

ARTÍCULO ESPECIAL

El instituto (o la desaparición de un servicio, un departamento... la Dermatología)

«En la vorágine cauchera de la medicina, donde no escasean los consejeros, justicieros, espiritualistas y demás patriarcas, debemos rendir homenaje a los hobbits, elfos, enanos y otros magos que, con paciencia, serenidad, equilibrio y valor, se marcaron el camino del monte del destino para destruir el pesado anillo.»
(L. Olmos. Madrid, 1982).

Lo siento, la cuadratura del círculo no existe. No es posible cambiar un Servicio de Dermatología por un instituto, utilizando los mismos locales, los mismos materiales, los mismos presupuestos, el mismo personal (salvo las cuatro personas que molestan), los mismo confesables objetivos, que se suponen para mejorar cuidar al enfermo dermatológico, simplemente cambiando el nombre, aunque sea al «amparo del todavía vigente RD 521/ 1987» y pueda ser legal.

Nunca dejaré de sorprenderme cuando un responsable, a veces tan importante como un diputado, dice que una acción es inmoral pero es legal. Uno se pregunta, ¿a qué espera para intentar cambiar semejante ley? Sin duda, en el caso del llamado Instituto de Dermatología, la tranquilidad de conciencia puede venir de las nuevas aportaciones «investigadoras» de la teledermatología y de las menos nuevas tendencias economicistas de la «autogestión», iniciadas por los llamados socialistas y prudentemente adaptadas por un equipo ministerial proveniente de Galicia.

Lo siento, no se puede tranquilizar la conciencia con esas dos aportaciones porque nada tiene que ver el instituto con la teledermatología, nada tiene que ver la teledermatología con la investigación y nada tiene que ver la autogestión con el uso libre de los fondos públicos. Las nuevas tecnologías, se quiera o no, serán/ son necesarias en los hospitales, servicios, secciones, unidades, mutuas, institutos, asociaciones y hasta en cada casa, sin que ello sea privativo de ninguna profesión ni represente ninguna investigación, sino un mero instrumento de trabajo. La investigación es otra cosa.

Es verdad que los nuevos instrumentos, desde el comienzo de los tiempos, son adoptados más fácilmente por los jóvenes, pero también es verdad que los viejos, especialmente los que han hecho oposiciones universitarias con obligación de hacer la llamada «me-

moria», donde se explicaba el concepto, método, fuentes y contenido de la disciplina a la que se opositaba no tienen excusa para que siendo jefe de servicio renuncie a la constante actualización para mejorar las funciones a las que está obligado, y mucho menos, como en este caso, cuando no se trata de ninguna alta tecnología, sino de una nueva tecnología, aunque algunos inexpertos se empeñen en considerarla como alta «investigación».

Los métodos dermatológicos han estado, están y estarán pluralizados, diversificados, según los dominios y en cada dominio según los problemas. Entre los valores de la Dermatología hay que salvaguardar un pasado con su historia, sus libros, sus obras pasadas, incluida la interpretación del conjunto de las informaciones disponibles, pero sobre todo son sus funciones de adaptación y de producción quienes exigen un constante esfuerzo de imaginación y de adaptación metodológica para que la especialidad cumpla con la misión y el compromiso que siempre ha tenido con la sociedad. ¿Cómo se puede ser responsable de algo sin tener el menor sentido epistemológico de lo que se hace?

La teledermatología no es ningún invento de la Dermatología, es la utilización de las técnicas de comunicación, como se utiliza el nitrógeno líquido o los rayos ultravioletas. El problema está en la buena utilización, y ahí es donde entramos los dermatólogos, porque normalmente solamente nosotros sabemos que la crioterapia no se debe utilizar para un psoriasis y que el PUVA no se debe utilizar para un melanoma. En reciprocidad, las mismas técnicas empleadas para otras especialidades nos son ajenas.

Lamento mucho que algunos políticos, incluidos gerentes de hospitales, quieran saber de todo y consideren la teledermatología útil para «el diagnóstico y el tratamiento clínico de problemas dermatológicos a distancia» (Plan de Telemedicina del Insalud. Enero 2000), citando países tan relevantes como el Reino Unido o Noruega, sin decir que tanto uno como otro tienen tierras heladas 10 meses al año, donde jamás hacen un diagnóstico sin ver al enfermo. Ellos no confunden el consejo médico con el diagnóstico porque, entre otras cosas, tienen una justicia muy eficaz. No quiero aventurarme en la definición de la telederma-

tología porque creo que es preciso respetar la metodología del plan de trabajo, los medios de que se dispone, los métodos de selección y explotación de los resultados y sobre todo la posibilidad de traducir las variables en términos observables y en la de medir los resultados, pero de lo que estoy seguro es que la tele dermatología no es para el diagnóstico y tratamiento dermatológico, lo que no disminuye en nada su valor para la estructura sanitaria. Y soy uno de los primeros a tener una página web en Dermatología desde hace más de 2 años con mucho éxito.

