

**Josep Casajuana y Juan Gérvas**  
**(Directores)**

# **La renovación de la Atención Primaria desde la consulta**







# LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA CONSULTA

## COLECCIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y GESTIÓN SANITARIA

Dirigida por **Vicente Ortún**

### Últimos títulos publicados

- 84-458-1196-7 **J. Puig-Junoy** (2002)  
Análisis económico de la financiación pública de medicamentos
- 84-458-1217-3 **R. Meneu** (2002)  
Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones
- 84-458-1286-6 **G. López-Casasnovas** (2002)  
El interfaz público-privado en sanidad
- 84-458-1308-0 **V. Ortún** (2003)  
Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta
- 84-458-1362-5 **J.L. Pinto, M.X. Vázquez, A. Lázaro y J.E. Martínez** (2003)  
Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones
- 84-458-1430-3 **R. Meneu y S. Peiró** (2004)  
Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica
- 84-458-1432-X **J. Puig-Junoy, G. López-Casasnovas y V. Ortún** (2004)  
¿Más recursos para la salud?
- 84-458-1447-8 **J.L. Pinto, J.M. Abellán y F. Sánchez** (2004)  
Incorporación de las preferencias de los pacientes en las decisiones clínicas
- 84-458-1525-3 **B. González López-Valcárcel** (2005)  
Difusión de las nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas
- 84-458-1530-X **R. Meneu, V. Ortún y F. Rodríguez-Artalejo** (2005)  
Innovación en gestión clínica y sanitaria
- 84-458-1578-4 **P. Ibern** (2005)  
Integración asistencial. Fundamentos, experiencias y vías de avance
- 84-458-1721-3 **D. Casado** (2006)  
Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico
- 84-458-1731-0 **A. Hidalgo** (2006)  
Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora
- 978-84-458-1800-8 **I. Caballé** (2007)  
Gestión del laboratorio clínico
- 978-84-458-1896-1 **M. Rodríguez y R. Urbanos** (2007)  
Salud y desigualdad: factores determinantes y elementos para la acción
- 978-84-458-1949-4 **R. Bengoa y R. Nuño** (2008)  
Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar
- 978-84-937496-1-3 **V. Ortún** (2009)  
El buen gobierno sanitario
- 978-84-4582103-9 **J. Prades y J.M. Borrás** (2011)  
La organización de la atención multidisciplinar en cáncer
- 978-84-9380620-0 **V. Ortún** (2011)  
La refundación de la Atención Primaria
- 978-84-9380621-7 **W. García-Fontes** (2011)  
Incentives for Research, Development, and Innovation in Pharmaceuticals
- 978-84-938062-2-4 **W. García-Fontes** (2012)  
Incentivos a la I+D+i de medicamentos
- 978-84-940118-4-9 **J. Puig-Junoy** (2012)  
Lecturas sobre economía del sector biofarmacéutico

# LA RENOVACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DESDE LA CONSULTA

JOSEP CASAJUANA<sup>1</sup> Y JUAN GÉRVAS<sup>2</sup> (DIR.)

<sup>1</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de los consultorios de Masllorenç y Rodonyà. EAP Alt Camp Est. ICS. Tarragona

<sup>2</sup> Médico General, Equipo CESCO (Madrid, España). Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid



Cátedra  
**UPF-SEMG-Grünenthal**  
de Medicina de Familia y Economía de la Salud

Colección *Economía de la salud y gestión sanitaria*  
Director *Vicente Ortún, CRES-UPF*

Para la realización de este trabajo los autores han contado con el apoyo incondicionado de la Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud

Los contenidos de este libro pueden ser utilizados bajo las licencia: Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. Para ver una copia de la licencia visite la siguiente página web: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o envíe una carta a la siguiente dirección: Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA.



Springer Healthcare Ibérica SL.  
Calle Arte 27- 2º A - 28033  
Madrid | Spain  
[www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)

© 2012 Springer Healthcare Ibérica SL.

Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse, transmitirse o conservarse en forma alguna o por cualquier medio, mecánico o electrónico, incluidos la fotocopia, la grabación o un sistema de información y recuperación, sin la autorización por escrito del titular del copyright, excepto las descritas en la licencia de Creative Commons mencionadas arriba.

Aunque el asesoramiento y la información incluidos en esta obra se consideran ciertos y exactos en el momento de su publicación, ni los autores ni el editor se hacen responsables de los posibles errores u omisiones que hayan podido cometerse.

ISBN: 978-84-940118-5-6  
Depósito Legal: M-40091-2012



# Índice de capítulos

## CAPÍTULO 1

**Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”** 1

*Juan Gérvas y Josep Casajuana*

Tres puntos de apoyo básicos para la práctica clínica 1  
Tres lastres de nuestra atención primaria 2  
Tres principios básicos para cambiar nuestra práctica 3

## CAPÍTULO 2

**La renovación de la Atención Primaria desde la consulta** 7

*Josep Casajuana*

Introducción 7  
Los lastres internos de la atención primaria en España 8  
Las (auto)limitaciones de la atención primaria 10  
A modo de conclusión 26

## CAPÍTULO 3

**Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria** 31

*Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández*

Introducción 31  
El aprecio social del médico de cabecera 32  
Texto y contexto 33  
Accesibilidad 34  
Polivalencia 35  
Longitudinalidad 37  
Coordinación 40  
Prevención cuaternaria y equidad clínica 41  
La renovación sin dilación (por existir prácticas clínicas “manifiestamente mejorables”): ejemplos varios 43

Más contrato curativo y menos preventivo	44
¿Cómo hacerlo? ¿Cómo renovar la práctica clínica?	45
En síntesis	48
CAPÍTULO 4	
<b>Aprendiendo de los otros países europeos</b>	51
<i>Josep Casajuana y Marc Casajuana</i>	
Introducción	51
Ser médico de familia en Europa	52
Comparando paso a paso	45
Conclusiones	63
CAPÍTULO 5	
<b>¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes?</b>	87
<i>Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto Sánchez</i>	
Sistemas sanitarios públicos de cobertura universal	87
Financiación pública y provisión pública, médico de cabecera asalariado y funcionario público	88
España, financiación y provisión pública, con “cupos”	88
Financiación pública y provisión privada	89
Financiación pública y provisión privada, pago por acto “con reembolso”	89
Financiación pública y provisión privada, pago por acto sin reembolso	90
Financiación pública y provisión privada, pago por capitación (lista de pacientes)	91
Libertad y equidad	92
De la categoría a la anécdota, y viceversa	92
Método	93
Resultados	94
Corolario	117
CAPÍTULO 6	
<b>Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria</b>	123
<i>Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez</i>	
Introducción	123
¿Cómo está afectando la crisis económica al reclutamiento y retención de candidatos a médicos de atención primaria?	125
España en Europa. Comparándonos con Francia	129
Elecciones condicionadas por la nota que tienen consecuencias para las políticas. Ranking de universidades	131

Los determinantes de la elección de especialidad MIR e impacto de las políticas sobre ellos	132
Conclusión	136
<b>CAPÍTULO 7</b>	
<b>¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación</b>	139
<i>Francisco Hernansanz Iglesias</i>	
Introducción	139
De los remedios de la abuela a la medicalización de la vida	140
Ni somos tan ricos ni estamos tan enfermos. A propósito del gasto farmacéutico	141
¿Existen riesgos por consumir servicios sanitarios? ¿Puede ser dañina la actividad sanitaria?	142
Sanidad u otras formas de conseguir salud. Desmitificando los servicios sanitarios	144
De libertad a libertinaje, consentido por todos los actores	144
Entender el crecimiento del gasto y actuar en consecuencia	145
Gastar más o gastar mejor	146
¿Existe alguna evidencia entre crisis económica, supresión temporal de servicios y estado de salud?	148
David contra Goliat	149
Cuando más es mejor si es atención primaria deseada y solvente	150
<b>CAPÍTULO 8</b>	
<b>Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios?</b>	157
<i>Vicente Ortún y María Callejón</i>	
Los determinantes de la salud y el impacto de los servicios sanitarios en época de crisis	157
El componente sanitario del estado del bienestar en España	159
Financiación pública selectiva pagando por lo que socialmente interesa	161
Planificar, reducir la brecha entre eficacia y efectividad, eliminación de grasa y reasignación	163
Autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución de funciones entre el personal sanitario	167
Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados	169
Recapitulación: los 5 relatos que hemos entrelazado	170
<b>CAPÍTULO 9</b>	
<b>La renovación de la Atención Primaria. Vistas desde la platea</b>	175
<i>Ricard Meneu y Salvador Peiró</i>	
Días de vino y rosas	175
Caso clínico en la clínica (el déficit organizativo)	176

La ley del silencio (el déficit de transparencia e información comparativa)	180
Vértigo (el déficit de calidad)	184
La estrategia de la araña (el déficit de buen gobierno y la inaplazable mejora de las decisiones colectivas)	187
Al final de la escapada	191

# Autores

**PATRICIA BARBER**

Profesora Titular en el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Investigación en Economía de la Salud, con énfasis en la utilización de modelos de simulación y en los modelos estructurales de ecuaciones simultáneas. Colabora en diversos proyectos de Cooperación Internacional (Ecuador, Cabo Verde), con programas nacionales para el desarrollo y perfeccionamiento de la formación superior en economía de la salud y gestión sanitaria (Brasil, Perú) y como miembro activo de organizaciones privadas para la cooperación con África: Fundación Farrah (Senegal, Mauritania, Sáhara).

**MARÍA CALLEJÓN**

Catedrática de Economía Aplicada en la Universidad de Barcelona. Visitante en Berkeley, Johns Hopkins, Milwaukee y Harvard. Ha sido directora general de la PYME en el Ministerio de Industria y presidenta de diversas empresas públicas. Investiga y publica sobre innovación y organización industrial, aplicada también al sector sanitario y a la industria farmacéutica y biotecnológica. <http://www.ub.edu/graap/callejon.htm>

**JOSEP CASAJUANA**

Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de los consultorios de Masllorenç y Rodonyà. EAP Alt Camp Est. ICS. Tarragona. Ex-gerente de Atención Primaria de Barcelona Ciutat. Instituto Catalán de la Salud. Miembro del Comité de Redacción de la revista AMF. Coordinador del libro y del curso "Gestión del día a día en el EAP" de la semFYC.

**MARC CASAJUANA**

Licenciado en Economía e Investigación y técnicas de mercado por la Universidad de Barcelona. Cursando el

Máster universitario en Economía de la Salud y del Medicamento, modalidad online, en la Universidad Pompeu Fabra. En la actualidad trabaja en el área científica del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria IDIAP Jordi Gol, como técnico de investigación.

**JUAN GÉRVAS**

Médico General, Equipo CESCA (Madrid, España). Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. Ha compatibilizado la práctica como médico general en Madrid, sistema sanitario público (casi 30 años en el centro de la urbe y 10 años en la Sierra Norte) con la docencia e investigación. En la actualidad es profesor visitante del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, y profesor honorario del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

**BEATRIZ GONZÁLEZ**

Catedrática del Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Investiga sobre tabaco y otras drogas, financiación, utilización de medicamentos y recursos humanos para la salud. Distinguida en 2009 como Hija Adoptiva de Las Palmas de Gran Canaria y miembro del Consejo Social de la ciudad. Representante de la Comunidad Autónoma de Canarias en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud y Miembro del Consejo Asesor de Sanidad de España hasta 2007.

**FRANCISCO HERNANSANZ**

Licenciado en Medicina por la Universidad de Zaragoza y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ejerciendo en el Centro de Atención Primaria Nord de Sabadell, Barcelona. Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria por la Universidad Pompeu Fabra, Barcelona. Impulsor y subdirector de la Cátedra Universidad Pompeu Fabra-Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud.

**RICARD MENEU**

Licenciado en Medicina y Cirugía, Doctor en Economía, Máster en Economía de la Salud y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Como Vice-Presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS), a través de la que desarrolla su actividad investigadora, ejerce de Editor Jefe de *Gestión Clínica y Sanitaria*

(GCS). Entre sus publicaciones de esta década, además de numerosos artículos en revistas sanitarias, destacan algunos libros y capítulos de libro, como *Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones; Evaluación del buen gobierno sanitario. Algunas reflexiones para su mejora, Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica; La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes; Innovaciones en gestión clínica y sanitaria; etc.*

**VICENTE ORTÚN**

Profesor del Departamento de Economía y Empresa y decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra. Investigador, fundador y ex-director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). MBA por Esade, MSc. por Purdue, Doctor en Económicas y visitante en Johns Hopkins y MIT. Ha sido presidente de la Asociación de Economía de la Salud y de la Sociedad Española de Salud Pública y Secretario de la *European Public Health*.

**SALVADOR PEIRÓ**

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Doctor en Medicina. Presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Tras un largo periodo en la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, actualmente dirige el área de Investigación en servicios de salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP) de la Generalitat Valenciana. Es autor de algo más de un centenar de artículos en revistas indexadas, así como de diversos libros y otras publicaciones. Sus principales líneas de investigación incluyen las variaciones en la práctica médica, la utilización inadecuada de la hospitalización y otros aspectos de la utilización de servicios sanitarios, estudios de utilización de medicamentos y farmacoepidemiología, el desarrollo de indicadores para la evaluación de centros sanitarios y la investigación en resultados de salud.

**MERCEDES PÉREZ**

Licenciada en Medicina, miembro del Equipo CESCA, especialista en Medicina Interna, con experiencia de casi cuatro décadas de médico general en el sistema sanitario público, en Madrid (en zonas urbanas de clase media y de clase baja y en área rural montañosa). Responsable de ética en la Red Española de Atención Primaria y en NoGracias. Lee, estudia y publica sobre organización de servicios, práctica clínica y ética.

**ROBERTO SÁNCHEZ**

Licenciado en Medicina por la Universidad de Salamanca. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Prosperidad, Madrid. Doctorando en la Universidad Autónoma de Madrid, Departamento Historia de la Medicina. Médico de familia en la provincia de Salamanca y Comunidad Autónoma de Madrid, Sistema Público de Salud. Autor del blog «Una palabra tuya bastará para sanarme».



## CAPÍTULO 1

# **Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”**

Juan Gérvas y Josep Casajuana

### **Tres puntos de apoyo básicos para la práctica clínica**

Los humanos nacemos y morimos libres. El contexto puede limitar la libertad humana al nacer, vivir y morir. Los profesionales sanitarios ayudamos a que nazcan, vivan y mueran seres libres pues, en lo posible, eliminamos y paliamos el dolor, el sufrimiento y la muerte, y como profesionales somos libres para hacerlo con ciencia, conciencia y coraje.

#### **Ciencia**

Ciencia, basados en el mejor conocimiento llevado a la clínica en forma oportuna, adecuada al problema de salud, al paciente y a su entorno cultural y social.

Ciencia, para ofrecer máxima calidad, mínima cantidad, tecnología apropiada, por el profesional adecuado, en el momento y lugar oportuno y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible.

#### **Conciencia**

Conciencia ante las preferencias del paciente y ante las exigencias de la sociedad que apoya y sostiene el sistema sanitario, con piedad ante la variabilidad humana, con respeto y comprensión a lo que no viene en los libros, pero sobrea abunda en la vida.

Conciencia para cumplir con las exigencias éticas, sociales y profesionales que llevan al compromiso con el sufrimiento y la muerte de los pacientes.

#### **Coraje**

Coraje para no cejar en el empeño, para remar si es necesario contra corriente, para buscar con tesón la verdad, a veces sin siquiera saber qué verdad buscar, para cambiar

rutinas establecidas, para introducir las éticas de la negativa y de la ignorancia en la práctica clínica diaria, para estar en el punto justo, y variable según situaciones, entre la “irracionalidad técnica” (todo para la organización) y la “irracionalidad romántica” (todo para el paciente).

Coraje desde estudiantes (primera hora del primer día de primero de Medicina, Enfermería, Farmacia, Psicología, Trabajo social, Auxiliar de clínica, Técnico de laboratorio y demás) hasta la jubilación (última hora del último día del último mes del último año).

## Tres lastres de nuestra atención primaria

En atención primaria en España tenemos tres problemas básicos, presentes también de forma habitual en los países con financiación y provisión pública, como Portugal y Brasil: desprofesionalización (funcionarización), complejo de inferioridad y bajo liderazgo en los equipos.

### Desprofesionalización

Los profesionales asalariados se ven tentados por lo peor de la burocracia, en el sentido de cumplimiento estricto de los deberes mínimos, y el “esto no me toca”. Muchos equipos de atención primaria no son tales, sino puras plantillas sin objetivos comunes que busquen el beneficio del paciente. Los pacientes pueden resultar “el combustible del sistema”, de forma que llegan a verse como molestos, especialmente los que no cumplen con ritos y citas, que suelen ser los que más necesitan los cuidados.

Los profesionales pierden compromiso con los pacientes, con las poblaciones y con su profesión. Se instala la “cultura de la queja” y no son pocos los que “se queman”. Con ello se justifica la simple presencia horaria, sin implicaciones. En la burocracia se termina estando cómodo con la ignorancia y con la rutina. El refugio en la queja y en el “quemado” conlleva el no aceptar los retos propios de la Primaria: el manejo de la incertidumbre y del tiempo con pacientes complejos en la consulta y a domicilio, la prestación de servicios muy accesibles, muy polivalentes, a lo largo de la vida y para muchos problemas, y la coordinación de la atención por terceros.

### Complejo de inferioridad

La formación predominantemente hospitalaria, con un fuerte currículo oculto, nos enseña a prestar una atención fundamentalmente biológica, fragmentada y tecnológica. Con ello, y la descentralización de recursos de la atención primaria (para llevarla cerca del domicilio del paciente), el profesional desarrolla complejo de inferioridad frente a sus compañeros de hospital, el lugar que se ve como ideal y que contrasta vivamente con una atención primaria con poco “brillo tecnológico” y poca innovación.

El médico de cabecera termina aceptando que los especialistas saben más de su especialidad, cuando el médico de cabecera debe ser el especialista de lo frecuente, en la complejidad de cada paciente. Los pacientes quedan inermes ante una atención descoordinada,

sin un médico que “sume, reste y eleve a la enésima potencia” la atención recibida por los especialistas. Estos son competentes en su especialidad, pero peligrosos sin coordinación.

El complejo de inferioridad nos lleva a aceptar protocolos, guías y “consensos” de los especialistas sobre las distintas enfermedades y situaciones, enfermedad a enfermedad, factor de riesgo a factor de riesgo y se termina haciendo lo que pide el ordenador, las tablas y actividades que se incluyen en el paquete de incentivos.

## Bajo liderazgo en los equipos

En los equipos de atención primaria se “elige” a un miembro del mismo como director o coordinador, pero no se suele valorar en la elección ni su liderazgo clínico ni su formación específica en asuntos directivos. De hecho, muchas veces ocupa el lugar alguien que sencillamente “se sacrifica” y cumple con una labor de simple “correa de transmisión” de la dirección superior y de garante del ambiente inmovilista. Sin liderazgo ni autonomía la jerarquía se convierte en ridícula, y así lo viven los miembros del equipo.

La falta de líderes es obvia para los estudiantes en su paso por los centros de salud, y tiene un efecto de rechazo de un trabajo burocrático, en medio de un ambiente de complejo de inferioridad y sin el atractivo de responder a los retos de la complejidad, de la multimorbilidad. Remata la falta de atractivo el escaso “brillo tecnológico” de la atención primaria.

No es extraño, pues, que la especialidad de Medicina de Familia sea poco atractiva en el MIR y, en consecuencia, la eligen fundamentalmente los que obtienen peor puntuación, no es raro que la abandonen para reiniciar otra especialidad o que se termine trabajando en urgencias, justo el lugar del sistema sanitario más “opuesto” a la atención primaria, donde se ofrece menos longitudinalidad.

## Tres principios básicos para cambiar nuestra práctica

Hay que convencerse de que la solución depende en mucho de nuestra decisión. No son los pacientes (uso innecesario y excesivo de bienes sanitarios, sobre todo del tiempo, con sobrecarga de la demanda), no son los especialistas (pruebas, citas y recetas excesivas, prescripción inducida), no son los gestores (ignoran la vida en las “trincheras”, cargan el sistema con más y más burocracia), no son los políticos (buscan el voto, piensan a corto plazo, son populistas), ni la sociedad (expectante y exigente, manipulada para pedir juventud eterna, medicalizada hasta enfermar, adoradora de tecnologías y medicamentos milagrosos), ni los medios (con sus noticias impactantes, su poco rigor). No se trata de “centrifugar” culpas, sino de buscar soluciones. Al final somos nosotros, los profesionales, los que debemos y podemos transformar la situación.

¿Cómo cambiar desde “abajo”, cómo renovar la atención primaria desde la consulta? Lo primero y fundamental es identificar los problemas comentados más arriba, y al tiempo reunir ánimo y confianza en las propias fuerzas. Si queremos, podemos.

Tras reconocer el problema encontrar soluciones. La comparación internacional nos permite saber qué se hace “por ahí”, y frecuentemente nos sorprende. Sorprende, también, el análisis sosegado del impacto de la crisis económica, pues permite demostrar que

una respuesta organizada y racional puede llegar a incrementar la salud. Así mismo, sorprende la visión ajena de quien analiza el MIR y la elección de Medicina de Familia, y la del que ve desde “la platea” cuánto queda por hacer en atención primaria.

Para cambiar desde abajo, desde la consulta, hay que respetar tres principios básicos:

### *Primum non nocere*

En el siglo XXI este sigue siendo el principio fundamental de la actividad sanitaria. Se logra cuando se trabaja con prevención cuaternaria, es decir, cuando se busca evitar el daño que provoca la actuación sanitaria: evitar todo lo innecesario, pues nunca se justifica el mal que causa, y a la vez prever, disminuir y paliar el daño que también causa la actividad necesaria.

No existe intervención sanitaria que carezca de efectos adversos; por supuesto, pueden producir daño hasta las simples palabras, los consejos, como bien se demostró con el consejo para que los niños durmieran boca abajo para evitar la muerte súbita del bebé (de hecho aumentó con tal recomendación). La prevención tiene que perder el halo de “inocencia”, pues son ya demasiados los daños (y muertos) provocados por las actividades preventivas; sirva de ejemplo el impacto de la terapia hormonal sustitutiva en la menopausia (miles de cánceres de mama, de embolias, de ictus y de infartos de miocardio).

### Equidad

En el acceso y en el proceso de atención. Los servicios hay que ofrecerlos según necesidades de individuos y poblaciones, no según la capacidad de pagar, ingenio en la demanda y/o manipulación del sistema sanitario. Equidad vertical y horizontal para ofrecer más atención a quien más la necesita y la misma atención a necesidades similares.

Equidad en el acceso, con flexibilidad que evite barreras, por ejemplo, a quien trabaja, o a los “insignificantes” (pobres, prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros). Y equidad en el proceso, de forma que una vez que se toma contacto con el sistema sanitario los profesionales son capaces de ofrecer un trato apropiado a las necesidades, con independencia de la cultura, dominio del idioma, conducta sexual, raza y demás. Se trata de minimizar el efecto de la “ley de cuidados inversos” (quien más servicios precisa menos recibe, y esto se cumple más intensamente cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario).

### Generalismo

Los profesionales deberían “girar” alrededor del paciente (y no al contrario) para ofrecer el máximo de servicios en el momento. Esto requiere gran accesibilidad, flexibilidad, polivalencia, longitudinalidad y capacidad de coordinación (intra-equipo y con otros niveles y sectores). También se precisa de cierta tecnología, del saber utilizarla apropiadamente (el *know how*) y de un contexto que amplíe, sin límites y con responsabilidad,

la autonomía y el campo de trabajo de cada profesional. Tal generalismo es cada vez más importante dado el crecimiento imparable de la multimorbilidad.

A la multimorbilidad se suele responder con la multiactividad, con polimedicación, con multiderivación y con la fragmentación de la atención. Todo ello mezclado lleva a graves riesgos y a la exposición a efectos adversos que se terminan convirtiendo en un problema de salud pública. A la mezcla de problemas biológicos, mentales y sociales, y sus minusvalías, no puede responderse con macroequipos de miniespecialistas, sino con profesionales generalistas que ofrezcan muchos y variados servicios en el mismo momento de la atención. Se precisa, pues, más generalismo.

En España tenemos ya profesionales capacitados en atención primaria, lista de pacientes y monopolio (hasta cierto punto) del primer contacto. Solo falta autonomía con responsabilidad y rendimiento de cuentas. La renovación es posible y deseable. En los capítulos que siguen intentamos explicar cómo.



## CAPÍTULO 2

# La renovación de la Atención Primaria desde la consulta

Josep Casajuana

### Introducción

Un par de artículos muy recientes que describen/valoran la actual situación de la atención primaria (AP) en España muestran de forma explícita en su título la existencia de una dualidad: “pleonasmos conceptual y oxímoron práctico”<sup>1</sup>; “entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación”<sup>2</sup>. Esta dualidad quizás no es más que el reflejo del sentimiento de ambivalencia provocado por el reconocimiento de los logros, indudables, de la reforma de la AP, y la preocupación por los lastres, cada vez mayores, que no la dejan seguir avanzando.

Esa preocupación no es nueva; ya hace unos cuantos años que se habla de “problemas acuciantes de la AP”<sup>3</sup>. A pesar de ello, no se ha producido ningún cambio relevante que haya hecho variar la prevalencia de los problemas que nos acuciaban hace más de una década. Por ello es lógico que exista una clamorosa unanimidad en la necesidad de cambios, sin embargo no hay acuerdo general sobre la profundidad de esos cambios y por ello encontramos propuestas más “evolucionarias”<sup>4</sup> frente a otras más “revolucionarias”<sup>5</sup>. Unas y otras, sin embargo, comparten un factor común que es, como en el bolero, “no quiero arrepentirme después, de lo que pudo haber sido y no fue”.

Esta necesidad de cambio choca de frente contra un clima inmovilista, originado en el desencanto por las características del trabajo real en las consultas, amparado en la plaza en propiedad, y anclado en la “confortabilidad” de la actividad rutinaria (controles, papeles...). Toda esta situación provoca una baja cotización de las acciones de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) en el parquet MIR<sup>6</sup>, una crisis de fe sobre si hay que seguir apostando por la MFC, que no es generalizable al conjunto de la AP, pues las plazas de Pediatría y de Enfermería de AP sí están bien cotizadas<sup>7</sup>.

La actual crisis económica está teniendo, y va a seguir teniendo, una repercusión importante en los servicios sanitarios. Con la crisis como principal argumento estamos viendo cosas absolutamente impensables hace tan solo un par de años. A pesar de sus inevitables e importantes efectos secundarios, la crisis parece una buena oportunidad para llevar a cabo los cambios que se precisan para la necesaria refundación de la AP<sup>8</sup>.

Lo cierto es que desde la consulta se pueden hacer muchas cosas para trabajar en esa refundación, y se pueden hacer con relativa independencia de lo que ocurra en el entorno, aunque, lógicamente, van a resultar más fáciles en entornos favorables. Sin embargo, los esfuerzos y avances en ese sentido han resultado más bien parciales, locales e individuales, basados más en la buena voluntad de algunos que en el compromiso colectivo.

Esta inacción es, en buena parte, consecuencia directa de la existencia de unos “lastres internos” ampliamente enraizados en los profesionales de AP. Y el primer paso para poder avanzar es adquirir conciencia de la existencia de esos lastres para poder plantear de forma decidida las acciones necesarias para eliminarlos.

## Los lastres internos de la atención primaria en España

Tras casi 30 años de reforma de la AP tenemos lo que hemos conseguido, y estamos allí donde hemos ido y/o nos hemos dejado llevar. Y parece que estamos todos convencidos de que lo que tenemos no es lo que queríamos tener, y que donde estamos no es donde queríamos estar. ¿Cuáles son las causas de esta disociación entre la realidad y el deseo?

No cabe duda de que la etiología es multicausal con porciones de responsabilidad de todos los actores que hemos intervenido. Sin embargo, queremos centrarnos en aquellos aspectos propios de los profesionales de AP, que hemos denominado lastres internos, y que está en nuestra mano poder abordar y cambiar, con independencia de si los vientos del entorno (sociedad, gestores, políticos...) soplan de forma favorable. Son tres, y están estrechamente interrelacionados:

1. Desprofesionalización (“funcionarización”).
2. Complejo de inferioridad frente a la atención secundaria.
3. Bajo liderazgo en los equipos de AP (EAP).

### Desprofesionalización

El concepto de desprofesionalización o funcionarización hace referencia al “esto no me toca”, a disminuir en lo posible la responsabilidad, a priorizar el confort personal (el turno, el horario...) por encima del crecimiento profesional, a rentabilizar el “estar quemado” para justificar la baja implicación. Aunque no hay datos sobre ello la sensación de que la presencia de esta desprofesionalización ha ido creciendo es manifiesta, y parece tener mayor peso que los esfuerzos en sentido contrario. Contribuye a ello, sin duda, el tipo de relación contractual de los profesionales, el poco impacto de la cantidad de trabajo y de los resultados en las retribuciones, la existencia de incentivos erróneos... y una acción sindical que mezcla un discurso profesional con unas actuaciones que se orientan justo en sentido contrario.

Los EAP diseñados por oposición son conceptualmente absurdos (equipo y oposición son un oxímoron) y contribuyen a esta situación ofreciendo una enorme facilidad para diluir en su seno las responsabilidades individuales (en un mal entendido estilo “Fuenteovejuna”<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> “¿Quién mató al Comendador? ¡Fuenteovejuna, Señor! ¿Y quién es Fuenteovejuna? ¡Todos a una!



## Complejo de inferioridad

El segundo elemento de esta trilogía, con clara relación bidireccional con los otros dos, es el complejo de inferioridad que suele tener el médico de AP ante el médico de atención secundaria (el “especialista”). Un complejo de inferioridad que, probablemente, se inicia en la facultad por el escaso y pobre papel que tiene la AP en la formación de pregrado, que se mantiene durante el período de residencia, y que cobra su máximo “esplendor” en el día a día de los profesionales en el centro de salud, bajo el amparo de la complicidad de la administración que facilita la utilización del médico de primaria como secretario del médico de secundaria. El mayor reconocimiento social a la especialización, consecuencia del deslumbramiento tecnológico<sup>9</sup>, pone el lazo final a este complejo de inferioridad.

Este complejo nos “impide” discutir con el médico del hospital sobre una opinión, una prescripción... y nos hace acatar, aun a desgana, las indicaciones, recomendaciones y prescripciones que vienen del especialista. Este complejo nos permite no discutir con el paciente sobre esas indicaciones o prescripciones, y poder quejarnos amargamente sobre esas decisiones que asumimos pero no compartimos.

Quizá deberíamos empezar a preguntarnos por qué no nos hemos ganado un mayor respeto profesional, y por qué nos amparamos en nuestro complejo para no complicarnos la vida entrando en controversias.

## Bajo liderazgo

En su origen los EAP tenían una cultura asamblearia y su cabeza visible era un “coordinador”, una especie de *primus inter pares*, un compañero que era el encargado de las tareas “domésticas” del equipo. Pero una orquesta necesita ser dirigida, no coordinada. Por ello, se ha evolucionado (de manera desigual según las comunidades autónomas [CCAA]) tanto en denominación como en pretensión hacia la figura del director de equipo.

Sin embargo, en muchos casos la evolución ha sido más aparente que real. Sin formación específica, sin ideas claras (en los directores y en los gerentes), y empapados de un ambiente evitador de complicaciones, los directores han ido manteniendo su estatus de mayordomo, muy alejado del papel de líder que sería necesario asumir.

El bajo liderazgo es coherente con el complejo de inferioridad, y ambos se alinean perfectamente con la desprofesionalización cerrando el círculo de la (¿confortable?) mediocridad y alimentando la cultura de la queja. Peter Drucker advertía sobre la importancia que tiene para una empresa su capacidad de producir líderes. ¿Qué capacidad de producir líderes tiene nuestra administración sanitaria?

Esto tiene consecuencias en la elección de las plazas MIR de MFC, y condiciona definitivamente el futuro de la especialidad. “La MFC gusta a un número considerable de estudiantes, pero muchos perciben que está en desventaja de prestigio, potencial de desarrollo profesional y expectativas de renta respecto a otras”<sup>10</sup>.

¿Cómo podemos pretender que un estudiante piense escoger en el MIR la especialidad de MFC si lo que ve en sus rotaciones son profesionales enterrados en burocracia inútil, al servicio de los especialistas hospitalarios, presionados por la asistencia... y sin ningún viso de mejora, que alimentan su pena lamentándose colectivamente de su desgracia sin ponerse a trabajar para resolverla?

## Las (auto)limitaciones de la atención primaria

Como consecuencia de los lastres mencionados la AP se autoimpone una serie de limitaciones a las que hace referencia Ortún en un reciente trabajo<sup>1</sup>. Además de referirse a algunas limitaciones que son atribuibles a otras instancias (como ejemplo, la falta de autonomía), comenta específicamente las limitaciones atribuibles a la propia AP. En concreto destaca tres de esas autolimitaciones:

1. La percepción de la frecuentación como exógena.
2. La percepción de la prescripción como inducida.
3. La falta de capacidad resolutive.

Utilizando ese esquema como guión, vamos a intentar describir las acciones que consideramos posibilistas (por estar a nuestro alcance sin depender de otros) que nos pueden permitir superar esas limitaciones. Así pues, en este artículo vamos a proponer un planteamiento de lo que podemos hacer desde nuestra consulta, desde nuestro día a día... ayudados en algún momento de cierta “fantasía” que no está del todo a nuestro alcance.

Esta visión introspectiva no pretende ser autoculpabilizadora, sino pragmática. Por hacer este ejercicio no nos vamos a olvidar de que somos la cenicienta del sistema<sup>11</sup>, que se nos infravalora por parte de la administración... pero es que, con independencia de reivindicar aquello que los otros deben hacer por nosotros, es imprescindible que empecemos ya a hacer aquello que está en nuestras manos, que no es poco.

## De la frecuentación exógena a la gestión de la demanda

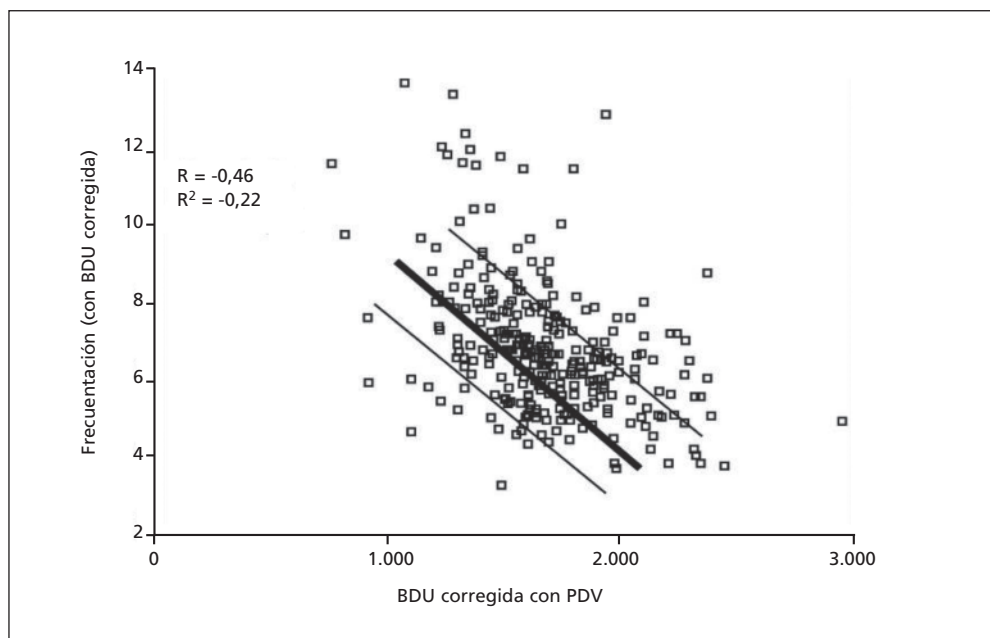
Existe una cierta visión fatalista de considerar la demanda de servicios como una consecuencia directa del tamaño del cupo del profesional. Tantos pacientes tengo, tantas visitas generan, y algún trabajo alimenta esa versión fatalista al determinar que el tamaño, edad y sexo del cupo determinan de forma casi absoluta la carga de trabajo<sup>12</sup>.

La visión “opuesta” sería la de que la organización influye de forma determinante en la frecuentación de los servicios, y por tanto en la demanda que un cupo genera. Si vemos dos veces al año a los pacientes hipertensos generamos el doble de visitas que si los vemos una vez al año, y por supuesto aún menos si no los vemos.

Si observamos el gráfico de Bellón<sup>13</sup> (figura 2-1), en el que se muestra la frecuentación de cada uno de los médicos de la provincia de Málaga en relación con el tamaño del cupo (base de datos de usuarios), podemos ver que cuanto mayor es el cupo menor es la frecuentación, y ese menor uso tiende a equilibrar la demanda de los cupos mayores en relación con los cupos menores.

Por tanto, deberíamos olvidarnos de la actitud fatalista ante la frecuentación y ser conscientes de nuestra posibilidad real para actuar sobre ella. Es cierto que estamos en un entorno que muchas veces utiliza el servicio de salud como un bien de consumo, pero no es menos cierto que tenemos la capacidad para actuar de forma efectiva sobre nuestra demanda.

Claro que una actuación de este tipo implica un esfuerzo inicial, como todo cambio, pero con resultados que, a menudo, van a poder palpase a corto plazo. De hecho todas las acciones que vamos a proponer a continuación requieren una actitud activa y una implicación



**Figura 2-1.** Frecuentación y cupos. Tomada de Bellón<sup>13</sup>.

Frecuentación: n.º total de visitas que recibe el médico en un año partido por la BDU en ese año; BDU: base de datos de usuario o número de usuarios adscritos al médico; PDV: pacientes distintos vistos en un año.

por parte de los profesionales. Por eso puede ser conveniente recordar aquí las leyes fundamentales de la dinámica de los EAP que expuso Newton hace más de 300 años (tabla 2-1).

Así pues, nada va a cambiar si no existe un esfuerzo para que ello cambie, la velocidad del cambio va a estar en relación con la intensidad del esfuerzo que apliquemos, y cuando intentemos hacer un cambio siempre vamos a encontrar resistencias.

Por tanto, si queremos que algo cambie no debemos pedirlo, sino que debemos hacerlo. Y si queremos cambiar la utilización que se hace de nuestra consulta un primer paso puede ser analizar todo que hacemos en nuestras consultas, considerar el valor añadido que aporta cada una de esas acciones a la salud de nuestros pacientes, y en función de ello clasificarlo todo en dos categorías: acciones útiles y acciones inútiles (figura 2-2).

**Tabla 2-1.** Leyes fundamentales de la dinámica de los equipos de atención primaria (EAP).

Ley 1 Ley de la inercia	Todo EAP permanece en estado de reposo o de movimiento rectilíneo uniforme si no hay ninguna fuerza que actúe sobre él
Ley 2 Ley de interacción y fuerza	El cambio de movimiento, la aceleración, de un EAP es directamente proporcional a la intensidad de la fuerza que actúe sobre él
Ley 3 Ley de acción y reacción	Cuando se ejerce una fuerza sobre un EAP, este ejerce una fuerza de igual intensidad y de sentido contrario

### *La gestión de “Lo inútil” (dejar de hacer)*

Dedicamos una gran parte de nuestro tiempo a hacer cosas que no deberíamos hacer<sup>14</sup>. En un reciente estudio<sup>15</sup> se preguntaba a unos grupos de trabajo de médicos de AP de Estados Unidos, constituidos al efecto, sobre acciones o actividades, factibles desde la consulta, que deberían ser prioritarias para proporcionar una mejor calidad de la atención a sus pacientes. Los resultados, que se muestran en la tabla 2-2, ponen de manifiesto que la mayor parte de las propuestas no consisten en hacer, sino en dejar de hacer.

Cualquier actividad no útil que aplicamos a nuestros pacientes es, por definición, una sobreactuación, un exceso. Y los diferentes elementos que forman el extenso conjunto de nuestros excesos lo podemos clasificar en uno de los siguientes 4 apartados: exceso de controles, exceso terapéutico, exceso de prevención y exceso de actividad administrativa.

El factor común de todos ellos es que no aportan nada en salud, pueden causar daño (todas las acciones tienen efectos secundarios), representan un gasto que impide utilizar esos recursos en otras acciones y, además, contribuyen al mantenimiento de una cultura sanitaria errónea.

