel clave que tendrán en el abordaje del paciente crónico y, por tanto, de su contribución a una nueva forma de hacer medicina. Confía además en que la sanidad pública gane en eficiencia asumiendo herramientas de gestión de la privada, pero deja muy claro que es una opinión puramente personal, al margen de su papel de presidenta de la Semi.

Con una creciente presencia del paciente crónico y pluripatológico ¿es el internista el médico del futuro?

No me cabe la menor duda. El médico del futuro es el médico de Primaria, el del presente ya. Pero es cierto que ese tipo de paciente, que es crónico, que tiene varias enfermedades, que se descompensa y que está ingresando continuamente en los hospitales precisa de una experiencia clínica notable. Es muy difícil llevar a ese tipo de pacientes y ese es el valor que nosotros podemos añadir. Somos los especialistas generalistas idóneos para ese tipo de pacientes.

Ha participado en la elaboración de la estrategia nacional de crónicos ¿por dónde irán los tiros?

Pues por ahí, precisamente; por la necesidad imperiosa de que todos los profesionales de la salud, comunidad y pacientes cambiemos de actitud. Por una parte, los pacientes tienen que ser activos en su enfermedad y conocerla, saber cuáles son las señales de alarma y consultar o actuar ante ellas. Por otro, debemos cambiar la manera de hacer medicina porque todo el sistema sanitario está concebido desde hace 50 años para enfermedades agudas y no para crónicas. El médico de cabecera tiene los mismos seis minutos para ver un resfriado que para un paciente crónico descompensado, que es complejísimo. Y nosotros estamos en el hospital, en nuestra torre de marfil, esperando que el crónico se descompense para tratar esa descompensación. Después, se

va de alta y adiós, muy buenas, hasta la próxima. Eso no puede ser. Tenemos que hacer equipos con enfermería, Primaria y nosotros como referentes y como apoyo para establecer qué hay que hacer con ese determinado paciente. Con cada uno en concreto, con nombres y apellidos, porque tendrá unas determinadas características que no tiene otro y nosotros estaremos allí para ayudar a planificar la ruta asistencial que tiene que llevar, saber cuáles serán las alarmas ante las que tiene que consultar para que veamos si precisa ingresar o acudir al hospital de día y que, si necesita ingresar, que no pase por urgencias, que venga directamente a vernos, de tal manera que el paciente esté siempre controlado por su equipo y que ese equipo se adelante a las descompensaciones.

Vino a Lugo para moderar en el congreso gallego de Medicina Interna la mesa sobre nuevas formas de gestión clínica. ¿Son los médicos buenos gestores? ¿Lo han sido hasta ahora?

En general, no. En general, se ha despreciado mucho la gestión. Se piensa que si tú tienes un paciente delante tienes que hacer lo mejor por él sin preocuparte de más, sin preocuparte del dinero que cuesta. Esto no es así. No solo tienes que pensar en ese paciente. Si le haces algo que realmente no necesita le

estás quitando dinero a otro paciente que está ahí y que tú no ves en ese momento. Cuando estás dando un medicamento muy caro para algo que a lo mejor se podía solventar con uno más barato le estás quitando dinero a otro paciente y estás distribuyendo mal el dinero de todos. Muchos profesionales creen que hablar de dinero es muy materialista, que nosotros debemos preocuparnos del bien del paciente y ya está. Pues debemos hacerlo del bien del paciente y del bien del sistema, que va bien para todos los pacientes.

Es usted la jefa de servicio de Medicina Interna de un hospital público y dice que, en calidad de gestora de ese servicio, se siente maniatada. ¿Por qué?

En primer lugar, porque yo no he escogido mi equipo. En cualquier empresa, los responsables pueden escoger al equipo, decir qué perfil de persona necesitan... Yo, con los mimbres que tengo, tengo que actuar. Pero lo más importante es que no tengo ninguna herramienta de gestión. No puedo decir: este profesional es excelente, ha cumplido con unos objetivos y necesita un premio, ya sea de dinero, días de vacaciones, reconocimiento subiéndole de categoría... de lo que sea. Es necesario que quien lo haga bien reciba incentivos positivos y que quien lo haga mal reciba advertencias. Se advierte una vez, dos y, a la tercera: lo siento mucho, pero hay gente en paro. Quienes tenemos que ser más éticos somos los que trabajamos en la función pública porque el dinero es de todos. Y no tengo ninguna herramienta de esas.

¿Cree entonces que esa concepción funcional en el trabajo sanitario es lo que ha acabado empujando a recurrir a la gestión privada?

