

3. Currie PF, Jacob AJ, Foreman AR, Elton RA, Brettle RP, Boon NA. Heart muscle disease related to HIV infection: prognostic implications. *Br Med J* 1994; 309: 1605-1607.
4. Lipshultz SE. Dilated cardiomyopathy in HIV-infected patients [editorial]. *N Engl J Med* 1998; 339: 1153-1154.
5. Domanski MJ, Sloas MM, Follmann DA, Scalise PP, Tucker EE, Egan D et al. Effect of zidovudine and didanosine treatment on heart function in children infected with human immunodeficiency virus. *J Pediatr* 1995; 127: 137-146.

Participación de los profesionales. Participar para decidir

Sr. Director: No parece posible mejorar la eficiencia y la efectividad de la asistencia sanitaria sin hacer partícipes a los profesionales en la toma de decisiones, a través de la descentralización.

Esto exige una orientación completamente diferente de la organización actual, que no se contempla en lo publicado sobre fundaciones públicas sanitarias, si bien no lo excluye. Por tanto, en atención primaria, poca va a ser la influencia de esta nueva forma de gestión si no se apuesta decididamente por reconocer la importancia de los profesionales en la gestión. Y esto depende poco de las "nuevas fórmulas" como única solución para no se sabe bien qué.

Hubo un tiempo en que en los contratos-programa entre el INSALUD central y las gerencias de área se incentivaba, a través de objetivos, la corresponsabilización en la gestión de los equipos de atención primaria, avalada, en parte, porque en determinadas áreas ya habían puesto en marcha el establecimiento de "acuerdos" de colaboración entre dirección y equipos de atención primaria, obteniendo con ello buenos resultados asistenciales y de satisfacción de los usuarios, así como de profesionales y económicos. Este modelo en años sucesivos se fue generalizando con mayor o menor fortuna dependiendo en gran parte del interés de los directivos del área en desarrollar estas estrategias, entendiendo algunos que los buenos resultados están relacionados con el nivel de autonomía de los profesionales, bajo la hipótesis de que a mayor autonomía mayor satisfacción y, por tanto, mejor atención.

Esto supone un cambio en la concepción del hecho de dirigir, compaginando funciones de dirección, asesoría y gestión, y utilizando cada una según la situación de que se trate, para lo que se considera necesario un "talante" que, si bien se puede definir, resulta de difícil precisión a la hora de su selección, aunque parece evidente, por la experiencia, que ese talante no va necesariamente unido a un currículo profesional lleno de cursos y másters de gestión y dirección o intereses políticos del responsable del nombramiento.

Existe un órgano de suma importancia al que se denominó en principio consejo de dirección y actualmente consejo de gestión, del que son miembros los coordinadores de los equipos que aceptan participar en la gestión jun-

to con el gerente. Este consejo, con unos estatutos convenientes, se puede convertir en el verdadero director del área, siendo el director-gerente el encargado de ejecutar las decisiones que se adopten en el consejo.

Entre sus funciones podemos enumerar las siguientes (extraídas del reglamento de funcionamiento del Consejo de Gestión del Área de Atención Primaria Valladolid Oeste), a modo de ejemplo:

1. Discutir y aprobar los criterios de distribución de la cartera de servicios pactada por el área con la autoridad superior (presidencia ejecutiva en el caso de INSALUD) entre los diferentes centros.
2. Discutir y aprobar los criterios de distribución del presupuesto entre los diferentes centros.
3. Discutir y aprobar los criterios de organización mínimos exigibles a todos los centros.
4. Discutir y aprobar los criterios de calidad mínimos exigibles a todos los centros.
5. Discutir y aprobar la redistribución de recursos humanos dentro del área.
6. Discutir y aprobar los criterios de asignación de incentivos.

En cuanto a sus normas de funcionamiento y, en concreto, al mecanismo de toma de decisiones, las propuestas se aprobarán por mayoría simple, con carácter general, pudiendo el presidente determinar qué asuntos requieren para su aprobación el consenso, la mayoría absoluta, dos tercios, etc.

Para facilitar la participación sería conveniente que el puesto de presidente fuera desempeñado con carácter rotatorio por los coordinadores de los centros. Por supuesto, debe quedar clara la pertenencia a la institución, así como su dependencia y asunción de las líneas estratégicas de la entidad financiadora.

Este mecanismo participativo exige unos requisitos previos para que el consejo funcione adecuadamente; uno de ellos, fundamental, es la figura del coordinador, puesto sujeto a controversias constantes, indefinido y distinto en cada equipo de atención primaria. Como su indica su nombre, debe coordinar el trabajo de sus iguales, poner orden en las estrategias, distribuir tareas entre sus compañeros y representarlos ante el consejo, la dirección y otras instituciones; dependiendo del tamaño y complejidad del equipo de atención primaria sería conveniente, si éste es amplio, que otras personas se encargaran de diferentes áreas como información, formación, calidad, administración, etc.