Las actividades inútiles pueden realizarse por iniciativa de los propios profesionales, del paciente o de la Administración. La gestión debe ser la misma en todos los casos: no hacerlo. Pero será necesario considerar su origen y sus causas para concretar la actuación a realizar.

**Tabla 2-2.** Las actividades “top 5” en Medicina de Familia, Medicina General y Pediatría.

---

#### MEDICINA DE FAMILIA

- No realizar Rx en lumbalgia en las primeras 6 semanas si no hay signos de alarma presentes
  - No prescribir sistemáticamente antibióticos en la sinusitis ligera-moderada
  - No realizar ECG anual ni otras pruebas de cribado cardíaco en pacientes de bajo riesgo
  - No realizar citología cervical en mujeres menores de 21 años ni en mujeres que han sido histerectomizadas por patología benigna
  - No realizar densitometría de cribado en mujeres de menos de 65 años, ni en mujeres de menos de 70 sin factores de riesgo
- 

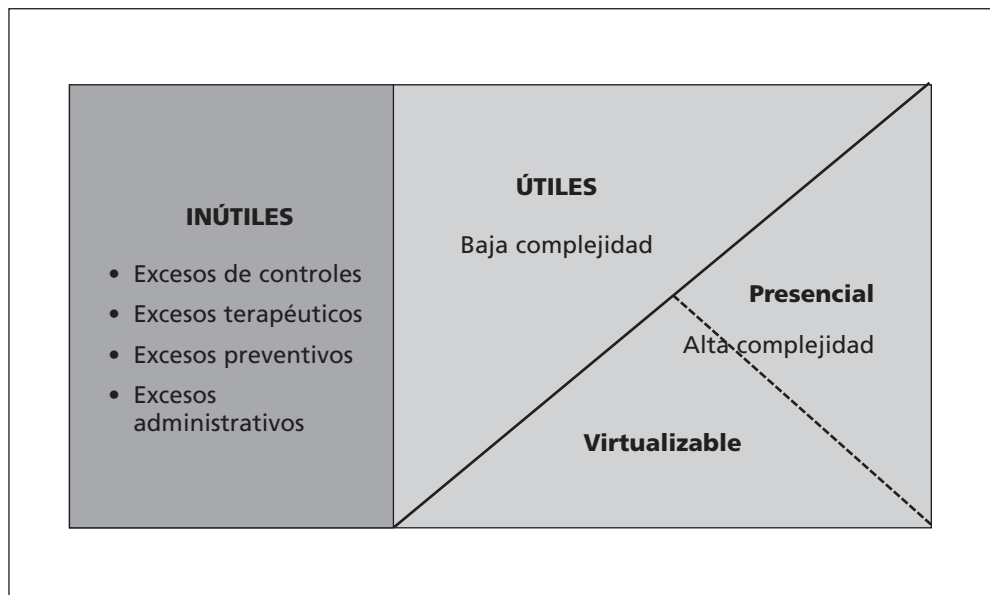
#### MEDICINA INTERNA

- No realizar Rx en lumbalgia en las primeras 6 semanas si no hay signos de alarma presentes
  - No hacer análisis de sangre u orina de chequeo en adultos sanos asintomáticos
  - No realizar ECG anual ni otras pruebas de cribado cardíaco en pacientes de bajo riesgo
  - Usar solo estatinas genéricas al iniciar un tratamiento hipolipemiante
  - No realizar densitometría de cribado en mujeres de menos de 65 años, ni en mujeres de menos de 70 sin factores de riesgo
- 

#### PEDIATRÍA

- No prescribir antibióticos en faringitis si no tenemos un test positivo al estreptococo
  - No hacer Rx en traumatismo craneal menor sin pérdida de consciencia u otros factores de riesgo
  - No derivar inicialmente la otitis media supurada
  - Advertir a los pacientes de no usar medicamentos contra la tos o el resfriado
  - Usar corticoides inhalados para controlar adecuadamente el asma
- 

*Adaptada de Good Stewardship Working Group<sup>15</sup>. Rx: radiografía; ECG: electrocardiograma.*



**Figura 2-2.** Clasificación de los contenidos de la consulta según utilidad y complejidad.

### *Excesos de controles*

Los excesos de controles son resultado directo de la práctica que se aplicó inicialmente en los EAP (y que aún en buena parte se mantiene inalterada y bien considerada) que operativizaba una forma de ver y entender la Medicina que ahora sabemos que no ha dado los resultados que esperábamos. Una visión que ordenaba las actuaciones de los profesionales de la salud en programas (mujer, adulto, cardiovascular...) que se basaban en controles<sup>16</sup> (para seguimiento, educación sanitaria...). Una práctica que ha generado en los pacientes con problemas de salud crónicos una dependencia del sistema sanitario y una escasa autorresponsabilidad sobre su propia salud.

Con esta “materia prima” se llenan días y días de consulta en una absoluta demostración práctica de la “Ley de los cuidados inversos” que enunció Hart hace más de 40 años<sup>17</sup>. Hacemos más controles, más análisis, más exploraciones, más de todo... a los que menos lo necesitan. Y además con bajo rendimiento. Sirva de ejemplo el caso de un hipertenso al que llevamos siguiendo durante unos cuantos años, con un elevado número de controles realizados en largas consultas hechas por la enfermera y el médico, en las cuales se aprovecha siempre para hacer educación (eufemismo de información) sanitaria... si sumamos todo el tiempo empleado nos situamos en cifras que pueden ser de 40, 50 y 60 horas de formación. Pues bien, si a este auténtico “diplomado en hipertensión” le medimos la presión arterial y le decimos que está a 130 y 80, es muy probable que nos pregunte: ¿Y eso está bien?... ¡Cuánta “educación sanitaria” desperdiciada! No es problema del paciente, es que no lo estamos haciendo bien.

Un paciente crónico debe disponer de los conocimientos suficientes para gestionar su o sus patologías, para lo cual no hace falta dedicar muchas horas sino realizar una información

reglada, planificada, con objetivos claros y concretos de los conocimientos a adquirir. Esto puede hacerse de forma individual o grupal, ya sea supervisado por un profesional sanitario o por un paciente experto. Una vez adquiridos los conocimientos debe ser el propio paciente el responsable de sus controles y solo debe ser objeto del sistema sanitario cuando sufre alguna descompensación de su problema de salud o patología, o cuando debe hacerse las pruebas complementarias imprescindibles para su seguimiento.

### *Excesos terapéuticos*

La aparición de la Medicina basada en la evidencia (MBE) al inicio de los 90 parecía representar una auténtica revolución en la práctica de la Medicina. De una práctica basada en la autoridad del “maestro” y el valor de la “experiencia”, pasábamos a otro basado en la autoridad del “conocimiento” y el valor de la “evidencia”. Esta visión “antiautoritaria” de la Medicina dejaba al profesional la posibilidad de aplicar su criterio individual, a partir del conocimiento de las mejores pruebas existentes y teniendo en cuenta las preferencias del paciente<sup>18</sup>.

Pero rápidamente otros intereses se apoderaron del concepto MBE, y teniendo en cuenta que la MBE se basa en el conocimiento a partir de lo que se investiga, básicamente los ensayos clínicos y el elevadísimo coste de la mayoría de estos ensayos, se ha acabado, en buena parte, convirtiendo a las revistas médicas en un instrumento más de los departamentos de marketing de la industria farmacéutica<sup>19</sup> que han desarrollado una verdadera ciencia para obtener en los ensayos clínicos los resultados buscados (tabla 2-3). Con todo ello se consigue que los profesionales no solo no tengamos la tendencia a evitar esos excesos, sino que lleguemos a ser “cómplices creyentes” de su aplicación. Sirva de ejemplo el revuelo generado recientemente por una discusión, aparentemente científica, pero de la cual se derivan enormes intereses económicos sobre los denominados condroprotectores.

Otro de los conceptos clave que intervienen de forma decisiva en este marco de excesos terapéuticos es la simpleza de nuestro pensamiento práctico cuando clasificamos a los

**Tabla 2-3.** Ejemplos de métodos usados por las empresas farmacéuticas para obtener los resultados que desean en los ensayos clínicos.

- 
- Comparar en un ensayo su fármaco frente a un tratamiento inferior.
  - Probar su medicamento frente a dosis bajas del medicamento contra el que compiten.
  - Probar su medicamento frente a una dosis demasiado alta del otro medicamento (para buscar menor toxicidad).
  - Hacer ensayos con un número de casos demasiado pequeño para poder observar diferencias con fármacos de la competencia.
  - Utilizar múltiples criterios de valoración y seleccionar finalmente para su publicación aquellos en los que se obtienen resultados más favorables.
  - En ensayos multicéntricos, seleccionar para su publicación los centros que han resultado más favorables.
  - Hacer diferentes análisis de subgrupos y seleccionar para publicar los que son favorables.
  - Presentar los resultados en el formato en que tienen más probabilidad de impresionar, la reducción en términos relativos en lugar de términos absolutos.
-

individuos como enfermo/no enfermo, hipertenso/normotenso... aplicando una simple dualidad<sup>20</sup>, sí-no, blanco-negro, obviando toda la escala de grises. Un individuo con una tensión arterial sistólica de 141 lo etiquetamos de hipertenso, mientras que con 139 la etiqueta es de normotenso, cuando en realidad sabemos que igual de hiper o normotenso es uno que otro. Pero en la práctica cotidiana, el hecho de poner la etiqueta implica ya todo un conjunto de acciones que vamos a realizar o no por el hecho de ser o no ser hipertenso<sup>21</sup>.

Si pretendiésemos dividir el mundo entre feos y guapos no sería muy difícil ponerse de acuerdo en los valores extremos, pero los valores más centrales (la gran mayoría) resultarían altamente discutibles. Lógicamente, con los diagnósticos ocurre lo mismo, los valores extremos de normalidad o anormalidad resultan claros, y también el beneficio de la actuación sobre estos pacientes. Pero no ocurre lo mismo con los pacientes cuyos valores se sitúan en la “zona gris”, en los cuales el beneficio va a ser menor o inexistente mientras que los daños derivados de la actuación serán similares a los de los pacientes extremos. Quizás no sería descabellado plantearse la posibilidad de informar de forma específica a estos pacientes sobre las consecuencias de ser declarado hipertenso o normotenso, sus ventajas e inconvenientes, para que ellos pudieran decidir si quieren ser tratados de una u otra forma.

En este orden de cosas está claro que uno de los elementos más codiciados es la definición de la cifra a partir de la cual se es o no se es “algo”. Así por ejemplo, si indicamos que debe tratarse a los individuos con cifras de colesterol superiores a 240 mg/dl, estaremos incidiendo sobre poco más del 20% de la población, mientras que si esa cifra la fijamos en 200 la “clientela” asciende a más de la mitad de la población. Se entiende, con esta estrategia, que más de un 6% de nuestro presupuesto de farmacia se gaste en estatinas (dos terceras partes del importe total corresponde a atorvastatina)<sup>22</sup>, indicadas en su mayor parte en prevención primaria cuando conocemos bien la nula<sup>23</sup> o limitada<sup>24</sup> efectividad de su uso en esta indicación.

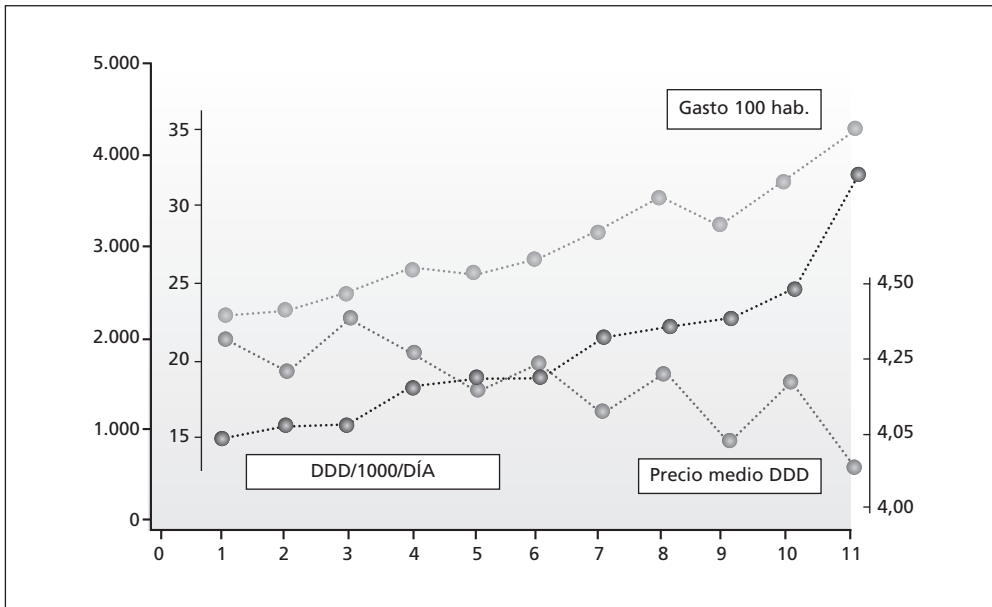
Para rizar el rizo se han desarrollado ensayos clínicos para demostrar los “beneficios” de tratar la prediabetes y la prehipertensión<sup>25</sup>. En este último, publicado en todo un *New England*, se demuestra que tratando a los pacientes prehipertensos conseguiremos a los 4 años que dos terceras partes de ellos no tengan cifras de hipertensión. En la práctica habremos empezado unos años antes el tratamiento en estos, y estaremos tratando a la otra tercera parte que no va a desarrollar HTA. ¡Impresionante!

Jugando de forma hábil con todas las cartas que hemos comentado se obtienen los resultados deseados: aunque baja el precio medio de los medicamentos por las intervenciones que la administración hace sobre ellos, se incrementa el gasto en farmacia por habilitante al conseguir un mayor número de personas sujetas a tratamiento<sup>26</sup> (figura 2-3), es decir un mayor número de individuos que reciben la etiqueta de “enfermos” o que tienen un “factor de riesgo”.

Todo ello lleva a que la polimedicación vaya incrementando cada vez más su prevalencia, con el lógico aumento de los riesgos asociados a su consumo. Esto es especialmente acentuado en España por el hecho de que tenemos y mantenemos la “medalla de plata” en el campeonato mundial de consumo de fármacos<sup>27</sup>.

### *Excesos de prevención*

La prevención es un campo especialmente abonado para el crecimiento de los excesos por cumplir, como señala Sackett, los criterios de la arrogancia<sup>28</sup>: es agresivamente asertiva,



**Figura 2-3.** ¿Qué influye más en el gasto farmacéutico, los precios o las cantidades?

Tomada de Bernal 2010<sup>26</sup>. DDD: dosis diaria definida; DDD/1.000/DÍA: dosis diarias definidas por 1.000 habitantes en un día.

pues persigue a los individuos asintomáticos diciéndoles que deben permanecer sanos, y para ello prescribe y proscribe incluso amparándose en la ley; es presuntuosa, porque asume que sus intervenciones ofrecen más beneficio que daño; es despótica y ataca a aquellos que cuestionan el valor de sus recomendaciones.

Está muy asumido aquello de “mejor prevenir que curar”, parece una máxima prácticamente incontestable, y ello es cierto cuando la acción preventiva es verdaderamente efectiva. Sin embargo, no deberíamos creer que es “mejor intentar prevenir que curar” pues las actividades preventivas no están exentas, como ninguna actividad médica, de efectos perjudiciales que, en algunos casos, pueden superar ampliamente el beneficio perseguido.

Los instrumentos que maneja la prevención son 4: los cribados, los consejos, las vacunas y la quimioprofilaxis.

Dos de las actividades de cribado más ampliamente extendidas son el PSA para el cáncer de próstata y la mamografía para el cáncer de mama. Sobre el primero, después de años de dudas sobre su relación beneficio/riesgo se ha realizado recientemente una recomendación en contra de su utilización por parte del *United States Preventive Services Task Force*<sup>29</sup> por producir importantes daños sin que se haya objetivado ningún beneficio. Sobre la mamografía también existe notable controversia<sup>30,31</sup>, aunque en este caso la controversia se mezcla con aspectos que sobrepasan ampliamente lo científico, prueba de ello son la lluvia de airadas críticas que recibió Gotzsche cuando se atrevió a criticar por primera vez la mamografía en una revista médica de prestigio<sup>32</sup>.

Pero sin duda el paradigma por excelencia del cribado es el chequeo, una de las ideas más brillantes del “negocio médico”. El contenido de un buen chequeo no depende de la



necesidad/utilidad que pueda tener para el individuo, sino de su disponibilidad a pagar. Y entre los chequeos el más introducido son las revisiones de empresa. Como consecuencia de todo ello se genera una cultura favorecedora que hace que este tipo de actividades no solo se haya colado en nuestras consultas, sino que no pocas veces es promocionada por nosotros mismos.

Otra actividad a la que dedicamos buena parte de nuestro tiempo son los consejos, que suelen ser restricciones y prohibiciones escondidas bajo el eufemismo de hábitos de vida saludable. Pensando, erróneamente, en que “daño no harán” (por ejemplo la recomendación vigente durante muchos años en algunos países de que los lactantes durmieran boca abajo ha sido causa de no pocas muertes<sup>33</sup>) aconsejamos, recomendamos u ordenamos a nuestros pacientes acciones u omisiones que escapan a las leyes de la evidencia (o no hay pruebas de su efectividad o incluso está demostrada su ineffectividad)<sup>34</sup>. Más piezas para nuestra extensa colección de inversión de tiempo en actividades inútiles.

La dificultad con que nos encontramos para poder darle la vuelta a este “furor preventivo”<sup>35</sup> es que, con independencia del resultado de nuestra actuación, el profesional y el paciente reciben siempre *feedback* positivo. La tranquilidad de no padecer una determinada patología cuando el resultado es negativo (ignorando que una prueba negativa solo indica una probabilidad menor de padecerla), y la “suerte” de haber encontrado precozmente el problema, con lo que disponemos de mayores posibilidades de resolverlo (ignorando el sobrediagnóstico y sobretratamiento que se genera). Nunca hay, sea cual sea el resultado, *feedback* negativo<sup>36</sup>.

### ¿Cómo eliminar lo inútil?

Un posible abordaje para plantear las diferentes actuaciones para eliminar lo inútil puede ser el que se plantea en la tabla 2-4, clasificando el uso inadecuado según si el inductor es el paciente, el propio profesional o la administración y en función de ello proponer distintas acciones que pueden ir desde la simple eliminación a realizar acciones de información o apoyo en función de cuál es la causa que lo motiva. En algunas ocasiones es posible que no esté directamente en manos de los profesionales la posibilidad de la eliminación directa.

**Tabla 2-4.** Esquema de las diferentes actuaciones para eliminar lo inútil.

Tipo de actividad	Características	Causa	Acciones
Inútil eliminar	A instancias del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedos</li> <li>• Desresponsabilización</li> <li>• Bajo coste de oportunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmedicalización</li> <li>• Línea telefónica tipo “NHS direct”</li> <li>• Barrera/información</li> </ul>
	A instancias del sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burocracia</li> <li>• Algunas campañas sanitarias/programas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminar</li> <li>• Eliminar</li> </ul>
	A instancias del profesional (AP y AE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incertidumbre</li> <li>• Programas/protocolos o hábitos inadecuados</li> <li>• Confort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación/ desmedicalización</li> <li>• Revisar e informar</li> <li>• Desincentivación</li> </ul>

Una vez definido lo inútil y asumido que debemos eliminarlo de nuestra práctica, hemos de ser conscientes de que no se hace de un día para otro. Poner en marcha acciones para cambiar las cosas requiere un esfuerzo que en gran parte de los casos está en manos de los profesionales, y no viene regulado por las gerencias. En el entorno de funcionarización descrito, poner esto en marcha es muy difícil, requiere de un liderazgo profesional fuerte que consiga un compromiso del colectivo para que haga suyo el objetivo de cambiar su historia.

### **La gestión de lo útil: debe reorientarse**

Las actividades útiles también deben ser objeto de revisión, básicamente en relación con cómo se le está dando respuesta desde los EAP, pues en no pocas ocasiones se ofrecen respuestas complejas a demandas de baja complejidad. De hecho, como ya se ha comentado anteriormente, cada vez disponemos de profesionales más formados para dar respuesta a necesidades más “sencillas”.

La complejidad de la demanda (que podría definirse como la necesidad real de médico de cada demanda) debe ser el factor que nos oriente en este rediseño de la “circuitería interna” de los equipos. De una forma operativa podemos dividir las demandas según sean de alta o baja complejidad.

#### *Actividades útiles de baja complejidad: redistribuir*

La idea guía de esta redistribución es simple: todo aquello que pueda hacer un administrativo no debe hacerlo un sanitario, todo aquello que puede hacer una enfermera no debe hacerlo un médico de AP, todo aquello que pueda hacer un médico de AP no debe hacerlo otro especialista. Aplicando esto estamos mejorando la eficiencia del sistema y disminuyendo la iatrogenia.

Un primer paso para ello es aplicar la regla de que todo paciente que se marcha de la consulta y queremos que vuelva en un tiempo determinado para un resultado de análisis, un control, una revisión... debe salir de la consulta (o del centro) con una visita ya dada. De este modo somos nosotros quienes decidimos cuándo viene, con cuánto tiempo asignado, con qué profesional tiene consulta, o incluso que no venga (redistribución a otro profesional o a consulta virtual). Este punto es fundamental para que seamos nosotros quienes gestionemos toda esa actividad.

Así pues, las actividades de baja complejidad, es decir, aquellas que tienen baja o nula necesidad de médico, deben ser abordadas por profesionales de menor complejidad, adecuando así la respuesta del sistema a la necesidad real del paciente.

Quizá el paradigma de ello son muchas de las patologías agudas que vemos ahora en la consulta (catarros, lumbalgias...). De hecho, durante años no eran objeto de atención por parte del sistema, sino que eran situaciones que quedaban resueltas en el seno de la familia, donde se aplicaban recetas “naturales”, con enorme variabilidad, que curaban sin problemas, lógicamente, todas las enfermedades que se resuelven de manera espontánea.

En la actualidad se dispone de datos más que suficientes para argumentar que todo esto puede ser resuelto con calidad y satisfacción por enfermeras<sup>37,38</sup>. A pesar de esta abundancia

de datos las resistencias son importantes, y el grado de implantación de esta línea de desarrollo de la Enfermería es prácticamente nulo en muchas CCAA. En Cataluña ha gozado de impulso y apoyo institucional, potenciándose incluso mediante incentivos económicos, pero a pesar de ello la implantación es muy desigual dependiendo más, en general, de “la buena voluntad” de los profesionales que de la presencia firme de una cultura en ese sentido.

No es raro oír que en tal o cual equipo las enfermeras ayudan a los médicos. Caer en el absurdo de pensar de ese modo es como pensar que hay hombres que “ayudan” a sus mujeres a fregar los platos. Las demandas de los pacientes no son patrimonio del médico, como los platos no son patrimonio de la mujer.

No pocas veces parte de la resistencia viene de los propios médicos, con el argumento de que tienen mayor formación. Si bien ello es cierto, no hay ninguna prueba de que esa mayor formación tenga un impacto positivo en la resolución de este tipo de patologías<sup>39</sup>.

No deja de ser curiosa la resistencia filosófica a esas actividades bajo la bandera de que enfermería debe dedicar básicamente sus esfuerzos a las actividades preventivas, promover acciones comunitarias, potenciar más la atención domiciliaria... cuando existen pruebas de la escasa efectividad de todas estas actuaciones<sup>40-44</sup> y, por contra, como ya hemos expuesto, suficientes pruebas en favor de las otras.

Pero además de la patología aguda poco compleja, debemos incluir en este apartado las visitas de seguimiento de los pacientes crónicos y buena parte de las visitas para entrega de resultados de pruebas complementarias (en su mayor parte resultados de análisis).

En el punto “Excesos de controles” comentábamos el exceso de visitas de seguimiento a pacientes crónicos, muchas de las cuales son inútiles y deben dejar de hacerse. Sin embargo, algunas de esas visitas sí deben mantenerse, bien para ver los resultados de las pruebas complementarias que se realizan en función de aplicación de protocolos de atención, bien por tratarse de casos de descompensaciones o de ajustes de tratamiento. Tanto en un caso como en el otro hablamos de actividades que están, o deben estar, estandarizadas, y en las cuales se aplica una sistemática de actuación. En estos casos la atención por parte de Enfermería puede resultar también la más razonable no solo por su menor coste, sino porque las enfermeras obtienen mejores resultados en determinadas actividades por su manera más sistematizada de trabajar. Así, un estudio que analizaba la mortalidad en pacientes isquémicos que habían tenido un seguimiento médico (especialista o médico de AP) o de enfermería (consulta específica) demostraba una significativa menor mortalidad en el grupo de seguimiento por Enfermería<sup>45</sup>.

Otro ejemplo que merece ser considerado cuando se plantean ciertos miedos en dejar el control en manos del paciente es el del autocontrol de pacientes en tratamiento con anti-coagulantes orales (ACO). Existen diferentes estudios, pero destacamos uno de ellos hecho en nuestro medio en el que se demuestra que la mayor parte de los enfermos tratados con ACO, después de una formación de unas pocas horas, obtienen resultados iguales o mejores que los hematólogos en el control de su INR<sup>46</sup>.

En cuanto a las visitas para resultados de pruebas complementarias no debe haber problema en que sean realizadas por enfermeras, pues en la mayoría de los casos pueden informar perfectamente de esos resultados y realizar las recomendaciones oportunas. Dado que el paciente habrá sido programado previamente, y por lo tanto conocemos el motivo de la visita, es deseable que médico y enfermera habiliten algún espacio común, previo a estas visitas, para poder comentar las actuaciones a seguir en aquellas alteraciones de resultados

que se alejen de lo estandarizado. Esto además permite reforzar la relación como equipo de trabajo y homogeneizar criterios de actuación.

### *Actividades útiles de alta complejidad*

Eliminadas de la actividad médica (por innecesarias y medicalizadoras) las consultas que hemos denominado inútiles y las útiles de baja complejidad, nos quedaría aplicar los mismos criterios de racionalización sobre las consultas de alta complejidad. Son consultas que aportan un valor al paciente y que tienen una complejidad que condiciona que deban ser hechas por el médico. En este caso la propuesta iría en la línea de subdividir estas demandas en función de si requieren o no la presencia física del paciente en la consulta. De este modo tendríamos dos tipos de consultas: las necesariamente presenciales y las virtualizables, que pueden ser resueltas como consultas no presenciales (CNP)<sup>47</sup>. A partir del análisis de estas, la línea de trabajo propuesta sería ver de qué forma podemos “virtualizar” cada una de esas visitas utilizando las amplias posibilidades que nos brindan las nuevas tecnologías, básicamente teléfono, correo electrónico y SMS.

Este planteamiento de la virtualización es, lógicamente, también aplicable a la actividad de baja complejidad que hemos comentado en el punto anterior.

La utilización del teléfono ofrece muchas posibilidades de gestionar la consulta tanto para resolver necesidades administrativas como asistenciales, y puede disminuir la utilización de las visitas presenciales<sup>48</sup>. La optimización del uso del teléfono debe fundamentarse en dos hechos: la accesibilidad y la proactividad.

Es fundamental que los pacientes conozcan que su médico es accesible a cualquier tipo de consulta por teléfono, y que perciban que la respuesta a sus llamadas es rápida. Ello no implica que cualquier llamada debe llegar inmediatamente al profesional (no parece razonable interrumpir las consultas presenciales si no es estrictamente necesario). De este modo, una llamada telefónica no urgente que hace un paciente a su médico será introducida como tal en la agenda del profesional que podrá contestarla entre consulta y consulta o al final de las consultas. En función de ello, el administrativo que ha atendido la llamada del paciente procurará generar una expectativa ajustada en cuanto al tiempo de respuesta.

Pero además de la accesibilidad es fundamental la proactividad, que sea el propio profesional el que ofrezca la resolución de visitas de forma telefónica. La entrega de resultados de pruebas complementarias o el seguimiento de un problema de salud agudo o crónico pueden resolverse de este modo, a propuesta del profesional, en un formato de visita telefónica programada.

El SMS es de utilidad para pequeñas comunicaciones que no requieren respuesta, como puede ser el recordar o cambiar citas. Existen en nuestro medio experiencias satisfactorias de entrega de resultados analíticos mediante SMS<sup>49</sup>.

La utilización del correo electrónico para consultas tiene un amplio potencial en AP<sup>50,51</sup>. Idealmente debería poder hacerse desde la propia historia clínica para facilitar su uso, brindar apoyo institucional y tener las máximas garantías de seguridad. Sin embargo, mientras no se dispone de ello, puede hacerse con el correo electrónico institucional adoptando las garantías necesarias.

El twitter y el blog son otros dos vehículos de comunicación con el paciente que utilizan algunos profesionales. No se conoce su grado de utilización, y no hay hasta el momento publicaciones que revisen su potencial y utilidad.

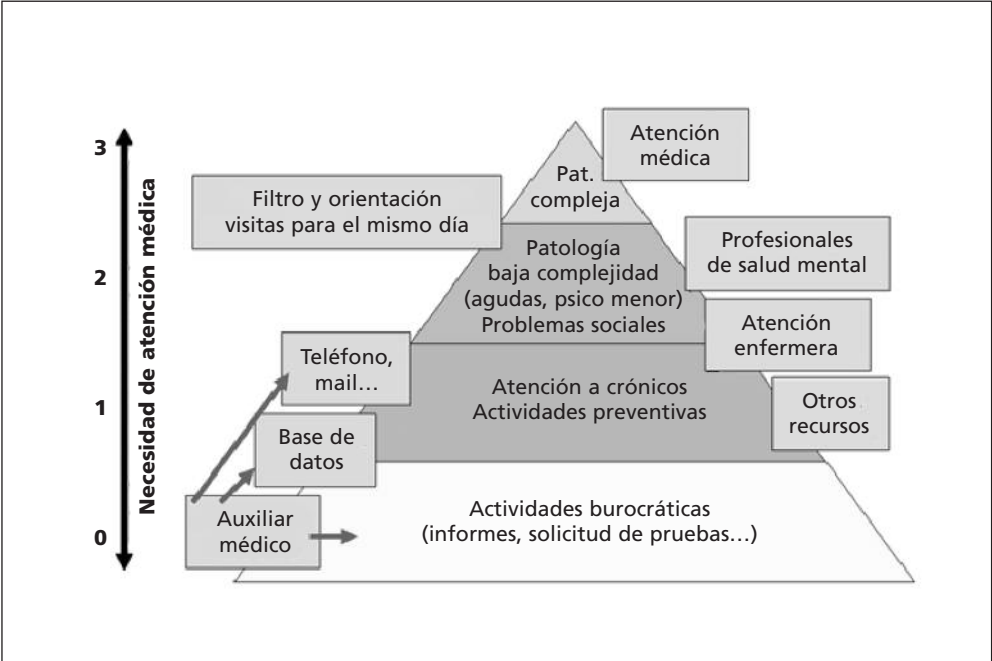
En su conjunto el uso de las tecnologías no requiere más que de una actitud favorable y convencida en relación con su utilidad. Sin embargo, lo cierto es que su implantación es baja, y no pocos profesionales expresan activamente miedos y/o rechazo a su utilización.

### Mirando desde otro ángulo: clasificar las visitas según la necesidad de médico

En la línea de los planteamientos que hemos expuesto, Bodenheimer propone, en un corto e interesante artículo<sup>52</sup>, las líneas generales de cómo debe hacerse la redistribución de actividad. Su propuesta consiste en clasificar las demandas de los pacientes según la necesidad del médico, de forma que quedaran distribuidas de una forma piramidal como se observa en la figura 2-4.

En la base se situarían las actividades de tipo administrativo, que no requieren para nada la intervención del médico, y que deberían ser resueltas por un administrativo más o menos especializado (en el artículo se menciona como un auxiliar médico).

Justo por encima de este estrato, con una mínima necesidad de médico, se situarían las actividades derivadas de la atención a crónicos y actividades preventivas (las que han superado el filtro de la inutilidad que hemos comentado en el apartado anterior). Buena parte de ellas podrían ser iniciadas por el auxiliar médico que, trabajando con la base



**Figura 2-4.** Propuesta de redistribución de la actividad según la necesidad de atención médica. Elaboración propia a partir de Bodenheimer<sup>52</sup>.

de datos de los pacientes, se encargaría de emitir los avisos y programar las citas para la realización de los controles y pruebas en el momento en que deben realizarse. De este modo, el paciente estable que se autocontrola recibiría los avisos para la realización de un análisis, un electrocardiograma, o la visita que se considerase necesaria. El teléfono y el correo electrónico van a ser imprescindibles para el contacto con el paciente, tanto para avisar sobre la cita de la prueba como para informar del resultado cuando no se requiera una visita para ello.

Para la formación de los nuevos pacientes en el manejo de su enfermedad, las actividades grupales, tipo “paciente experto”, pueden resultar un muy buen recurso para ajustar la respuesta del sistema a las necesidades reales del paciente.

En aquellos pacientes con un grado de control insuficiente de su “factor de riesgo” la enfermera puede dar una respuesta (protocolizada y sistematizada) que se adecue perfectamente a las necesidades del paciente.

En un escalón superior podríamos situar la patología aguda de baja complejidad, problemas psíquicos menores e incluso problemas sociales. La necesidad de médico en algunos de estos casos puede ser tenida en consideración, si bien mayoritariamente pueden recibir respuesta adecuada por parte de Enfermería o de otros profesionales de nivel similar (en algunos casos el trabajador social, en el artículo también se habla de un profesional de salud mental “tipo diplomado”).

En el último estrato se situaría la demanda más compleja, que realmente necesita de atención por parte de un médico y que podría recibir la respuesta adecuada como resultado de toda la redistribución planteada. El artículo de Bodenheimer comenta además la necesidad de establecer algún tipo de sistema de filtro y orientación para las demandas de visita para el mismo día.

No cabe duda de que una redistribución como la que se plantea es de envergadura, pero que muchos de los aspectos que se proponen se han probado en algunos de nuestros equipos, si bien no podemos hablar de experiencias que se hayan generalizado.

Sin embargo, y esto es fundamental, debemos tener muy presente que en función de los servicios que pretendamos que ofrezca cada profesional las necesidades que el sistema va a tener de unos u otros van a variar de forma sensible.

## De la prescripción inducida al agente de salud

El concepto de prescripción inducida es uno de los “mantras” más generalizados; suele ser analizado de forma simplista, y sobre él se proponen actuaciones que dejan entrever la pérdida de la visión como médico de AP de profesionales y sociedades científicas al poner en último lugar de la argumentación el interés del paciente.

La prescripción inducida, tal como la entendemos, es un concepto bastante específico de nuestro país, que responde a dos hechos: prescripción de origen externo al prescriptor y existencia de desacuerdos con ella<sup>53</sup>. Esta labor de “secretaría”, más aún en el contexto de consultas con elevada presión asistencial, genera un malestar y rechazo en el profesional que le hace sensible a cualquier propuesta que sirva para quitársela de encima.

Antes que proceder a plantear soluciones reactivas a corto plazo, cualquier análisis tiene que partir de una conceptualización de cómo deberían ser las cosas en situación ideal y plantear soluciones que nos vayan moviendo en esa dirección. Si no lo hacemos así corremos el

riesgo, como está ocurriendo, de plantear acciones que vayan en sentido contrario. En este tema en concreto hay dos elementos clave a considerar<sup>54</sup>: 1) el médico de AP ha de ser el agente de salud del paciente, el responsable de la visión global; y 2) el paciente con una prescripción del especialista ha sido derivado al especialista por el propio médico de AP.

### *El médico de familia agente de salud del paciente*

Los servicios de salud orientados a la AP tienen como característica que ejercen el papel de portero del sistema, de modo que para acceder al especialista debe pasarse necesariamente por el médico de AP. Este “filtro” tiene por finalidad ajustar la respuesta del sistema a la necesidad real del paciente, consiguiendo así una adecuación en el funcionamiento global que se pierde cuando el filtro no funciona adecuadamente o no existe<sup>55</sup>, y facilitando las actividades de prevención cuaternaria.

De este modo el médico de AP se convierte en el agente de salud del paciente, en el gestor de sus movimientos por el sistema sanitario. Dentro de este papel se incluye también el de gestor/asesor de los tratamientos que recibe el paciente, empleando una visión global centrada en la persona (considerando toda su comorbilidad) conciliando las distintas visiones más parciales y centradas en la patología que tiene cada especialista.

Algunas de las propuestas que se están haciendo actualmente, con voluntad desburocratizadora, van en la línea de que cada profesional haga sus recetas. Esta visión va radicalmente en contra de la función de agente de salud, y llevada a grado extremo puede llegar a conseguir que el médico de familia tenga un perfil de prescripción “excelente”, mientras sus pacientes van atiborrados de pastillas indicadas por los diferentes especialistas. El médico de AP queda “libre de toda culpa”, la prescripción ya no es inducida, pero el paciente ha sido “abducido”. ¿Nos preocupa la foto del perfil prescriptor del médico o nos preocupa la medicación que está tomando el paciente?

Por tanto, a partir de la visión expuesta, lo que corresponde no es pretender que el especialista haga sus recetas, sino que no haga nada más que recomendar, opinar... y que sea el médico de AP hablando con su paciente, analizando ventajas e inconvenientes, quien tome la decisión<sup>56</sup>.

No debemos renunciar al papel de agentes de salud de nuestros pacientes, es una de nuestras credenciales. Lamentablemente, con la receta electrónica indicada ya por el especialista es muy probable que acabemos perdiendo definitivamente esta batalla.

### *El paciente que ha sido derivado al especialista*

Cuando un paciente acude a consulta con una medicación indicada por un especialista hospitalario, generalmente, el origen de ello será una derivación hecha por parte de su médico de AP. Cuantas menos derivaciones hacemos menor riesgo tenemos de encontrarnos con una prescripción inducida, así pues, la prescripción inducida se alimenta en parte de la baja resolución y ambas son consecuencia (también en parte) del complejo de inferioridad que hemos comentado anteriormente.

Sería ideal que pudiésemos escoger entre una derivación o una interconsulta si queremos que un especialista visite a un paciente nuestro. En el caso de la interconsulta solo

queremos conocer su opinión, pero no que decida acciones sobre el paciente, mientras que en el caso de la derivación queremos que adopte él las decisiones que considere pertinentes. Pero mientras no disponemos de esta doble vía hemos de gestionar lo que realmente tenemos, evitando caer en el fatalismo.

De todos modos, puede ser muy útil ante cualquier paciente con una prescripción del especialista con la que no estamos de acuerdo, que nos preguntemos, como mecanismo sistemático de mejora de nuestras actuaciones, sobre la adecuación o no de la derivación realizada.

### *Actitud ante la prescripción inducida*

Cuando la prescripción hecha por el nivel secundario coincide con nuestro criterio no hay ningún tipo de problema, pero cuando no coincide podemos plantearnos dos tipos de estrategias:

1. El lamento resignado: “¿quién soy yo para discutir con el especialista?”, “el paciente confía más en el especialista que en mí”... además “no hay tiempo para poder dar explicaciones”...
2. La gestión activa: la longitudinalidad (bien conocida y a veces poco practicada) y una buena comunicación (somos más accesibles... si no ponemos barreras) son los activos que nos permiten ganarnos la confianza de los pacientes y poder gestionar las prescripciones u otras indicaciones que no nos parecen del todo adecuadas. Es cierto que esta actitud representa un mayor esfuerzo, pero también ofrece una mayor compensación.

Si adoptamos esta dinámica ante las nuevas prescripciones también es lógico dar un paso más con las que ya están instauradas intentando, por una parte, ir disminuyendo el “control anual” no justificado que hacen muchos pacientes con diferentes especialistas hospitalarios y poniendo en marcha acciones, especialmente con los pacientes poli-medicados, donde hay una elevada prevalencia de inadecuación<sup>57</sup>. Hay diferentes propuestas de actuación<sup>58,59</sup> y se han obtenido buenos resultados con acciones desmedicalizadoras<sup>60</sup>.

### **De la baja capacidad resolutive a la prevención cuaternaria**

La figura del médico de familia como puerta de entrada al sistema es uno de los elementos clave de los sistemas de salud orientados a la AP. Esta acción de filtro del médico de AP permite, entre otras cosas, evitar que los pacientes que no lo necesitan sean atendidos en el segundo nivel de atención, con actuaciones mucho más invasivas pero innecesarias para ellos. En uno u otro nivel las actuaciones deben ser diferentes porque la tipología de los pacientes también es distinta. Como bien señala Marshall Marinker: “La tarea diagnóstica del especialista es reducir la incertidumbre, explorar lo posible y marginalizar el error. Contrasta abiertamente con la del médico general, la de este es aceptar la incertidumbre, explorar lo probable y marginalizar el peligro”.