Los malos políticos vencerán pero no convencerán si pretenden saltarse las normas más elementales de la buena práctica médica: historia clínica, exploración, exámenes complementarios, diagnóstico diferencial, diagnóstico, tratamiento y control de curación. Estos pasos son sagrados para cualquier acto médico de cualquier especialidad y en cualquier situación y si no se respetan se hará mala medicina, atentando contra la salud de un semejante que forma parte de las estadísticas del Insalud, pero que individualmente representa el 100%. El problema de la medicina es que los errores demagógicos se descubren años después y que han costado vidas humanas. Es como la enseñanza, se pueden hacer experimentos, pero es la generación siguiente quien no sabe dónde está el Pacífico ni qué son los puntos cardinales.

Nada impide seguir los consejos de un protocolo, de la medicina basada en la evidencia, de la telemedicina, de la resonancia magnética, de la PCR, de los monoclonales, etc., con la condición de que no se consideren cumplimiento obligado y exclusivo, porque un enfermo neurológico puede necesitar hacerse unas amilasas acto seguido del interrogatorio o de la exploración, donde se sospecha una afectación pancreática, sin que esté indicado en el protocolo o en otros sitio.

Está claro que para el mal gestor, no para el buen economista de la salud, es más barato hacer 60 análisis sanguíneos o enviar 60 fotos por Internet en media hora, mediante una máquina, que hacer 60 historias clínicas, 60 exploraciones, etc., porque al menos cada enfermo va a necesitar 15 minutos, lo que representa 15 horas de trabajo, pero pensar así en medicina es derrochar y malgastar los recursos. La economía de la salud es otra cosa y más barata.

De estos polvos salen esos lodos: listas de espera, exploraciones, análisis y exámenes repetidos, diagnósticos dudosos, tratamientos inciertos y controles inexistentes o lo más tardíos posible. Yes verdad que la Administración es honesta, porque si no lo fuera todavía se agravaría más, abusando de los profesionales interinos, de las citas, de la distribución por áreas sanitarias, etc. ¿Quieren ejemplos de los que se podría hacer con pocos escrúpulos? La medicina y la enseñanza precisan de mucha nobleza y confianza porque siempre se juega con la relatividad próxima, aunque

a la larga no hay engaños e indican el nivel cívico de un pueblo.

Pasemos a la segunda pretendida aportación del pretendido Instituto de Dermatología: la autogestión. La palabra es peligrosa porque la idea que representa proviene del viejo movimiento socialista (quizá antes, de la Comuna de París), tratando de invalidar toda autoridad y rechazando todo poder, aunque unida a la democracia, pero supongo que en este caso, proveniente de donde proviene, se refiere a la autogestión capitalista interesada, simplificada y simple, de evaluar los costes y los resultados de las actividades del llamado instituto y si la evaluación es positiva incentivar al conjunto y si es negativa... nadie dice lo que pasa. Supongo que lo mismo que en el buen ejemplo de autogestión sanitaria reciente del Hospital de Alcorcón, en la provincia madrileña, que como fundación modelo ha tenido pérdidas discutibles.

Para hablar de autogestión moderna hay que seleccionar muchos parámetros, y siempre con la duda de haber hecho la buena selección, porque todavía muchos de ellos ni siquiera están bien admitidos por los auténticos economistas de la salud (que no es lo mismo que contable o gerente), como los siete criterios de eficacia de los costes de cuidados sanitarios, las valoraciones costes-beneficios, costes-eficacia, costes-utilidad, valoración de la calidad, equidad y seguridad, los rendimientos proporcionales, etc. Creo que en este instituto están lejos de todo eso, y si están cerca nunca lo han demostrado.

De lo que sí pueden hablar es de la oferta y demanda, porque es más fácil y piensan que la tele dermatología es el milagro para resolver la gran demanda, con lo que el beneficio es grande y, por tanto, los incentivos son seguros. Miles de enfermos de atención primaria, consultados por Internet, multiplicados por miles de pesetas dan millones de beneficio. Incluso se puede predecir los resultados mediante el equilibrio de la ecuación: si se quiere ganar 300 millones/año se necesitan 30.000 enfermos. Si hay más se puede reducir el precio y si hay menos se puede aumentar. Estos razonamientos son propios de quienes no corren riesgos de ruina porque cuentan con unas estructuras que no les pertenece: los locales, el personal, el material, los enfermos, etc., todo el Servicio de Dermatología, que deja de ser competitivo, y además puede establecer los precios con criterios dudosos.

Pues, ni aun así. La experiencia demuestra que no hay ningún caso de autogestión sin riesgo que funcione. Una cosa es predicar con frases grandilocuentes, retórica leguleya, experiencia teórica y curriculum dudoso y otra hacer la buena gestión, pública o privada, a largo plazo, con esfuerzo diario, elasticidad en la organización, adaptación a las circunstancias, apertura a las innovaciones y sobre todo respeto para el enfermo, lo que quiere decir un serio trabajo diario, sin éxito fácil y con beneficios muy justos.