Pasados 15 años de la formación de los primeros equipos, con la mayor parte de los mismos formados por personal laboralmente estable, las tareas de coordinación o dirección son consideradas por la mayoría como una carga y en muchos casos sufrida como tal, con deterioro de la formación clínica por falta de tiempo, dificultades para el desarrollo normal de su trabajo asistencial, con el no infrecuente desgaste personal en las relaciones entre los compañeros, con las consecuencias que prácticamente todos hemos vivido de malos entendidos, formación de grupos, distanciamiento, situaciones, en fin, que conllevan, entre otros aspectos, una disminución en la calidad del trabajo diario.

Entendiendo, por tanto, un equipo de atención primaria como un grupo de profesionales altamente cualificados, con gran poder de ejecución y responsabilidad en el presupuesto en el aspecto individual, en contacto permanente y directo con los usuarios, es necesario adoptar fórmulas organizativas que eviten los problemas detectados y que permitan mantener la cohesión entre sus miembros, y la coherencia interna suficiente para alcanzar determinados objetivos; evitar que el coordinador después de su período de "mandato" se convierta en una persona "quemada" y con dificultades para encuadrarse en su nuevo papel de "sólo" profesional del equipo de atención primaria.

¿Todos los profesionales de un equipo de atención primaria pueden ser coordinadores?, ¿pueden serlo los profesionales de enfermería?, ¿médicos de familia, pediatras?, ¿varones o mujeres? (por aquello de las cuotas).

Entregar el correo al celador para que haga fotocopias y las reparta es la única tarea que hacen muchos coordinadores, algunos ni eso (también algunos gerentes o directores), y el centro, o el área, siguen funcionando. No obstante lo anterior, creo que hoy día probablemente sea más conveniente que esta representación la ostente un médico, más por razones tradicionales que de posible eficacia, y para no introducir otros factores de confusión añadidos.

Por todo ello, y sin pretender hacer una norma, una posible solución puede ser la de establecer como condición el carácter rotatorio entre todos los miembros del equipo, no sólo el coordinador, sino también las otras responsabilidades dentro del grupo. Cánovas y Sagasta practicaron la rotación en el gobierno español y la propia Unión Europea funciona con presidencias rotatorias.

Esta propuesta se basa en los siguientes puntos:

1. Este puesto no requiere de conocimientos técnicos que no se puedan adquirir en unas horas.
2. La capacidad para resolver conflictos, o diseñar procesos organizativos, depende la mayor parte de veces del sentido común más que de habilidades adquiridas.
3. Conocer que todos van a tener esa responsabilidad favorece que se mantengan actitudes más constructivas y tolerantes; al establecer como condición la participación de

todos, nadie tiene interés en hacerla más onerosa a los demás (Rousseau, *Contrato Social*, 1762).

Las consecuencias serían las siguientes:

1. La persona que ejerce de coordinador o de responsable de alguna área deja el puesto y se dedica más íntegramente a su actividad asistencial con absoluta naturalidad.
2. Se favorece la participación de todos en las decisiones, directamente o por delegar en miembros del equipo que las asumen con responsabilidad.

Por supuesto, este sistema presenta desventajas, que también lo son en muchas ocasiones en el sistema actual: etapas de mayor brillantez organizativa y otras de inercia e inactividad o diferentes estilos o talentos que por su variedad pueden hacer más fecundas e interesantes las diferentes etapas.

Me he referido hasta este momento tan sólo a la participación de los profesionales, pensando que lo mencionado puede favorecer la implicación de todos en lo de todos, pero... ¿y los usuarios?, ¿y otras instituciones?

La Ley General de Sanidad ya establece unos cauces de participación a través del consejo de salud del área, y como desarrollo de esta Ley cada Comunidad Autónoma elabora sus leyes de ordenación, que en el caso de Castilla y León, por citar un caso, crean el consejo regional de salud, el consejo de dirección del área y los consejos de salud de cada zona básica de salud para promover la participación democrática de la sociedad en el sistema de salud. No tengo constancia de la puesta en marcha de los dos primeros, y de los últimos, a partir de los trabajos de los profesionales del Centro de Salud Casa del Barco de Valladolid, comunicados a diferentes congresos y publicados en la revista *Centro de Salud* del 8 de octubre de 1993, se puede extraer el poco peso que tienen en la planificación de los centros, y la poca importancia que las instituciones y profesionales les prestamos. El estudio de los motivos es tema de más hondas reflexiones.

JOSÉ ANTONIO OTERO RODRÍGUEZ

Correspondencia: Dr. J.A. Otero Rodríguez.
Catedral, 7, 1.º C. 47002 Valladolid.