Cuando se habla de capacidad de resolución de la AP se suele establecer una sinonimia mental con las derivaciones de pacientes al segundo nivel, entendiéndose, erróneamente, que lo que no se resuelve se deriva, y lo derivado es lo no resuelto. Pero ese es un concepto de resolución no solo simple, sino también erróneo.

Un diabético con una hemoglobina glicosilada del 10%, un isquémico sin betabloqueante, una mujer de 50 años sin ningún riesgo con una estatina por un colesterol total de 250, o un catarro de vías altas en el que se ha prescrito antibiótico, están mal resueltos aunque no hayan sido derivados. Es decir, todo lo que debe resolverse en AP y es derivado está mal resuelto, pero también todo lo que no es derivado pero no está recibiendo la atención necesaria. Por otra parte, todo lo que debe ser derivado y es derivado está bien resuelto por AP, mientras que lo que debe ser derivado y no se deriva está mal resuelto (tabla 2-5).

Siguiendo con el esquema propuesto en la tabla 2-5, el máximo volumen de actividad del médico de AP lo encontraremos en aquellos problemas que no deben ser derivados al segundo nivel y no son derivados; por tanto, estamos hablando de que están adecuadamente ubicados, pero desconocemos si están adecuadamente resueltos. Deben representar entre el 90 y el 95% de los problemas de salud que se nos consultan. Un hipertenso podría ser un ejemplo de ello: no ha sido derivado, lo maneja el médico de AP, pero puede estar con cifras tensionales muy elevadas. Sería un caso mal resuelto, aunque bien ubicado. Por tanto, para poder evaluar de forma adecuada la capacidad resolutoria de cada equipo debemos conocer si están bien resueltos los pacientes no derivados. Ello es actualmente factible en buena medida gracias a la informatización de la actividad clínica.

Los pacientes que deberían ser derivados y no lo han sido no deben representar más del 1%. Sería el caso de un paciente con hiperplasia benigna de próstata con signos de obstrucción y complicaciones (infecciones urinarias repetidas) que podría tener una indicación quirúrgica y no ha sido derivado.

Los pacientes que son derivados, alrededor de un 5-10%, pueden serlo de forma adecuada o innecesaria. El paciente que consulta con una angina inestable y es derivado a urgencias está bien resuelto, mientras que el paciente con fibrilación auricular que es derivado para control debemos considerarlo como mal ubicado y, directamente, mal resuelto.

**Tabla 2-5.** Concepto de capacidad de resolución.

		DEBE SER DERIVADO	
		SÍ	NO
HA SIDO DERIVADO	SÍ	Derivación adecuada (bien resuelto por AP)	Derivación inadecuada (mal resuelto por AP) Fallo de prevención cuaternaria
	NO	No-derivación inadecuada (mal resuelto en AP)	No-derivación adecuada (puede estar bien o mal resuelto en AP)

AP: atención primaria.

En el análisis de las derivaciones deben tenerse muy presentes un par de aspectos que con frecuencia resultan confusos o se entienden o utilizan de forma inadecuada:

1. La relación entre la calidad de la atención y el número de derivaciones: aunque hay una amplia variabilidad entre profesionales y equipos, más derivaciones no es sinónimo de peor calidad de la atención<sup>61</sup>. Sin embargo, la amplia variabilidad ya representa en sí misma un problema, pues indica una inadecuación de la derivación, por exceso o por defecto, con las consecuencias que de ello se derivan.

De todos modos, la percepción más generalizada es que el mayor problema lo tenemos en cuanto al exceso de derivación, dado que la mayor parte de las derivaciones corresponden a patologías frecuentes que deberían ser resueltas en AP. Ya sea por falta de tiempo, de conocimientos o de implicación (o un poquito de cada cosa), lo cierto es que se centran más los esfuerzos en “controlar” factores de riesgo, a menudo perfectamente estables, y se derivan buena parte de patologías como la insuficiencia cardíaca, la hiperplasia benigna de próstata, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la fibrilación auricular... que deberían ser seguidas en AP.

La derivación inadecuada conlleva para el paciente el riesgo de una sobreactuación de la atención secundaria al aplicar sus protocolos, pero la responsabilidad de ello hay que buscarla en el fallo del filtro de AP, no en la actuación del especialista.

La no-derivación inadecuada, en general, puede implicar un riesgo de falta de actuación que también puede tener consecuencias en la salud del paciente. La incentivación para no derivar podrá traer este tipo de consecuencias.

2. El denominador que debe utilizarse en el análisis de las derivaciones: el denominador a utilizar cuando se construyen indicadores de derivaciones no está consensuado, y en función de cuál empleemos introduciremos algún tipo de error, tanto si utilizamos visitas como si utilizamos población.

A pesar de ello, creemos que debe evitarse por completo la utilización de las visitas como denominador. No derivamos visitas, sino personas. Las visitas dependen en buena parte de la organización, y por tanto el error que introducen impide la comparación. A modo de ejemplo, si un EAP tiene un 50% de visitas burocráticas, mientras que otro ha eliminado todas estas visitas, con un número similar de derivaciones, el primero tendrá una tasa de derivaciones que será la mitad que la del segundo, cosa que no se corresponde con la realidad.

Si utilizamos como denominador la población asignada, el peso de la población realmente atendida (los que pasan por el EAP en un año) también va a ser determinante a la hora de falsear la comparación, dado que la población atendida en un EAP puede oscilar entre el 80% en áreas deprimidas y el 40% en zonas de clase social alta.

Por ello, nuestra propuesta<sup>62</sup> sería utilizar como denominador la población asistida en un año (solo se puede derivar a quien se atiende), pero que solo sería comparable directamente con EAP de zonas similares, dado el peso que pueden tener las derivaciones que se hacen fuera del ámbito público, más frecuentes, lógicamente, en zonas con mayor prevalencia de doble cobertura.

Por tanto, aunque pensamos en derivaciones cuando hablamos de resolución, lo cierto es que las derivaciones son un elemento más a analizar cuando queremos medir la capacidad resolutoria, pero no es el único ni el más importante, aunque es relativamente accesible para su estudio, y probablemente, es muy sensible a la mayor o menor implicación del profesional en su trabajo. De hecho, en la baja resolución probablemente intervienen de forma conjunta los tres males que hemos mencionado anteriormente: la burocratización, el complejo de inferioridad y la falta de liderazgo. Por ello es de gran importancia que cada equipo, cada profesional disponga de información actualizada y comparable de su situación al respecto para poder actuar en función de sus resultados.

## A modo de conclusión

La AP necesita de cambios importantes que van más allá de una evolución para convertirse si no en una revolución sí en una refundación.

Los profesionales deberían ser los primeros impulsores de estos cambios. Sin embargo, en ellos recaen unos lastres que dificultan en gran manera asumir ese papel protagonista: la desprofesionalización, el complejo de inferioridad ante la atención secundaria y el bajo perfil de liderazgo de sus directivos.

Como consecuencia de ello la AP padece de unas (auto)limitaciones que le encasillan en la inercia del día a día impidiendo ir más allá: la percepción de la frecuentación como externa, la percepción de la prescripción como inducida y la baja capacidad resolutoria.

Para empezar a refundar la AP desde la consulta es preciso hacer desaparecer esas limitaciones:

1. La gestión de la demanda racionalizando el contenido de las consultas, eliminando lo inútil, que no es poco, y reorientando lo útil (otros profesionales, nuevas tecnologías) tiene un impacto en la utilización de las consultas que permite liberar tiempo para actuar sobre las siguientes limitaciones.
2. La asunción clara del papel de agente de salud del paciente permite cambiar la idea de la prescripción inducida por la idea de la gestión de la prescripción del paciente, sin complejos y asumiendo las dificultades que de ello se derivan.
3. En esa misma línea el efecto de los dos puntos anteriores nos va a permitir asumir patologías que ahora están siendo derivadas al nivel secundario, mejorando la visión que se tiene de nuestra capacidad resolutoria, aunque esta no debe valorarse solo en lo que se deriva, sino también en lo mucho que no se deriva.

Los sistemas de información actuales nos permiten disponer de los datos precisos para elaborar un plan en estas líneas de acción e ir evaluando los resultados que vamos consiguiendo.

No es fácil, el entorno no es favorable, pero el entorno también va a cambiar de forma importante como consecuencia de la actual crisis económica. Si nos hemos puesto ya en marcha nuestra capacidad para influir en los cambios del entorno será, sin duda, mucho mayor.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ortún V. Atención primaria y gestión: pleonasma conceptual y oxímoron práctico. *Medicina General*. 2011;140:516-25.
2. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(S):14-9.
3. Gérvas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:472-7.
4. Borrell F, Gené J. La atención primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008;10:3-7.
5. Gérvas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008;10:8-12.
6. Meneu R, Peiró S. Vidas paralelas: el Sistema Nacional de Salud y su atención primaria. Entre dos crisis. En: Ortún V, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
7. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(S):46-51.
8. Ortún V. Introducción. En: Ortún V, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
9. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario de Innovación en atención primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.
10. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P, Ortún Rubio V. ¿Por qué los médicos huyen y rehuyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. En: Ortún V, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
11. Simó-Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002: la Atención Primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
12. Brugos-Larumbe A, Guillen-Grima F, Mallor-Giménez F, Fernández-Martínez de Alegría C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria*. 2003;32:23-9.
13. Bellón-Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38(5):293-8.
14. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyNPC). *Aten Primaria*. 2004;33:69-77.
15. The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" Lists in Primary Care. Meeting the Responsibility of Professionalism. *Arch Int Med*. 2011. doi:10.1001/archinternmed.2011.231
16. Guía de funcionamiento de los equipos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1984.
17. Hart T. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297:405-12.
18. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Ricardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;313:64-5.
19. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PlosMedicine*. 2005;2:e138.
20. Casajuana J, Laporte JR. Condicionantes, necesidades y prioridades en investigación clínica en atención primaria. En: Diógene E, coordinador. *Guía de investigación clínica para atención primaria*. Barcelona: Ed. Mayo; 2004.
21. Comité de redacción. Las "etiquetas" de enfermedad: luces y sombras. *AME*. 2012;8:2-3.
22. Anónimo. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2010. *Información Terapéutica del SNS*. 2011;35:124-8.
23. Ray KK, Seshasai SR, Ergou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65.229 participants. *Arch Intern Med*. 2010;170:1024-31.
24. Tonelli M, Lloyd A, Clement F, Conly J, Husereau D, Hemmelgam B, et al. Efficacy of statins for

- primary prevention in people at low cardiovascular risk: a meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183:E1189-212.
25. Julius S, Nesbitt SD, Egan BM, Weber MA, Michelson EL, Kaciroti N, et al. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. *N Engl J Med*. 2006;354:1685-97.
  26. Bernal E. Variabilidad en la prescripción farmacéutica... también la geografía es el destino. Presentación en la I Jornada de variación de la práctica médica. Osakidetza. Vitoria. Mayo 2010. Disponible en: [www.slideshare.net/Atlasvpm/enrique-bernal-sefap201020101023def](http://www.slideshare.net/Atlasvpm/enrique-bernal-sefap201020101023def).
  27. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26:41-5.
  28. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;167:363-4.
  29. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: A review of the evidence for the US Preventive Services Task. Oct, 2011. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/prostateart.htm>.
  30. Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, Dickinson J, Singh H, Lewin G, et al. Recommendations on Screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 2011;183:1991-2001.
  31. Raftery J, Chorozoglou M. Possible net harms of breast cancer screening: updated modelling of Forrest report. *BMJ*. 2011;343:d7627.
  32. Gotzsche PC, Olsen O. Is creening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000;355:129-34.
  33. Gervas J, Pérez-Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. *RISAI*. 2009;1(4). Disponible en: [pubsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1033&context=rissai](http://pubsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1033&context=rissai).
  34. Casajuana J. ¡Los médicos son superfluos! *AMF*. 2005;1:176-8.
  35. Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA*. 2004;291:71-8.
  36. Ransohoff DE, Collins MM, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feed-back. *Am J Med*. 2002;113:663-7.
  37. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819-23.
  38. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271- DOI: 10.1002/14651858. CD001271.pub2.
  39. Fairman JA, Rowe JW, Hassmiller S, Shalala DE. Broadening the scope of nursing practice. *NEJM*. 2011;364:193-6.
  40. Van Haastregt J, Diederiks JPM, van Rossum E, de White LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits top elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320:754-8.
  41. Bouman A, Van Rossum E, Nelemans P, Kempen GIJM, Knipschild G. Effects of intensive home visitin programs for older people witch poor helath status: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008;8:74 doi:10/1186/1472-6963-8-74.
  42. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: finals results of the OXCHECK study. *BMJ*. 1995;310:1099-104.
  43. Ebrahim S, Beswick A, Burke M, Davey-Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4): CD001561. DOI: 10.1002/14651858. CD001561.pub2.
  44. García-Gutiérrez JE, Jiménez-Pernett J. Tendiendo puentes: de la evidencia científica a la práctica en las actividades de orientación comunitaria. *Revista Clínica Electrónica en atención primaria*. 2008(16). Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=04>.
  45. Murchle P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. 2003;326:84-9.
  46. Menéndez-Jándula B, Souto JC, Oliver A, Montserrat I, Quintana M, Gich I, et al. Comparing self-management of oral anticoagulant therapy with clinic management: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2005;142:1-10.
  47. Cobos M, Rifà A. Las consultas no presenciales. *AMF*. 2011;7:96-9.

48. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2005;55:956-61.
49. Mas A, Caballería N, Vega D. ¿SMS, teléfono o correo electrónico? Mejorando la comunicación con nuestros pacientes. *AMF.* 2009;5:243-5.
50. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 1-scope and effectiveness. *BMJ.* 2004;329:435-8.
51. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 2-acceptability and safe application. *BMJ.* 2004;329:439-42.
52. Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. *N Engl J Med.* 2008;359:2086-9.
53. Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC.* 2000;7:323-8.
54. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calid Asist.* 2010;25:315-7.
55. Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *BMJ.* 1989;298:172-4.
56. Casajuana J. El doctor Kleenex y la batalla de la receta. *AMF.* 2008;4:122-4.
57. Lázaro-Gómez MJ, Brotons-Román J, Prieto Sánchez JM, Navarro-Martínez A, Navarro-García MJ, López-Alba J, et al. Revisión de tratamientos en pacientes polimedicados mayores de 75 años y su adecuación a la Guía Terapéutica de atención primaria Basada en la Evidencia. *Aten Fam.* 2012;19:7-11.
58. Etxeberria A, Rotaache R. Efectividad de los modelos de intervención sobre la adecuación terapéutica en pacientes polimedicados. En: Gavilán E, Villafaina A, editores. *Polimedicación y Salud: estrategias para la adecuación terapéutica.* 2011. Disponible en: <http://polimedicado.com/personalPage.php>.
59. Casajuana J. Fármacos innecesarios. Disponible en: <http://prescripcionprudente.wordpress.com/2011/12/21/21o-principio-suspende-el-tratamiento-con-farmacos-innecesarios-o-que-no-estando-efectivos/>.
60. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med.* 2010;170:1648-54.
61. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2008;10:84-8.
62. Aragonès R, Iglesias B, Casajuana J, Llach M, Guinovart C. Nivel de resolución de un equipo de atención primaria: el “cuánto” como indicador del producto y el “qué” como instrumento de formación y mejora. *Cuadernos de Gestión.* 2003;9:217-24.

## CAPÍTULO 3

# Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández

### Introducción

Hay un abismo entre lo que se hace y lo que se podría hacer en la consulta (entre la eficacia y la efectividad), y el problema atañe a todos los profesionales, en todos los niveles y en todas las especialidades<sup>1</sup>. Para salvar el abismo, o para hacerlo menos profundo, deberíamos incrementar el rendimiento del tiempo del profesional, su bien máspreciado.

Aumentar el rendimiento del tiempo significa producir más y mejor; es decir, producir más y mejores servicios que modifiquen en positivo la salud de los pacientes que más lo necesiten. Se trata de prestar servicios apropiados según necesidad y oportunidad, con el manejo adecuado de la ciencia y de la tecnología (y el tiempo del profesional). La ciencia se identifica con conocimientos, la tecnología con habilidades y el tiempo con actitudes comprometidas (con valores como dignidad en el trato y empatía con el sufrimiento). Conviene la combinación de ciencia, técnica y valores para ofrecer calidad técnica y humana, para lograr una cálida calidad<sup>2</sup>. Por ejemplo, ayudan cosas tan sencillas como crear un ambiente acogedor en el consultorio-centro de salud, donde no falten las flores naturales en los despachos.

Es ciencia un método y resultado que permite generar conocimiento. Es técnica la aplicación del mismo. Es tecnología sanitaria el conjunto de medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención<sup>3</sup>. Para convertirse en servicios, los conocimientos y la tecnología precisan del profesional, de su tiempo (de su compromiso con el enfermar del paciente y otros valores). Estos, los valores, son clave pues no se trata de “hacer bien las cosas”, sino de hacerlas bien de forma que cambie en positivo la salud del paciente. Por ejemplo, con las vacunas sistemáticas se trata de cumplir el calendario, respetar las expectativas del paciente (o de sus familiares, en su caso), asegurar la “cadena del frío”, aplicarlas en horarios convenientes, comprobar la idoneidad e informar sobre los beneficios y efectos adversos (para evitar, moderar y paliar los mismos), con el objetivo último de disminuir la mortalidad por las infecciones contra las que se vacuna.



En otro ejemplo, el uso de los distintos medios anticonceptivos debería adecuarse a las necesidades y características de los pacientes, de forma que los anovulatorios y anticonceptivos (de rutina, orales e implantes, y los de emergencia) se complementaran con otros métodos como el dispositivo intrauterino (DIU) y los de barrera, con el objetivo de facilitar una vida sexual plena y de evitar embarazos no deseados.

¿Que pueden hacer el médico de cabecera<sup>1</sup> y otros profesionales de atención primaria para renovar su propia práctica clínica, para mejorar su rendimiento y productividad y emplear ciencia, tecnología y tiempo de forma que ofrezcan más y mejores servicios? ¿Cómo puede ayudar el contexto profesional, organizativo y social? En este capítulo daremos respuesta a ambas cuestiones, con consideraciones teóricas y con ejemplos varios para aplicar tanto en el trabajo por cuenta ajena como en el del profesional independiente. Consideraremos especialmente los cambios precisos en la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad.

## El aprecio social del médico de cabecera

Son servicios las intervenciones realizadas durante el encuentro profesional-paciente. Por ejemplo, el médico de cabecera cuenta con unos recursos específicos que le permiten “resolver” en el curso del encuentro gran parte de los problemas de salud de los pacientes mediante la prestación de servicios variados. El médico de cabecera puede, así, extirpar un probable epiteloma espinocelelular en el dorso de la mano de un paciente, y en el mismo encuentro realizar escucha terapéutica y una terapia psicológica rápida por la ansiedad del paciente. Son también servicios aquellos que permiten “responder” a todas las situaciones, como derivar al especialista para intervenir unas cataratas y, en una urgencia, seleccionar la mejor alternativa ante una electrocución, por ejemplo.

Los servicios se prestan en lo que técnicamente se llama encuentros, eventos de intervención profesional (en los que se gestiona información para ofrecer la mejor alternativa al paciente y/o se controla la evolución de la alternativa seleccionada), bien cara a cara (encuentros directos, en el despacho, en la casa del paciente, y en otros lugares como la

---

<sup>1</sup>Se llama médico de cabecera al médico más accesible y cercano, al médico “de la familia”, al que coordina el acceso y los servicios de los otros médicos especialistas. En muchos países se conoce al médico general por tal nombre; en otros su nuevo nombre es “médico de familia”. En todo caso, ser médico general o de familia es ser un especialista, con residencia médica obligatoria en los países de la Unión Europea, Australia, Brasil, Canadá, Nueva Zelanda y otros. Llamamos médico generalista al médico de cabecera, al médico general que atiende al paciente y a su familia en todos los casos y situaciones (en el consultorio y en el domicilio del paciente, antes de la cuna hasta después de la tumba, desde antes de la concepción hasta después de la muerte), y desde la salud a la enfermedad y que solicita el trabajo de consultor del médico especialista en situaciones episódicas que requieren tecnología o conocimientos específicos. El nombre de “médico de cabecera” alude a la visita a domicilio, a estar junto a la “cabecera” de la cama del paciente; también alude a consejero de la familia, que se frecuenta y aprecia. El médico general se transformó en “médico de familia” en los EE. UU., en la década de los 60 del siglo XX, por el rechazo del Comité de Especialización a reconocer como una especialidad lo que se dedicaba a lo general. El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en Brasil y en España y en otros países. Persiste el nombre oficial de médico general en el Reino Unido, Irlanda, Holanda, Noruega, Francia, Nueva Zelanda y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General de Familia (residencia de tres años, como mínimo). En España el pediatra actúa de médico de cabecera de los niños, y por ello en este texto se le incluye como médico de atención primaria, como un médico de cabecera más.



acera o la habitación de un hotel o de un hospital), bien encuentros indirectos (a través de un tercero y por carta, teléfono, Internet y otros)<sup>4</sup>.

Lo que se aprecia socialmente es que el médico de cabecera sea muy accesible, capaz de prestar servicios muy variados en el mismo momento del encuentro, y que establezca una relación a largo plazo con el paciente, su familia y la comunidad; es decir, se valora la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad.

El médico de cabecera “resuelve” la amplia mayoría de problemas que atiende, en el sentido de prestar servicios sin derivación, y “responde” a todas las situaciones que se le presentan, en el sentido de sugerir una solución, pues nunca puede quedarse “cruzado de brazos”, sin saber qué hacer. Para ello precisa de ciencia y de técnica y, en todo caso, de su propio tiempo que optimiza cuando ofrece al paciente las mejores alternativas según sus propias expectativas, con lo mejor de la ciencia y de la técnica según la necesidad y la situación. Tal médico, capaz de “resolver” variados problemas y de “responder” a todos cuenta con el aprecio social se convierte en una especie de “héroe” civil siempre añorado<sup>5-7</sup>. Este prestigio social debería compartirlo el médico de cabecera con los otros profesionales de primaria, pues con ellos logra gran parte de su capacidad de resolución y respuesta.

## Texto y contexto

El médico de cabecera incrementa el abismo entre eficacia y eficiencia si emplea su tiempo en actividades innecesarias, como recibir a los representantes farmacéuticos, cumplimentar gran parte de los requerimientos burocráticos o prescribir antibióticos en las infecciones víricas de vías respiratorias, o derivar una paciente con amenaza de aborto a urgencias por más que no haya signos de alarma, o cumplir con la rutina de la solicitud de una revisión “al año” por cáncer de colon. Disminuye el abismo cuando elimina “el lastre” de estas actividades sin fundamento y, al contrario, aplica a los pacientes que lo necesitan los servicios precisos; por ejemplo inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y beta-bloqueantes en los pacientes con insuficiencia cardíaca, la atención a domicilio que logra una muerte digna del paciente terminal, la prestación de atención familiar a los padres de un niño autista, o un antiinflamatorio en una cistitis probablemente vírica. En las 8 situaciones citadas el médico emplea ciencia, técnica y tiempo (el texto) en una organización privada o pública, con sus recursos y regulaciones (contexto). Es decir, emplea conocimientos, habilidades y actitudes apropiadas para aumentar su rendimiento, para producir más y mejores servicios, por sí mismo o a través de otro profesional de primaria, pero lo hace en una organización que promueve/limita su capacidad.

Los médicos, las enfermeras y otro personal auxiliar trabajan en un contexto profesional, organizativo y social “disperso” que resulta determinante para la prestación de servicios. Es fundamental que se entienda la atención primaria como la organización dispersa de prestación de servicios; así, los centros de salud y los consultorios pueden verse como “tecnología dispersa”, mientras los hospitales se pueden ver como “tecnología concentrada”, si creemos que la tecnología es lo más “visible” de los recursos y de los servicios prestados<sup>8</sup>. Por supuesto, también se “dispersa” el personal en primaria, contra la concentración del mismo en el hospital. Tal dispersión es básica, para poner los recursos personales y tecnológicos cerca de los pacientes y familias, pero tiene sus inconvenientes, de forma que requiere una

gestión apropiada. Además de la dispersión, importante para la productividad por la falta de una “economía de escala”, el contexto permite valorar apropiadamente el rendimiento, que no puede ser el mismo, por ejemplo, en España que en Guinea Ecuatorial, por la distinta disponibilidad de recursos y por la situación social consecuencia del desarrollo económico. En general, la revolución digital está acercando y personalizando la producción y los servicios, en la misma forma en que lo hace de siempre la atención primaria; convendría, no obstante, “sumarse al carro” y llevar la nueva tecnología al centro de salud y al domicilio del paciente, para aumentar la eficiencia y aprovechar el impulso de dicha revolución digital<sup>9,10</sup>.

El contexto es clave, pues, para la prestación de servicios, para la productividad y para medir el rendimiento. Determinados recursos facilitan el buen trabajo; otros lo anulan. Por ejemplo, el trabajo en equipo “orgánico” (la “plantilla”) conlleva la dejación de funciones en que todas las atribuciones se discuten, y el “no es mío” puede llevar la productividad a casi cero. En caso contrario, con equipos “funcionales”, la delegación de funciones permite optimizar lo mejor de cada profesional, que además “hace manos” y mejora su “pureza de raza”. Así, en Suecia las enfermeras de primaria colocan los DIU, lo que libera tiempo para el trabajo de los médicos. No se trata solo de los conocimientos, técnicas y habilidades de las enfermeras suecas, sino de un entorno que facilita su trabajo, atribución de funciones, suministro del material y soporte legal incluidos.

## Accesibilidad

Para aumentar la productividad, para ofrecer más y mejores servicios apropiados según la necesidad, se precisan cambios en la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad que ofrecen el médico de cabecera y los otros profesionales de primaria<sup>11</sup>. Es decir, se trata de ofrecer servicios sin barreras (geográficas, administrativas, monetarias, culturales y otras), por el profesional apropiado, capaz de “responder” a muy variadas situaciones por contar con apropiados conocimientos, habilidades y actitudes, y que se comprometa a lo largo de la vida con los pacientes, familias y comunidades. El objetivo es conseguir la máxima calidad, la mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el lugar y el momento adecuado, por el profesional apropiado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible<sup>12</sup>.

El debate en torno a la accesibilidad suele estar viciado por centrarse fundamentalmente solo en dos cuestiones: el co-pago monetario y los encuentros cara a cara. Naturalmente estas dos cuestiones son importantes, pero no deberían excluir otras como el copago en tiempo y los encuentros indirectos. Así, un equipo “funcional” que agrupe a médicos de cabecera y a otros profesionales de primaria puede ofrecer acceso coordinado y continuado (día y noche, y todo el año), con un copago en tiempo adecuado a la necesidad y a la urgencia, y con encuentros indirectos si es conveniente. En el extremo opuesto, y muy frecuente en España, la falta de accesibilidad lleva a “colas” de días y hasta más de una semana para ver al propio médico de cabecera<sup>13</sup>. Tal barrera administrativa transforma al médico en un especialista de pacientes crónicos, estables y “obedientes” (para cumplir con el ritual de las citas); estos suelen ser los pacientes que menos servicios precisan de un médico (si acaso, de un auxiliar prudente).

La delegación de funciones (de conocimiento, habilidades, tiempo y poder) libera a los profesionales de tareas que disminuyen su “pureza de raza” (y su autoestima), y aumenta el rendimiento de la atención primaria<sup>14</sup>. En la renovación es clave la mejora de la accesibilidad, para disminuir el copago en tiempo; para ello lo fundamental es “emparejar” la situación y el paciente con el profesional adecuado, y decidir si merece un encuentro cara a cara (más costoso, a restringir) o indirecto (menos costoso, a fomentar como alternativa). Por ejemplo, los previsible vómitos de un paciente terminal, en la madrugada de un domingo pueden llevar a una consulta telefónica del familiar-cuidador a su médico de cabecera, quien tiene oportunidad de tranquilizar y recomendar un cambio en la medicación, si es conveniente, y “esperar y ver”. En otro ejemplo, el administrativo amable, prudente y bien formado sabe que los “chequeos” son inútiles y puede guiar y orientar al paciente nuevo que quiere “un chequeo” sin más, en encuentro directo (más importante, por ejemplo, si el paciente es analfabeto) o indirecto (más fácil en un joven “nativo digital”). La accesibilidad debería ser adecuada a las necesidades y características de los pacientes, con especial atención a aquellos que tienen más dificultades para cumplir citas, como trabajadores por cuenta ajena, drogadictos, vagabundos y otros marginados, adolescentes y demás. Esta flexibilidad que facilita la accesibilidad en todo lo posible es característica básica en atención primaria. Los sistemas de citas automatizados y/o en centros de llamadas (*call centers*) carecen de capacidad para hacer lo que un administrativo competente realiza<sup>15</sup> sin darse cuenta: [tras identificar la llamada por el tono de voz y la forma de hablar, sin pedir más datos ni siquiera el nombre, solo unos segundos de charla de cortesía y confirmar que quiere consulta para su hija] “Entonces, Luisa ¿la consulta para su niña como siempre, sobre las cinco y media, antes de volver a casa?”

La accesibilidad debería medirse en la práctica, para valorar la accesibilidad “efectiva”. Es decir, para asegurarse que se facilita el acceso preferente a los pacientes que más lo necesitan (que a veces hay que buscar activamente). En general, los servicios sanitarios, incluyendo los de primaria, se *okupan* por un pequeño porcentaje de pacientes y solo en parte se puede justificar tal *okupación* (muchas veces no son pacientes complejos, sino sanos con “complejo de pacientes”). Conviene ahuecar las agendas mediante la revisión de la utilización por los “grandes utilizadores”, para resolver sus problemas de forma adecuada y lograr que no sobrecarguen las agendas de los distintos profesionales para facilitar la accesibilidad “efectiva” según la necesidad<sup>16</sup>.

## Polivalencia

La polivalencia del médico general y de los otros profesionales de primaria depende del texto y del contexto<sup>17</sup>. Así, son muy importantes los “usos y costumbres” y los ámbitos de poder, y hoy en España pocas pacientes esperan que su enfermera de primaria les coloque un DIU, o que su médico de cabecera les tome una muestra vaginal y la examine al microscopio para buscar tricomonas. En otro caso, el “síndrome del barquero” explica la retención de situaciones y pacientes por profesionales más cualificados cuando la ciencia y la tecnología permitiría su transferencia a profesionales menos cualificados (cuyo tiempo es más barato, y su preparación más apropiada para ello)<sup>18</sup>. Los unos son ineficientes pues detraen tiempo valioso que podrían dedicar a otras situaciones y pacientes (además, no “hacen manos” y pierden “pureza de raza” y autoestima) y los otros también son ineficientes pues

ni mantienen, ni adquieren nuevas responsabilidades para las que están preparados (lo que también disminuye su autoestima).

El objetivo es llevar el máximo de polivalencia hasta el propio paciente, y a su domicilio (de la planta del hospital al consultorio-centro de salud, y de aquí al domicilio del paciente)<sup>19</sup>. Buen ejemplo en los diabéticos es el uso de la determinación de glucemia en los pacientes insulino-dependientes, por el propio enfermo, y el empleo del glucagón por un familiar conviviente en situación de coma hipoglucémico. En otro ejemplo, el control del peso y de los edemas por el paciente anciano analfabeto con insuficiencia cardíaca recluido en el domicilio, y su seguimiento por la familia con cambios apropiados en la dosis de diuréticos.

El uso racional de la tecnología y de los nuevos conocimientos debería incrementar el rendimiento, de forma que cada profesional pueda prestar los más variados servicios al máximo de su capacidad. Ya hemos citado la implantación de los DIU por enfermeras, que también pueden realizar rectoscopias; así mismo, cabe citar otros muchos servicios como cirugía menor por el médico de cabecera, retinografía con cámara no miótrica por el auxiliar de clínica, ecografía diagnóstica en la consulta médica, el consejo contra el tabaco por el paciente “experto”, el seguimiento del paciente con anticoagulación por el farmacéutico comunitario (de oficina de farmacia) y por la familia y el propio paciente, la aplicación a domicilio de quimioterapia por el médico de cabecera y la enfermera y otros. Se trata de lograr la máxima polivalencia de todos los profesionales, y que no se oiga el típico “esto no es mío” (en donde prima la “plantilla” y el “equipo orgánico”), pues lo que precisa un paciente justifica la acción del profesional más pertinente.

De hecho el objetivo es que el paciente en su silla consiga en primaria todos los servicios posibles y convenientes en el momento, con los profesionales “girando” a su alrededor (y lograr que el paciente no vaya dando giros alrededor del sistema sanitario y sus profesionales). En un ejemplo, sea un niño que acude de urgencias por una herida, que es suturada por la enfermera tras valoración médica; puesto que le falta un mes para la vacuna se comenta con la madre que le acompaña y se procede a la vacunación; además, tiene un incisivo de leche a punto de caerse, de modo que el auxiliar se lo extrae con suavidad; la madre comenta que “no duermo nada desde hace tres meses”, y el médico de cabecera le dedica una consulta corta, de 5 minutos, donde aclara que está en proceso de separación; el médico le prescribe una serie breve de somníferos y le da cita para dentro de una semana en horario conveniente para la paciente, para una consulta de media hora.

Por supuesto, la accesibilidad es necesaria para que la polivalencia ayude a incrementar la productividad<sup>20</sup>. Es decir, el potencial productivo de la polivalencia de los profesionales de primaria solo puede ponerse en práctica si hay acceso conveniente a dichos profesionales<sup>21</sup>. La polivalencia depende sobre todo del conjunto de recursos materiales (de la tecnología), de las habilidades para emplearlos y de las regulaciones al respecto, pero se complementa con un acceso bien organizado. Por ejemplo, el tener material para sutura (hilo, pegamento de cianocrilato, tijeras, pinzas, mosquitos y demás) es básico para que la enfermera pueda tratar las heridas, pero si su agenda no admite huecos para urgencias será imposible prestar este servicio. En otro ejemplo, sin morfina, adrenalina, ácido acetilsalicílico, oxígeno, estreptoquinasa y electrocardiógrafo se puede dar pobre respuesta al paciente con probable infarto de miocardio, pero contar con tal material exige capacitación del médico de cabecera y del personal de primaria para prestar un servicio apropiado. En el caso de los pacientes con úlceras crónicas, la buena limpieza quirúrgica a fondo exige

material como crema anestésica (con lidocaína), pero sobre todo profesionales capacitados para prestar tal servicio, con una agenda flexible. En los pacientes a domicilio el cabás del médico bien surtido permite ofrecer atención tanto a urgencias como a pacientes crónicos recluidos en su casa, pero hay que “efectivamente” hacer los avisos, a diario y a ser posible por el propio médico de cabecera del paciente<sup>22,23</sup>. Este ejemplo sirve para dar énfasis a la atención a domicilio, importante en primaria y para la sociedad. De hecho, hay que ver el hogar como un lugar de prestación de servicios, y no solo para pacientes recluidos en el domicilio<sup>24</sup>.

Hoy, en España, es frecuente que los médicos de cabecera y las enfermeras de primaria hagan solo un día de avisos a domicilio a la semana; también es frecuente que se turnen para hacer un día de urgencias semanal y en ambos casos atender a los pacientes propios y de todos los compañeros (incluso hay centros donde las enfermeras, además, se turnan para las curas de pacientes crónicos, de modo que puede suceder que quien precise una cura diaria vea a 5 profesionales distintos a la semana). Con ello se dificulta el acceso al profesional “natural”, y se disminuye la longitudinalidad.

Hay campos “abandonados” por la primaria, que conviene recuperar en un movimiento de renovación que busque salvar el abismo entre eficacia y efectividad, que permita prestar servicios según la necesidad cerca del domicilio del paciente<sup>25</sup>. Por ejemplo, servicios de cirugía (extirpación de cánceres de piel, tratamiento de abscesos glúteos y de hemorroides infartadas, por ejemplo), ginecología y obstetricia (seguimiento del embarazo y tratamiento de las bartolinitis, por ejemplo), de infecciosos (atención a pacientes con sida, o con tuberculosis, por ejemplo), de Pediatría (“desde antes de la cuna hasta después de la tumba”), de Odontología (diagnóstico y tratamiento de caries, por ejemplo), Oftalmología (diagnóstico y seguimiento de hipertensión ocular y extracción de cuerpos extraños corneales, por ejemplo), Traumatología (infiltraciones e inmovilizaciones en esguinces y en fracturas, por ejemplo), Salud mental (atención a drogadictos, por ejemplo) y terminales (cuidados paliativos a domicilio)<sup>26</sup>.

## Longitudinalidad

En la atención clínica el profesional maneja información en parte “reglada” (la anamnesis, la exploración física y el resultado de pruebas diagnósticas varias, por ejemplo) y en parte informal, lo que llamamos “blanda” y que a veces “se graba” en la memoria del profesional sin que lo perciba, pero que tiene gran impacto en sus decisiones clínicas. Los datos blandos en atención primaria constituyen un acervo inmenso, que se incrementa con el paso del tiempo y que ayuda a decidir más rápida y apropiadamente<sup>27</sup>. Además, y en un círculo virtuoso, cuanta más información tenga el médico de cabecera, cuanto más conozca al paciente, a su familia y a su comunidad, con mayor facilidad aportará el paciente más información apropiada, por la relación personal de confianza. Así, es fácil que el paciente hable con serenidad de su vida sexual y/o sentimental, campos de más fácil consideración si hay una buena longitudinalidad y que pueden ser determinantes para una atención correcta, por ejemplo, en la ansiedad de una mujer sexualmente insatisfecha, o en la valoración de unas ronchas rosáceas cutáneas palmares en un varón promiscuo. El objetivo es ofrecer servicios centrados en la persona (y en la familia) teniendo en cuenta la complejidad de su peculiar modo de enfermar; se trata de evitar los servicios centrados en el paciente, la enfermedad o el factor de riesgo y de rechazar la atención según un algoritmo, guía, protocolo o tabla<sup>28</sup>.

Longitudinalidad es la prestación de servicios variados a lo largo de la vida por el mismo profesional, con el que se establece una relación de confianza, así como el reconocimiento por la población y los pacientes del médico de cabecera como “fuente de cuidados”, con el que se consulta en primer término<sup>29</sup>. El médico de cabecera puede llegar a ofrecer, por ejemplo, atención al padre “novicio”, angustiado por su inexperiencia en el cuidado de un bebé, a quien conoció siendo recién nacido, por seguir el embarazo y atender el parto de su madre. Con ello acumula un crédito que genera prestigio y buena reputación de los profesionales de primaria. También da crédito y ayuda a conocer el entorno doméstico del paciente, la realización de avisos a domicilio, expresión de rotura de las barreras geográficas, sobre todo por el propio médico del paciente, tanto a crónicos reclusos a domicilio como a demanda.

Solo se puede lograr un alto grado de longitudinalidad si el profesional permanece en su puesto de trabajo por décadas, y si ofrece múltiples servicios (polivalencia) con facilidades de acceso. Es decir, en la mejora del rendimiento y en la renovación de la práctica clínica se concatenan la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad. Por supuesto, los pacientes aprecian de forma distinta estas tres características, según sus circunstancias personales. Por ejemplo, para un joven con trabajo inestable y vida sincopada, con perspectiva de emigrar a Alemania, lo que cuenta es la accesibilidad con un profesional polivalente cualquiera que “resuelva” su paroniquia “en el momento”. Otra cosa es el paciente que se jubila y se traslada a vivir con sus hijos a una nueva ciudad, donde aspira “a morir”, y pretende una atención longitudinal con el médico de cabecera para esos años finales de su vida. El buen médico de cabecera maneja apropiadamente las tres características para ofrecer sus servicios.

Hay pautas organizativas que pueden romper completamente la longitudinalidad; por ejemplo en algunos centros de salud de Finlandia, los enfermos son distribuidos cuando llegan al médico de cabecera disponible, un poco al azar y sin ánimo de que se establezca relación personal entre profesional y paciente. También rompen la longitudinalidad los contratos “a meses” (a veces “a semanas, días e incluso horas”) en España, para plazas públicas de médico de familia que no se sacan a oposición. Así mismo, disminuye la longitudinalidad el que no haya un médico de cabecera “asignado”, para que cuando falte un compañero se haga cargo prioritariamente de sus pacientes (por ejemplo, que en las vacaciones se “turnen” de manera que el paciente no acaba con el médico “que le toque”, sino en general con uno ya conocido, el “asignado de siempre”).