Claro. Si nosotros tuviéramos esa capacidad, no hubiera hecho falta. La ventaja que tienen ellos es que tienen esas posibilidades. **También ha dicho que la sanidad privada tiene una mejor gestión porque tiene mejores herramientas, ¿se refiere a esto mismo?** A esto, nada más que a esto. Lo que no puede ser es que en un mismo servicio haya una persona que trabaje mucho y otra que no trabaje nada y que los dos ganen el mismo sueldo a final de mes. Y



Pilar Román, en el Hula.

no solo eso, sino, además, que a ese que se escaquea o lo hace mal o no estudia o no trata bien a los pacientes, no le pase nada. No puede ser.

¿Sería entonces partidaria de que los médicos de la sanidad pública no fueran funcionarios, o personal estatutario?

Efectivamente. Pero no solo yo, lo están clamando ya todos los economistas de la salud.

A lo mejor lo que falla es la auditoría...

Yo soy funcionaria. Teóricamente me pueden echar a la calle si lo hago mal, pero el caso es que no conozco ni a un solo funcionario que hayan echado a la calle. Ya me pueden auditar lo que quieran, ¿y qué? Me pueden decir: le hemos pillado que viene usted a las diez y se va a las once, tres meses de castigo sin sueldo. La siguiente vez que lo hago, igual. Y luego voy y lo gano en los juzgados. Hay que poner otros mecanismos. ¿Qué ventaja tiene el funcionariado, tener una plaza para toda la vida? Yo no lo veo, de verdad. Se puso en la época de la República porque venía un político nuevo y se cargaba a todos... Pero, hoy en día, con contratos laborales fijos

y los derechos laborales actuales, porque venga un político no te van a echar a la calle porque tú lo denuncias y, lógicamente, el juez te reincorpora. Cuando sabes que te pueden echar del trabajo, actúas de otra manera.

¿Qué atractivo tendría para el médico la sanidad pública si no pudiera ser funcionario?

Alguno habrá al que le atraiga la seguridad de la plaza, todos somos humanos... Me acuerdo de un compañero que sacó la plaza y, cuando le daban la enhorabuena, dijo: «Mate a quien mate no me podrán echar». Fue una frase que dijo bromeando, pero lo que esconde... Para toda la vida, no puede ser. ¿Y qué le veríamos los médicos a la sanidad pública? En España, creo que todos estamos convencidos de que la sanidad pública es lo mejor que hay. Y todos los que trabajamos en la sanidad pública no lo hacemos por el dinero porque nos pagan poco. No me quejo, desde luego. Cuando digo que cobramos poco me refiero en comparación con otros países. Seguiríamos trabajando en la pública, nos gusta este sistema, creemos en él.

¿Qué le parece la gestión privada





Pruebas inútiles

«Propongo no pedir marcadores tumorales para diagnóstico»

La Sociedad Española de Medicina Interna (Semi) participará, junto al resto de sociedades científicas, en la revisión de actuaciones médicas a eliminar porque se consideran que no aportan valor añadido. El ministerio pedirá a cada una que seleccione cinco.

¿Qué cinco actos médicos redundantes u obsoletos pondrá eliminar la Semi?

Estamos estudiándolo. Guía-salud, la agencia oficial que hace las guías de la sanidad nacional, está buscando cosas que se recomiendan no hacer para pasármolas y nosotros las cribaremos. Yo, personalmente, creo que los internistas tenemos mucha manía de pensar que somos mejores cuando más pruebas pedimos. Nosotros somos los encargados de estudiar los casos de pacientes que no tienen una patología de órgano clara, sino que están cansados, están perdiendo peso, no saben por qué... Pueden tener, desde nada o estrés, hasta una enfermedad grave. Está muy claro y aparece en todas las guías que los marcadores tumorales no sirven para hacer el diagnóstico. Sirven, y esto generalizando, para el seguimiento de la enfermedad. Si partes de un determinado valor y te van siguiendo y observan que aumenta, algo hay. Pero que a una persona sana se le examinen los marcadores tumorales y le dé un valor aumentado no significa nada.

Se sabe de siempre, nos lo decimos en todas las sesiones, en todos los congresos... pues en ese caso clínico se siguen pidiendo todo una batería de marcadores tumorales, que cuestan una barbaridad. No hay que pedirlo para diagnóstico, se pide una vez que ya hay cáncer y se da el tratamiento para ver la respuesta por el marcador. No solo no sirve sino que si sale aumentado te desvía. Yo es una cosa que proponería: no pedir marcadores tumorales para el diagnóstico de un paciente.