Para hacer una buena gestión no hay que inventar un instituto, especialmente cuando el plan estratégico del Hospital Clínico San Carlos establece en su punto 5.3.2.B.2. la eliminación de duplicados de actividades y dicho instituto se duplica en su totalidad con las actividades del servicio, añadiendo un presidente y un director por méritos desconocidos.

El mismo plan estratégico establece que «la centralización de las técnicas no debe suponer menoscabo de la función clínica ni de la rapidez de la prestación del servicio, sino al contrario, debería mejorar sensiblemente la dinámica asistencial», lo que es difícil de entender cuando la dermatopatología estaba a disposición del médico asistencial incluso antes de hacerse el informe por escrito y se traslada, con duplicación de materiales, a otro servicio donde, como muy pronto, será informado al cabo de una semana, y en todo caso si quiere comentar o hacer él mismo el diagnóstico necesita una cita.

Otro tanto se puede decir de las enfermedades de transmisión sexual, que es el primer centro del Hospital Clínico que funcionaba desde 1984 hasta que vino el actual gerente, sin cita previa, con la primera historia clínica normalizada del hospital, con exámenes bacteriológicos en el momento de la consulta, sin ningún gasto de personal más que la persona titular, con el menor coste y mayor supervivencia de los enfermos de SIDA que controla, de donde ha salido el modelo para más de 20 centros distribuidos por toda España, base de un programa nacional para la actuación de las enfermedades de transmisión sexual, en el que se inscribieron 10.400 médicos de atención primaria de 31 provincias, de 15 congresos nacionales, la Revista Ibero-latinoamericana de ETS, 17 cursos de doctorado, máster universitario, curso nacional a distancia y la Sociedad Española para la Investigación de las ETS y SIDA (SEIETSS). El Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual es la primera estructura autogestionada del Hospital Clínico con éxito durante más de 15 años.

Sinceramente, puestos a comprobar gestiones sanitarias convendría que antes de menoscabar o cerrar los servicios, las secciones, unidades o como se quieran llamar y crear otras se enteren de cómo funcionan. Eso es hacer gestión, saber lo que funciona bien y lo que no, porque en sentido negativo puede citarse la imposibilidad de hacer algunos diagnósticos por la rigidez de las citas o la normativa que impide hacer una biopsia en el momento adecuado, con la excusa de que como se produce sangre hacen falta condiciones especiales, como un quirófano completo y personal especializado, cuando al mismo tiempo se propo-

ne hacer cirugía en atención primaria, con condiciones lejanas a las obligadas en el hospital. Si a eso añadimos que la demanda puede aumentar las extirpaciones innecesarias, por ser meramente de cosmética, las listas de espera en semejantes circunstancias son fáciles. Puestos a centralizar y ahorrar recursos se puede centralizar toda la cirugía dermatológica en el Servicio de Cirugía Plástica Reparadora.

Nada es verdad ni mentira, todo depende de muchas cosas y ningún administrador puede decir alegremente que hay que centralizar o descentralizar esto o aquello sin haber estudiado muy detenidamente las ventajas y estar siempre dispuesto a rectificar si es necesario. Será legal centralizar las historias clínicas, pero no sé si compensa las desventajas de inseguridad en la confidencialidad, el riesgo de pérdidas, robo o deterioro con el trajín diario, en carros, para llegar a a las consultas por las mañanas y volver al final de la jornada, sin contar el inconveniente de no poder atender a un enfermo en el mismo momento que lo necesita. Con este sistema en el Insalud no es posible diagnosticar una urticaria aguda, un herpes o una vasculitis. Poco a poco aprenderemos a diferenciar las palabras que aparentemente explican todo, como centralización igual a ahorro, política sanitaria igual a sanidad, ley igual a norma, gerente de centro sanitario igual a buen economista de la salud, licenciado en medicina igual a médico que ejerce, director, catedrático, profesor igual a experto, culto, intelectual, análisis igual a consulta médica, caro igual a derroche, viejo igual a improductivo, etc.

En resumen, sin hacer institutos se puede gestionar la salud pública pidiendo responsabilidades anuales de gestión, desde la dirección hacia abajo y no al contrario, y en caso de peticiones privilegiadas, que han existido, existen y existirán, la auténtica autogestión, la de riesgos, con ofertas complementarias a gusto de los consumidores en forma de fundaciones, institutos, mutuas o como se quiera llamar no debe escandalizar a nadie y estoy seguro que no escandalizará. Todo depende de que no sea a costa de los demás, como por ahora se critica, y se hable claro y con transparencia, porque ellos no son una sobrecarga para nadie y, muy al contrario, pueden servir de complemento. Las nuevas tecnologías y la autogestión sin riesgos no justifican la formación de un instituto neutralizando a un servicio. ¿Alguien ha preguntado si el Servicio de Dermatología puede hacer lo mismo que el instituto?

Luis Olmos Acebes
Profesor titular de Dermatología.
Universidad Complutense