La longitudinalidad mejora en la consulta el manejo de la incertidumbre y del tiempo<sup>30</sup>. La longitudinalidad ayuda a aumentar la probabilidad pretest a muy bajo coste. Así, la información acumulada y la confianza del paciente permiten tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas, o soslayar decisiones en espera de más y mejor información que permita seleccionar una alternativa más eficiente<sup>31-33</sup>. Por ejemplo, ante el dolor abdominal de una niña en la que se sospecha la menarquia, y que si no se maneja bien lleva incluso a la laparoscopia en urgencias. La buena relación con la niña y su familia permite compartir dudas y trabajar con lógica y “esperar y ver” (si hay accesibilidad que facilite el seguimiento del caso). En otro ejemplo, el conocimiento del alcoholismo de un varón permite orientar prontamente su cefalea del lunes, por la borrachera del fin de semana en las fiestas patronales. Por supuesto, el buen médico general considerará apropiadamente otras alternativas, para no caer en “lo fácil” y facilitará el acceso aconsejando adecuadamente sobre los “signos de alarma” que transforman los ejemplos previos en, respectivamente, saturnismo (la familia vive en una casa centenaria y la niña padece “pica”, y come la pintura)



y meningitis por complicación de otitis crónica (los pacientes también pueden tener varias enfermedades, y el manejo de la “navaja de Occam” conviene verse atemperado en la práctica clínica al recordar la “triada de Saint”<sup>11</sup>).

En la longitudinalidad lo clave son los valores con los que se ofrece el tiempo del profesional, especialmente el compromiso personal a largo plazo del médico de cabecera con sus pacientes y con su población. Es decir, la dedicación de su tiempo profesional global (en último extremo de “su vida”, sin que ello implique la dedicación literal a tiempo completo) a unos pacientes concretos, a sus familias y a su comunidad. Esos valores los perciben los pacientes, especialmente el compromiso para ofrecer longitudinalidad y coordinación de cuidados. Sin ellos, por ejemplo, el médico de cabecera deviene en “el de turno”, en expresión del paciente “el que me ha tocado hoy”. Es imposible ofrecer una longitudinalidad permanente, las 24 horas del día los 365 días del año, pero entre el 100 y el 0% de longitudinalidad hay porcentajes razonables y posibles.

La “rotación” de los médicos (su traslado), que reduce la longitudinalidad a cero, es más fuerte en los sistemas de provisión pública, como en España y en Brasil, y más infrecuente donde el médico tiene que “construir” su cartera de pacientes, como en Alemania, Dinamarca y Noruega, por ejemplo.

A su vez, favorece la longitudinalidad el pago por capitación (que implica siempre la lista de pacientes y el papel de filtro), como en las ya citadas Dinamarca y Noruega, y en Nueva Zelanda y el Reino Unido. La lista de pacientes va unida al papel de “filtro” para la atención especializada, distribuye a los médicos de cabecera por toda la geografía y asigna un cupo a un profesional, y los pacientes identifican a “su” médico de cabecera de la misma forma que el médico identifica a “sus” pacientes<sup>34,35</sup>.

Lamentablemente, empieza a ser frecuente la existencia de las *patient lists* en las que se agrupa a los distintos “cupos” de los médicos que se asocian para trabajar en un centro de salud en el Reino Unido, y esto disminuye la longitudinalidad, pues la adscripción del médico de cabecera es solo formal. En su extremo este movimiento podría llevar a la despersonalización típica de los centros de salud de Finlandia, donde el paciente es citado para ser visto por cualquier médico disponible, no por “su médico” (figura inexistente). El paciente termina identificando al centro de salud (la estructura física) como la fuente de cuidados, no a ningún profesional concreto. En esta situación es clave estudiar el impacto en la longitudinalidad, la calidad del acceso y del proceso de atención y el efecto en los resultados, en la salud de individuos y poblaciones. Como es lógico, cabe adaptar la longitudinalidad a la situación y deseos del paciente; no será lo mismo en una paciente que acude por una herida incisa en la pierna (consecuencia de un accidente doméstico) que para un anciano con descompensación de su enfisema pulmonar por infección respiratoria, que para un paciente con depresión grave que presenta bruscamente parestias. Repetimos, entre el 100 y el 0% de longitudinalidad hay porcentajes razonables y posibles.

---

<sup>11</sup>El término “navaja de Occam” se refiere al principio de la economía o de la parsimonia, a que “la pluralidad no se debe sugerir sin necesidad”, en el sentido propuesto por el franciscano Occam (siglo XIV). Es decir, se debe preferir una causa que explique los varios síntomas y signos del paciente. Por otro lado, el cirujano sudafricano Saint enfatizó en el siglo XX la posibilidad de que un paciente presentara simultáneamente varios problemas de salud que explicaran el conjunto de sus síntomas y signos; su “triada” se refiere a la coexistencia de hernia hiatal, litiasis biliar y diverticulosis de colon. Se atribuye a Hickam el dicho de que “un paciente puede tener al tiempo las enfermedades que le dé la gana”.

## Coordinación

La longitudinalidad implica la coordinación de los cuidados que prestan los demás especialistas, de ambulatorio y hospital (urgencias incluida), del sector privado y del público, así como con los farmacéuticos comunitarios, y con otros servicios (sociales, ayuda a domicilio, refugios, comedores, policía y demás). El médico de cabecera debería ser el decisor último en, por ejemplo, las medicaciones crónicas de los pacientes. Así, una paciente puede recibir los mejores cuidados para sus enfermedades del nefrólogo (nefroesclerosis), neurólogo (Parkinson), traumatólogo (artrosis de cadera) y ginecólogo-oncólogo (recidiva de cáncer de mama), pero puede ser mortal de necesidad la mezcla de las pruebas diagnósticas y sobre todo de la medicación prescrita por todos ellos. Coordinar y ofrecer longitudinalidad depende del texto (ciencia, técnica y valores del médico de cabecera) pero sobre todo del contexto (“usos y costumbres”, normas y legislación, organización, incentivos, sistema de información, historia clínica electrónica, crédito profesional y demás)<sup>36,37</sup>.

En España, por ejemplo, la reforma de la atención primaria en 1984 fue “pro-contenido”, en el sentido de mejorar la estructura física y el contenido material de los centros de salud, más la formación de los profesionales y sus condiciones de trabajo. Con ello cabe esperar, en el mejor de los casos, una mejora de la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad. Pero la reforma no transfirió “poder” a los médicos de cabecera en el sentido de capacidad de coordinación. Tal poder se demuestra en el Reino Unido, por ejemplo, cuando el dermatólogo hospitalario que quiere ser visto en su hospital por su compañero oftalmólogo precisa visitar a su médico de cabecera para obtener la derivación apropiada (que conlleva la transferencia del presupuesto correspondiente). Incidentalmente, este poder en el Reino Unido surge y se mantiene por una cultura de transparencia y cumplimiento de las normas, que incluyen el respeto a la figura del médico de cabecera y el evitar ventajas por ser médico del sistema sanitario.

Buen ejemplo de la falta de reforma “pro-coordinación” es la implantación de historias electrónicas “únicas” en España, que se comparten por todos los profesionales del sistema de las distintas Comunidades Autónomas<sup>38,39</sup>, y en las que los especialistas pueden introducir medicación a su buen criterio, sin necesidad del plácet del médico de cabecera correspondiente, con negativas consecuencias para la salud de los pacientes. La historia clínica electrónica “única” no logra sus ambiciosos objetivos<sup>40</sup>, e implica un gran derroche de tiempo y dinero; por ejemplo, solo debería compartirse información seleccionada (“datos básicos mínimos”), en torno al 5% del total contenido en la historia clínica electrónica. La revolución digital<sup>III</sup> es apenas visible en el sistema sanitario; ha llegado a otras organizaciones que prestan también servicios, como el sector financiero, pero en sanidad lo que se implanta, salvo excepciones, es pedestre. Se está perdiendo la oportunidad de producir y ofrecer servicios dispersos y muy adaptados al paciente, típico de la atención primaria.

---

<sup>III</sup> Se considera que la primera revolución fue la industrial, de finales del siglo XVIII y primeros del XIX, representada por la fábrica como lugar de producción y trabajo, concentrando a los trabajadores en torno a máquinas movidas por energía mecánica. La segunda, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, se refiere a la mejora de las comunicaciones con el tren, el barco a vapor, el teléfono y el telégrafo, la ampliación de mercados, las mejoras en la producción y la apertura de nuevas fábricas con innovadores productos, como la máquina de coser o la típica producción en cadena con energía eléctrica, bien representada por la fabricación de automóviles. La tercera revolución, la digital, a finales del siglo XX y comienzos del XXI, permite mediante el uso de la electrónica la optimización de procesos de producción y la prestación de servicios dispersos y cercanos y “ajustados” al cliente.



La longitudinalidad facilita la coordinación entre clínica y salud pública, pues permite “trasladar” las acciones de salud pública pertinentes hasta los pacientes, las familias y las comunidades a través de sus “profesionales naturales”, en los que confían y quienes les conocen, con la potencia que ello tiene para transmitir información y cambiar conductas (si se pretendiera). Por ejemplo, ante situaciones de casi pánico como las generadas durante la pandemia de gripe A, de 2009-2010. Esta coordinación permitiría asignar responsabilidades en servicios de salud pública al profesional y al nivel más eficiente. En España, en la actualidad, los profesionales de primaria ofrecen muchas veces servicios clínicos individuales que deberían prestar los profesionales de salud pública a las poblaciones en forma de servicios a la colectividad.

La necesidad de coordinación crece con la complejidad de los problemas del paciente. Así, por ejemplo, es muy importante en el paciente vagabundo, esquizofrénico y diabético, por más que justo sea casi imposible coordinar los servicios en tales pacientes. La coordinación tiene contenido científico y práctico; es decir, implica la suma de conocimientos y habilidades, pero también el seguimiento del paciente (saber en cada momento “dónde” está el paciente). Por ello, en la coordinación puede desempeñar un papel central todo profesional, e incluso un “paciente experto”, o un familiar sereno. Lo importante es que el paciente tenga confianza en el “coordinador principal”, que puede ser su médico de cabecera, su enfermera, su asistente social, un administrativo, un familiar o un “paciente-experto” y a quien el paciente tiene fácil acceso. En lo práctico es clave evitar repetición de pruebas y derivaciones innecesarias, y aplicar solo aquello que más beneficia al paciente. Por ejemplo, supongamos una hipoglucemia grave en el paciente considerado, que vive en la calle, donde pierde el conocimiento; entre sus papeles está el nombre y forma de contacto del “coordinador principal”, un “paciente experto”, con quien se pone en contacto el servicio de urgencias que ha acudido a atender al paciente, requerido por un viandante. Mientras el paciente llega a urgencias el “cuidador principal” le está ya esperando allí y ha hablado con el personal sobre la situación del paciente, que puede tomar contacto con su médico de cabecera para decidir acerca de la medicación y de su atención social. Se trata de evitar la fragmentación de la atención, y de ofrecer lo mejor y más necesario a cada paciente; en los pacientes complejos esto es fundamental<sup>41</sup>.

## Prevención cuaternaria y equidad clínica

La renovación clínica práctica debería ser una decisión fundada y firme, tanto si se hace a título individual como colectivo, por parte de la profesión o a instancias de la organización, en el trabajo por cuenta ajena o como profesional independiente. Por ello, lo primero es buscar la solidez en la decisión, de forma que se trabaje sobre una base fuerte del estilo del “pienso luego existo” (*cogito ergo sum*) de Descartes, salvando las distancias. La renovación debería sustentarse en principios que permitan mantener la decisión más allá de una duda razonable, por más que nunca haya certezas. Por ello proponemos el *primum non nocere* como ancla donde fijar la nave de la renovación. Es decir, se trata de trabajar con prevención cuaternaria, de evitar, atenuar y paliar el daño que produce la actividad sanitaria, lo que exige una actitud decidida de prestar servicios apropiados según la necesidad (y no según la capacidad de pago, ni la disponibilidad de tiempo, ni la conducta de demanda de atención)<sup>42</sup>. Este aspecto de prestación de servicios según la necesidad se refiere a la

equidad en la atención clínica (en el acceso y en el proceso) y sería el segundo principio básico de la renovación práctica de la consulta clínica del médico de atención primaria<sup>43</sup>. Es decir, se trata de evitar el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos, en lo que se refiere a los servicios prestados por el médico de cabecera y otros profesionales de primaria.

El tercer y último principio básico es ser tan “generalista” como se pueda y sea conveniente. Es decir, hacer de la polivalencia santo y seña del trabajo en atención primaria. Por ello hay que rehuir de los “intereses especiales”. Por ejemplo, hay que evitar que un médico de cabecera se dedique a cirugía menor “especialmente”, para sus pacientes y para los de sus colegas, o que haya una enfermera “especializada en úlceras de diabéticos”. Estos “intereses especiales” destruyen la atención primaria y nunca se han demostrado sus beneficios<sup>44,45</sup>.

Los tres principios (prevención cuaternaria, equidad en la clínica y generalismo) se refieren a la prestación de servicios que eviten la atención biológica, fragmentada e inadecuada, por su repercusión en la salud de pacientes y poblaciones. Por ejemplo, no basta con ser más accesible a los vagabundos y marginados, si después no se les ofrecen los servicios que precisan en ese momento (en cantidad y en calidad, con la mayor polivalencia posible), si no se organiza una atención longitudinal (con algún profesional de referencia, un “coordinador principal”, especialmente cuando carecen de documentación) y si los cuidados no se coordinan (en estos pacientes, sobre todo con los servicios de urgencia y con los servicios sociales y otros). Se trata de evitar la atención biológica, fragmentada e inadecuada, a la que se enfrentan sistemáticamente, por ejemplo, los pacientes oncológicos, que quedan “colgados” de los especialistas durante años, incluso si evolucionan bien, para revisiones rutinarias que no aportan salud alguna. En muchos de estos pacientes conviene, incluso, la quimioterapia a domicilio, por personal de primaria en colaboración con los oncólogos, como ya hemos mencionado (esto puede ser clave en niños, para mantenerlos en el hogar familiar, y en ancianos, para no hacerles perder la razón con el aislamiento en el hospital).

Sobre estos tres principios, y para ser práctico, el médico general/de familia debería centrarse en la morbilidad y en la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE)<sup>46</sup>. Las otras causas de morbilidad y mortalidad le pueden interesar como ciudadano, pero su contrato social exige dar respuesta a las MIPSE. Por ejemplo, se abusa de los antibióticos en múltiples campos (medicina, ganadería, acuicultura y otros), y eso conlleva daños varios. La morbilidad y la mortalidad provocada por las resistencias bacterianas depende en gran parte del uso inapropiado de los antibióticos en las consultas de primaria<sup>47</sup>. No se precisa de mayores estudios para que el médico de cabecera decida renovar su práctica clínica, perfeccionar su prescripción de antibióticos y lograr en España un perfil similar al de los países nórdicos, por ejemplo, donde el uso de antibióticos en atención primaria se basa todavía en la fenoximetilpenicilina<sup>48</sup>. Se puede mejorar la indicación y uso de antibióticos en los pacientes con infecciones de vías respiratorias altas y bajas (faringitis, amigdalitis, bronquitis y otras), en la otitis media, en las infecciones urinarias y en otras infecciones; por ejemplo, en las heridas y en la cirugía menor. Se trata de no utilizar antibióticos, en general, y en su caso de seleccionar la mejor alternativa, como la fenoximetilpenicilina en las amigdalitis agudas y furantoína o trimetopín en las infecciones urinarias. Además, claro, el médico de cabecera debería seguir las sencillas pautas de higiene, como lavarse las manos tras explorar a los pacientes.

## La renovación sin dilación (por existir prácticas clínicas “manifiestamente mejorables”): ejemplos varios

El caso de los antibióticos demuestra bien el uso incorrecto por exceso y por defecto. Así, al tiempo de las resistencias bacterianas por un sobreuso español que destaca en el mundo desarrollado, se demuestra la selección errónea de antibióticos y dosis, y al tiempo la muerte “diferencial” de los pacientes de clase baja por enfermedades infecciosas (en España el triple respecto a la clase alta)<sup>49</sup>. Es decir, la necesidad de mejora es manifiesta, sin más estudios. Se precisa prevención cuaternaria y equidad clínica.

De la misma forma, no se precisan más estudios para renovar la atención y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca, donde la atención biológica y fragmentada termina llevando a los pacientes a urgencias (y a la tumba); por ejemplo, se precisa una mayor implicación de la enfermera de atención primaria, no solo con su ciencia y técnica, sino sobre todo con tiempo, con valores, con accesibilidad para encuentros indirectos (teléfono y otros medios) que faciliten el apoyo al paciente y a su familia, además del fomento de los encuentros directos a domicilio<sup>50</sup>.

En otro ejemplo, de necesaria renovación de práctica clínica, todo aquello que se refiere a la prestación de servicios que mejoren la atención de los pacientes con ingresos hospitalarios por situaciones y problemas de salud potencialmente evitables por la atención primaria, desde deshidratación a asma<sup>51</sup>. En este campo es muy mejorable el trabajo del médico de cabecera, y sobre todo el de la enfermera de primaria.

Existen estudios suficientes, también que justifican la renovación respecto a la prestación de servicios a los pacientes diabéticos, especialmente para evitar-retrasar graves complicaciones, como ceguera, úlceras tórpidas, amputaciones y comas hipoglucémicas<sup>52</sup>. Es clave tanto la coordinación de cuidados (con especialistas y con urgencias) como la mejora de la atención ambulatoria, que depende en mucho de las enfermeras. Lamentablemente, muchos pacientes diabéticos “dependen” de los endocrinólogos, que no pueden prestar servicios con longitudinalidad, y por el contrario, otros que “dependen” de primaria y no reciben cuidados adecuados a sus necesidades como diabéticos.

El aumento de las muertes en los hospitales y otros datos cualitativos demuestran la necesidad de mejorar la atención a pacientes terminales que deseen morir en su domicilio, lo que requiere mejora de la accesibilidad, polivalencia y longitudinalidad para facilitar una buena atención y controlar adecuadamente el dolor, por ejemplo, y en algunos casos servicios especiales, como diálisis peritoneal por el personal de primaria (si acaso en colaboración con paliativos y/o nefrólogos en algunos casos especiales).

También es un campo de necesaria mejora la atención a los pacientes con dolor de espalda, desde el cuello al cóccix. Se suelen utilizar en exceso y sin fundamento científico los métodos diagnósticos por imágenes, la terapéutica farmacológica y quirúrgica y las pautas de rehabilitación. La atención resulta fragmentada y frustrante, con graves consecuencias en salud. Los médicos de cabecera pueden mejorar en mucho este proceso de atención sumando conocimiento y tiempo de atención para moderar la actividad médica innecesaria en el dolor de espalda inespecífico.

Desde luego, donde no hay dudas sobre la necesidad de una renovación profunda en primaria es en el campo de las enfermedades mentales. Una depresión grave, una esquizofrenia, un Alzheimer, un autismo o una psicosis maníaco-depresiva (trastorno bipolar)

suelen dejar al paciente desarbolado y al albur. Los servicios que se prestan se coordinan apenas, o nada, y los pacientes dependen de primaria escasamente, con poca o nula longitudinalidad. Los enfermos lo pagan con MIPSE y una menor expectativa de vida. Son pacientes “complejos” que se estrellan con un sistema sanitario demasiado simple como demuestra la enfermedad mental, especialmente cuando se añade enfermedad orgánica (crónica como diabetes o cáncer, y aguda como apendicitis o neumonía), minusvalía (ceguera, sordomudez y otras) y problema social (familia desestructurada, pobreza, desempleo y demás).

Por último, señalar la necesidad de una renovación que lleve al mejor uso de la radiología diagnóstica, pues en la actualidad se sobreutiliza con graves consecuencias para la salud, tanto por las “cadenas” diagnósticas y terapéuticas que inicia como por los daños que conlleva la irradiación, especialmente en niños.

## Más contrato curativo y menos preventivo

La introducción de los conceptos de “factor de riesgo” y de “pre-enfermedad” ha tenido graves consecuencias para la atención clínica, por su impacto en el conjunto de las actividades sanitarias. Aparentemente, todo se puede “prevenir” y los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos gobiernan el trabajo de los profesionales y las vidas de los pacientes (para conseguir indicadores “normales”, cada vez más rigurosos, hasta convertir en enfermos a casi el 100% de la población según pautas biométricas de definición categórica).

En algún cálculo se llegan a atribuir tantas horas a la prevención “necesaria” que apenas quedaría tiempo para las actividades curativas, por más que escaseen los estudios para poder priorizar tales propuestas preventivas según su impacto en la carga de morbilidad y mortalidad (y aplicadas durante el encuentro clínico habitual). En todos los niveles y profesionales la prevención ocupa tanto tiempo y dedicación que apenas hay tiempo para las actividades curativas. Estas se ven como el fracaso de la Medicina, especialmente cuando se trata de la muerte; además, se supone siempre que “es mejor prevenir que curar”, e incluso más barato. Todo ello tiene poco fundamento científico y supone un problema ético, especialmente con respecto al principio de “justicia”, pues generalmente se transfieren recursos de ancianos a jóvenes, de enfermos a sanos, de analfabetos a universitarios y de pobres a ricos<sup>53</sup>.

Se precisa una renovación de la primaria que dé el valor que tienen las actividades curativas, siempre necesarias, y núcleo del contrato de los médicos con la sociedad (responder al sufrimiento, el dolor, la enfermedad y la muerte, a petición del propio paciente y/o sus familiares, con la implícita aceptación de los daños asociados a los beneficios). Tal renovación debería atribuir un lugar apropiado a las actividades preventivas (generalmente ofertadas por los profesionales y en las que se supone la inexistencia de daños inexistentes o despreciables por escasa gravedad y/o casi nula frecuencia). Es decir, se precisa revalorizar el contrato curativo, y poner en su lugar al contrato preventivo<sup>54</sup>. Así, por ejemplo, es central dejar de hacer pautas preventivas sin fundamento científico, que ocupan miles de horas anuales sobre todo de quienes cumplen el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en España, médicos de cabecera, pediatras y enfermeras. No es extraño que luego no haya tiempo para actividades centrales como la atención a pacientes

terminales a domicilio y la prestación de servicios de urgencia por el médico del paciente. El análisis coste-oportunidad demuestra que se detraen actividades necesarias a costa de las innecesarias, lo que produce tanto daño como la falta de coste-efectividad.

Por otra parte, las actividades preventivas suelen ser rutinarias (“por edad y sexo”, en general), lo que degrada los conocimientos, las habilidades y el manejo del tiempo de los profesionales. No hace falta pensar mucho para realizar la “revisión del niño sano”, por ejemplo. Idem para realizar cribado según oportunidad de cáncer de próstata con el PSA. Al cabo del tiempo los profesionales tienden a rechazar la actividad curativa, que les expone a la cruda realidad, a la incertidumbre y al sufrimiento. Bien lo demuestran las enfermeras de primaria cuando prefieren trabajar con sanos y jóvenes (los que menos necesitan sus servicios) y cuando rechazan el trabajo con pacientes “que no obedecen” y que más las necesitan (obesos que no adelgazan, pacientes hipertensos y diabéticos mal controlados, fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que no dejan el tabaco, mujeres que se embarazan reiteradamente sin quererlo y que requieren aborto voluntario, y otros).

Además, los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos y curativos orientan la atención “según factor de riesgo” o según enfermedad. Con ello fragmentan la atención y llevan a una atención centrada en el proceso, sin muchas consideraciones sobre la persona. Incluso se ignoran los problemas sociales, como analfabetismo, pobreza y pertenencia a clase social baja, que nunca entran en las tablas de riesgo, por ejemplo. La actividad sanitaria se vuelve puramente biológica, por mucho que se esgrima de continuo el lema “biopsicosocial”.

Conviene, pues, una renovación de la primaria que evite en general los protocolos, guías, tablas de riesgo y consensos preventivos y curativos, escogiendo solo lo mejor y aplicable a cada paciente como persona, con sus expectativas vitales y sus objetivos respecto a las consecuencias del enfermar. Hay pacientes que prefieren morir a quedarse ciegos, y quienes quieren vivir incluso ciegos, sordos y reclusos en cama. Lamentablemente, los profesionales de primaria suelen ignorar incluso estas preferencias y objetivos vitales, “entretenidos” con las actividades preventivas y con los protocolos de enfermedades (todo ello sin o con débil fundamento científico).

El mayor énfasis en el contrato curativo exige una renovación de la ciencia, técnica y tiempo (conocimientos, habilidades y tiempo con valores) de los profesionales de primaria para relegar la prevención a su lugar, que no es el central de la atención primaria<sup>55</sup>. Conviene abandonar la simplicidad del contrato preventivo y aceptar los retos consustanciales al trabajo en atención primaria, el manejo apropiado del tiempo y de la incertidumbre. El refugio en la prevención innecesaria degrada el trabajo clínico, disminuye la autoestima del profesional, quita crédito social y destruye conocimientos, habilidades y valores de los profesionales.

## ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo renovar la práctica clínica?

La renovación de la práctica clínica no es un evento dicotómico en general, sino un largo proceso, que se puede realizar a iniciativa individual o grupal, en organizaciones públicas o privadas. Como el abandono del tabaco, son varias las fases habituales, desde la de pre-contemplación en la que no se percibe la necesidad del cambio a la de contemplación (consideración de las ventajas de la renovación), pasando por la de preparación

(revisión y crítica de la práctica diaria y selección de las acciones a realizar) a la de acción (toma de decisiones concretas) y mantenimiento (persistencia en el cambio, y análisis del mismo para la mejora continua).

El paso clave, como en la atención en la consulta al paciente, es la identificación del problema. En los apartados anteriores hemos señalado muchos problemas para el cambio entre los que pueden escogerse aquellos que “más duelan” al profesional para movilizar su capacidad de compromiso, sus valores. En el primer momento se trata de movilizar “corazones”, no “razones”; es decir, conviene poner el énfasis en las MIPSE de causa médica, y no tanto en el gasto y otras consideraciones económicas y organizativas. Lo que mueve a los profesionales es el sufrimiento de los pacientes, especialmente el que puede contribuir a aumentar con su errónea forma de trabajo. Por ejemplo, con los errores y defectos en la atención a los pacientes con insuficiencia cardíaca reclusos en su domicilio, que van desde pésima coordinación entre niveles a la terapéutica farmacológica inadecuada por el médico de cabecera, pasando por la falta de implicación de la enfermera en los avisos a domicilio y en el seguimiento en general.

Tras identificar los problemas que más logren movilizar los valores de los profesionales conviene analizar las posibles soluciones, las alternativas factibles, con una síntesis de lo posible. Es decir, se trata de no plantear un proceso y unas metas “imposibles” que requieran recursos extraordinarios. Para empezar, se trata de dar respuesta en las condiciones habituales, con los medios de que se disponga, en etapas progresivas. Estas respuestas deberían identificar los pasos a dar respecto a la accesibilidad, polivalencia, longitudinalidad y coordinación, y escoger aquellos menos revolucionarios y más eficaces (tabla 3-1). Se trata de ser pragmáticos para no crear nuevos problemas y de emplear una economía de medios, para no perder batallas ni dilatar el comienzo de las acciones. Ayuda la selección de ciencia, tecnología y tiempo más conveniente, de forma que el profesional adquiera un bagaje de conocimientos, habilidades y valores que justifiquen los cambios y le den aplomo en su implementación.

En el caso anterior, del paciente con insuficiencia cardíaca recluido en su domicilio, y tras identificar los campos de mejora respecto a la accesibilidad, polivalencia, longitudinalidad y coordinación, se seleccionan los conocimientos, técnicas y tiempos profesionales que pueden dar soporte a acciones alternativas. En cada paso se analizan las distintas acciones y los recursos necesarios, la forma de conseguirlos y la mejor manera de aplicarlos, así como las previsibles resistencias (incluyendo el agotamiento profesional y el rechazo en la organización, pero también las resistencias de pacientes y familiares). La toma de decisiones ha de ser fundada, y la puesta en práctica gradual. En este ejemplo se revisaría primero algún paciente que se juzgue “ejemplar”, y se ensaya todo el proceso nuevo para comprobar las dificultades en la práctica y estudiar cómo superarlas. Facilita el cambio el que se impliquen todos los profesionales, recepcionista, auxiliar, enfermera y médico de cabecera, pero la renovación podría ser en último caso de un profesional en solitario. Tras el ensayo en un paciente se analizan los errores y aciertos y se expande el cambio a pacientes similares.

Sea un paciente de 32 años, con esquizofrenia paranoide mal controlada que le ha llevado a tener problemas con los vecinos y a terminar en el juzgado (está pendiente de sentencia, por agresión física), nivel medio de estudios, soltero, heterosexual (se queja de serle difícil tener novia y a veces utiliza los servicios de prostitutas), diabético (no insulino-dependiente, sigue mal el tratamiento oral, y ha tenido dos ingresos por coma hiperglucémico), vive con su madre, viuda, ambos cuentan con renta mínima de inserción y pensión

**Tabla 3-1.** ¿Cómo mejorar? Apartados a revisar.

	Ciencia	Tecnología	Tiempo
	Conocimientos	Habilidades	Valores
Accesibilidad	1	2	3
Polivalencia	4	5	6
Longitudinales	7	8	9
Coordinación	10	11	12

no contributiva, en una infravivienda (antigua “corrala” no remozada, con retrete comunitario), tiene buena relación con los profesionales del centro de salud a los que conoce hace años, pero no cumple ni citas ni tratamientos (tampoco sigue las pautas que le marcan en el centro de salud mental donde lo atienden). El médico de cabecera decide aplicar los conceptos de “renovación” que ha leído (en un capítulo de un libro al respecto) el día en que se presenta la policía al abrir el centro de salud, para dar noticia de que tuvieron que ir al domicilio del paciente, pues una vecina llamó para decir que estaba golpeando a su madre; no ha habido denuncia final, pero el policía de servicio cree que la situación es insostenible.

El médico de cabecera utiliza la tabla para analizar punto por punto los posibles cambios<sup>IV</sup>. Organiza una reunión a la que invita personalmente a la enfermera, a la trabajadora social, a un administrativo del centro especialmente sensibilizado con los enfermos mentales, al farmacéutico (a cuya farmacia suelen ir el enfermo y su madre a por medicamentos y otros remedios), a una educadora y al psiquiatra del centro de salud mental y al policía que tomó contacto con el centro de salud. También se desplaza para hablar con la responsable de las urgencias hospitalarias, pero solo le da buenas palabras respecto a la posibilidad de asistir a la reunión. Al revisar la historia clínica, para preparar la sesión, el médico de cabecera empieza a ser consciente de que la atención que se le ha prestado ha sido muy defectuosa; no está actualizado el tratamiento para la esquizofrenia (hace dos años que no se modifica el registro), ni se ha seguido su impacto en el sobrepeso (no consta ningún registro del peso); tampoco constan todas las visitas a domicilio (recuerda haber hecho al menos tres en el último medio año). Revisa la literatura científica sobre esquizofrenia y diabetes y se asombra de la multimorbilidad que afecta a estos pacientes. Resume por escrito el caso clínico y señala los problemas que ha encontrado en las 12 “casillas” de la tabla, con sugerencias de solución. Por ejemplo, en la casilla 8 destaca el mal registro de los encuentros en la historia clínica (muchos son “informales”, apenas en la sala de espera un momento, para problemas concretos), la falta de anotación del número de teléfono del paciente (tiene móvil, pero nunca se les había ocurrido que lo pudieran necesitar para facilitar la longitudinalidad y consta solo el fijo) y otros problemas de la tecnología de la organización, como no tener un “coordinador principal” (el médico propone que lo sea el administrativo, de forma que sea quien centralice el seguimiento del paciente, para saber si cumple citas y demás). Pasa el texto a los invitados. El día de la reunión asisten todos, incluso la responsable de urgencias del hospital. La reunión se prolonga más de lo previsto, y se toman

<sup>IV</sup>Existen métodos varios para el análisis como, entre otros, los diagramas *fish-bone*, disponibles en: [http://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa\\_diagram](http://en.wikipedia.org/wiki/Ishikawa_diagram).



decisiones no solo respecto a este paciente, sino a otros similares, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y de evitar las complicaciones agudas, tanto médicas como sociales. A raíz de esta reunión el centro de salud decide en bloque instaurar un movimiento de renovación, empezando por los pacientes con problemas graves y mixtos, con multimorbilidad mental, orgánica y social.

La renovación debería ser un movimiento continuo, un proceso sin fin, que se alimente tanto de la sucesiva identificación de problemas a resolver como de la capacitación progresiva del profesional. Mantiene “engrasado” el proceso la mejora en la salud de los pacientes y el aumento de la autoestima profesional. No hay nada que ayude más, en el caso comentado, que la disminución de ingresos y el “descontrol” del paciente con insuficiencia cardíaca recluido en el domicilio, al tiempo que la percepción de la mejora de su calidad de su vida y de su capacidad de autocontrol personal y/o familiar.

La renovación de la práctica clínica es un proceso que repercute en el proceso y en el resultado de la atención, con mejoras en la salud de los pacientes y en la autoestima de los profesionales. Cuesta iniciarlo, pero la fase de “mantenimiento” suele ser fácil, por el evidente impacto de los cambios.

## En síntesis

La propuesta práctica de renovación de la práctica clínica que hemos considerado se puede aplicar tanto en organizaciones privadas como en públicas, por profesionales individuales o en grupo, y por asalariados o autónomos. En este último caso la autonomía profesional ayuda a tomar algunas decisiones con mayor independencia, por más que la exposición al riesgo financiero también plantee problemas específicos.

En todo caso, se trata de combinar ciencia y tecnología para sacar lo mejor de los valores y del tiempo de profesional comprometido, para ofrecer cálida calidad. Los cambios deberían mejorar la accesibilidad, la polivalencia, la longitudinalidad y la coordinación, especialmente respecto a situaciones y problemas de salud en los que es urgente la renovación de la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. Mejor (servicio) es más (salud). *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:1-4.
2. Gérvas J, Serrano E. Valores clínicos y prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En: *Expectativas y realidades de la atención primaria española*. Madrid: Fundación 10 de mayo-Ediciones GPS; 2010. p. 245-59.
3. Office of Technology Assessment. Disponible en: <http://en.wikipedia.org/wiki/OfficeofTechnologyAssessment>
4. Bentzen N, Comité de Clasificación de la WONCA. *Glosario internacional de Medicina General/de Familia*. Barcelona: SEMFYC; 1997.
5. Jovell AJ. *El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI*. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: [www.fbjoseplaporte.org/docs/futuroopm.pdf](http://www.fbjoseplaporte.org/docs/futuroopm.pdf).
6. Foz M. La dialéctica entre medicina interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:141-7.



7. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violan C y Seminario de Innovación en atención primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el des- crédito del héroe. Aten Primaria.* 2007;39(11):615-8.
8. Durán A. Políticas y sistemas sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.
9. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en atención primaria. 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:589-96.
10. Anonymous. The third industrial revolution. *The Economist.* Special report. 2012;403(8781) April, 21st.
11. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65. doi: 10.1186/1472-6963-10-65
12. Gérvas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. *Gac Med Bilbao.* 2006;103:467.
13. Segura A, Martín Zurro A, Corbella A, Roma J, Jiménez Villa J, Plaza A, et al. Evaluación de la diversificación de la provisión de servicios de atención primaria. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo (AATRM 2006/09); 2007.
14. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC.* 2005;12:579-81.
15. Gérvas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN.* 2005;31:478-85.
16. Bellón JA. Algunas claves en la gestión de la demanda de atención primaria. *SEMERGEN.* 2004;30(Supl 1):17-9.
17. Gérvas J. Seminario de Innovación en atención primaria 2006. La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo. *Rev Adm Sanit.* 2008;6(2):357-66.
18. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el «síndrome del barquero» y «el síndrome del gato». *Med Clin (Barc).* 2005;124(20):778-81.
19. Boerma WG. Profiles of general practice. Utrecht: NIVEL; 2003.
20. Reguant M. Accesibilidad y eficiencia de la atención continuada en atención primaria de salud. *Form Méd Cont Aten Primaria.* 2012;19:115-6.
21. Serrano E. La polivalencia rural desde la práctica urbana. *Aten Primaria.* 2009; doi:10.1016/j.aprim.2009.01.010.
22. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gyuricza JV. A valise do médico. En: Gusso G, Lopes JMC, coordinadores. *Tratado de Medicina de Familia e Comunidade. Vol. II.* Porto Alegre: Artamed; 2011. p. 2175-7.
23. Gérvas J, Pérez Fernández M. El cabás y el profesional sanitario. Cuatro maletines que definen el trabajo. *Gac Méd Bilbao.* 2012;109:89-92.
24. Tarricone R, Tsouros AD. Home care at home. Copenhagen: WHO Europe; 2008.
25. Clavería A, Ripoll MA, López-Rodríguez A, Rodríguez-Escudero C, Rey García J. La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1): 142-50.
26. Gérvas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Red Española de atención primaria; 2005.
27. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
28. Starfield B. Primary care: an increasingly important contribution to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS.* 2012;26(Supl 1):20-6.
29. Gérvas J, Pérez Fernández M, Sánchez Sánchez RJ. Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1):52-6.
30. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 153-81.
31. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet.* 1996;347:595-8.
32. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35:95-8.

33. Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF*. 2006;2:320-31.
34. Rico A, Saltman RB, Boerma WB. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administr*. 2003;37:592-608.
35. Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):205-18.
36. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*. 2005;31(9):418-23.
37. Ojeda Feoa J, Freire Campo JM, Gérvas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4(2):357-82.
38. Alonso F, Custodi J. Modelos estratégicos para el diseño de la historia clínica electrónica. *MEDFAM*. 2001;6:313-9.
39. González E, Pérez F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. *Rev Esp Cardiol*. 2007;7(Supl C):37-46.
40. García Olmos L, Bravo R, Gérvas J, Bonis J. Influencia de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales y la salud de la población. *Aten Primaria*. 2008;40(Supl 1):11-5.
41. Contel L, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
42. Gérvas J, Gavilán E, Jiménez L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012;8:312-7.
43. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:89-106.
44. Starfield B, Gérvas J. Family Medicine should encourage its clinicians to specialize: negative position. En: Buetow SA, Kenealy TW, editores. *Ideological debates in Family Medicine*. New York: Nova Publishers; 2007. p. 107-19.
45. Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57:912-7.
46. Gispert R, Barés MA, Freitas A, Torné M, Puigdefàbregas A, Alberquilla A, et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: un aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2006;80:139-55.
47. Gérvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Aten Primaria*. 2000;25:589-96.
48. Bjerrum L, Muchk A, Gahrn B. Health Alliance for prudent antibiotic prescribing in patients with respiratory tract infections HAPPY-AUDIT. Impact of a non-randomised multifaceted intervention programme. *BMC Family Practice*. 2011;12:52 doi:10.1186/1471-2296-12-52.
49. Regidor E, Mateo S, Calle ME, Domínguez V. Educational level and mortality from infectious diseases. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:682-3.
50. Gérvas J. Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN*. 2006;32(3):125-31.
51. Gérvas J. Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la atención primaria. En: *Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con las reagudizaciones de enfermedades crónicas*. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. 2011;8(4):329-30.
52. Gérvas J. Diabetes: gasto, proceso y resultado en España. Calidad en las amputaciones. *Aten Primaria*. 2011;43:174-5.
53. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997-9.
54. Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto de la presentación el 24 de junio de 2011, en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria, Brasilia (Brasil). Disponible en: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>
55. Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria? *El Médico*. 2009;11(4):34-6.

## CAPÍTULO 4

# Aprendiendo de los otros países europeos

Josep Casajuana y Marc Casajuana

### Introducción

En el capítulo 2 ya hemos comentado que los 3 lastres internos de la atención primaria (AP) eran la desprofesionalización (o “funcionarización”), el complejo de inferioridad respecto a la atención secundaria y el bajo liderazgo de los equipos de AP (EAP). Por su parte, en el capítulo 3 se ponía de manifiesto la importancia en AP de la accesibilidad, la polivalencia, la longitudinalidad y la coordinación con los otros niveles de atención.