¿Qué otras pruebas?

Se hacen resonancias magnéticas de sobra. La iniciativa será revisar esa clase de cosas, para evitar fastidiar a los pacientes y para ahorrar también por supuesto. Pero sobre todo se hacen por la seguridad del paciente, ya que quizás se somete a una radiación innecesaria. También se le evitan molestias, como tener que faltar al trabajo para hacerse la prueba y, además, se ahorra dinero, evidentemente.

de la sanidad pública?

No todas las concesiones son iguales. En Valencia, ningún profesional es funcionario. Son las empresas concesionarias las que contratan el personal, aunque en Primaria sí que son funcionarios. A estos les han dicho si quieren pasarse a laborales porque estando así tienen ventajas: si hacen más horas, ganan más, tienen incentivos... Nosotros, lo único que podemos es hacer más guardias. No puedo entender cómo en Madrid han concursado con personal estatutario. Sí podrán, imagino, dar incentivos a mayores, pero no reducir el sueldo... Conozco más el caso de Valencia. Los contratos son bastante apretados para la concesionaria. Solo pueden tener beneficios al año del 7%, el resto lo tienen que reinvertir. Tienen que hacerse cargo de toda la asistencia de su área, de tal manera que, si por ejemplo, uno de sus pacientes tiene que recibir un trasplante de corazón deben pagar esa intervención en otro hospital. Bien es cierto que, como su lista de espera va bien porque tienen los quirófanos funcionando mañana y tarde, tienen la posibilidad de ofrecer a otra persona que está, por

ejemplo, en La Fe esperando para operarse de una hernia un hueco para ser intervenido allí. Con ese movimiento intercentros pueden jugar, pero sí tienen que pagar la asistencia de sus pacientes y no solo porque lo remitan ellos sino también porque el paciente decida irse a otro hospital. En realidad, tienes que hacerlo bien de cara al paciente para atraerlos. Al principio hubo mucho rechazo. Recuerdo perfectamente que al conseller de entonces le agredieron en una inauguración. Pero ahora nadie se va del hospital de la Ribera, por ejemplo. Tengo compañeras que han ido allí expresamente a operar a sus hijos.

¿Diría que el paciente no nota ninguna diferencia si la gestión es pública o privada?

Lo nota un poco para mejor en el trato, en general. Estos centros no quieren que el paciente se vaya.

¿Plantear la gestión privada de centros públicos no implica admitir que hasta ahora se ha hecho mal?

Sí, yo creo que sí. Pero insisto, es que por muy buen gestor que seas, si no puedes hacer uso de herramientas de gestión ¿qué haces?

También es muy crítica con la transferencia de las competencias

en materia de sanidad a las comunidades autónomas.

Yo, sí, la verdad. Es, de nuevo, una opinión personal, no de la Semi, en la que no opinamos de cuestiones políticas porque es una sociedad científica. Requena es limítrofe con Cuenca y llevamos 10.000 habitantes de Cuenca. No sabe la cantidad de cosas que son diferentes porque los pacientes estén en otra provincia... ¿Es normal que haya 17 calendarios vacunales?

La vacunación se ha homogeneizado...

Sí, pero hay comunidades que han dicho que no la aplicarán y como

Concesiones en sanidad

El paciente nota un trato un poco mejor. Estos centros no quieren que el paciente se vaya»

Centralización

Me parece bien que la gestión sanitaria se acerque al ciudadano, pero no que se transfieran todas las competencias»

tienen transferidas las competencias...»

En su caso, ¿nota claramente la diferencia entre un paciente de un sitio y de otro, tiene uno más acceso a más servicios que otro, un paciente tiene mejor sanidad por el hecho de vivir en cierto lugar?

Y tanto que sí. Y hay algunas comunidades que tiene unos fármacos subvencionados y otros no, y algunas te hacen algunas intervenciones y otras no... es totalmente discriminatorio. A mí me parece bien que la gestión se acerque al ciudadano, pero no la transferencia de todo. Para eso se hizo el consejo interterritorial, para que todos tuviéramos los mismos servicios, pero luego cada comunidad hace lo que considera oportuno.

Se supone que el consejo establece la cartera de servicios de mínimos y cada comunidad la amplía hasta donde dé su presupuesto y su voluntad. ¿Usted cree entonces que la gestión sí se puede hacer en la comunidad, pero que la cartera de servicios debiera ser centralizada?

Efectivamente. Si se establece el calendario vacunal de un país, es de un país.