No es infrecuente tener la percepción de que la única organización posible de los servicios de AP es la que cada uno de nosotros tenemos en nuestro centro de salud, en nuestra propia consulta. Sin embargo, la práctica de la medicina de familia (MF) presenta numerosas variaciones en función del entorno en que se desarrolla, y esas variaciones, esas distintas formas de organizarse, son un determinante fundamental de cómo vamos a trabajar en el día a día de la consulta.

La MF española tiene unas características que no son las más habituales en la AP de los países europeos: los médicos son funcionarios públicos que trabajan en equipos multidisciplinarios y son retribuidos por un salario fijo. Cada vez el descontento de los profesionales es más prevalente<sup>1</sup> y explícito, y creemos que ello se debe en buena parte a que estos y otros elementos de la organización de nuestro sistema sanitario actúan como desincentivo para desarrollar los aspectos relevantes comentados, y hacen más difícil eliminar aquellos lastres. Algunas características de nuestra organización no son coherentes, en absoluto, con lo que queremos de la AP.

Así, mientras en España se reivindica por parte de los médicos un máximo de 25 visitas al día, en Francia lo que pretenden tener los profesionales es un mínimo de 25 visitas<sup>2</sup>; mientras aquí queremos limitar nuestros cupos (que tenemos garantizados) a 1.500 o 1.200 pacientes, en Noruega los profesionales buscan captar clientela para poder tener un cupo “adecuado”<sup>3</sup>, mientras aquí perseguimos el objetivo de alcanzar un turno de mañana, en la mayoría de países se trabaja mañanas y tardes. Lógicamente, nada de ello responde a criterios clínicos o de práctica médica. Son “simples” encajes de los intereses individuales,

los intereses profesionales y el modelo de organización del sistema de salud. Y lo cierto es que en España el modelo que tenemos suele incentivar el trabajar menos, y suele conseguir que muchos profesionales prioricen en sus objetivos algunos elementos de carácter laboral por encima de aspectos básicos de carácter profesional.

Es evidente que los incentivos funcionan, que la forma de retribuir tiene importantes implicaciones en el comportamiento de los profesionales, pues señala los intereses o el valor que el que paga otorga a los diferentes aspectos de la actividad. Sirva de ejemplo que el hecho de que los MF alemanes cobren por población atendida en los últimos tres meses condiciona que ese sea el intervalo “estándar” de control de hipertensos, diabéticos, etc<sup>4</sup>.

No podemos ser ajenos a esa realidad, dado que es un condicionante importante. Por ello, el objetivo de este capítulo va a ser analizar las diferentes formas organizativas en algunos países de nuestro entorno, y ver, a partir de ello, qué podemos aprender en la línea de incentivar los aspectos positivos y minimizar los problemas referidos.

## Ser médico de familia en Europa

Para el análisis, siguiendo a Ramos<sup>5</sup>, estructuramos los países europeos en relación con su organización sanitaria en 5 grandes grupos:

1. Continental.
2. Británico-irlandés.
3. Escandinavo.
4. Sur de Europa.
5. Europa centro-oriental.

### Grupo continental

Este grupo está constituido por países como Alemania, Holanda, Francia, Suiza o Bélgica. Prevalece el modelo de seguro social. Los médicos son profesionales autónomos que trabajan en solitario o en pequeños grupos, con consultorios o clínicas propias, y contrato con las aseguradoras. Su remuneración era básicamente de pago por servicio inicialmente, pero algunos de ellos, como Alemania, han evolucionado hacia un pago más capitativo.

No tienen lista de pacientes, ni actúan de puerta de entrada en el sistema, aunque muchos pacientes optan por tener un médico de familia asignado y, en algunos casos, acudir directamente al especialista tiene un coste para el paciente, mientras que no es así cuando acude con una derivación de “su” MF o de “un” MF.

### Grupo británico-irlandés

Este grupo lo constituyen el Reino Unido e Irlanda. Son países con larga tradición en medicina general (MG) con modelo de Sistema Nacional de Salud. Los médicos son profesionales autónomos (o asalariados de estos) que trabajan en solitario o en pequeños

grupos, mayoritariamente en consultorios o clínicas propias, y tienen contrato con las aseguradoras.

Su remuneración es básicamente por caputivo, aunque tienen incentivos específicos para alguna actividad y por rendimiento. Actúan de puerta de entrada al sistema y tienen su propia lista de pacientes.

## Grupo escandinavo

Constituido por Noruega, Suecia, Finlandia y Dinamarca, el grupo escandinavo se caracteriza por disponer de un modelo de Sistema Nacional de Salud, aunque con la diferencia de que son los municipios los que asumen la mayor responsabilidad sobre los servicios sanitarios.

En Finlandia y Suecia los médicos son funcionarios públicos trabajando en equipos en centros de titularidad pública. Cabe recordar que la reforma de la AP en España se inspiró en el modelo finlandés. En los últimos años se observa en Finlandia una tendencia progresiva a la implantación de profesionales autónomos.

Por su parte, en Noruega y Dinamarca son profesionales autónomos trabajando de forma individual o en pequeños grupos, con clínica propia, y remunerados básicamente por caputivo. El MG es puerta de entrada en Noruega y Dinamarca, pero no en Suecia y Finlandia.

## Grupo del sur de Europa

Integran este grupo España, Portugal, Italia y Grecia. Estos países tienen un sistema nacional de salud, si bien de más corta tradición que los países escandinavos, excepto Grecia que tiene un sistema tipo seguridad social.

Los profesionales son asalariados que trabajan en equipos en centros cuya titularidad es de la administración, con excepción de Italia, donde son profesionales autónomos. El MG tiene función de puerta de entrada al sistema y tiene lista de pacientes, con la excepción de Grecia que no presenta ninguna de esas características.

La AP de estos países dispone de un menor nivel de equipamiento médico en comparación con el conjunto de Europa<sup>6</sup>.

## Grupo de Europa centro-oriental

Estos países vienen del modelo soviético donde la AP se realizaba en policlínicas donde estaban presentes una amplia gama de especialistas y con una MG prácticamente inexistente, con profesionales asalariados y, lógicamente, sin ser puerta de entrada ni tener lista de pacientes.

En estos países se han producido en los últimos años evoluciones rápidas, como en Eslovenia, donde los médicos generales ya tienen función de *gate-keeper* y lista propia, Croacia con función *gate-keeper*, la República Checa, Hungría y Eslovaquia con profesionales

autónomos y pago por capitación, y otros siguen en pleno proceso evolutivo, especialmente los países bálticos.

Sin embargo, en la evolución de los modelos sanitarios de esos países no parece haberse tenido suficientemente en cuenta que “los sistemas sanitarios son *hijos* de sus países respectivos, y reflejan la historia y la cultura de estos. La transferencia de las experiencias de los países del oeste europeo a los del este, no se ajusta al *prêt-à-porter*”<sup>7</sup>.

En las tablas 4-1 y 4-2 presentamos algunos datos relevantes de los países comentados en los 4 primeros grupos, sobre los cuales profundizaremos en el siguiente punto. No hemos incluido datos de los países del quinto grupo por tratarse de modelos en evolución y sin tradición.

## Comparando paso a paso

Analizamos a continuación, de forma comparativa, los distintos ítems que hemos comentado en los 15 países, enfatizando los “efectos primarios y secundarios” de las diferentes soluciones organizativas con la intención de resaltar aquellas fórmulas que incentivan los aspectos más relevantes de la AP y/o desincentivan los lastres que ya hemos comentado.

### Tipo de sistema

Existen básicamente en Europa dos modelos de sistema sanitario en relación con su forma de financiación: el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS), denominado tipo Beveridge, que se financia por los impuestos generales; y el Sistema de Seguridad Social (SS), denominado tipo Bismarck, que se financia a partir de cuotas, en general derivadas del trabajo, que pagan empresarios y trabajadores.

Hay un tercer modelo, denominado Semashko en el que la financiación es con fondos públicos específicos y todo el sistema está controlado por el Estado. Este era el modelo que tenía la antigua URSS y los países de su área de influencia, y que han ido evolucionando hacia otros modelos.

La mayoría de los países que hemos analizado disponen de un sistema de SS. En una encuesta publicada por el Eurobarómetro en 2007, los países con sistemas de SS obtenían mejores resultados en la valoración de la calidad del MF<sup>11</sup>. El 88% de los pacientes encuestados refería que la calidad era muy o bastante buena, frente al 79,4% en los países con SNS. Una de las características diferenciadoras entre estos sistemas es que en los sistemas de SS los médicos son (con excepción de Grecia) profesionales autónomos, mientras que en buena parte de los de SNS son empleados públicos. Si analizamos la percepción de calidad según este parámetro encontramos que en los países con SNS y médicos autónomos refieren buena calidad del MF el 85,3% de los usuarios, mientras que en los que los médicos son empleados públicos son el 75%. España es una excepción en este grupo con una valoración de buena calidad del 89%.

Así pues el hecho de tratarse de un modelo de SNS o de SS no parece influir *per se* de forma directa en la percepción de calidad, sino que las diferencias observadas vienen sobre todo condicionadas por otros aspectos de la organización que vienen condicionados por el

Tabla 4-1. Características generales del sistema sanitario.

	Tipo de sistema <sup>8</sup>	Situación del MF <sup>9</sup>	Forma trabajo y titularidad de los centros <sup>8</sup>	MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Necesidad de derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Tipo de retribución <sup>10</sup>	Incentivos <sup>8</sup>	Porcentaje de usuarios que declaran percepción de buena calidad del MF <sup>11</sup>
<b>Grupo continental</b>								
Alemania	SS	Autónomo	Solos centros privados	Incentivado económicamente	Incentivado económicamente	Pago por servicio	No	88
Holanda	SS	Autónomo	Grupo centros privados	Obligatorio	Obligatorio	Capitación/ pago por servicio	No	89
Francia	SS	Autónomo	Solos centros privados	Incentivado económicamente	Incentivado económicamente	Pago por servicio	No	93
Suiza	SS	Autónomo	Solos centros privados	Incentivado económicamente	Incentivado económicamente	Pago por servicio	No	—
Bélgica	SS	Autónomo	Solos centros privados	Incentivado económicamente	Incentivado económicamente	Pago por servicio	Por enfermedades crónicas	95
<b>Grupo británico-irlandés</b>								
Reino Unido	SNS	Autónomo	Grupo centros privados	Incentivado económicamente	Obligatorio	Capitación/ pago por servicio	Por prevención primaria, enfermedades crónicas y satisfacción del cliente	88
Irlanda	SS	Autónomo	Solos centros privados	No obligado ni incentivado	Incentivado económicamente	Pago por servicio	No	90

Tabla 4-1. Continuación.

	Tipo de sistema <sup>8</sup>	Situación del MF <sup>9</sup>	Forma trabajo y titularidad de los centros <sup>8</sup>	MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Necesidad de derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Tipo de retribución <sup>10</sup>	Incentivos <sup>8</sup>	Porcentaje de usuarios que declaran percepción de buena calidad del MF <sup>11</sup>
<b>Grupo escandinavo</b>								
Noruega	SNS	Autónomo	Solo centros privados	Obligatorio	Obligatorio	Salario/capitación	No	—
Suecia	SNS	Empleado público	Grupo centros públicos	Obligatorio (desde enero de 2010)	No obligado ni incentivado	Salario	N.A.	68
Finlandia	SNS	Empleado público	Grupo centros públicos	No obligado ni incentivado	Obligatorio	Salario	No	81
Dinamarca	SNS	Autónomo	Grupo centros privados	Obligatorio	Obligatorio	Pago por servicio/capitación	No	91
<b>Grupo del sur de Europa</b>								
España	SNS	Empleado público	Grupo centros públicos	Obligatorio	Obligatorio	Salario/capitación	Por prevención primaria y enfermedades crónicas	89
Portugal	SNS	Empleado público	Grupo centros públicos	Obligatorio	Obligatorio	Salario	Por prevención primaria y enfermedades crónicas	62
Italia	SNS	Autónomo	Grupo centros públicos	Obligatorio	Obligatorio	Capitación	Por prevención primaria y enfermedades crónicas	77
Grecia	SS	Empleado público	Solo centros privados	No obligado ni incentivado	No obligado ni incentivado	Salario	No	73



**Tabla 4-2.** Características de la actividad del médico de familia.

Tamaño del cupo (número de pacientes) <sup>9</sup>	Visitas/día		Domicilios por semana <sup>9</sup>	Porcentaje de lista de espera > 48 h <sup>9</sup>	Horario (horas semana) <sup>9</sup>	Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	Participación en la aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup> (a)	Participación en servicios preventivos para los niños <sup>12</sup> (b)	Porcentaje de MF que rutinariamente toman frotis cervicales <sup>12</sup>
	En el centro <sup>9</sup>	Telefónicas <sup>9</sup>							
<b>Grupo continental</b>									
Alemania	2.110	11	34	25	62	65	2,22	1,59	35,1
Holanda	2.310	12	21	6	58	98	2,82	1,95	99,0
Francia	943	7	27	12	63	75	2,01	1,95	75,4
Suiza	2.030	7	8	37	60	81	2,94	1,74	67,7
Bélgica	588	8	44	21	60	91	2,49	1,56	71,0
<b>Grupo británico-irlandés</b>									
Reino Unido	1.892	6	19	31	60	81	2,83	1,74	98,0
Irlanda	1.559	9	14	7	64	85	2,49	1,71	67,7
<b>Grupo escandinavo</b>									
Noruega	1.360	21	12	5	45	79	3,05	0,81	80,5
Suecia	2.870	16	7	2	37	87	2,83	1,82	34,4
Finlandia	1.582	19	6	3	41	84	3,46	1,35	74,9
Dinamarca	1.609	24	16	6	46	68	2,82	1,95	99,0
<b>Grupo del sur de Europa</b>									
España	1.970	39	4	9	45	56	1,77	0,98	18,7
Portugal	1.476	20	3	2	41,5	39	1,74	1,90	90,1
Italia	930	26	10	17	56	15	1,44	0,58	76,8
Grecia	No disponible	21	7	8	57	62	1,99	1,30	24,6

(a) Implicación según declaración de los médicos de familia (MF) en una encuesta valorando en una escala de 1 (no implicación) a 4 (máxima implicación).

(b) Implicación según declaración de los MF en una encuesta valorando en una escala de 0 (no implicación) a 2 (máxima implicación).

modelo, como ser profesionales autónomos, tener lista de pacientes, ejercer la función de puerta de entrada al sistema o *gate-keeper*.

Profundizamos, a continuación, un poco en estos aspectos.

## Médicos autónomos o asalariados/trabajo individual o en equipo

El médico, tradicionalmente, era un profesional liberal, que trabajaba en su consulta de forma individual. La evolución de la profesión y la creación de los sistemas de salud han ido introduciendo cambios en la forma y lugar de prestar los servicios y en la manera de retribuirlos, y ha creado una dependencia bidireccional entre los profesionales y las administraciones y aseguradoras que establecen entre ellos dos tipos de relación: como profesionales autónomos o como asalariados.

Esto afecta menos al MF que al médico hospitalario; así, mientras en la mayoría de los países analizados los MF son profesionales autónomos, en prácticamente todos ellos (con excepción de Holanda) los médicos de hospital son asalariados.

Los países en que siguen manteniéndose los médicos generales como empleados públicos (Portugal, Finlandia, Suecia y Grecia, además de España) han puesto en marcha, en mayor o menor medida, acciones hacia la consecución de un mayor nivel de autonomía de estos.

El hecho de trabajar de forma autónoma va acompañado, en general, de trabajar en solitario y de ser propietario o responsable del local de trabajo y de su equipamiento. Este es uno de los motivos por los cuales algunos profesionales se asocian, para compartir los gastos de una clínica, y facilitar la organización de algunos aspectos concretos (cobertura de guardias, ausencias, etc.). Suelen ser pequeños grupos/equipos, de 3 a 5 médicos, que se forman por afinidad entre los profesionales no por oposición. Estos médicos autónomos pueden, a su vez, ser empleadores de otros médicos.

Si observamos la percepción de calidad en relación con este aspecto, en los países en que los médicos mayoritariamente trabajan solos en centros de titularidad propia es del 87,8%, en los que son pequeños grupos en centros privados es del 89,3%, mientras que en los de centros de titularidad pública es del 75,4%.

Los equipos grandes, a menudo de más de 40 personas, formados por oposición, que tenemos en España, probablemente tienen una “relación beneficio/daño” desfavorable, porque los presuntos beneficios (potenciación mutua, formación continuada en servicio...) no es raro que queden en simple anécdota o anhelo y, por el contrario, aparecen fácilmente sus efectos secundarios: dilución de responsabilidades, baja implicación, “esto no me toca”... y facilita la desprofesionalización, es decir, la funcionarización, que puede abocar en el *burnout* que se presenta con frecuencia, ya sea como problema de salud (los menos) o como excusa (los más) para mantener dudosas prebendas.

## Modelo retributivo

Es conocido que los incentivos económicos tienen efecto sobre la actuación de los médicos<sup>13</sup>. Es por ello que la forma de retribuir la actividad del MF va a tener un efecto directo en su comportamiento.

Existen tres formas básicas de retribución: por servicio, por capitación y por salario<sup>14</sup>:

1. En el pago por servicio se paga una cantidad determinada con independencia de las características del mismo (pago de un cantidad fija por consulta) o una cantidad variable en función del contenido de la actividad.
2. En el pago por capitación se remunera el número de pacientes que atiende un MF. Esto también puede contemplarse de distintas formas: por número de pacientes que tiene un médico en su cupo, con independencia de que consulten o no, y con independencia de las características del paciente (sano o patológico, joven o viejo), o contemplando si utilizan o no el servicio y ajustando por su morbilidad.
3. En el pago por salario se remunera de forma fija con independencia del número de pacientes y de la actividad realizada.

Los MF que son retribuidos por servicio, se van a preocupar, lógicamente, si tienen su agenda vacía. Los que cobran por salario se quejarán de su agenda demasiado llena. Los que son remunerados por capitativo trabajan por incrementar su lista de pacientes, y situaciones intermedias, como por ejemplo la de Alemania donde se paga una cápita por paciente atendido en los últimos tres meses, alimentan la tendencia de los MF alemanes a controlar a los hipertensos y diabéticos cada tres meses<sup>4</sup>, como ya antes comentamos.

Estas formas de retribución pueden presentarse en distintos formatos mixtos provocando comportamientos según el peso de cada elemento de la mezcla en el global de las retribuciones.

Los modelos retributivos pueden contemplar también algún tipo de incentivo específico para impulsar en un momento concreto determinadas actividades o procedimientos. Este tipo de incentivos han de poder ser fácilmente variables en el tiempo para poder ajustarse de forma rápida a las necesidades del momento.

Sin duda, el pago por salario no sirve de estímulo para asumir una mayor carga de trabajo, sino al contrario. Así, el profesional que alcanza “buena fama” entre los pacientes va a tener habitualmente una mayor carga de trabajo, y es posible que la única “compensación” que reciba por ello sea una penalización porque se incrementa la demora para la cita previa. Por su parte, el profesional con “habilidades” para “centrifugar pacientes” (elemento frecuente en nuestros EAP) va a tener un cupo más arreglado sin ninguna repercusión en sus retribuciones. Un buen estímulo a la funcionarización.

## Lista de pacientes/cupo

La longitudinalidad es una de las características básicas de la AP y es lógico pensar que el hecho de que el MF tenga un cupo o lista de pacientes, de los cuales es el médico referente, resulta un elemento favorecedor de esa característica.

En España cada paciente tiene un médico asignado y a cada médico se le asigna un cupo. Pero eso no es así en todos los países; de hecho podemos hablar de tres modalidades de lista de pacientes: obligatoria (todos los pacientes tienen asignado un médico de cabecera), no obligatoria pero incentivada económicamente (los pacientes que se asignan a un médico consiguen ciertos beneficios económicos) y no obligatoria ni incentivada. De todos modos, en países donde la asignación a un MF no es obligatoria, muchos pacientes optan

por tener un médico de referencia. Probablemente, ello es especialmente relevante en el paciente crónico y pluripatológico.

En la mayoría de los países con pago capitolativo la cartera de clientes, el cupo, es algo que el profesional debe “ganarse”. No está garantizada ni se le “entrega” al médico de entrada. Cuando su volumen es uno de los determinantes más importante de los ingresos del profesional, se produce un efecto inverso de lo que ocurre en España: las demandas de los profesionales no irán en la línea de disminuir o limitar los cupos, sino justamente lo contrario. De hecho, en estos países suelen ser las administraciones las que desincentivan cupos excesivos, bien limitándolos bien disminuyendo el valor de la cápita conforme mayor se va haciendo el cupo. Por contra, una lista de pacientes numerosa representa una limitación a la movilidad del profesional, dado que su abandono va a representar una disminución notable de los ingresos.

Aunque en España la capitación forma parte de las retribuciones de los médicos de familia, su cuantía es muy limitada, por lo que un incremento de cupo resulta escasamente compensado.

La lista de pacientes es, pues, un valor que va a favorecer la longitudinalidad. Por ello debe considerarse de forma adecuada en las retribuciones cuál es su impacto en la carga laboral para establecer mecanismos que estimulen su cultivo, no su disminución.

## El médico de atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario

Otra de las características específicas de la AP es la coordinación con los diferentes actores del sistema para actuar de verdadero agente de salud del paciente. Para ello el rol de “portero del sistema”, de *gate-keeper*, es fundamental<sup>15</sup>. Este rol implica que para acceder a la atención secundaria es necesaria una derivación por parte del médico de AP.

No en todos los países el MF desarrolla este rol. Del mismo modo que en el caso de la lista de pacientes, encontramos países donde la derivación del médico de AP es obligatoria, otros en los que no es obligatoria pero está incentivada económicamente (el acceso es libre pero se añade un coste para el paciente si no ha sido derivado por un médico de AP), y en otros ni es obligatorio ni está incentivado, por lo que el acceso a la atención secundaria es libre, con los riesgos que de ello se deriva<sup>16</sup>.

Aunque en general en términos organizativos cabe suponer que la obligatoriedad o no de la derivación va en paralelo con la lista de pacientes, lo cierto es que no siempre es así y se dan distintas combinaciones como puede observarse en la tabla 4-3.

Vemos pues que en la mayoría de los países el MF actúa como puerta de entrada al sistema. Este papel de puerta de entrada debería tener un peso específico mejorando aspectos como la coordinación y facilitando la eliminación de lastres como el complejo de inferioridad. Sin embargo, no parece ocurrir así en España, y ello es debido a que la conceptualización, no ya de la “puerta de entrada”, sino del rol del MF, no es la misma en Francia<sup>2</sup> o en Inglaterra<sup>17</sup> que en España.

El papel que otorgan en esos países al MF en relación con el especialista de hospital facilita (o provoca) que estos, después de ver a un paciente referido por un MF, contesten con un amable “Querido compañero, he visto a tu paciente...”. Ello es así porque, por una parte se prestigia al médico general como agente de salud del paciente, y por otra los resultados económicos de los especialistas van a depender en buena parte de la atención que reciban

**Tabla 4-3.** Tipo de modelos según lista y función *gate-keeper*.

		Lista de pacientes		
		Obligatoria	Incentivada	Libre
Derivación MF para acceder a la atención secundaria	Obligatoria	Holanda Noruega Dinamarca España Portugal Italia	Reino Unido	Finlandia
	Incentivada	—	Alemania Francia Suiza Bélgica	Irlanda
	Libre	—	—	Suecia Grecia

Fuente: elaborada a partir de Paris<sup>8</sup>.

sus clientes, entendiendo como tales a los MF, dado que estos decidirán a qué profesional de cada especialidad prefieren derivar a sus pacientes. De este modo se está potenciando la atención primaria como reguladora del funcionamiento del sistema.

En España, aun siendo necesaria la derivación por parte del MF (aparte del by-pass de urgencias), la práctica imposibilidad de influir sobre los servicios de referencia, por la falta de capacidad de elección, la nula repercusión de la calidad del servicio y la satisfacción de los MF de referencia en los resultados económicos del especialista/hospital, y el bajo prestigio del MF amparado por el trato que se le da por parte de la administración como secretario del sistema, condiciona que la función de *gate-keeper* se viva a menudo más como problema que como solución. Esto empeora el complejo de inferioridad y favorece la desprofesionalización y puede condicionar de forma importante la implicación del profesional. Solo en este contexto se entienden (aunque no se justifican) propuestas, amparadas a veces por las propias sociedades científicas de AP, del tipo “que hagan ellos sus recetas”, que van justamente en sentido contrario al deseable<sup>18</sup>.

### Carga de trabajo: tamaño del cupo, número de visitas y horas trabajadas

La carga de trabajo es otro de los elementos que ofrece diferencias importantes entre países, siguiendo un patrón que podemos considerar “lógico” en función de si hablamos de empleados públicos o de profesionales autónomos, y del modelo retributivo existente.

Como podemos ver en la tabla 4-4, los cupos en los países de pago por salario que hemos analizado presentan una media de 1.852 pacientes, con un rango que va desde los 1.360 en Noruega a los 2.870 en Suecia. En los países con pago por servicio la media es 1.446, con rango de 588 (Bélgica) a 2.110 (Alemania). Por último, en los países con pago predominantemente capitativo o mixto el cupo medio es de 1.685 (de los 930 de Italia a los 2.310 de Holanda).

En cuanto a las horas de trabajo semanales, en los países donde el pago es por salario se trabaja alrededor de 40 horas a la semana, cuando en los otros países se sitúan alrededor de las 60 horas (incluye trabajo relacionado con el paciente y sin el paciente). Lógicamente, el mayor número de horas trabajadas se relaciona con unas mayores retribuciones<sup>19</sup>. Por otra parte, la mayoría de los MF participan en turnos de guardia excepto en los países del sur de Europa en que participan menos del 50%, siendo del 46% en España y bajando hasta el 15% en Italia (tabla 4-4).

Y si nos referimos a la actividad, las cifras son muy explícitas según hablemos de países con pago por servicio, capítativo o salario: visitas/día 28,8, 29 y 21,7 respectivamente; consultas telefónicas/día 8,4, 11 y 6, respectivamente; domicilios/semana 25,4, 15,8 y 5,3 respectivamente; porcentaje de médicos con más de 48 horas de lista de espera 20,4, 25,5, y 60,5 respectivamente (tabla 4-4).

**Tabla 4-4.** Cargas de trabajo en relación con el modelo retributivo.

	Tamaño del cupo	Visitas /día		Domicilios por semana	Porcentaje de lista de espera > 48 h
		En el centro	Telefónicas		
Pago por servicio	1.446	28,8	8,4	25,4	20,4
Capítativo/mixto	1.685	29,0	11,0	15,8	25,5
Salario	1.851	21,7	6,0	5,3	60,5

*Fuente: elaborada a partir de Boerma<sup>9</sup>.*

Así pues, el número de horas semanales que trabaja un MF en Europa, a tiempo completo, es en general superior al de los MF de España. En cambio, la presión asistencial es similar a la media (sin entrar a valorar el contenido), pero con mayor número de visitas en el consultorio, un uso escaso de la atención telefónica y una bastante menor actividad en domicilio.

La “reivindicación estándar” de los médicos de AP en España es la de un cupo máximo de 1.500 pacientes y un máximo de 25 consultas al día (entendido este último límite, erróneamente, como un derecho, cuando debe plantearse como un logro del profesional resultado de una adecuada gestión de la demanda). Estas reivindicaciones son perfectamente comprensibles en un entorno en el cual la diferencia de remuneración entre tener 1.500 o 2.000 pacientes es “anecdótica” y la utilización de los servicios es con frecuencia consumista y desaforada por no existir ningún elemento moderador. Pero podemos estar seguros de que un cambio de “las reglas del juego” implica una rápida adaptación de todos los jugadores a las nuevas reglas.

Cabe señalar, para acabar este apartado, que todo esto debe situarse, además, en un entorno de poca flexibilidad (laboral, por supuesto, pero pensamos que también mental), pues la posibilidad de trabajar con más o menos carga y más o menos horas que existe en muchos de los países analizados queda muy limitada en España. Una mayor flexibilidad en todo esto facilitaría que los profesionales pudiesen en diferentes etapas de su vida laboral, de forma voluntaria, asumir diferentes cargas de trabajo. Esto en España solo es posible con las guardias y no en toda la geografía.

## Competencias del médico de atención primaria: técnicas, atención a niños, atención a la mujer

En el apartado anterior hemos abordado los aspectos cualitativos de la carga asistencial, pero no pueden valorarse de forma adecuada sin considerar a su vez los aspectos cuantitativos, es decir, el contenido de las consultas que va a venir determinado por algunas características del sistema (como ejemplo más claro la carga burocrática), por las características microorganizativas (gestión de la demanda), y por el perfil de competencias que asume el MF.

En teoría las competencias del MF incluyen todo aquello que tiene una frecuencia de presentación que es suficiente para mantener habilidades, y que no requiere una tecnología específica<sup>20</sup>. Sin embargo, en la práctica, existe una gran variabilidad generada mayoritariamente por las características del entorno.

Un estudio de Boerma<sup>12</sup> analiza, mediante encuesta, el perfil de competencias de los MF en los países europeos. Tres de los aspectos analizados son: la aplicación de técnicas médicas (preguntando sobre si se aplican o no 14 distintas técnicas), la aplicación del programa del niño sano y las vacunas infantiles (valora si se hace o no atención pediátrica), y la realización del cribado de cáncer de cérvix (una aproximación indirecta a la participación del MF en la atención a la mujer). Los dos primeros ítems se valoran en una escala de grado de implicación (de 1 a 4 y de 0 a 2 respectivamente), y el cribado de cérvix según el porcentaje de MF que lo realizan. Declaran una baja participación en la aplicación de técnicas (inferior a 2,5) los MF de Italia, Portugal y España; baja implicación en la atención pediátrica (inferior a 1) los MF de Italia, España, Noruega y Holanda; y realizan el cribado de cérvix menos del 30% de los MF en España y Grecia. Como vemos, España aparece en todas las estadísticas de modo que parece situarse en un perfil de competencias entre los más bajos de los países europeos analizados.

Aunque en el entorno rural, en España, sigue siendo normal que los MF atiendan niños, hay áreas urbanas en las que los MF pueden pasar mucho tiempo sin verlos. No deja de ser curioso (o triste) que en determinadas circunstancias en las que por cambios organizativos se ha planteado la posibilidad de que estos MF tengan que realizar alguna atención pediátrica, algunos de ellos se nieguen a realizarla, alegando su falta de práctica en lugar de plantearse exigir la formación necesaria para “refrescar” unas habilidades que deberían formar parte de su “esencia”.

Una de las características claves del MF es la polivalencia. Un bajo nivel de competencias reduce la polivalencia del profesional, y no deja de ser un elemento más de la desprofesionalización que ayuda a mantener el complejo de inferioridad. La polivalencia implica una mayor diversidad en el trabajo, lo cual es profesionalmente deseable, y a la vez una mayor carga de trabajo. Pero todo ello puede resultar poco motivador en nuestro entorno.

## Conclusiones

El modelo de sistema sanitario determina un conjunto de condicionantes que tienen un indudable peso específico en el comportamiento de los profesionales, ya que forman parte de la “cultura” de la organización. Por ello es fundamental que ese entorno disponga de elementos que favorezcan o potencien las características clave de la AP: polivalencia, longitudinalidad, accesibilidad y coordinación.

Las propiedades de nuestro modelo sanitario en AP no invitan a la polivalencia, no incentivan la longitudinalidad, no favorecen la coordinación, ni reconocen la carga de trabajo de los profesionales de AP. Esta ausencia de estímulos positivos es un caldo de cultivo para la desprofesionalización y alimenta el complejo de inferioridad existente en relación con la atención secundaria.

La mayoría de los países europeos analizados presentan modelos que favorecen desarrollos mucho más coherentes con las necesidades y exigencias de la AP. La autonomía profesional y las retribuciones que reconozcan las diferentes cargas de trabajo, la mayor implicación y la amplitud de la cartera de servicios, son características que parecen cada vez más necesarias y urgentes. La actual situación de crisis está generando una realidad que puede ser propicia a los grandes cambios. Es cierto que, hasta ahora, no se visualizan actitudes o actuaciones desde la Administración que generen optimismo en este sentido, pero aparte de un entorno facilitador (que no está en nuestras manos implantar, pero que debemos exigir), hay que considerar y desarrollar las muchas posibilidades que dependen básicamente de nosotros, que podemos llevar a cabo desde la consulta, como las que se proponen en los capítulos 2, 4 y 5 de este libro.

### Tablas específicas de cada país

Nota: como podrá observar el lector la mayoría de los comentarios que hemos incluido en estas tablas son textuales, extraídos de los diferentes artículos de la sección de la revista AMF “Ser médico de familia en...” que nos ha facilitado el acceso a algún artículo antes de su publicación.



## ALEMANIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	“La mayoría de MF son pequeños empresarios que poseen su propia clínica” <sup>4</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	“La última tendencia es la creación de consultorios comunes en los que participan dos o más médicos como asociados” <sup>4</sup> .

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“No existe ninguna puerta de entrada en el sistema, es decir, los pacientes pueden consultar directamente a un cardiólogo o a un neurocirujano” <sup>4</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“Sin embargo, en el día a día, el trabajo del MF es apreciado por muchos pacientes que voluntariamente acuden a él antes que al médico especialista” <sup>4</sup> .
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,22	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,59	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	35,1	“Los MF también están obligados a ofrecer servicios de emergencia de 24 h. En las ciudades los delegan en sustitutos; en las zonas rurales los tienen que llevar a cabo ellos mismos, otra razón más por la cual nadie quiere ser médico allí” <sup>4</sup> .

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	2.110	“No existe ningún cupo de clientes, para conseguir una rentabilidad económica el MF tiene que tratar alrededor de 1.000 pacientes al trimestre” <sup>4</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	50	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	11	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	34	“El horario de los MF es de entre 30 y 80 horas semanales, según afán económico y el sentido de la responsabilidad de cada profesional” <sup>4</sup> .
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	25	“La atención domiciliaria a pacientes terminales es una parte importante pero no querida por muchos MF debido a su escasa remuneración. Por la misma razón, muchos se niegan a ofrecer tratamientos como infiltraciones y cirugía menor” <sup>4</sup> .
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	62	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	65	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	88	

Continúa.

## ALEMANIA

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio	“Los ingresos de las clínicas varían mucho, dependen de la habilidad y afán económico de su propietario” <sup>4</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	<p>Actualmente existe “un sistema de tarifa plana: si un paciente acude a una clínica, independientemente de las veces que vaya, el médico recibe entre 35 y 45 € al trimestre.</p> <p>Si el médico supera un número determinado de pacientes al trimestre (entre 1.200 y 1.500), su remuneración se verá reducida”<sup>4</sup>.</p> <p>“El médico tiene un presupuesto para medicamentos y fisioterapia: si prescribe más de un 15% que la media, MF debe pagar de su bolsillo dichos fármacos y terapias”<sup>4</sup>.</p>

## HOLANDA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	“El MF es un profesional independiente. A la hora de trabajar puede hacerlo solo o asociado a otros MF para formar un centro de salud, que no suele contar con más de 9 MF” <sup>21</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupos en centros de titularidad privada	En 2008, el 51% de los MF trabajaban en clínicas propias que agrupaban de tres a 7 médicos de familia, un 29% lo hacían en clínicas de solo dos médicos y el 20% restante en práctica individual <sup>22</sup> .  “En caso de ausencia el médico debe contratar a un suplente” <sup>21</sup> .

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Obligatorio	“La puerta de entrada al sistema sanitario se realiza a través del MF, que es quien deriva a otros facultativos, el paciente solo puede acudir al especialista por una derivación del MF. En el caso de los servicios de urgencias, la situación es similar a la de España” <sup>21</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	3,10	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	0,83	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	99,0	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	2.310	“El MF atiende a sus pacientes de forma continuada desde las 8:00 hasta las 17:00 h; la mayor parte de las consultas son a demanda” <sup>21</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	32	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	12	“Una figura imprescindible del sistema sanitario holandés es el asistente del médico. Todos los médicos tienen un asistente asociado, que debe haber realizado un módulo superior de dos años en el que habrá aprendido a desempeñar tareas administrativas y de auxiliar de clínica. Así, se encargan de responder el teléfono y el correo, filtrar las demandas del paciente para darle cita, organizar la agenda del MF, seleccionar a los pacientes que solicitan atención urgente, vacunar, hacer citologías, curas simples, crioterapia y realizar pruebas básicas (test de embarazo o tiras reactivas de orina)” <sup>21</sup> .  “La figura de la enfermera de AP con múltiples funciones que tenemos en España no existe en este país” <sup>21</sup> .
Domicilios por semana <sup>9</sup>	21	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	6	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	58	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	98	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	89	

Continúa.

---

**HOLANDA**


---

**Retribuciones e incentivos**


---

Modo de retribución <sup>10</sup>	Capitación/ pago por servicio	El MF percibe una “cuota anual por inscripción de entre 60-111 euros por paciente, según las características de cada sujeto. La cuota es más alta para ancianos y personas que viven en barrios marginales. Una consulta general cuesta 9,11 euros, lo que asciende a 13,67 euros si esta tiene lugar en el domicilio del paciente. Si el paciente precisa más tiempo, la cuota se duplica, y si se emplea otro tipo de material en la consulta el precio también varía.
Incentivos <sup>8</sup>	No	En caso de consultas telefónicas, por correo electrónico o vacunación, la tarifa es de 4,56 euros” <sup>21</sup> .  “El salario de los MF es de entre 110.000 a 120.000 euros brutos al año” <sup>21</sup> .

---

## FRANCIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	“La atención ambulatoria está garantizada por proveedores privados, prácticamente en su totalidad, convenionados con la seguridad social que ejercen una profesión liberal. Esta Convención Nacional regula con detalle las prestaciones que va a proveer cada profesional que guarda su condición de profesional autónomo, pero se compromete a practicar unos honorarios negociados por los sindicatos profesionales respectivos” <sup>2</sup> .  “Últimamente existe una tendencia a clínicas comunes (dos a 5 médicos)” <sup>2</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“Hasta hace pocos años el sistema de acceso al médico tanto de familia como de otras especialidades era totalmente libre. A pesar de ello en su amplia mayoría los pacientes tenían su médico de cabecera, llamado <i>médecin traitant</i> . Ahora mismo, si el paciente quiere ser reembolsado por sus consultas tiene que respetar el llamado <i>parcours de soins</i> . Para ello tiene un médico <i>traitant</i> , es decir aquel que se encarga de la atención primaria (no tiene que ser obligatoriamente médico de familia, aunque lo es en la mayoría de los casos) que es el que puede dirigirle a otros profesionales” <sup>2</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,01	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,95	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	75,4	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	943	“Aquí preocupan las agendas vacías, no las llenas teniendo en cuenta que prácticamente toda tu remuneración la obtienen vía honorarios por acto médico (‘si no trabajas no cobras’) y los gastos son compartidos a partes iguales entre los socios independientemente del montante de sus honorarios. La gestión de las ausencias en el mundo liberal nada tiene que ver con el mundo asalariado, es bien simple ‘si no trabajas no tienes ingresos’” <sup>2</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	16	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	7	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	27	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	12	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	63	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	75	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	93	

Continúa.

## FRANCIA

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio	“El médico de familia convenionado (prácticamente la totalidad) cobra unos honorarios actualmente fijados en 23 € la consulta, 33 € la visita, a los que se añaden los gastos de desplazamiento también fijados en la Convención. Estos montantes aumentan en horario de noche, de festivo etc.” <sup>2</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	“Un MF medio factura 150.000 € al año y puede tener en función de los costes de su ejercicio unos beneficios de unos 80.000 €” <sup>2</sup> .

## SUIZA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	“Hace falta un permiso de la administración para abrir una consulta. En zonas muy saturadas de médicos (algo poco frecuente), es posible que no se den más licencias” <sup>23</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	El MF para establecerse “puede optar por abrir una consulta y captar una cartera de pacientes, o puede asociarse con otros colegas y abrir una ‘clínica’, comparte un espacio común, un laboratorio, una sala de rayos, etc., se reparten los gastos y se pueden asociar también otros tipos de terapia como podología o fisioterapia” <sup>23</sup> .

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“En muchas zonas no hay pediatras y son los médicos de familia los encargados de la salud del niño” <sup>23</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“Hay libre elección de médico, no hay cupo máximo, existe un listado público de los médicos de cabecera que trabajan en cada zona y cada paciente puede elegir el médico que quiera. No hay regulación estatal de estas cifras: un médico puede tener tantos clientes como quiera, aunque lo normal es no sobrepasar los 3.000, para que la lista de espera no se alargue demasiado” <sup>23</sup> .
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,94	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,74	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	67,7	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	2.030	Cada clínica dispone de “una recepción con una o dos auxiliares que son administrativos (normalmente mujeres) con formación sanitaria; en algunos casos son enfermeras. Son ellas las encargadas de atender las llamadas y dar cita discriminando la urgencia de cada caso. Ellas también se encargan de administrar la medicación o de las extracciones sanguíneas, además de las tareas burocráticas” <sup>23</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	31	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	7	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	8	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	37	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	60	“En Suiza es muy frecuente trabajar con reducción de jornada, sobre todo en el caso de mujeres con hijos. Es posible trabajar desde un 10% de la jornada laboral (4 horas a la semana) hasta el 100%, y no es raro que la mayoría de las mujeres con hijos menores tengan una jornada del 30 o el 40%” <sup>23</sup> .
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	81	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	N.D.	

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio/capitación	“El salario de los MF varía mucho, hay mucho profesional con reducción de jornada, va de entre 96.000-144.000 €” <sup>23</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	

## BÉLGICA

### Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	No existen restricciones para que los MF puedan establecerse pero existe una amplia variabilidad geográfica en cuanto a densidad de médicos. Se están desarrollando incentivos para paliarlo <sup>24</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	La mayoría de médicos trabajan solos, aunque últimamente hay una tendencia a establecerse en clínicas comunes con varios médicos <sup>24</sup> .

### Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	No existe la función de <i>gate-keeper</i> y los pacientes eligen libremente ir al MF o al especialista. En algunas especialidades como Ginecología, Oftalmología, ORL o Pediatría y Dermatología, la mayoría acceden de forma directa <sup>24</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,49	Sin embargo existen incentivos para el médico (solo un médico es depositario de la historia clínica del paciente) y para el paciente, para que esté incluido en una lista.
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,56	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	71,0	Una cuarta parte de los médicos (y va en aumento) trabajan en clínicas que comparten con otros MF y otros profesionales como enfermeras y fisioterapeutas <sup>24</sup> .

### Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	588	Las visitas domiciliarias a los pacientes por médicos de cabecera son una práctica habitual en Bélgica. Aunque han ido disminuyendo, en 2008 el 32% de las visitas fueron a domicilio <sup>24</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	17	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	8	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	44	En el caso de los mayores de 65 años, más de la mitad de los contactos son en el domicilio <sup>24</sup> .
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	21	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	60	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	91	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	95	

### Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio	Los MF belgas son de los que menos cobran de Europa y han experimentado una pérdida de poder adquisitivo espectacular que ha mejorado algo en los últimos años <sup>25</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	A modo de ejemplo, el pago por la disponibilidad 24 h (independientemente del trabajo que pueda aparecer) era de 125 € en 2002 <sup>24</sup> .



## REINO UNIDO

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	“El MF puede trabajar en solitario o en sociedad con otros, de manera similar a un bufete de abogados. El MF socio es el empleador del personal de su centro, que puede incluir a médicos asalariados” <sup>17</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad privada	“Las instalaciones donde trabaja el equipo son responsabilidad de los socios, que pueden alquilar o comprar el edificio o local que estimen oportuno” <sup>17</sup> .  “Los equipos son pequeños aunque el tamaño es muy variable y tiende a aumentar. En un centro promedio trabajarían 4 médicos (1-10), dos enfermeras y 6 administrativos y se atiende a unos 6.500 pacientes” <sup>17</sup> .

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	“La lista de pacientes de cada centro se forma con los que se van registrando en él de manera más o menos voluntaria. Cuando se ‘satura’ un centro, cierra su lista durante el tiempo que considere oportuno” <sup>17</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,83	“Centros vecinos pueden competir por los pacientes. Hasta ahora quedarse sin pacientes no ha sido un peligro real, aunque se teme que pueda empezar a serlo al introducirse la competencia con entidades comerciales” <sup>17</sup> .
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,74	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	98,0	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.892	“Las enfermeras contratadas por los MF son las llamadas <i>practice nurses</i> y atienden en consulta a demanda. No hacen visitas a domicilio, pues esto lo hacen las <i>district nurses</i> (que atienden en general a adultos) y las <i>health visitors</i> (encargadas de la promoción y prevención de salud en niños menores de 5 años y sus familias)” <sup>17</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	34	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	6	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	19	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	31	“Existe una importante tendencia, generalmente bien acogida por los médicos, a que Enfermería asuma cada vez más responsabilidades, incluyendo la prescripción, que es limitada y solo realizan las enfermeras que han recibido formación acreditada a tal fin” <sup>17</sup> .
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	60	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	81	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	88	“Se intenta cumplir, mucho más que en España, el sensato principio de costo-eficiencia de que ‘el médico solo haga lo que solo el médico puede hacer’ —para poder hacerlo mejor—, y delega a Enfermería y administración todo lo posible. Es de destacar el papel mucho más resolutivo de los administrativos en Inglaterra, que contrasta con el ‘eso no es mi trabajo’ o ‘que se las arregle el médico’, que tanto nos frustra en España” <sup>17</sup> .

**REINO UNIDO****Retribuciones e incentivos**

Modo de retribución <sup>10</sup>	Capitación/ pago por servicio	“Aproximadamente un tercio proviene del pago capitativo y las otras dos terceras partes provienen de los honorarios por los servicios/
Incentivos <sup>8</sup>	Por prevención primaria, enfermedades crónicas y satisfacción del cliente	aproximadamente 100.000 €, pero hay grandes diferencias entre los médicos” <sup>17</sup> .

## IRLANDA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	Los médicos son trabajadores por cuenta propia, que por lo general trabajan solos. De hecho, en 2001 el 51% trabajaban solos, el 26% en clínicas de dos profesionales, el 15% en equipos de tres personas, y solo un 8% en grupos de 4 o más MF <sup>26</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad privada	

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	No obligado ni incentivado	Los MF son considerados como los “porteros” a la atención secundaria. Es posible acceder directamente a la atención secundaria, pero pagando una cuota estándar (60 €), mientras que las consultas son gratis si el individuo es derivado por el MF. Esto tiene como objetivo desincentivar la asistencia innecesaria en el nivel secundario. Sin embargo, hasta 2005 también se pagaba por cada visita al MF una cantidad que había ido aumentando y ya era similar. Por ello poco a poco se ha ido introduciendo una tarjeta, especialmente para personas con menos recursos, para poder consultar al MF sin coste <sup>26</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Incentivado económicamente	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,49	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,71	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	67,7	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.559	En la última década se han empezado a implantar algunos EAP, concebidos como “ventanilla única” para dar respuesta a las necesidades de una población de entre 3.000 y 7.000 personas, en función de si son urbanos o rurales. Incluyen fisioterapia, obstetricia, ayuda a domicilio, entre otros <sup>26</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	30	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	9	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	14	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	7	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	64	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	85	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	90	

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio/capitación	La capitación está ponderada por edad, sexo y dispersión geográfica <sup>8</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	

## NORUEGA

### Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	“Los hospitales son responsabilidad estatal, mientras que la AP se gestiona a nivel local en las <i>kommuner</i> (existen 430 <i>kommuner</i> )” <sup>3</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	“El número de médicos de cada centro suelen ser de 2 a 6” <sup>3</sup> .

### Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Obligatorio	“El médico de AP ha constituido durante años la puerta de entrada al resto del sistema. Hasta hace relativamente pocos años, sin embargo, cada paciente podía elegir un médico cualquiera cada vez que necesitaba atención médica. La última, y al parecer mejor aceptada, de las reformas sanitarias en AP tuvo lugar en 2001. Conocida como <i>fastlegereformen</i> , o reforma del médico fijo, constituyó por primera vez un médico de AP asignado a cada paciente” <sup>3</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	3,05	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	0,81	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	80,5	

### Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.360	“Cada médico decide cuántos pacientes quiere (máximo 2.500). El colegio de médicos aconseja 300 pacientes por día asistencial a la semana” <sup>3</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	21	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	12	“Si el médico consigue una de las prácticas nuevas, el médico ‘tiene’ una lista con cero pacientes y un máximo de pacientes que decide el propio médico, y la gente se apunta si quiere. Se tarda aproximadamente un año en conseguir 1.000 pacientes” <sup>3</sup> .
Domicilios por semana <sup>9</sup>	5	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	90	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	45	Si un MF se retira puede vender su plaza —con todos sus pacientes— en un proceso público sencillo <sup>3</sup> .
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	79	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	N.D.	

### Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Capitación/pago por servicio	“La retribución está constituida por: 1. Capitación: la <i>kommune</i> paga por paciente 40 euros por persona y año. 2. Paciente: cada vez que el paciente va a consulta paga una cifra (25-30 €, según si se le hacen pruebas o no). 3. Según lo que se le haga al paciente, se manda una factura a la <i>kommune</i> (de 0 a 80 €/consulta). 4. Algunas reuniones (con el empleador, asuntos sociales, etc.) respecto de un paciente concreto generan también ingresos (unos 120 €/hora)” <sup>3</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	
		“El sueldo medio de un MF en AP con dedicación exclusiva a la clínica es de unos 90.000-100.000 euros” <sup>3</sup> .

## SUECIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	Los centros de atención primaria tienen de 4 a 6 médicos de familia, complementado con otras categorías de personal <sup>27</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Empleado público	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad pública	

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes)	Obligatorio desde enero de 2010	“Desde enero de 2010 es obligatorio en Suecia la libre elección de MF y libertad de establecimiento de los proveedores acreditados por los consejos locales del condado” <sup>27</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	No obligado ni incentivado	“Los pacientes pueden inscribirse con cualquier proveedor público o privado, acreditado por el consejo del condado y los que no eligen se les asigna uno basado en la última visita o el centro más cercano” <sup>27</sup> .
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,83	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,82	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	34,4	“La AP no tiene función de puerta de entrada al sistema, los pacientes son libres de ponerse en contacto con los especialistas directamente” <sup>27</sup> . En muchos casos, el MF también realiza la atención a los niños, aunque esta función está compartida con pediatras y enfermeras del distrito <sup>27</sup> .

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	2.870	“Las enfermeras de distrito desempeñan un papel especial, ya que muchos primeros contactos con el sistema de salud son su responsabilidad. Estas trabajan en AP y en el sector municipal. Las enfermeras de distrito, empleadas por los Municipios, están involucradas en la atención domiciliaria, y regularmente hacen visitas a domicilio, especialmente a las personas mayores. Ellas tienen capacidad para prescribir algunos medicamentos. Sin embargo, no tienen la responsabilidad médica única, sino que actúan bajo la supervisión de los médicos” <sup>27</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	16	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	7	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	2	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	91	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	37	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	87	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	68	De los países analizados es el que tiene una menor tasa de frecuentación <sup>27</sup> .

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Salario	Aunque los salarios eran relativamente altos, han experimentado una pérdida de poder adquisitivo notable que se ha recuperado algo en los últimos años <sup>25</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	N.D.	

## FINLANDIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	“Médicos-enfermeras forman un equipo que es responsable de la atención de un área geográfica definida, que abarca entre 1.500 y 5.000 personas” <sup>28</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Empleado público	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad pública	Trabajan en centros de salud públicos junto con otros equipos de profesionales. De hecho, el modelo español de reforma de AP se inspiró en el modelo finlandés de la época <sup>28</sup> .

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	No obligado ni incentivado	El MF proporciona atención médica a pacientes de todas las edades, incluyendo mujeres durante el embarazo y atención infantil, servicios de salud escolar, la atención de salud en el trabajo, la planificación familiar, la atención en las salas de hospitalización del centro de salud, Enfermería a domicilio (las visitas domiciliarias suelen ser por enfermeras), la consulta en hogares de ancianos municipales y las actividades forenses. Las tareas se distribuyen entre los médicos del centro de acuerdo a las circunstancias del centro y de la experiencia o intereses de los médicos <sup>28</sup> .  Las enfermeras de los centros, sin llegar a ser un filtro obligado al MF suelen ser una ruta habitual del paciente antes de acceder a aquel <sup>28</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	3,46	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,35	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	74,9	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.582	El nivel de equipamiento de los centros de salud es alto, usualmente con disponibilidad de radiología y ecógrafo, pues los centros mayores tienen camas (pueden ser de 30 a 60) generalmente ocupados por pacientes crónicos mayores, reagudizados o en larga estancia <sup>28</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	19	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	6	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	3	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	80	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	41	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	84	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	81	

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Salario/capitación/pago por servicio	El modelo retributivo del MF es mixto: salario (60%), la capitación (20%), pago por servicio (15%) y asignaciones locales (5%) <sup>19</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	

## DINAMARCA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	“Aproximadamente trabajan en Dinamarca 3.600 médicos de familia, un 20% de todos los médicos. Los médicos de familia se distribuyen en un total de 2.200 centros, lo que significa que la mayor parte de centros están compuestos por solo uno o dos médicos. En principio, cualquier médico con la especialidad de Medicina de Familia puede establecerse en una consulta, pero antes debe comprarla en propiedad y para recibir la financiación de la autoridad pública debe conseguir un número de licencia para que los servicios que se hagan resulten gratuitos para los pacientes” <sup>29</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Obligatorio	“Aproximadamente el 98% de los daneses se adscriben a los cupos de los médicos de familia. Cada médico tiene un promedio de 1.561 pacientes en su cupo” <sup>29</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	2,82	El MF ejerce la función de <i>gate-keeper</i> para acceder a los especialistas, al hospital, a fisioterapia, entre otros <sup>30</sup> .
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,95	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	99,0	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.609	“Los médicos de familia atienden a los pacientes desde el nacimiento hasta la muerte. Los niños son vistos por los médicos de familia, no por pediatras (solo hay pediatras en los hospitales). Los médicos de familia realizan rutinariamente controles de embarazo, infiltraciones, cirugía menor (resección de lipomas, extracción de uñas), inserción de dispositivos intrauterinos o de implantes de anticonceptivos, etc. Se pueden pedir pruebas complementarias como tomografía axial computarizada o resonancia sin tener que derivar previamente a los especialistas; en Dinamarca se usa el principio LEON, que corresponde al acrónimo de <i>laveste effektive omkostnings niveau</i> (ir al nivel más coste-efectivo)” <sup>29</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	24	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	16	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	6	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	45	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	46	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	68	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	91	

Continúa.

---

**DINAMARCA**


---

**Retribuciones e incentivos**


---

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio/ capitación	“A los médicos de AP se les paga por una combinación de pago capitolativo y honorarios por servicios realizados. Aproximadamente un tercio de los ingresos de un médico de familia proviene del pago capitolativo (depende por tanto del número de pacientes que tiene el médico en su cupo) y las otras dos terceras partes provienen de los honorarios por los servicios llevados a cabo en la consulta” <sup>29</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	“El salario medio de un médico de familia es de 750.000 coronas danesas anuales (aproximadamente 100.000 €) pero hay grandes diferencias entre los médicos; como la atención continuada está bien pagada, aquellos que hacen más horas de atención continuada también ganan más” <sup>29</sup> .

---



## PORTUGAL

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	Las áreas regionales de la AP en las que se divide el SNS se denominan <i>Agrupamentos de Centros de Saúde</i> (ACES), entre 50.000 y 200.000 habitantes a cargo de un director ejecutivo que coordina las varias unidades funcionales en las que se divide el ACES. En estos ACES conviven centros de salud “clásicos” con médicos funcionarios, junto con las llamadas <i>Unidades de Saúde Familiar</i> , que son nuevos centros de salud con 3-8 médicos y el mismo número de enfermeras que gozan de autonomía profesional y dejan de ser profesionales asalariados <sup>31,32</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad privada	

“Portugal cuenta con un SNS, universal, global y ‘tendencialmente gratuito’, existiendo las denominadas tasas moderadoras, que son unos pequeños ‘impuestos’ de diferentes cuantías que se aplican a los clientes según los servicios prestados, por ejemplo: 2,2 € para una consulta o 8,4 € por acudir a Urgencias. Están exentos de estas tasas los niños hasta los 12 años, las embarazadas y puérperas, y las personas con determinadas enfermedades crónicas, entre otros”<sup>31</sup>.

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Obligatorio	“El acceso a la atención secundaria (AS), se realiza mayoritariamente a través del MF, aunque también se accede automáticamente tras un ingreso hospitalario si la condición de salud lo justifica. Los clientes tienen derecho a escoger y cambiar su médico, aunque pueden quedar en lista de espera (sin médico) si este no tiene disponibilidad en el cupo” <sup>31</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	1,74	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,90	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	90,1	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	1.476	El MF se hace cargo de ‘toda la familia’ desde antes del momento de la concepción hasta la muerte de un individuo, así, encontramos entre las competencias del MF la salud infantil y juvenil, la planificación familiar/ginecología, salud materna/obstetricia, las visitas domiciliarias, la atención continuada hasta las 22 h <sup>31</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	20	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	3	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	2	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	64	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	41,5	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	39	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	62	

Continúa.

---

**PORTUGAL**


---

**Retribuciones e incentivos**


---

Modo de retribución <sup>10</sup>	Salario	Las retribuciones dependen del régimen de horas semanales, de la antigüedad y grado, y de la existencia o no de exclusividad: un joven
Incentivos <sup>8</sup>	Por prevención primaria y enfermedades crónicas	especialista trabajando 42 horas con exclusividad percibirá 3.398 €/mes (brutos).
		Estos salarios no incluyen guardias, horas extraordinarias ni incentivos. Las guardias se pagan entre 25 y 60 €/hora <sup>31</sup> .

---

## ITALIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SNS	Desde la gran reforma en 1999 los médicos pueden trabajar en un equipo de varias maneras.
Situación del MF <sup>9</sup>	Autónomo	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF grupo en centros de titularidad pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina <i>in associazione</i>: de 3 a 10 médicos que siguen trabajando en sus propias consultas, pero que comparten experiencias clínicas, adoptan directrices y organizan talleres destinados a evaluar la calidad y prescripción.</li> <li>• Medicina <i>in rete</i>: mismas características pero, además, los médicos comparten la historia clínica electrónica del paciente grabada en el sistema.</li> <li>• Medicina <i>di grupo</i>: de 3 a 8 MF comparten el mismo centro y la historia clínica electrónica. También proporcionan atención primaria a los pacientes que no pertenecen a su área de influencia<sup>33</sup>.</li> </ul>

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	Obligatorio	“Médicos generales y pediatras ejercen función de <i>gate-keeper</i> para sus pacientes” <sup>33</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	Obligatorio	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	1,44	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	0,58	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	76,8	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	930	Los pacientes pueden elegir el médico que prefieren en cualquier momento, siempre que la lista del médico no haya alcanzado el número máximo permitido de los pacientes (1.500 para los médicos y 800 para los pediatras) <sup>33</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	26	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	10	
Domicilios por semana <sup>9</sup>	17	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	20	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	56	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	15	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	77	

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Pago por servicio/capitación	Los incentivos promueven el papel de <i>gate-keeper</i> en la toma de decisiones para un uso más eficiente de los servicios en prescripción y en derivaciones, y se ha incentivado también el paso del trabajar solo a trabajar en grupo <sup>10</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	Por prevención primaria y enfermedades crónicas	

## GRECIA

## Características del Sistema Sanitario

Tipo de sistema <sup>8</sup>	SS	La AP primaria en Grecia la realizan distintos proveedores, el propio del Sistema de Salud con una red de centros salud implantada en las zonas no urbanas, en los cuales el 70-80% de los médicos son especialistas (cubre al 25% de los usuarios), con otros proveedores financiados con fondos del seguro social o financiación municipal (50% de los usuarios), y también con proveedores de práctica privada (25% de los usuarios) <sup>34</sup> .
Situación del MF <sup>9</sup>	Empleado público	
Forma de trabajo <sup>8</sup>	MF solo en centros de titularidad privada	

Características de la atención primaria (médico asignado, función *gate-keeper*, competencias del MF)

MF asignado (lista de pacientes) <sup>8</sup>	No obligado ni incentivado	Solo un 3% de los médicos son MF. Los centros de salud están implantados solo en áreas rurales y semi-urbanas, con médicos asalariados pero con plantillas cubiertas en poco más de la mitad en muchos casos. En las ciudades buena parte de la AP la dispensan en policlínicos dependientes del hospital con pocos o ningún GP. Buena parte de estos también son asalariados aunque además tienen práctica privada. También existen profesionales autónomos (parece que alrededor de un 30%), aunque no se dispone de información actualizada fiable <sup>34</sup> .  La función de <i>gate-keeper</i> era uno de los objetivos de la red de centros de salud, pero la gran escasez de MF lo hace imposible.  En las ciudades el mayor proveedor de atención primaria son los ambulatorios de especialidades dependientes de los hospitales <sup>34</sup> .
Derivación de MF para acceder a la atención secundaria <sup>8</sup>	No obligado ni incentivado	
Aplicación de técnicas médicas <sup>12</sup>	1,99	
Atención preventiva a niños <sup>12</sup>	1,30	
Realización cribaje cervical rutinario <sup>12</sup>	24,6	

## Carga de trabajo del MF

Tamaño del cupo <sup>9</sup>	N.D.	En cada centro de salud (cubren 10.000 – 30.000 habitantes) hay radiología, laboratorio de microbiología y una ambulancia y están abiertos las 24 h <sup>34</sup> .
Visitas/día en el centro <sup>9</sup>	21	
Visitas/día telefónicas <sup>9</sup>	7	La atención domiciliaria no forma parte de la actividad habitual del ME, y es uno de los países con mayor tiempo para las visitas citadas (superior a 20 minutos) <sup>12</sup> .
Domicilios por semana <sup>9</sup>	8	
Porcentaje de MF con más de 48 h de espera <sup>9</sup>	23	
Horas de trabajo semanales <sup>9</sup>	57	
Porcentaje de MF que hacen guardias <sup>9</sup>	62	
Porcentaje de pacientes que perciben buena calidad del MF <sup>8</sup>	73	

## Retribuciones e incentivos

Modo de retribución <sup>10</sup>	Salario	Se fijan incentivos en los salarios para favorecer el ir a trabajar a zonas con menor densidad de médicos <sup>8</sup> .  Existe un c-pago de 3 euros por consulta <sup>34</sup> .
Incentivos <sup>8</sup>	No	

## BIBLIOGRAFÍA

1. Matía-Cubillo AC, Cordero-Guevara J, Mediavilla-Bravo JJ, Pereda-Riguera MJ, González-Castro ML, González-Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:532-9.
2. Guijarro A. Ser médico de familia en Francia. *AMF*. 2012. En prensa.
3. Díaz E. Ser médico de familia en Noruega. *AMF*. 2011;7:231-3.
4. Schmidt M. Ser médico de familia en Alemania. *AMF*. 2012;8:168-9.
5. Ramos V. Medicina general/Medicina de familia en Europa. En: Gómez-Gascón T, Ceitlin J, editores. *Medicina de familia. La clave de un nuevo modelo*. Madrid: semFYC y CIMF; 1997. p. 112-5.
6. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. *Observatory on Health Systems and Policies*. Glasgow: Open University Press; 2006. p. 46.
7. Duran A, Gervas J. Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias. *Gac Sanit*. 2006;20:503-9.
8. Paris V, Devaux M, Wei L. "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries". *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>
9. Boerma WGW. Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL; 2003.
10. Charlesworth A, Davies A, Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. Londres: Nuffield trust; 2012.
11. Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3 . TNS Opinion & Social; 2007. p. 49. Disponible en: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf)
12. Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract*. 1997;47:481-6.
13. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; Issue 7. Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
14. Gervas J, Pérez Fernández M. Organización de la atención primaria en otros países del mundo. En: Gusso G, Lopes JMC, coordinadores. *Tratado de Medicina de Familia e Comunidade (Vol I)*. Porto Alegre: Artemed; 2011.
15. Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *BMJ*. 1989;298:172-4.
16. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35:95-8.
17. García-Gimeno I. Ser médico de familia en Inglaterra. *AMF*. 2011;7:351-3.
18. Casajuana J. El doctor Kleenex y la batalla de la receta. *AMF*. 2008;4:122-4.
19. Fujisawa R, Lafortune G. OECD HEALTH WORKING PAPERS NO.41. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Dec 2008.
20. Palomo L, Gervas J, García Olmos L. La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia. *Aten Primaria*. 1999;23:363-70.
21. Ares S, Johnson W. Ser médico de familia en Holanda. *AMF*. 2011;7:651-3.
22. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010; 12(1):1-229.
23. Molina de la Torre MC. Ser médico de familia en Suiza. *AMF*. 2012;8:345-7.
24. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12(5):1-266.
25. Kronema MW, Van der Zee J, Groot W. Income development of General Practitioners in eight European countries form 1975 to 2005. *BMC Health Services Research*. 2009;9:26.
26. McDaid D, Wiley M, Maresso A, Mossialos E. Ireland: Health system review. *Health Syst Transit*. 2009;11(4):1-268.
27. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Syst Transit*. 2012; 14(5):1-159.

28. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: Health system review. *Health Syst Transit.* 2008;10(4):1-168.
29. Bjerrum L, Llor C. Ser médico de familia en Dinamarca. *AMF.* 2012;8:519-21.
30. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Syst Transit.* 2012;14(2):1-192.
31. Rubin A. Ser médico de familia en Portugal. *AMF.* 2011;7:524-6.
32. Pita P, Ribeirinho S, De Almeida J. Portugal: Health system review. *Health Syst Transit.* 2011;13(4):1-156.
33. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italia: Health system review. *Health Syst Transit.* 2009;11(6):1-206.
34. Economou C. Greece: Health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(7):1-180.

## CAPÍTULO 5

# ¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes?

Juan Gérvas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto Sánchez

### Sistemas sanitarios públicos de cobertura universal

Todos los países de la Unión Europea tienen un sistema sanitario público de cobertura universal. Pero hay importantes diferencias bajo este “paraguas” común que cubre a la población contra la bancarrota por enfermedad y contra el sufrimiento, enfermedad y muerte sanitariamente evitable. Estas diferencias son más intensas en lo que respecta a la atención primaria y al médico general-de familia<sup>1</sup>. Es lógico, pues la atención primaria se adapta a la cultura e idiosincrasia de las sociedades, mientras los hospitales “imponen” su modelo organizativo casi universalmente homogéneo<sup>1</sup>.

La cobertura universal implica la financiación pública de los servicios, al menos de los servicios que evitan la catástrofe personal por enfermedad y, además, un gasto sanitario público de más de la mitad del total del gasto sanitario del país<sup>2</sup>. La cobertura universal es compatible con muy distintas formas de contrato y pago al médico de cabecera, lo que repercute en su forma de trabajo<sup>3-8</sup> (tabla 5-1).

**Tabla 5-1.** Provisión de servicios médicos en la Europa desarrollada

Provisión pública	Provisión privada	Provisión privada	Provisión privada
<i>Forma básica de pago</i> Salario	<i>Forma básica de pago</i> Por acto sin reembolso	<i>Forma básica de pago</i> Por acto con reembolso	<i>Forma básica de pago</i> Capitación
<i>Situación profesional</i> Funcionario	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo	<i>Situación profesional</i> Profesional autónomo
<i>Ejemplos</i> España, Finlandia, Portugal, Suecia	<i>Ejemplos</i> Alemania, Austria, Hungria, Suiza	<i>Ejemplos</i> Andorra, Bélgica, Francia, Luxemburgo	<i>Ejemplos</i> Dinamarca, Holanda, Noruega, Reino Unido

<sup>1</sup> El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en España y en otros países como EE. UU. y Brasil; popularmente es el médico de cabecera (en España). Es oficial el nombre de médico general en Alemania (*Arzt für Allgemeinmedizin*) Francia (*médecine généraliste*), Irlanda, Holanda (*huisarts*), Noruega (*fastlege*), Nueva Zelanda, Reino Unido (*general practitioner*) y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General-de Familia (residencia de tres años, como mínimo). En este texto emplearemos el término “médico de cabecera”.

## Financiación pública y provisión pública, médico de cabecera asalariado y funcionario público

La financiación pública de más de la mitad del gasto sanitario no “exige” la provisión pública de los servicios de atención primaria. De hecho, son pocos los países en el mundo desarrollado con provisión pública de atención primaria: España, Finlandia, Grecia (rural), Portugal y Suecia.

En estos países el médico de cabecera es un asalariado en una estructura muy jerárquica; el médico de cabecera no es un profesional independiente. El médico de cabecera es un empleado público, un funcionario, que trabaja en un edificio de propiedad pública (“centro de salud”), con compañeros también asalariados que no ha elegido (una “plantilla” que se suele denominar “equipo de atención primaria” e incluye enfermeras, administrativos y otro personal), y con medios de producción de propiedad pública. Por ejemplo, en general el médico de cabecera no elige el sistema de información con el que trabaja, ni tiene potestad sobre el sistema de citas, ni sobre el modelo de historia clínica electrónica. Incluso puede llegar a no escoger el especialista al que deriva, limitándose simplemente a la derivación “anónima” a un hospital y servicio.

El pago por salario “desliga” mucho al médico de cabecera de la población y de los pacientes y por ello la atención puede caer en un estilo burocrático y distante, y son frecuentes los traslados de los profesionales. La estructura administrativa suele permitir estos cambios sin repercusión ni en el salario, ni en las condiciones de trabajo.

La provisión pública de los servicios de atención primaria no implica que sean “gratis en el punto de servicio” para los pacientes, y son frecuentes los copagos, por ejemplo, al consultar con el médico de cabecera, o al dispensar los medicamentos.

En muchos casos el pago por salario cubre la mayor parte de los ingresos, pero puede incluir complementos varios, por rendimiento-calidad y otros.

### España, financiación y provisión pública, con “cupos”

España es una excepción entre los países con provisión pública de servicios de atención primaria, pues toda la población tiene un médico de cabecera “adscrito” (de oficio, que en la práctica se puede cambiar). Es decir, la tarjeta sanitaria que facilita el acceso al sistema sanitario incluye un médico de cabecera concreto, con nombre, apellidos y lugar de trabajo. Eso implica la distribución de toda la población española en “cupos” de unas 1.500 personas (el tamaño varía según características geográficas y sociales varias), y la asignación de un médico de cabecera a cada cupo, lo que supone su “equitativa” distribución por todo el país<sup>9</sup>.

La existencia de “cupos” equivale a que todos los médicos de cabecera tengan una lista de pacientes, con nombre, apellidos y direcciones. La existencia de la lista de pacientes en España se explica por la influencia de “la iguala”, el sistema de origen medieval por el que el “físico” recibía unos emolumentos fijos “por cabeza” de los gremios, según su número y composición (maestros, aprendices, esposas, viudas, hijos y huérfanos). Estos ingresos daban seguridad al médico de cabecera y a los integrantes del gremio; el primero no “aspiraba” a tener ingresos solo cuando hubiera enfermos y accidentados y los segundos estaban seguros de ser atendidos cuando hubiera necesidad<sup>10</sup>.



La lista de pacientes implica, además, “el monopolio del primer contacto” y el pago por capitación. Es decir, cuando hay lista de pacientes el médico de cabecera es “filtro” para la atención por los especialistas (“el monopolio del primer contacto”), salvo urgencias, y hay una parte de los ingresos del médico de cabecera español que dependen del número y composición de la lista de pacientes. Así se “corrige” y se paga más la “cabeza” de los niños y de los ancianos y la de los pacientes rurales o que viven en lugares marginales y se buscan fórmulas para corregir la capitación según la “carga de enfermedad” del paciente.

En España el pago por salario supone el mayor porcentaje de los ingresos del médico general, y el pago por capitación representa entre el 5 y el 10%. Hay otros pagos, como un bono anual por cumplimiento de objetivos de calidad y otros.

En Portugal la provisión es pública, como en España, y también los médicos de cabecera son asalariados que tienen una lista de pacientes, pero hasta el 30% de la población carece de médico de cabecera “asignado”. En Suecia es similar la situación.

## Financiación pública y provisión privada

Lo más frecuente en los países de la Unión Europea es la provisión privada de los servicios de atención primaria<sup>11</sup>. Por ejemplo, los médicos de cabecera son profesionales independientes, pequeños empresarios autónomos, en Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Francia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Polonia, Reino Unido, República Checa y Suiza.

Estos médicos pueden trabajar en sus consultas privadas en solitario, o reunirse en pequeños grupos (de 4 o 5), pues se incentiva tal trabajo “en equipo” y/o para compartir espacio y profesionales auxiliares contratados por ellos mismos (generalmente de recepción, que hacen labores clínicas varias, y/o enfermeras). En general, los médicos trabajan sin enfermeras y cuentan con personal auxiliar administrativo muy polivalente y resolutivo.

Las enfermeras de atención primaria suelen trabajar “en el campo” (domicilios y demás) y depender de los servicios públicos comunitarios. En algunos casos las enfermeras son profesionales autónomos con contratos con el sector público (igual que los médicos); por ejemplo en el Reino Unido para atención a domicilio, o en Holanda para atención al embarazo, parto y posparto.

En todos estos países hay presencia, también, de médicos de cabecera funcionarios, pero su número es irrelevante.

La provisión privada implica la existencia de un contrato entre el médico de cabecera y la organización financiadora, mediante el que se fijan las condiciones de trabajo y de remuneración.

## Financiación pública y provisión privada, pago por acto “con reembolso”

Solo en algunos países hay “dinero entre el médico de cabecera y el paciente”, pese a la existencia de un sistema sanitario público de cobertura universal. Son los países de “pago por reembolso”. Entre ellos Bélgica, Francia y Luxemburgo (y Andorra, Mónaco y los

cantones francófonos de Suiza). El médico de cabecera atiende al paciente, le cobra y extiende una factura según el servicio prestado (“pago por acto”). El paciente presenta la factura a la organización financiadora y recobra al cabo del tiempo (y generalmente menos del 100%, por el copago).

En estos países la atención primaria es débil, si se mide por su pobre producción científica en Medicina General/de Familia y por la carencia del “monopolio del primer contacto”. Es decir, en los países con “pago por reembolso” el paciente puede ir directamente a la consulta de los especialistas<sup>12</sup>. No obstante, desde 2008 se está forzando una cierta función de filtro a través de incentivos varios<sup>13</sup>. Por ejemplo, el especialista puede facturar mayores cantidades si ha recibido al paciente a través del médico de cabecera, y por ello es el propio especialista el que le enseña al paciente la importancia de consultar primero con el médico de cabecera.

En los países “con pago con reembolso” el paciente puede ir a cualquier médico de cabecera, pues no hay ni “cupos” ni lista de pacientes. No obstante, desde 2008 se está forzando la formación de una “lista no formal” con incentivos varios a los médicos de cabecera que acepten el seguimiento de pacientes con determinadas enfermedades crónicas. En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “cartera de clientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos.

## **Financiación pública y provisión privada, pago por acto sin reembolso**

En Alemania, Austria, Hungría, Polonia y la República Checa, por ejemplo, el médico de cabecera atiende a los pacientes sin intercambio de dinero. La factura es también “por acto” (según los servicios prestados en la consulta) pero la hace llegar directamente el médico de cabecera a la organización financiadora, que pagará al médico al cabo del tiempo.

En España el sistema mutualista de MUFACE, ISFAS y MUGEJU ofrece a dos millones de funcionarios y a sus familiares la financiación pública con provisión privada (como en Alemania a todos los ciudadanos, por ejemplo). También como en estos países los mutualistas tienen acceso directo a los especialistas y el médico de cabecera tiene escasa relevancia.

En estos países la atención primaria es débil, si se mide por su pobre producción científica en Medicina General/de Familia y por la carencia del “monopolio del primer contacto”<sup>14,15</sup>. Esta debilidad de la Medicina General/de Familia explica la falta de estructuración o en algunos casos incluso la inexistencia de un programa formativo de especialización en Medicina General/de Familia.

Los pacientes pueden ir directamente al especialista, sin pasar por el médico de cabecera. Los pacientes pueden ir también a cualquier médico de cabecera, pero desde hace unos años se penaliza el cambio; por ejemplo, hay que abonar un copago si se consulta a más de un médico de cabecera distinto en un trimestre.

En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “cartera de clientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos.

## Financiación pública y provisión privada, pago por capitación (lista de pacientes)

Hay países con provisión privada de la atención primaria (médicos de cabecera profesionales independientes) en los que la población está dividida en “cupos”. Es decir, los pacientes eligen su médico de cabecera y este va “construyendo” su lista de pacientes a lo largo de años. Y, puesto que los “cupos” dividen a la población en un número finito de grupos distribuidos por todo el país, el pago por capitación conlleva la distribución geográfica más o menos homogénea de los médicos de cabecera.

El médico tiene un contrato con la organización financiadora y recibe su emolumento por una mezcla de pago por capitación (según el número y composición de la lista), incentivos varios (cumplimientos de objetivos clínicos, trabajo en grupo, atención por correo electrónico, participación en turnos de guardia y otros), pago para el mantenimiento (del consultorio, contrato del personal auxiliar y otros), etc.<sup>16</sup>.

En todo caso, el médico de cabecera se hace con una “lista de pacientes” al cabo de los años, lo que explica que los traslados sean escasos. La situación está cambiando pues, por ejemplo, en el Reino Unido es frecuente que se compartan las listas de pacientes de los 4-5 (o más) médicos agrupados en un centro de salud y que se forme una “lista del centro de salud”, lo que desliga al médico de su propia lista. Además, es frecuente el contrato asalariado de médicos jóvenes que van y vienen para cumplir con tareas más o menos puntuales.

Dinamarca, Eslovenia, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega y Reino Unido son países europeos de provisión privada donde los médicos generales tienen lista de pacientes.

En estos países la atención primaria es fuerte, si se mide por su enorme producción científica en Medicina General/de Familia y por la existencia del “monopolio del primer contacto”. Los pacientes reciben atención de los especialistas tras ser derivados a los mismos por los médicos de cabecera (salvo urgencias). En el caso del Reino Unido, por ejemplo, un médico especialista hospitalario que precise atención de un compañero del mismo hospital ha de consultar con su médico de cabecera para poder acceder a dichos cuidados (es la derivación del médico de cabecera la que “arrastra” al hospital el presupuesto necesario para la atención). También en el Reino Unido, como excepción, y quizá expresión de los tabúes sociales allí imperantes, el médico de cabecera no es filtro para la atención de enfermedades de transmisión sexual, de forma que el paciente tiene acceso directo a los especialistas en enfermedades venéreas.

El pago por capitación conlleva un deseo de llevar los recursos de la atención primaria allá donde más se necesitan y de revertir la Ley de Cuidados Inversos<sup>17</sup>. Buen ejemplo es el programa de cribado en Dinamarca, donde los médicos de cabecera tienen pago por capitación, son “filtro” para la consulta con los especialistas y tienen lista de pacientes (y todo danés está en la lista de un médico de cabecera). El programa de cribado se funda en el pago a los médicos de cabecera de un tanto por cada citología de rutina (“detección según oportunidad”) realizada cada tres años a mujeres de 25 a 65 años. Cada tres años el médico de cabecera recibe un listado de mujeres que no se han hecho la citología. Se le ruega que las localice y que les proponga su realización, pues esas mujeres son las que más lo precisan. Al localizarlas y fomentar la citología en ellas se revierte la Ley de Cuidados Inversos y se lleva la prevención secundaria a quien más la precisa.

En general, donde hay capitación los copagos son muy bajos. Pero, por ejemplo en Holanda, si bien el paciente no paga directamente al médico de cabecera en el momento de la consulta, tiene que abonar una cuantía mensual a la organización financiadora (entre 80-100 euros mensuales por persona). Holanda es el único país de pago por capitación en el que la financiación del sistema sanitario público no se hace con cargo a impuestos generales (sistema Beveridge), sino a pagos ligados a las cotizaciones de trabajadores y empresarios (sistema Bismarck).

## Libertad y equidad

La existencia de la lista de pacientes establece una restricción a la libertad de los pacientes y de los médicos<sup>18</sup>. El paciente “tiene” que elegir un médico de cabecera e inscribirse en su lista. Y el médico de cabecera solo puede establecerse donde haya un cierto número de pacientes que no estén inscritos en ninguna lista. Además, los pacientes no pueden ir al especialista que deseen cuando quieren, sino después de consultar a su médico de cabecera, y los especialistas dependen de los médicos de cabecera para recibir a los pacientes “filtrados”.

Al establecer la lista de pacientes (y el “monopolio del primer contacto” y el pago por capitación) la sociedad delega un enorme poder en manos de los médicos de cabecera y, al tiempo, acepta una enorme limitación de la libertad para consultar a los especialistas, que pueden ser elegidos por el médico de cabecera, pero no directamente por el paciente. Por ello las listas de pacientes normalmente se han establecido en momentos especiales, como después de la Segunda Guerra Mundial en Dinamarca y el Reino Unido, tras la Guerra Civil en España, o tras la crisis del petróleo en Italia.

Se estableció la lista de pacientes con el deseo de aumentar la equidad (la respuesta a las necesidades sin discriminación), y a costa de una relativa pérdida de libertad. En los países con lista de pacientes es más importante la equidad que la libertad, más importante el médico de cabecera que el especialista, y más importante la atención primaria que el hospital. Por supuesto, todo es necesario en su justa medida, pero en los países sin lista de pacientes la sociedad valora más la libertad que la equidad, más al especialista que al médico de cabecera y más los hospitales que la atención primaria.

La comparación internacional demuestra que los países con listas de pacientes (y “monopolio del primer contacto” y pago por capitación) controlan mejor el incremento del gasto sanitario y tienen mejor salud<sup>19,20</sup>. De hecho, pues, el establecimiento de la lista de pacientes ha sido un acierto.

## De la categoría a la anécdota, y viceversa

Las descripciones generales de los sistemas sanitarios dan un bosquejo del que se puede deducir la actividad de sus médicos de cabecera. Por ejemplo, podemos suponer que cuando no haya “monopolio del primer contacto” habrá menos longitudinalidad<sup>II</sup>. También es

---

<sup>II</sup>Longitudinalidad es la prestación de servicios variados a lo largo de la vida por el mismo profesional, con el que se establece una relación de confianza, así como el reconocimiento por la población y los pacientes del médico de cabecera como “fuente de cuidados”, con el que se consulta en primer término.

esperable en estos países que la competencia directa entre médicos de cabecera y especialistas llevará a una menor derivación de enfermos desde atención primaria, pues los pacientes pueden “ser captados” por el especialistas que actúen como una suerte de médicos de cabecera (clásico es el caso del ginecólogo). También podemos suponer que el médico de cabecera ofrecerá mayor variedad y más tecnología, con menos personal auxiliar, para competir con el especialista. Así mismo, que el domicilio se convertirá en “campo de batalla” entre el médico de cabecera (atención primaria) y el especialista (hospital), pues muchos servicios se pueden proveer en ese lugar.

Pero no hay nada como visitar el país y “convivir” con un médico de cabecera para observar diferencias que llaman la atención<sup>III</sup>. En su defecto, podemos emplear “viñetas” (situaciones clínicas) y pedir a un colega que explique cómo respondería a las mismas en condiciones reales. Por supuesto, cada médico de cabecera es un mundo, pero sin querer transmite también su mundo cercano, la cultura y su entorno.

## Método

Desarrollamos las viñetas dos de los autores (JG y MPF) para su empleo en una evaluación de campo en Brasil<sup>21</sup>. Pese a estar en el terreno, y observar en directo la interacción médico-paciente, nos convenía “hacer un recorrido” por un conjunto de situaciones y valorar cómo respondía el médico de cabecera. Se trataba de responder a los casos clínicos (más bien, situaciones clínicas) según la práctica habitual de cada día.

En las viñetas no se plantean problemas diagnósticos, sino de atención y seguimiento en las que importa considerar: 1) la accesibilidad (superación de las barreras de todo tipo, geográficas, administrativas, culturales, horarias y demás; 2) la polivalencia (capacidad de resolver en la propia consulta los problemas, por disponer de material y capacidad para ofrecer opciones diagnósticas y terapéuticas apropiadas a la población a que se atiende); y 3) la longitudinalidad (la relación personal médico-paciente mantenida a lo largo del tiempo y para la atención a muy variados problemas de salud).

Se trata de explicar con sencillez y brevedad la respuesta más probable en un día cualquiera. No se espera una contestación sobre lo que se debería hacer, sino sobre lo que se hace. Y, según sea pertinente, añadir un comentario que aclare el porqué, o algún aspecto peculiar y/o local a destacar.

A continuación se recogen y comentan las respuestas de médicos de cabecera españoles que trabajan/han trabajado en el extranjero, en países con lista de pacientes. Son dos “inglesas”, una “noruega” y una “holandesa”, más el comentario de un médico español con experiencia rural y urbana en varias Comunidades Autónomas. Cada médico es un mundo y bien se refleja en sus respuestas que abarcan el texto (su propia práctica) y el contexto (la organización y los usos y costumbres).

Se aprovechan las respuestas para hacer una reflexión con propuestas prácticas sobre cómo “renovar” la consulta en España en opinión de los autores, según su propia experiencia clínica española e internacional y sus conocimientos científicos y de organización

---

<sup>III</sup> Hay programas específicos para estancias cortas en países varios, como los que promueven el Movimiento Vasco de Gama de SEMFYC y WONCA, en toda Europa, y Spandoc Exchange y la Cátedra UPF-SEMG Grünenthal para el Reino Unido.

de servicios<sup>22</sup>. Estas prácticas que se proponen no son utópicas, y de hecho los autores las practican y/o conocen a distintos profesionales que las ponen en práctica en sus consultas del Sistema Nacional de Salud a lo largo de su vida profesional como médicos de cabecera urbanos y rurales.

## Resultados

### Caso 1

Mujer sana de 35 años que ha cambiado de domicilio recientemente y que llama por teléfono al centro de salud-consultorio a las 11,30 h de la mañana para recibir información acerca del funcionamiento, forma de adscripción, oferta de servicios, horarios, contacto mediante correo electrónico y redes sociales, y sobre cómo hacerse una citología (Papanicolau) y colocarse un dispositivo intrauterino (DIU).

- **Reino Unido 1.** Sería el personal administrativo quien daría esta información. Muchos centros de salud tienen su propia página web y un folleto en papel donde aparece información acerca de horarios, tipos de citas y cómo conseguirlas: programada, mismo día, urgente, domicilio y telefónica, personal que trabaja en el centro de salud (médicos, enfermeras, *health visitors*, matronas, etc.), información específica sobre los tipos de servicios ofertados y quién los realiza, Papanicolau, planificación familiar (incluyendo inserción de DIU e implantes), revisiones infantiles, vacunas, información al viajero, revisiones de crónicos, seguimiento del embarazo y parto, cirugía menor, exploración mamaria, programa de deshabituación tabáquica/alcohólica, etc. También sobre el circuito de recetas de crónicos. En el caso de planificación familiar el médico de familia puede colocar implantes y DIU, pero para ello tiene que estar acreditado (curso, prácticas y examen, y tener el diploma de la *Faculty of Family Planning* [DFFP]). Si no hay ningún médico acreditado este servicio se da al paciente en otro centro de planificación familiar. Además, existen folletos informativos en varios idiomas, para pacientes de habla no inglesa, sobre el funcionamiento del *National Health System* (NHS).
- **Reino Unido 2.** Esta mujer sería informada de los horarios de apertura, procedimiento de citas y posibilidad de citarse con la enfermera para la realización de una citología y con un médico específico del centro que está formado para asesorar y poner DIU, si esto resultara aconsejable. La paciente sería invitada por la recepcionista a pasar por el centro para registrarse, aportando la documentación oportuna y recibir el folleto informativo del centro con los detalles de todos los servicios, sugiriendo que en ese momento podría pedir las citas si lo desea. La cita para citología sería con la enfermera del centro de salud (*practice nurse*).
- **Noruega.** La paciente hablaría con la secretaria, quien le informaría sobre lo que pregunta. De todas formas si ya está llamando a su médico fijo, es que sabe cómo funciona el sistema, al menos en parte. Con respecto a la citología le diría que se realiza cada tres años en la consulta de su médico fijo (*fastlege*) y que le puede dar cita para dentro de unas semanas si quiere. El DIU también se lo pone su médico y le puede dar una cita programada cuando lo necesite (espera de una a tres semanas según la época).

- **Holanda.** La mujer es informada por la asistente al teléfono de horarios, citas, funcionamiento del centro, etc. Si la paciente está interesada en información sobre métodos anticonceptivos el médico de familia se los daría en la cita, que podría ser incluso telefónica. Si lo que desea es una citología tendría que solicitar cita con el médico de familia, que es el que realiza esta prueba. Existen algunos centros en que esta prueba la realizan asistentes de enfermería (figura entre auxiliar y enfermera) del mismo centro y luego son los médicos quienes valoran los resultados. La inserción del DIU también puede hacerlo el mismo médico de familia. Si el médico no tuviese experiencia en estos casos se remite al especialista de ginecología o a un centro específico de planificación familiar. Se suelen realizar cursos para tener habilidades en estas áreas si el médico tiene interés en formarse.
- **España.** La información concreta a distancia (teléfono y/o telemática) es difícil de conseguir, si existe. Puede llevar a la desesperación y por ello muy probablemente la paciente se quejaría de entrada, con toda razón, de que lleva llamando toda la mañana y de que nadie le coge el teléfono. El personal administrativo debe atender desde las llamadas, hasta a la gente que está en el mostrador y lo que precisa el resto del personal del centro. Sería deseable una separación de tareas en este sentido. En algunas Comunidades Autónomas se puede solicitar la cita por Internet o a través de un sistema informático. Estas opciones no entienden ni consideran a las señoras mayores, con salvedades, que las hay. Las dos, las señoras mayores y las salvedades. No hay ningún sistema de información de las prestaciones del centro, ni del personal que trabaja en él. El paciente no sabe quiénes son ni qué currículos tienen. Al final se le da a la paciente la información que requiere, pero “a cuentagotas” y de manera no oficial.

**Lecciones para la renovación.** Las responsabilidades del personal administrativo pueden ser mucho más amplias de las habituales, de forma que los auxiliares y administrativos se conviertan en piezas fundamentales del proceso de renovación<sup>23</sup>. Cabe desarrollarlas, aprovechando además las tecnologías de la información para que la página del centro (o del médico de cabecera) ofrezcan recursos y enlaces muy variados. El objetivo es ayudar al paciente a superar las barreras administrativas (también las del lenguaje, por lo que es importante dar información en varios idiomas). Los sistemas de cita automatizados o delegados a centros de llamadas (*call centers*) no son capaces de adaptarse a los deseos y necesidades de los pacientes, con sus peculiaridades, y se tornan burocráticos y a veces desesperantes. Por otra parte, conviene cuidar especialmente las incorporaciones a la lista, de forma que el paciente (y su familia) tomen contacto con el médico de cabecera en una consulta de “recepción” que sirva de fundamento para la relación futura. Respecto a los cribados, como la citología para el cáncer de cuello de útero, todos provocan daños (algunos consiguen más beneficios que daños) y conviene atemperar las expectativas excesivas; en este caso concreto probablemente no esté recomendado. Finalmente, una consulta sobre métodos anticonceptivos es un “tesoro” para abrir el campo de la sexualidad, normalmente cohibido en exceso. En aras de la polivalencia sería conveniente ofrecer servicios frecuentes directamente por el médico de cabecera y el equipo, del estilo de inserción de DIU, toma de muestras citológicas y vaginales, implantes hormonales anticonceptivos, prescripción de anticonceptivos de rutina y de emergencia y demás.



## Caso 2

Varón de 38 años, con dolor de espalda después de un esfuerzo brusco. Acude directamente desde su domicilio, donde estaba haciendo trabajos diversos en el jardín, sin cita, a las 15,30 h.

- **Reino Unido 1.** Existe la posibilidad de ser visto de forma urgente sin cita si es necesario. La enfermera suele hacer una valoración primero (el personal de enfermería esta capacitado para resolver problemas de salud menores) siendo visto por el médico si es necesario también después.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista comprobaría primero si el médico habitual de este paciente está de servicio en ese momento. Si es así, lo llamaría a su consulta (si no tiene pacientes en ese momento) para comentarle el caso. En caso de que el médico tuviera algún paciente en consulta, se esperaría a que quedara libre (entre paciente y paciente) e iría a comentárselo, o le mandaría un mensaje en la pantalla del ordenador (*screen message*). El médico entonces decidiría hacerle pasar o hacerle esperar al siguiente hueco. Si el médico habitual no estuviera disponible en ese momento, la recepcionista haría lo mismo con el médico de guardia (*duty doctor*) del centro. Se prescribirían analgésicos y se entregaría un folleto para autocuidados; no se pediría radiografía.
- **Noruega.** A las 15,30 h está cerrado el centro. O va a la urgencia (abierta 24 horas, fuera del hospital, donde trabajan médicos de atención primaria) o espera con paracetamol e ibuprofeno (que es lo que se puede comprar sin receta) al día siguiente a las 8 cuando puede llamar a su propio médico al centro y tener cita esa misma mañana con su *fastlege*.
- **Holanda.** Al paciente se le ve como cita de urgencias en ese momento, se le explora y se le da medicación. Se le aconseja ver la evolución y pedir cita en una a dos semanas. El horario de atención a los pacientes en el centro de salud es de las 8 hasta las 16 h. De las 16 hasta las 17 h solo urgencias, y más allá de esta hora deben acudir a un centro de atención de urgencias de primaria, previa llamada telefónica. Si la urgencia es importante y grave se remite desde aquí al hospital. Al hospital casi no va nadie que no haya sido remitido desde allí.
- **España.** En algunas Comunidades Autónomas hay médico de familia por la mañana y por la tarde. En otras solo por la mañana (en estas suele haber Servicios de Atención Continuada para estas urgencias, en horario de tarde). En cualquiera de los casos, existe una gran probabilidad de que el médico que atiende al paciente no sea su médico habitual (hay turnos para “urgencias-sin cita” y para avisos a domicilio). Si va al hospital no se libra de la radiografía y a lo mejor “un completo” (de análisis y demás). También puede suceder que el paciente reciba un informe que no sea incorporado a su historia clínica. La pérdida de la longitudinalidad y de la unidad en la atención es lo que facilita que un problema médico leve se convierta en grave.

**Lecciones para la renovación.** Los horarios de atención deberían ser tan amplios como fuera posible (respetando la vida personal de los profesionales), y convendría mantener mecanismos que facilitaran la longitudinalidad. En este caso, de urgencia, lo prudente es el



filtro por el personal administrativo y después por enfermería (en un trabajo de “equipo funcional”), especialmente para valorar la presencia de “signos de alarma”, y para ir enseñando al paciente las bases del seguimiento y atención al dolor de espalda inespecífico (restricción del uso del diagnóstico por imagen, ventajas del mantenimiento del ejercicio físico, etc.). Si no está su médico, el de guardia debería dejar una nota breve en la historia clínica (y hacer llegar un listado de los pacientes atendidos de cada lista). Sería deseable la misma actuación y conexión entre los profesionales si el paciente acude a urgencias fuera del centro, por encontrarse cerrado. Las tecnologías de la información permiten eso y mucho más, de forma que el médico de cabecera puede tener información actualizada de la atención a sus pacientes en los varios servicios de urgencia. Es clave el seguimiento de estos problemas, y de la respuesta sanitaria a los mismos (“etiquetas”, uso de laboratorio y técnicas de imagen, terapéutica farmacológica y física, etc.).

### Caso 3

Varón de 68 años recluido desde hace un año en su domicilio, ya conocido y seguido por insuficiencia cardíaca. Su esposa llama por teléfono al centro de salud-consultorio al empezar la consulta, a las 8 h, pues ayer le dieron el alta del hospital y le aconsejaron que el médico general-de familia fuera a verle a su domicilio (le dijeron que el hospital le mandaría a su médico el informe).

- **Reino Unido 1.** Para conseguir una visita a domicilio en el mismo día, en este centro de salud el paciente y/o familiar debe ponerse en contacto con el centro de salud correspondiente entre las 8 y las 10 h de la mañana. Las visitas a domicilio se hacen a mediodía (entre 11 y 12 h o entre 14 y 14,30 h dependiendo del centro). Las visitas a domicilio se reparten entre los médicos del centro. Si el paciente llama más tarde y necesita una visita para el mismo día, se puede obtener y se realiza entre las 16 y las 18 h (uno de los médicos del centro está “de guardia” cada día para atender vistas a domicilio urgentes, así como las llamadas telefónicas y pacientes que acuden de urgencia). Los pacientes también pueden ponerse en contacto a cualquier hora para solicitar una visita a domicilio programada para otro día. Existen enfermeras a domicilio (*district nurses*) que trabajan 24 h al día, 7 días a la semana. Son independientes de las enfermeras que trabajan en el centro de salud (*practice nurses*, que no hacen domicilios). El médico de familia puede ponerse en contacto con ellas en cualquier momento para organizar los cuidados. También existen enfermeras especializadas que hacen visitas a domicilio, como en el caso de enfermedades respiratorias, que visitan a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a domicilio periódicamente, o enfermeras de paliativos a domicilio.
- **Reino Unido 2.** En el Reino Unido es cada vez más habitual que al alta de pacientes con insuficiencia cardíaca se haya organizado un plan de seguimiento en el domicilio por la enfermera especialista en insuficiencia cardíaca (*specialist heart failure nurse*), que sería quien informaría al médico y le pediría respaldo, consejo o visita si lo creyera necesario. Si no se dispusiera de este servicio, entonces la recepcionista pasaría el mensaje en una nota al médico aprovechando el final de alguna entrevista con el paciente para avisarle de la solicitud de visita. El médico llamaría

entonces a la mujer del enfermo para pedir detalles y acordar la visita si fuera oportuna, ese día o más adelante si el paciente estuviera estable.

- **Noruega.** La secretaria valoraría la situación por teléfono. Como probablemente no sea un caso agudo, le dirá que pasará el mensaje a su *fastlege* tan pronto como sea posible (no todos los *fastlege* están en el centro todos los días de la semana, ya que tienen al menos un día en el que trabajan en residencias de ancianos u otros servicios públicos como atención del niño sano), quien le llamará para hacerle una visita a domicilio probablemente en esa semana si lo considera necesario. El informe no llegará hasta, por lo menos, unos días después según la urgencia. El *fastlege* puede decidir llamar por teléfono al hospital antes de ir a ver al paciente si quiere estar preparado.
- **Holanda.** Si el paciente tiene una ayuda asistencial en casa (asistente, enfermera) será él/ella quien se ponga en contacto con el médico de cabecera para informar de la situación y para explicar si existe o no necesidad de visita domiciliaria al paciente. Si en esos momentos está estable y no precisa atención no se irá a domicilio ese mismo día, en caso contrario si la asistente considerase necesaria la visita en ese día se buscaría un hueco en la agenda para que el médico hiciese una visita. Si el paciente no tiene ayuda asistencial en el domicilio (cosa rara, pues se suele ofertar este tipo de ayudas para determinadas patologías, como este caso) y fuese la esposa quien estuviese a su cargo, se acordaría cita con ella según los síntomas en el momento actual del paciente, cita diferida para unos días o en ese día.
- **España.** Habitualmente se impone el diseño de la agenda, dejando solamente hacer pequeños cambios. Prima cada vez más atender a pacientes “a demanda” en huecos de 5 minutos que son más “importantes” que las citas programadas en consulta y en el domicilio, con tiempo suficiente para ofrecer mejores servicios a los pacientes. De esta manera, el médico de cabecera se enfrenta a los problemas agudos en las mismas condiciones en las que se enfrenta a los crónicos. Con el agobio de ir siempre “a matabalho”, de “se me está pasando algo” y de (a paciente pasado) “¿cómo no me habré dado cuenta de...!”, con la incertidumbre de cola<sup>24</sup>. Afortunadamente la longitudinalidad y el conocimiento del paciente vienen a remedar estas sensaciones y frustraciones. En este enfermo tomaría contacto telefónico con la familia y si fuera necesaria la visita iría en caso de tener tiempo en la agenda, o iría el médico de turno “de avisos”, hasta restablecer después el ritmo normal en un paciente de este estilo, crónico recluido a domicilio que depende básicamente de enfermería. Se atienden los avisos, pero suele ser con poco entusiasmo y escaso compromiso personal.

**Lecciones para la renovación.** La atención a domicilio es clave en primaria, y lo será más en el futuro. En ese “terreno de juego” arriesga mucho la enfermería y por ende todos los profesionales de primaria y, sobre todo, los pacientes. En España falta el desarrollo en la práctica de un componente comunitario. En todo caso, conviene cuidar todo lo que se refiera a prestar servicios a pacientes recluidos en su hogar. En este caso, tras el contacto telefónico para tranquilizar, lo oportuno es la visita a lo largo del día por su propio médico de cabecera, y si es posible conseguir el informe hospitalario con antelación (en buena lógica debería estar en el ordenador del médico de cabecera antes de dar el alta física). El personal de enfermería debería tomar contacto con la esposa del paciente, y/o acompañar

al médico de cabecera en su visita, pues los pacientes recluidos en su domicilio (y más los que padecen insuficiencia cardíaca) son su campo de trabajo y precisan de formación para autocuidado, seguimiento frecuente y un teléfono de contacto para dudas y aclaraciones. Cabe la cooperación con los servicios sociales y comunitarios de atención a domicilio, pero es importante cuidar la longitudinalidad y no perder la responsabilidad. El hospital debería prestar atención episódica y discontinua a estos pacientes, y no se precisa ni de “enfermera de enlace” ni de enfermera especializada en insuficiencia cardíaca. Se precisa de coordinación que prepare el paso entre niveles de los pacientes, especialmente de los “frágiles”, como los enfermos crónicos con insuficiencia cardíaca que se descompensan.

#### Caso 4

Mujer de 14 años que acude un viernes, sin cita, a ver a su médico, a las 13,30 h para recibir consejo sobre planificación familiar y sobre sexualidad, pues cree que ese fin de semana tendrá relaciones sexuales plenas por primera vez en su vida, con su novio. Quiere saber qué hay de calidad en Internet sobre estas cuestiones.

- **Reino Unido 1.** Todo paciente al llegar al centro de salud tiene que pasar por recepción. En este caso es una paciente sin cita y sin motivo “urgente” (el personal administrativo suele estar entrenado para este tipo de *triage* básico) por lo que se le ofrecería o la posibilidad de hablar con la enfermera ese día o cita para el médico de familia otro día. También se puede ofrecer una “consulta telefónica”; en este caso, el médico de familia o la enfermera llamaría más tarde ese mismo día a la paciente por teléfono para discutir esta cuestión. Además, en todos los centros de salud hay un sinfín de folletos informativos que el personal administrativo podría darle a la paciente. También existe en el hospital una consulta de salud sexual a la que los pacientes pueden acudir en cualquier momento sin cita para planificación familiar (píldora del día después) o diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista la derivaría a la consulta de Planificación Familiar, no dependiente del centro, sino de otro organismo del NHS pero alojada (en nuestro caso) en el mismo centro, en la planta de arriba. Allí suelen tener algunas consultas sin cita (*walk-in clinics*) o en todo caso la recepcionista le daría folletos informativos con números de teléfono para llamar y pedir consejo. En caso de haber consulta de salud sexual ese día probablemente tendría que esperar, pues a las 13,30 h no suele haber consultas, ya que es hora del *lunch break*.
- **Noruega.** Aquí la gente no suele venir sin llamar. Si esta chica llama a las 13,30 h un viernes puede que la secretaria entienda la urgencia de la situación, pero no es seguro. Si es el caso, pasará el teléfono al *fastlege* entre paciente y paciente. La alternativa es que le diga la propia secretaria que debe utilizar algún método de prevención (preservativo) y le ofrezca una cita programada en una o dos semanas.
- **Holanda.** Si existe hueco para la agenda de ese día se le da cita con el médico para que le informe. Si no hay hueco en la agenda de hoy se le dará para otro día. En la consulta le informan y además aconsejan dónde poder hacer preguntas vía telefónica sobre enfermedades de transmisión sexual (se llama GG & GD). Ese servicio

también tiene asistencia gratuita y anónima para análisis de enfermedades de transmisión sexual, dudas sobre sexo y otras ayudas.

- **España.** El personal administrativo le dirá que ya no citan a más pacientes a esa hora, que sería para el lunes. Le preguntarán si quiere una cita de urgencias y le interrogarán acerca del motivo. Lo más probable es que la chica conteste con alguna evasiva y se vaya. Volverá el lunes, como había previsto el sistema, para preguntar sin cita y a cualquiera (enfermera y/o médico en turno de “urgencias”) cuándo le va a bajar la regla pues tomó el domingo la píldora del día siguiente (la compró en la farmacia a medias con el novio, que en estos casos suele ser un buen chaval). Si se hace correctamente la atención se irá del centro de salud con cita para su médico a las 6 semanas, para las serologías (el chaval puede ser bueno pero tener de todo).

**Lecciones para la renovación.** Esta consulta es una “consulta sagrada”<sup>25</sup>, pues detrás de la pregunta concreta hay un mundo de temores, expectativas y fantasías. El personal administrativo y el de enfermería pueden prestar servicios excepcionales en estos casos, con información escrita y oral apropiada y “humana”, en espacio reservado y sin prisas, que aclare dudas sin hacer juicios. El objetivo es evitar embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al tiempo de ayudar al desarrollo de una vida sexual sana. Sería ideal tener accesibilidad y flexibilidad suficientes para que el médico de cabecera ofreciera una consulta que terminara de asentar las respuestas del personal administrativo y de enfermería, aunque fuera a última hora. El entrenamiento en la respuesta a las “consultas sagradas” debería ser parte de la renovación, lo que incluye establecer sesiones clínicas regulares sobre situaciones y casos concretos. Hay mucho que hacer si se manejan bien el tiempo, la incertidumbre y el dolor del paciente, pero se requieren formación y desarrollo de habilidades. Respecto a Internet, existen fuentes de calidad excelente, y convendría tener de oficio un listado recomendado en cuestiones tan frecuentes como sexo y embarazos.

## Caso 5

Varón de 50 años, diabético, que está citado y en la sala de espera tiene un cuadro de dolor agudo precordial que sugiere un infarto de miocardio, que evoluciona casi de inmediato a parada cardíaca.

- **Reino Unido 1.** Muchos centros de salud están equipados con material para atender una parada cardíaca, incluyendo medicación, desfibrilador automático, mascarillas, etc. Es obligatorio para todos los médicos de familia asistir a un curso de reanimación cardiopulmonar (incluye básica y avanzada) una vez al año, organizados por la gerencia local. Además, el personal que trabaja en el centro de salud suele tener entrenamiento en soporte vital básico. Así pues, en este caso, se haría reanimación cardiopulmonar inicial en el centro mientras viene la ambulancia (llamando al 999) para el traslado al hospital.
- **Reino Unido 2.** El médico da ácido acetilsalicílico de forma inmediata y llama al 999 para pedir una ambulancia urgente (*blue light*) y también al Servicio de Urgencias para avisar de la derivación, dando la información clínica de interés y enviándoles

un resumen de su historia clínica (*summary printout*) por fax. Si el paciente está en parada se hace reanimación cardiopulmonar básica.

- **Noruega.** Supongo que la secretaria llamaría a los médicos del centro (somos 4 y suele haber tres), nosotros empezaríamos reanimación básica mientras ella llama a la ambulancia. La segunda secretaria se llevaría a los demás pacientes a otra parte, supongo. Estamos a 1 km del hospital, por lo que no tenemos desfibrilador. En centros más lejanos con desfibrilador empezaríamos la reanimación avanzada si es un ritmo de choque.
- **Holanda.** Se solicita de urgencia una ambulancia, mientras el médico inicia la reanimación cardiopulmonar hasta la llegada del personal especializado que lo derivaría al hospital.
- **España.** Alguien avisará a su médico y será llevado a la sala de urgencias, donde su enfermera le canalizará una vía venosa y se le hará reanimación cardiopulmonar básica, si es preciso. Acudirán más compañeros (médicos y enfermeras) a prestar ayuda, y permanecerán allí hasta la resolución del caso, mientras viene el SAMUR al que avisa alguna administrativa. A veces hay demasiados profesionales en la atención a este paciente “parado” y el centro de salud casi también se “para”. En los centros de salud, pase lo que pase, siempre permanecen un médico y una enfermera en horario laboral. La dotación material es muy variable, entre todo y nada (o mucho, pero difícil de localizar en el momento del apuro). Otra cosa sería plantear esta situación en un consultorio rural de un pueblo pequeño de la España pobre, donde en ocasiones no hay ni esfigomanómetro ni bombilla en el otoscopio de pared. El paciente y el médico lo pueden pasar fatal.

**Lecciones para la renovación.** Las situaciones que exigen respuestas urgentes son infrecuentes, pero en ellas se juega la vida de los pacientes y el crédito de los profesionales. En este caso, de parada cardíaca, conviene la preparación de rutina y el ensayar la respuesta en teoría, al menos una vez al año (uso del desfibrilador, laringoscopia, empleo de la medicación y utensilios del carro de parada, conexión con los servicios de urgencia, actualización de las recomendaciones, etc.). Es importante analizar el conjunto de situaciones que exigen respuestas urgentes, como gran quemado, fracturas, cuerpo extraño laríngeo, embolia pulmonar, electrocución, ahogamiento, ictus, heridas por armas y demás para que todo el personal sepa qué hacer (incluso respecto a la evacuación y al contacto con la prensa y demás). No hay que olvidar los planes para catástrofes (explosión, inundación, atentado, incendio y otras) que pueden ser piedra de toque el impensable día en que haya que pasar a la práctica. Todo ello es fácil si se prevé, y además cabe dentro de un movimiento de renovación que aumente la capacidad de respuesta y de resolución (e incrementa la autoestima de los profesionales).

## Caso 6

Mujer de 75 años que acude a revisión por ser diabética e hipertensa, con EPOC, fumadora, analfabeta, en situación social de pobreza y vivienda insalubre, con defectuosa higiene, con pie diabético y úlcera crónica de evolución tórpida que requiere ser desbridada.

- **Reino Unido 1.** Las revisiones de crónicos son realizadas por enfermería. Enfermería junto con Medicina de Familia puede contactar directamente con Trabajo Social para valoración y organización de cuidados y ayudas, incluyendo personas de apoyo, servicio de *catering*, terapia ocupacional (se encarga de por ejemplo valorar modificaciones en la casa del tipo bañera frente a ducha, gas, ayudas para autocuidado e higiene, etc.), fisioterapia (en este caso no es necesario, pero sí por ejemplo tras una fractura de cadera existe tratamiento de fisioterapia a domicilio). Existen enfermeras a domicilio, las *district nurses* (diferentes a las *practice nurses* que son las enfermeras que trabajan en el centro de salud, que no hacen domicilios), que funcionan 24 h al día, los 7 días de la semana. Estas enfermeras pueden por ejemplo ayudar a este tipo de pacientes con medicación. También puede coordinar la realización de un pastillero semanal con la farmacia más conveniente para el paciente.
- **Reino Unido.** Además de la revisión clínica y de medicación, el médico haría al menos dos derivaciones: 1) a la enfermera comunitaria (*district nurse o community nurse*) para valorar y tratar la úlcera; esta a su vez podría recomendar derivación a las más especializadas *tissue viability nurses* e incluso al cirujano vascular; y 2) a los servicios sociales para la valoración de las condiciones de la vivienda y asesoramiento de prestaciones públicas para mejorarlas. En caso de que esta paciente no estuviera en seguimiento por el servicio de podología, se le haría también una derivación para valoración y tratamiento de su pie diabético (suele haber disponible una consulta y/o derivación específica de pie diabético —*Diabetic Foot Clinic*—).
- **Noruega.** Hablaría con la mujer sobre su estado y qué quiere/creo que podemos hacer con respecto a su situación social, ya que tiene directa repercusión con la úlcera. Me aseguraría de que está en contacto con las enfermeras que van a casa de los pacientes y la ayuda social para limpieza, compras y demás. Si no es así y me da su permiso mandaría un mensaje por Internet o llamaría para empezar lo antes posible. Con respecto al pie, para empezar intentaría curar la herida, tomar muestras para cultivo y ver si lo podemos hacer aquí con visitas repetidas, si lo pueden hacer las enfermeras que van al domicilio, o si es más grave y debo derivar a la paciente al hospital a la consulta de diabéticos. El hábito tabáquico, el control de la diabetes, etc. lo dejamos para la siguiente consulta, que mis citas son cada 20 minutos y ya me habría retrasado alguno. Cita pronto (una o dos semanas, según esté la úlcera) para ver el pie y seguir trabajando con ella. Si no viene habría que llamarla por teléfono e intentar concertar una visita a domicilio.
- **Holanda.** El equipo de enfermería que se encarga del cuidado de úlceras crónicas iría al domicilio, desbridaría la úlcera y si no evolucionase bien se pondría en contacto con el médico de familia que sería quien la remitiera al especialista. Habría que insistir en el control de los factores que contribuyen a empeorar esa úlcera, tipo higiene, controles de diabetes, tabaco, etc. La mayoría de estos enfermos viven en residencias de ancianos o en su domicilio, pero con asistencia, por lo que pacientes así se ven pocos. La trabajadora social debería conocer esta situación.
- **España.** Solicitaría el concurso de la enfermera. El éxito del trabajo de enfermería es muy variable en estos casos; la mía es estupenda. Hay enfermeras que logran curas casi milagrosas, con técnicas varias para las úlceras de las piernas y las del alma. Pero son frecuentes en España las amputaciones en extremidades inferiores en diabéticos. Repasaría signos clínicos, últimas exploraciones analíticas realizadas,

objetivos y tareas pendientes con ella. Me plantearía en qué momento del proceso estamos y si es posible iniciar una persuasión en torno a la deshabituación tabáquica. Le daría una cita con la trabajadora social. Los pacientes de este estilo mueren pronto, así que pensaría en dejarle en su casa mi teléfono con un resumen de la historia, para cuando llegue el forense, si el de urgencias no certifica (esto me lo callaría, claro).

**Lecciones para la renovación.** Esta paciente ilustra la necesidad de coordinar los servicios apropiados y necesarios en estos pacientes “frustrantes” para el personal sanitario y social. También ilustra la mezcla explosiva de problemas biológicos, psicológicos y sociales típicos del “paciente complejo”<sup>26</sup>. Lo clave es evitar el cumplimiento intenso de la Ley de Cuidados Inversos y aprovechar el conjunto de servicios que podemos prestar para evitar las complicaciones de la úlcera y la amputación del pie. El personal administrativo y de enfermería es fundamental para coordinar la atención (y para la cura a fondo, por la enfermera). Se precisa material, desde crema anestésica a bisturí, y formación y actualización, así como relación fluida con los servicios especializados, por si la úlcera no cura. La respuesta a los problemas sociales es tan importante como la respuesta a los problemas médicos, y esta paciente precisa de un “coordinador principal”, para hacerse cargo de su caso a largo plazo; puede ser un familiar, vecino, “paciente experto” o profesional, pero alguien debería establecer con ella una fluida y amable relación que permitiera seguirla en su vida y en sus contactos con los servicios sanitarios y sociales, para dar respuesta a sus necesidades, respetando sus expectativas vitales. Son pocos los pacientes tan complejos como este y su caso puede ser “piedra de toque” para el proceso de renovación, tanto respecto a sus límites (hay cosas que no podemos evitar) como respecto a sus posibilidades (hay un mundo de diferencias entre hacer bien las cosas o hacerlas mal en casos como este). Lo clave es analizar y mejorar la atención a la paciente a través de cambios en la accesibilidad, polivalencia y longitudinalidad.

## Caso 7

Mujer de 28 años con síntomas de cistitis que acude sin cita al empezar la consulta, a ver a su médico, a las 8 h.

- **Reino Unido 1.** Existen huecos de citas todos los días para el mismo día (*same-day appointments*); se le podría ofrecer a esta paciente uno de esos huecos. Hay *emergency appointments* pero suelen reservarse para problemas urgentes e importantes, de forma que siempre existe la posibilidad de ser visto de forma urgente sin cita si es necesario. En estos casos la enfermera suele hacer una valoración primero (el personal de enfermería está capacitado para resolver problemas de salud menores) siendo visto después por el médico, si es necesario. Otra posibilidad es fijar cita con enfermería. Las *practice nurses* están entrenadas para manejar problemas de salud menores (fiebre, cuadros gripales, infecciones respiratorias altas, infecciones urinarias, heridas, etc.). Está protocolizado en el caso de las enfermeras el tipo de problemas y la actuación ante ellos. La enfermera podría hacer un *triage* inicial, obtener una muestra de orina para tira y para envío posterior al laboratorio. Si hay signos de infección y necesidad de antibiótico podría recetarse. Si es una *prescribing*



*nurse* (hay enfermeras que pueden recetar ciertos medicamentos, para ello hacen una formación extra, son las *prescribing nurses*) lo puede hacer la propia enfermera, si no lo hablaría con el médico antes de hacer la receta. Si la necesidad de antibiótico no es clara, la enfermera le daría consejos (beber mucho líquido, etc.) e informaría al paciente de que en 48 h puede llamar para saber el resultado, o antes si evoluciona mal.

- **Reino Unido 2.** Si hay cita disponible para su médico esa mañana la recepcionista le cita y le pide que acuda a la hora citada. Si no la hubiera a esa hora lo más probable es que la recepcionista le dé cita con el médico del turno “de guardia” para esa misma mañana. El médico probablemente le pedirá a la recepcionista que indique a la paciente que tome una muestra de orina y la lleve a consulta para test de tira.
- **Noruega.** La secretaria hace una prueba de orina antes de entrar en mi consulta y, tras preguntarme por teléfono ya con los resultados, le da una cita entre medias de dos pacientes, con 5 minutos de tiempo.
- **Holanda.** La asistente recoge orina de la paciente en ese momento y le hace tira reactiva y sedimento, y a los pocos minutos la asistente con el resultado puede dar tratamiento médico si se precisa. Si la paciente quiere ser vista por el médico, tras tener los resultados se le daría una cita para esa misma mañana.
- **España.** Las agendas, salvo situaciones excepcionales, suelen permitir a los pacientes citarse el mismo día o el siguiente. En este sentido, la accesibilidad es un valor en la Medicina familiar española que todavía se protege. A esta paciente se le haría un análisis de orina en el momento y casi seguro que se va con antibióticos recetados por el médico del turno “de guardia” (aunque intentaría el ibuprofeno si no estuviera clara la infección). Lo peor es que estas pacientes con prisas son a veces las mismas con cistitis de repetición y vale la pena citarlas con tiempo. Por otra parte, sucede en ocasiones en la Medicina rural que no se puede pedir un cultivo a la paciente si estuviera indicado antes de iniciar el tratamiento, pues “solo se recogen los miércoles”, siendo un ejemplo muy ilustrativo este de la discordancia entre medicina-aparato burocrático y administrativo.

**Lecciones para la renovación.** Esta situación es la típica urgente en la que son infrecuentes las complicaciones. El objetivo es tanto calmar las molestias como mantener un buen clima en la relación del paciente con los profesionales, así como una gran accesibilidad. Pueden ayudar los administrativos y enfermeras a tranquilizar a la paciente si cuentan con una formación común acerca de las cistitis y sus causas, con el objetivo de mejorar el uso de antibióticos. Es importante que en caso de duda la atención termine con una consulta breve con el médico de cabecera, para reforzar la decisión tomada por la enfermera. Esta paciente sirve de ejemplo para el uso correcto de las técnicas diagnósticas “cerca del paciente” (*near testing*) que conviene usar con tino y mesura; en este caso las tiras reactivas de orina, pero sería lo mismo con la determinación de infección estreptocócica, determinación de glucemias, el electrocardiograma (ECG), la espirometría, la tira para determinar embarazo y demás. Se termina abusando y viciando su uso, tanto por médicos y enfermeras como por pacientes. Es relativamente sencillo revisar todo el uso de dichas técnicas diagnósticas, su valor predictivo y negativo según la población a la que se vaya a aplicar.



## Caso 8

Varón de 45 años al que se le acaba de clavar en el ojo una viruta de hierro (cuerpo extraño metálico en la córnea), acude “de urgencias” y no pertenece al cupo de ese médico (ni de ningún otro del centro de salud-consultorio).

- **Reino Unido 1.** Siempre puedes acudir a un centro de salud por un motivo urgente, como este caso, si lo necesitas, aunque no seas paciente del centro de salud. En este caso, al no ser paciente registrado, se le hace un registro temporal en el centro de salud para abrir una historia transitoria y se le atendería. Con un cuerpo extraño intraocular se podría valorar inicialmente en Medicina de Familia, pero en estos casos se suele derivar para valoración más especializada. Si existen urgencias de oftalmología en la ciudad-distrito se puede enviar (antes de hacer cualquier derivación, incluida la urgente, siempre se llama por teléfono y se habla con el especialista de guardia). Si no existen urgencias oftalmológicas se deriva a un óptico. El óptico atiende algunas urgencias oculares de forma gratuita para pacientes del NHS, incluyendo cuerpos extraños oculares, pudiendo hacer un examen ocular completo, extracción del cuerpo extraño con la lámpara de hendidura y prescripción de anti-biótico profiláctico.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista lo consulta con el médico de guardia y este aconseja al paciente acudir al servicio de urgencias hospitalario.
- **Noruega.** Si no pertenece al centro le van a mandar a urgencias en la ventanilla o el teléfono.
- **Holanda.** Se le atiende de forma urgente, se le practica lavado ocular y se intenta sacar el cuerpo extraño. En caso de que no se consiguiese sacárselo se telefonaría al oftalmólogo de guardia, con el que se comentaría el caso y este aconsejaría el proceso a seguir, bien remitir a urgencias para él mismo atenderlo, bien le daría cita preferente. El paciente no es de nuestro cupo, así que tras atenderle se le haría un informe que se enviaría por fax a su médico de cabecera.
- **España.** El paciente será atendido adecuadamente en un breve espacio de tiempo. Si necesita ser derivado a Urgencias para valoración por el oftalmólogo, se le puede derivar sin problemas al hospital de referencia de ese centro de salud, aunque no sea el que le corresponda, sin gasto alguno. Esto es muy raro, pero he visto también en el mundo rural el uso de un imán para extraer cuerpos metálicos, con lo que el caso se suele resolver sobre la marcha.

**Lecciones para la renovación.** La extracción de cuerpos extraños oculares es cuestión frecuente en la clínica, y motivo común de mala práctica (por ejemplo, el uso innecesario de la oclusión ocular en las úlceras corneales). Es prudente dar respuesta a la mayoría de tales problemas, que solo requieren iluminación correcta (lo mejor, una lupa con lámpara incorporada), anestésico ocular (de uso inmediato en menores de 50 años), fluoresceína (para valorar la presencia y extensión de úlceras corneales) y material extractor (un anillo de nailon para materiales no férricos, y un imán para las virutas de hierro y acero). Todo este material es de bajo coste y de fácil uso por personal sanitario prudente. La atención la debería prestar enfermería. En un marco de renovación convendría analizar todas las situaciones urgentes de este estilo, pues la resolución “en el momento” lo agradece

infinito el paciente, da crédito profesional ante la población y resulta muy gratificante para el profesional. Por otra parte, se precisan sistemas electrónicos de comunicación que faciliten la coordinación entre centros y organizaciones, de forma que se puedan ofrecer servicios integrados a los “transeúntes”, incluso en urgencias en atención primaria y recibir el resumen del listado de problemas del paciente (medicación y alergias incluidas) y transmitir la síntesis del proceso a su médico de cabecera; no es nada extraordinario y es muy conveniente.

## Caso 9

Varón de 54 años, con cefalea, de reciente aparición, al despertarse, gran bebedor. Acude sin cita al abrir el centro de salud-consultorio. Es muy conocido por sus borracheras.

- **Reino Unido 1.** El personal administrativo intenta ver la urgencia del problema. Si necesita ser visto ese día se da cita bien con la enfermera, bien con el médico.
- **Reino Unido 2.** Si estuviera disponible su médico habitual la recepcionista lo consulta con él; en otro caso se lo comunicaría al médico del “turno de guardia” para que lo vea cuando estime oportuno, que en este ejemplo probablemente sería de inmediato.
- **Noruega.** Son pocos los que vienen sin cita. En el caso de que así ocurriese le darían una cita para el mismo día a la hora de las citas urgentes (sobre las 11 h) si está con su *fastlege*, y si no con uno de los otros tres colegas del centro. Cuando uno no está los demás se reparten sus urgencias.
- **Holanda.** Tras el *triage* que realiza la asistente podría dar tratamiento analgésico si el paciente ya anteriormente lo ha tomado. Si el paciente quiere que le vea un médico, la asistente lo pondría en la agenda del día para que fuera atendido por el médico.
- **España.** Le darían una cita de urgencias y sería valorado con prontitud por el médico del turno “de guardia”. Si no es su médico probablemente el profesional haga un conato de convencerle en dos minutos de que debe dejar de beber, como si fuera el primero que se lo dice. Ser borracho tiene su punto tedioso.

**Lecciones para la renovación.** Este paciente sirve de ejemplo para señalar los riesgos de la longitudinalidad. Por conocer al paciente es probable que todo el personal atribuya la cefalea al abuso del alcohol, pero conviene el diagnóstico diferencial. Las instrucciones al personal auxiliar deberían dejar claro que una cefalea intensa y “nueva” requiere la evaluación por su médico de cabecera (no por el de turno de guardia), y este debería hacer un hueco para verlo a lo largo de la mañana. Conviene que todo el personal entienda las ventajas e inconvenientes de la longitudinalidad, y este caso puede servir de ejemplo práctico. Por otra parte, los signos de alarma en las situaciones más frecuentes (cefalea, dolor abdominal, lumbalgia, hemorragia en el primer trimestre del embarazo, etc.) deberían ser conocidos por todos los profesionales. Es una cuestión puramente clínica en la que la renovación puede tener gran impacto, a bajo coste.

## Caso 10

Mujer de 70 años, terminal, con cáncer de páncreas que decide morir en casa. Su familia (esposo y una hija de 50 años que vive al lado) le apoyan. Ella y su marido acuden a hablar con el médico para saber cómo se puede organizar la atención. Además, ruegan al médico que tome contacto con su hija, y le dejan el correo electrónico de la misma.

- **Reino Unido 1.** Los médicos de familia realizan cuidados paliativos a domicilio. Las *Macmillan nurses* son enfermeras especializadas en cuidados paliativos, y trabajan tanto en el hospital como a domicilio, 24 h. Incluso hay enfermeras de paliativos superespecializadas en cáncer de mama, cáncer infantil o quimioterapia. Puede derivar a estas enfermeras el médico de familia, el adjunto del hospital, las *district nurses* (enfermeras a domicilio “normales”) o la enfermera del hospital. Es un servicio gratuito para los pacientes. Las *Macmillan nurses* están financiadas en parte por el NHS y en parte por una *Charity*.
- **Reino Unido 2.** El médico escribiría a la hija para proponerle la derivación de la paciente al equipo local de cuidados paliativos, que la visitaría en pocos días y sugeriría un plan práctico de atención, siempre en estrecha comunicación con su médico de cabecera.
- **Noruega.** Su *fastlege* puede ayudarles a manejar la atención en casa mientras ellos lo deseen. Lo normal es hacer visitas a domicilio y tomar contacto con las enfermeras a domicilio para colaborar en el cuidado. Hay *kits* de ayuda para casos así, donde el médico deja indicado qué usar en caso de los síntomas más comunes y jeringuillas, mariposas, etc. para no tener que complicarse mucho y dar seguridad a la familia y al grupo de enfermeras. En este caso es casi seguro que el hospital ha estado involucrado y sería normal llamar si hay dudas en el tratamiento. Si la familia quiere que contacte a su hija lo puedo hacer, pero normalmente preferiría hacerlo por teléfono. El correo electrónico con pacientes funciona, pero es más pesado que la comunicación directa. A estos pacientes muchos médicos les dan su número de móvil privado, pero si se deja toda la información bien dada, los pacientes casi no llaman.
- **Holanda.** Se podría realizar el primer contacto con la hija vía correo electrónico o por teléfono. Desde el hospital se encargan de poner en activo el dispositivo para los pacientes que deciden morir en casa o que solicitan eutanasia. En el caso del paciente que decide morir en casa es el hospital el que se pone en contacto con la asistencia domiciliaria, y se le da el alta con medicación a seguir y supervisión por enfermería y por *Thuiszorg* (cuidadoras de domicilio), para la atención de los últimos días de ese paciente. Cuando existe algún problema la cuidadora contacta con su médico de familia.
- **España.** Los familiares tendrán una entrevista con su médico de familia, en la consulta o en el domicilio. Programaría una serie de cuidados conjuntamente con la enfermera. Se establecería un plan de actuación. La familia tendrá acceso directo y continuo al médico de cabecera, vía telefónica preferentemente. El equipo médico-enfermera garantizarán que sea respetado el deseo del paciente de morir en casa, siempre que colabore la familia. Con este mini-equipo me volcaría en el cuidado del paciente. Solamente en situaciones excepcionales será necesaria la intervención continuada del equipo especializado de paliativos; en estos casos debería ser

compartida en lo sucesivo la responsabilidad de la atención. El correo electrónico no se suele usar de coadyuvante de la atención clínica. Si el médico es relativamente joven, o “es inclinado a”, probablemente no tenga problema en utilizarlo, como es mi caso. Los médicos de la vieja guardia (en general) suelen ser reacios al correo electrónico. Es normal, han crecido con la imprenta y no con estas tecnologías livianas (digitales).

**Lecciones para la renovación.** De nuevo una “consulta sagrada”, que en este caso se refiere a la organización de los cuidados antes de la muerte. Conviene “explorar” las expectativas, los deseos y las creencias de la paciente y de sus familiares, así como repasar las fases probables del proceso y su mejor manejo. Es básico el acuerdo acerca de quien vaya a ser el “cuidador principal” y otras cuestiones prácticas como lo referente a la “sedación terminal”, la respuesta a las necesidades espirituales y religiosas y demás. En algún momento de la entrevista debería participar la enfermera, para sumarse al diseño del plan inicial de atención. En lo posible conviene que sea el médico de cabecera el responsable de los cuidados terminales, incluyendo las necesarias visitas a domicilio, empleo de la medicación (también morfina) y el enlace telefónico fácil (para tranquilidad de la paciente y de la familia y para asegurar la continuidad de cuidados), con la colaboración de la enfermera y de otros profesionales (trabajadora social y servicios especializados)<sup>27</sup>. Los objetivos son evitar sufrimiento innecesario, capacitar a la familia para cooperar con los profesionales (también en el uso de analgésicos, morfina incluida) y cumplir con el deseo de morir en casa. Se debería atender el deseo familiar y tomar contacto con la hija, para incorporarla al “equipo funcional” de cuidados. Conviene ir preparando el “después”, incluyendo las cuestiones prácticas referentes a la certificación de la muerte y el seguimiento del duelo. Todos los pacientes irán muriendo, los profesionales también, de forma que es clave dominar los servicios necesarios para dar calidad de atención a los pacientes terminales. La atención primaria renovada debería tender a ocupar “nichos” que ha ido perdiendo, pues se trata de seguir en su contexto a los pacientes desde antes de nacer (preparando y siguiendo un embarazo sano) hasta después de la muerte (cuidando la información que genera el certificado de defunción y de los seres queridos que deja el finado).

## Caso 11

Varón de 80 años que muere en su casa, un domingo a las 9 h. Se esperaba su muerte, por situación final de reclusión en su domicilio por una demencia por enfermedad de Parkinson. La familia no sabe cómo lograr el certificado de defunción, pues el médico no dio instrucciones concretas.

- **Reino Unido 1.** En general, los centros de salud están cerrados de 18,00 a 08,00 h y las 24 h los fines de semana, pero existe un programa que incentiva un horario más amplio e incluso abrir el sábado, el *Extended Access*. Durante el tiempo de cierre existen servicios de urgencias de atención primaria (equivalentes a los PAC, SUMMA, SAR etc. españoles) que cubren tanto asistencia a domicilio como asistencia en determinados puntos-consultas, además de hospitalaria. En este caso, la familia llamaría al NHS 24 h, teléfono de *triage* de urgencias (*out-of-hours*) y

se enviaría un médico. Este médico confirmaría la muerte pero no la certificaría; enviaría un fax al centro de salud del paciente. Será el médico de familia habitual del paciente quien firme el lunes el certificado de defunción (incluso aunque haya fallecido un viernes por la noche). Si bien, este proceso no retrasa el que el cuerpo pueda ser trasladado al mortuorio. Los trámites funerarios, por este y otros motivos, suelen durar varios días en el Reino Unido. En el caso de muerte inesperada se avisa a la policía y al médico forense (*fiscal procurator*).

- **Reino Unido 2.** La familia llama al servicio de atención continuada (*out-of-hours GP service*). El médico de guardia confirma la muerte y envía un fax al centro de salud a la atención del médico del paciente para que emita el certificado al día siguiente.
- **Noruega.** Si el *fastlege* ha estado involucrado como en el caso anterior, la familia puede que lo llame directamente a su teléfono personal y el médico certifique la muerte. En otro caso, llamarán a urgencias, que mandará un médico cuando haya posibilidad (por ejemplo, entre turnos el que se marcha a casa puede pasar antes por el domicilio). En otros casos la propia funeraria lleva el cadáver a urgencias, donde se certifica la muerte.
- **Holanda.** Como es domingo su médico no acudiría, sería el médico de guardia del *huisartsenpost* (equivale a punto de atención continuada) quien iría a domicilio a certificar la defunción. El médico de cabecera del paciente recibe por fax información sobre lo sucedido.
- **España.** Si ocurre en una gran ciudad la familia llamará al 112 (teléfono de emergencias) y un médico del SAMUR (o similar), de un nivel de complejidad desproporcionado para el caso, se trasladará al domicilio del paciente. Lo lógico es que la familia tenga algún informe en el que el médico pueda cerciorarse de la situación clínica del difunto, para no dejar lugar a la duda y no tener que plantearse avisar al juzgado y que se persone el forense. Si el suceso ocurre en el extrarradio de una ciudad o pueblo, o se contará con una Unidad de Atención Domiciliaria o un médico del Punto de Atención Continuada se desplazará a certificar. Si el paciente es seguido por una Unidad de Paliativos la familia suele contar con instrucciones dado el caso. Igualmente sucede en el caso de algunos médicos de cabecera. Pero, sin duda, morir en domingo es muy inconveniente (para la familia).

**Lecciones para la renovación.** En este paciente la certificación de la muerte debería ser parte del plan de cuidados al enfermo terminal y, por tanto, la familia debería saber qué pasos tomar. En todo caso, el “cuidador principal” es lógico que tenga el teléfono del médico de cabecera y que pueda llamarle para pedir consejo, y que sea el médico el que decida si acude personalmente o toma contacto con los servicios pertinentes<sup>28</sup>. El objetivo es evitar sufrimiento a la familia en un momento especialmente doloroso y, al tiempo, ir cerrando las “heridas” que siempre produce una situación ya de por sí dura (la atención durante años a un ser querido que “pierde la cabeza”). Nada como la visita final del médico de cabecera para certificar la muerte y tomar un café con la familia, con tiempo para “reparar” el proceso de atención y reconocer explícitamente el esfuerzo, sacrificio y mérito de los distintos familiares. La buena reputación profesional no es cuestión del diagnóstico diferencial, sino de saber diferenciar lo importante de lo irrelevante, y el tiempo de la certificación de la muerte en estos casos es especial y único. Cabe renovar la consulta y considerar y programar estos tiempos como si fueran retos clínicos, que lo son.

## Caso 12

Mujer de 32 años, con diarrea y vómitos persistentes toda la noche. Su esposo llama al centro de salud-consultorio a las 8 h para que vayan a verla a su casa.

- **Reino Unido 1.** En este tipo de casos suele hacerse un *triage* telefónico (médico o enfermera) resolviéndose en muchas ocasiones por teléfono mediante valoración y consejos. Si realmente se necesita una visita a domicilio se haría.
- **Reino Unido 2.** La recepcionista pasa el mensaje a su médico, quien llama a la paciente en algún momento de la mañana. Si este no estuviera disponible lo haría el médico del “turno de guardia”. En esa llamada se toma la decisión consensuada con la paciente de hacer el tratamiento que se le indique o de ser visitada en su domicilio, en este caso más probablemente lo segundo. La visita sería al finalizar la consulta matinal, entre las 12 y las 13 h.
- **Noruega.** En este caso lo más frecuente es que se pida a la mujer que venga al centro a consulta el mismo día. Se pone una ambulancia si está tan enferma que no pueda venir, pero es muy raro.
- **Holanda.** La asistente recogería telefónicamente la notificación y el médico llamaría a la familia. En el caso de que no hubiese síntomas de alarma, acordaría que trajesen a la paciente al centro para exploración y en caso necesario medicación. En otro caso sería el médico de cabecera quien acudiera al domicilio para la exploración y valoración de la paciente.
- **España.** Le dirán que espere a las 8,30 h para hablar con su médico. Este intentará que la paciente se acerque al centro de salud para valorarla en el mismo día, pues el citado motivo no justifica la atención domiciliaria. En caso contrario el médico de cabecera irá “de malas” y al final de la mañana. Los avisos a domicilios terminan siendo una “cruz”.

**Lecciones para la renovación.** La diarrea con vómitos suele ser un proceso benigno. Pero conviene el contacto telefónico con la propia paciente, si es posible, para valorar el cuadro y hacer las recomendaciones oportunas. Si finalmente la paciente no puede acudir a la consulta, es imprescindible la visita al domicilio del médico de cabecera para la exploración física. Conviene una visita a domicilio “de más” antes del error de una visita a domicilio “de menos”, especialmente si previamente la paciente ha utilizado correctamente los servicios. La estrategia del trabajo a domicilio es un campo a renovar, pues consume mucho tiempo pero rinde más, y es parte del “santo y seña” de la atención primaria. Por ejemplo, se puede participar en alguno de los proyectos del *Ambient Assisted Living*<sup>IV</sup> que generalmente tienen dificultades para incorporar a profesionales y pacientes de atención primaria.

---

<sup>IV</sup>El AAL es un programa europeo que promueve el uso de tecnologías varias para lograr una vida plena a los ancianos, manteniendo su propio hogar como vivienda habitual. Va desde sistemas que aseguran el correcto encendido y apagado de aparatos domésticos a la conexión con el médico de cabecera. Información disponible en: <http://www.aal-europe.eu/about/objectives/>

## Caso 13

Varón de 12 años, con asma mal controlada. Acude a las consultas irregularmente, y pertenece a una familia monoparental (la madre dejó al padre, con tres hijos). En esta ocasión acude a su consulta de revisión, con su abuela.

- **Reino Unido 1.** Las consultas de revisión de enfermedades crónicas las hace la enfermera (*practice nurse*) incluyendo asma, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y EPOC, discutiendo periódicamente los casos con el médico general (suele haber un “médico con interés especial” en diabetes, otro se encarga de respiratorio, otro de cirugía menor, etc.). La enfermera tiene potestad para modificar el tratamiento, pedir analíticas, espirometrías y demás, en caso necesario. En el Reino Unido existe además la *health visitor* (no existe en España), un tipo de enfermera (o matrona) con capacitación extra en Pediatría, promoción de la salud, salud pública, etc., que tiene un enfoque comunitario y trabaja con niños y también con familias. Su rol consiste en las revisiones e inmunizaciones en la infancia, pero también están entrenadas para hacer valoración social inicial (incluyendo visita al domicilio y valoración familiar) pudiendo contactar directamente *a posteriori* con servicios sociales y trabajo social según las necesidades de cada caso. Todas las semanas se hace un *community meeting* para debatir casos que necesitan valoración comunitaria y/o social. A esta reunión acuden las *district nurses*, médicos generales, *health visitor*, etc.
- **Reino Unido 2.** El médico explicaría a la abuela la importancia de las revisiones regulares con la enfermera y le daría cita con ella, además de entregarle folletos informativos para educación y concienciación, labor que continuaría la enfermera. El médico pediría a la enfermera que en caso de no acudir a la cita les llamara por teléfono para insistir en su importancia y darle otra. Médico o enfermera derivarían a servicios sociales si el incumplimiento persistiera.
- **Noruega.** Se atendería al niño y se daría información a la abuela además de al niño. Se irían con cita de control, por ejemplo en dos o tres semanas, y habiendo dejado un teléfono en el que contactar por si no vienen y explicado que es importante que el niño esté bien controlado. Si el mal control lleva a ingresos repetidos, el hospital o el *fastlege* debería contactar con el “Centro de Bienestar de los Niños” para que se cerciore de que la situación en la casa es suficientemente buena para el menor.
- **Holanda.** Preguntaría por síntomas de disnea en reposo, durante el ejercicio, por la noche, si toma o no medicación, se verían las últimas prescripciones de sus recetas, se preguntaría al niño y se hablaría con él. Si no veo claro que me hayan entendido, o si me quedan dudas de si está cumpliendo o no con su medicación, le doy de nuevo cita dentro de dos semanas y le explico la importancia de acudir a esta nueva cita.
- **España.** Es un paciente que no vería el médico de familia, salvo en la España pobre rural y algo menos pobre también si hay una suplencia, donde el médico de familia ocupa la plaza del pediatra intentando que no se enteren las familias de que no es pediatra, para no despertar recelos. Si la abuela es receptiva y colaboradora se bajaría con ella. Si no, se convocaría también al padre. Se le aconsejaría sobre la importancia del uso continuado de la medicación pautaada para evitar reagudizaciones. Lo propio sería que el profesional explorara circunstancias sociales y



ambientales que pudieran contribuir al cuadro, tales como fumadores en casa, adecuada limpieza, etc.

**Lecciones para la renovación.** La situación familiar es clave en todos los pacientes, y más en los niños. En este caso es de esperar, por ejemplo, un papel preponderante de la abuela paterna, y mayores dificultades en el control de enfermedades crónicas como el asma, en las que es importante el componente psicológico. Lo prudente sería el seguimiento por la enfermera, y la formación del adolescente y de la abuela para el autocontrol (uso del *peak-flow* y demás). El objetivo es evitar el deterioro de la función pulmonar y las situaciones de complicaciones graves. Si fuera posible convendría que el médico de cabecera pasara un momento por la consulta de enfermería, para saludar a la abuela y “tomar el pulso” de la familia. En este caso se trata de fomentar la longitudinalidad familiar. El caso se refiere, de nuevo, a un “nicho” que no cubre el médico de familia, pues los niños dependen del pediatra. En el mundo rural es más fácil ser el médico de la familia. En la ciudad y alrededores se puede llegar a acuerdos con los pediatras en el centro de salud para ofrecer servicios coordinados a la familia. En situaciones como las de este caso se puede renovar para lograr que pediatras y médicos de familia estudien problemas en común y den respuestas coordinadas, también con la enfermería.

#### Caso 14

Varón de 5 años, con herida incisa por caída. Su madre no sabe qué hacer. Acude a su médico, al centro de salud-consultorio, donde se aprecia que precisa sutura.

- **Reino Unido 1.** Dependiendo del tipo de sutura necesaria, la herida la puede suturar la enfermera, el médico general, o en casos más complicados se envía a urgencias al hospital (A&E) para ser tratada.
- **Reino Unido 2.** El médico deriva al servicio de urgencias pediátricas hospitalario, enviando un fax con la información clínica y da también copia al paciente para que la entregue al llegar allí.
- **Noruega.** Se le atiende por el *fastlege* entre los otros pacientes y se le sutura.
- **Holanda.** Con ayuda de la asistente se suturaría por el médico en el centro y se le citaría en unos días para ver la evolución.
- **España.** Si la herida es en la cara o se prevé una sutura complicada, bien por el tamaño de la herida, bien por las características de la propia herida, se derivará a urgencias del hospital. En otro caso lo suturará el pediatra (si el niño acude al centro de salud en horario laboral) o el médico de familia si el niño acude a un Punto de Atención Continuada. En estos últimos y en el medio rural en ocasiones sutura también la enfermera.

**Lecciones para la renovación.** A veces la sutura se puede hacer incluso sin puntos, con pegamento de cianocrilato (heridas de un máximo de 2 cm, en zonas no de flexoextensión). Salvo excepciones, la atención de las heridas es cuestión de enfermería. Es un área que puede servir de estímulo para todo lo concerniente a la cirugía menor, y a la higiene de manos e instrumentos. En conjunto la renovación debería trasladar capacidad de respuesta



y autonomía desde el médico al paciente, contando con toda la cadena del “equipo funcional”. Situaciones como las descritas no requieren alta tecnología, sino compromiso con la población y los pacientes para prestar servicios de “máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada, en el lugar y momento adecuado, por profesional apropiado y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible”.

## Caso 15

Mujer de 18 años, soltera, estudiante, vive con sus padres. Acude con cita, por la tarde, a su médico para confirmar el diagnóstico de embarazo (ya se ha hecho una prueba en la farmacia, con resultado positivo). Pide ayuda para abortar (sabe que hay medicamentos que se venden en la calle, pero quiere conocer sus peligros).

- **Reino Unido 1.** En este caso el médico general valoraría la situación, explicaría y daría consejo (en el Reino Unido se usa mucho la información por escrito tipo folleto o información que se imprime en el momento, o por Internet, tipo [www.patient.co.uk](http://www.patient.co.uk) o [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)). Existe una consulta especial en el hospital que se encarga de esto (llamada *Nairn Suite* nuestro hospital). Es una consulta dentro del departamento de Obstetricia-Ginecología, con médicos y matronas que valoran y tratan todos los casos de aborto. El médico de familia puede llamar directamente a la *Nairn Suite* durante la consulta y le dan cita en el momento para la paciente. Después el médico de familia envía una carta o fax a dicha consulta con información de la paciente (con historia gineco-obstétrica, fecha de la última regla, edad gestacional actual, antecedentes personales y medicación actual).
- **Reino Unido 2.** El médico le informa de que no es necesario confirmar el diagnóstico, pues el test de la farmacia es fiable. Si se considera capacitado le informa sobre el aborto farmacológico. En todo caso le deriva al centro especializado concertado local, dándole un folleto informativo sobre los servicios allí ofrecidos, incluyendo el teléfono para pedir cita. En esta cita le dan consejo sobre las opciones posibles y le citan para el procedimiento que sea pertinente.
- **Noruega.** Este es un caso complejo y depende de la edad de gestación. Antes de la duodécima semana la mayor parte de los *fastleger* la derivarían al hospital después de haber tomado una prueba de *Chlamydia* y haber tenido una conversación con ella para saber si está segura de su decisión. El aborto en el hospital es farmacológico (con medicación que la paciente toma en su casa). En este momento se debate sobre cómo proceder en casos en los que el *fastlege*, por motivos de conciencia, no considere adecuado derivar a la paciente. Hasta ahora lo que ha pasado en la práctica era que la paciente iba a un colega del centro directamente o después de haber hablado con su *fastlege*. Después de la duodécima semana en principio no hay aborto legal en Noruega, a menos que se pase por un tribunal especial.
- **Holanda.** Con test positivo de embarazo y con el deseo de interrupción voluntaria del embarazo se remite la paciente con hoja de derivación al centro especializado en esto. Desaconseja el uso de estos medicamentos que se venden en la calle. El centro que realiza el aborto, antes del alta, da cita de control para aconsejar sobre cómo prevenir nuevos embarazos.

- **España.** En toda confirmación de embarazo es imprescindible preguntar de alguna manera si fue o no planificado y si quiere tener al bebé. Si la respuesta es afirmativa es imprescindible pronunciar la palabra “enhorabuena”. En el caso propuesto, la disuadiría de utilizar ese tipo de fármacos ya que el sistema ofrece (de momento) la posibilidad de abortar en condiciones de seguridad. La derivaría al servicio correspondiente (o clínica concertada, como suele suceder) y supervisaría que los plazos de atención no se alargan en el tiempo. Reiteraría mi ayuda en lo que precisara la paciente a lo largo del proceso. Le sugeriría que cuando haya pasado todo venga a la consulta para planificación familiar (para poder disfrutar del sexo sin embarazo).

**Lecciones para la renovación.** De nuevo una “consulta sagrada” donde se combina el primer embarazo (no deseado) con la elección por su interrupción. Conviene el análisis sin culpabilización del proceso que llevó a tal embarazo, y las posibilidades de evitar una repetición en el futuro. También sería necesario la consideración de las posibles infecciones de transmisión sexual. Respecto al propio aborto voluntario sería importante desaconsejar el “mercado negro” y facilitar los trámites para seguir la vía legal, una vez que se confirmase la decisión. En todo ello es importante dejar abierta la consulta para “después del aborto”, tanto respecto a la contracepción como a la vivencia saludable de la sexualidad. No hay razones para que el aborto farmacológico dependa del hospital, como bien demuestra la experiencia en Portugal<sup>29</sup>. Es un área a considerar en el proceso de renovación, que además implica la capacitación en ecografía (aunque de por sí no sería imprescindible para estos casos) y permite abrir ese campo diagnóstico en general.

## Caso 16

Mujer de 60 años con dolor molar intenso de reciente aparición. Con defectuosa higiene bucal. No querría perder las pocas piezas que le quedan. Acude a demanda, sin cita, por el dolor.

- **Reino Unido 1.** En este caso el paciente no suele acudir a atención primaria, sino al dentista. Si el paciente está registrado con un centro de salud dental llamaría o acudiría de urgencia al mismo. Si no está registrado con un dentista acudiría al hospital dental que tiene servicio de urgencias durante el día. Puedes registrarte en un centro de salud dental como paciente privado o paciente NHS (todos los pacientes con cobertura NHS tienen cobertura dental de ciertos tratamientos, algunos gratis otros a un precio más barato).
- **Reino Unido 2.** Si su médico general está disponible se le da cita por la mañana o por la tarde con él. Si no, con el médico de guardia. En todo caso el médico prescribe tratamiento analgésico y antibiótico y aconseja a la paciente ver a su dentista lo antes posible.
- **Noruega.** Se le da cita el mismo día, se le atiende y con analgésicos se le remite al dentista. También puede ser que la secretaria le recomiende directamente que se vaya al dentista (no necesita derivación).
- **Holanda.** En Holanda es raro que acudan por dolor molar al médico de familia. En este caso, la asistente podría darle tratamiento analgésico, una receta, para el

momento de dolor agudo y se le aconsejaría que fuese al dentista. Si quisiese ser visto por el médico se le daría cita ese mismo día. Probablemente este caso iría directo al dentista. En Holanda el seguro cubre un porcentaje de los procedimientos médico-dentales. El dentista recuerda por carta a domicilio la próxima revisión.

- **España.** Le darían una cita de urgencia con su médico de cabecera, quien vería a la paciente. Si tiene signos infecciosos le pondría tratamiento antibiótico y analgésico. Si no, solamente analgésico. Le diría que fuera al mostrador para pedir cita con el odontólogo de la Seguridad Social, a sabiendas de que probablemente acabará en uno privado (por los tiempos de espera y la restringida oferta de intervenciones) y el dolor de muelas se transformará en dolor de bolsillo.

**Lecciones para la renovación.** Lamentablemente, la atención odontológica en España suele tener deficiente cobertura pública, y ello asegura en esta área el estricto cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos (España es el país más desigual de la OCDE a este respecto). Por ello hay que “mimar” a esta paciente, para que no pierda más piezas dentales. Los objetivos serían controlar el dolor y la infección y finalmente lograr la conservación de la pieza. Si requiere cuidados especializados dentales conviene considerar el gasto de bolsillo y, en su caso, el contacto con la trabajadora social. La salud dental distingue cruelmente a ricos de pobres, de forma que es campo a renovar, pues se pueden encontrar alternativas caritativas (donde no hay justicia se precisa caridad), como atención gratuita en las Escuelas de Odontología.

## Caso 17

Varón de 33 años, esquizofrénico. Cumple mal el tratamiento, es violento y drogadicto. Su familia coopera con el sistema sanitario, pero la situación se ha vuelto imposible para la convivencia en el domicilio, donde viven sus padres con dos hijas, menores de edad. Tras una noche de violencia extrema, con intervención de la policía, acude el padre a ver al médico, al abrir el centro de salud-consultorio, en busca de una solución “que resuelva el problema para siempre”.

- **Reino Unido 1.** Se coordinaría con Salud Mental. El médico de familia puede siempre llamar por teléfono al psiquiatra de guardia para valorar casos urgentes (cada centro de salud está adscrito a un centro de salud mental comunitario con el que puedes contactar). El médico de familia también puede tramitar traslados forzosos de urgencia para pacientes psiquiátricos.
- **Reino Unido 2.** El médico explica que no existen soluciones milagrosas y definitivas para este problema, pero que se puede y debe mejorar el control de la enfermedad para que tanto el paciente como su familia no sufran tanto. Le sugiere derivación al equipo domiciliario de salud mental (*Home Care Team*), que le hará visitas regulares e irá ajustando el tratamiento y/o proponiendo alternativas (que a veces incluyen el ingreso) en estrecha comunicación con el médico de familia. De todas formas en el Reino Unido lo que hubiera ocurrido es que la policía habría contactado ya con el psiquiatra forense de guardia para que valorase el ingreso forzoso,

y por tanto este psiquiatra ya habría organizado la derivación psiquiátrica oportuna con notificación al médico de familia.

- **Noruega.** El padre de un varón de 33 años no puede, en principio, pedir tratamiento para su hijo si este no quiere, a no ser que tenga su tutela legal. Después de una noche de violencia el hijo estará en la policía y quizá haya sido ingresado como paciente psiquiátrico. Cuando salga habrá que conseguir que el paciente colabore. Este es un trabajo en común del equipo ambulatorio de Psiquiatría, el *fastlege*, el psiquiatra y quizá los servicios sociales para buscarle una alternativa adecuada donde vivir. A los 33 años casi nadie vive con sus padres en Noruega. Quizá sea una ocasión para apoyar al cuidador, además de informarle de lo que no sepa ya.
- **Holanda.** La mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos son atendidos en un centro especializado, *Mentrum* (con psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, etc.). En este caso el familiar sería atendido por el médico de cabecera y acordaría una cita para ver al paciente en el domicilio o en el centro para valorar su situación actual. Me pondría en contacto telefónico con el psiquiatra que llevó por última vez al paciente y le explicaría la situación. En *Mentrum* se encargarían de contactar primero por teléfono con el paciente y la familia para valorar la gravedad y acordar una cita en ese día o en sucesivos. En caso de urgencia el psiquiatra se trasladaría al domicilio.
- **España.** Hablaría con el padre y a continuación me pondría en contacto con el equipo del Centro de Salud Mental. Exploraría la posibilidad y conveniencia de algún recurso tipo Hospital de Día frente a Centro de Atención Integral a Drogodependientes, a medio plazo. A corto plazo les pediría su opinión sobre un ingreso hospitalario, aunque fuera judicial; a más largo plazo intentaría su incorporación a una “comunidad terapéutica”, un piso tutelado. Ser enfermo mental y toxicómano abre peligrosamente las puertas de la prisión; me pongo malo solo de pensarlo.

**Lecciones para la renovación.** Este paciente es un nuevo ejemplo de “paciente complejo”, que en muchos casos no encuentran en España otro refugio que la familia. La sobrecarga física, psíquica, social y económica puede a veces con la estructura familiar, y entonces intervienen los poderes públicos. El paciente probablemente está ya ingresado en una unidad psiquiátrica de urgencias. Su destino es sombrío si no se interviene recomponiendo la red social familiar y comunitaria, y por ello el médico de cabecera es clave. La situación es tan apremiante que conviene poner en marcha todos los resortes posibles, desde la toma de contacto con el propio paciente como con los servicios de Psiquiatría a los sociales, la policía y el juzgado y también a los de drogodependencia. El objetivo es lograr “controlar daños”, tanto para el propio paciente como para la familia. Por ello conviene la revisión del seguimiento y tratamiento previo en una reunión específica con todos los protagonistas (a incluir el “cuidador principal”, el padre en este caso), para tomar decisiones que respeten al paciente y su situación. Un equipo funcional integraría la capacidad de todos los miembros del mismo para lograr que este paciente no muera “antes de tiempo” ni pase su tiempo en la cárcel, o recluso en cualquier otra institución.

## Corolario

El uso de “viñetas” con situaciones clínicas permite comparar el trabajo en atención primaria en distintos países. Son sorprendentes las diferencias en la práctica diaria, algunas inesperadas.

El ejercicio de comparar da pie al análisis de lo cotidiano con otra mirada y cabe deducir múltiples aplicaciones en la renovación de la propia actividad clínica. En concreto, y a partir de los 17 casos estudiados, se podría considerar innovar en España, en público y en privado, y tomando iniciativas a veces muy poco costosas en dinero:

- Preparar en papel y en una página en Internet, en el idioma local (y en otros idiomas utilizados con frecuencia por los pacientes), un listado de los servicios y de los horarios que ofrecen el centro y los distintos profesionales; conviene incluir una breve nota acerca de los currículos de los profesionales; también instrucciones sobre cómo tomar contacto en situaciones especiales (urgencias, nocturnidad, festivos y demás) y el mejor uso de las tecnologías de la información; si existe, remarcar las posibilidades de ser atendidos en otros idiomas.
- Cuidar y personalizar el proceso de citación y evitar en lo posible los “centros de llamadas” (*call centers*); ese primer contacto telefónico, electrónico o personal es esencial y el personal administrativo puede resolver problemas ya en el momento al tiempo de orientar y ofrecer las mejores soluciones adaptadas a la situación peculiar de cada paciente; por ejemplo, considerar el cambio del “patrón habitual” de uso y actuar en consecuencia (así, en el caso del paciente que nunca ha dado un aviso a domicilio, valorar su importancia por más que de entrada parezca un motivo no justificado).
- Potenciar la autonomía, responsabilidad y capacidad de respuesta de enfermería y del personal auxiliar para actuar apropiadamente ante las situaciones habituales y extraordinarias<sup>30</sup>; así, para decidir sobre problemas de salud comunes que pueden ser resueltos por estos profesionales si no hay signos de alarma; también ante situaciones especiales como “consultas sagradas”, parada cardíaca, muerte en la sala de espera (o en la acera de enfrente), catástrofes y demás; los planes de contingencia deberían contemplar la respuesta clínica y social (redistribución de pacientes en la sala de espera, contacto con la prensa, etc.).
- Mejorar los procesos de atención introduciendo flexibilidad de forma que se potencien la accesibilidad, la polivalencia y la longitudinalidad; por ejemplo, con agendas en las que se permitan consultas rápidas sin cita, al menos una cada hora; también con la revisión del proceso de atención a las urgencias más frecuentes y/o más importantes y su forma de resolución inmediata (heridas y suturas, cistitis, fiebre brusca, colitis, vómitos de repetición, extracción de cuerpos extraños oculares y otros, evacuación de abscesos, flemones, cólico renal, infarto de miocardio, embolia pulmonar, estabilización de fracturas, concusión, etc.); así mismo, en ausencia del “titular” asignación del paciente siempre al mismo profesional “suplente”; también, con el uso perentorio de la historia clínica en todos los casos y situaciones (consulta telefónica, a domicilio, de pasillo, etc.); también la reserva de tiempo específico para consultas telefónicas y “a distancia” (encuentros indirectos como teléfono, correo electrónico y otros), y una política de “no-interrupción” de la consulta cara a cara (encuentros directos); promover la polivalencia de todos los

profesionales en su nivel, de forma que cada uno sea una especie de versátil “piloto de aviación” que se coordine con los demás, capaz de expandir sus límites sin fin, en forma prudente y conveniente para “dejar de hacer” lo que pueden hacer mejor otros, y a menor coste; reevaluación continua de las agendas y citas, de las rutinas de seguimiento de pacientes (hipertensos, obesos y otros) para ajustarlas según necesidad y efectividad.

- Fomentar el trabajo a domicilio, que es el campo profesional natural de la enfermería de primaria, de forma que sea actividad diaria tanto para pacientes agudos como para crónicos; los crónicos a domicilio son “pacientes encamados” (las “camas”) en una concepción hospitalaria y como tal deberían verse; convienen las sesiones clínicas regulares sobre estos pacientes en que se consideren todas las vertientes (no solo biológicas) y sumar otros profesionales como trabajadores sociales; es esencial ofrecer un servicio integral que permita “morir en casa con dignidad” que incluya la capacitación de los familiares, el control del dolor, facilitar el contacto telefónico a deshora, tener apertura para debatir sobre eutanasia, cooperar con servicios sociales y religiosos (en su caso) y prever la resolución de problemas sobrevenidos incluyendo la certificación de muerte en horario y días “inconvenientes” (festivos y demás).
- Mejorar la coordinación de cuidados en todos los niveles, especialmente entre los propios profesionales de primaria; por ejemplo, con la cooperación con pediatría para ofrecer servicios “de familia” siempre y especialmente en el caso de familias con problemas; también la mejora y “personalización” (para lograr el contacto directo, fluido, frecuente y personal con los responsables) de la coordinación con los servicios de urgencia, con los especialistas (especialmente con los más utilizados como Psiquiatría, en que convenía revisar la pertinencia de que los pacientes queden “colgados” de los especialistas) y con los servicios sociales.
- Reevaluar la utilización de la tecnología en las consultas y el centro, tanto para ampliar la oferta de servicios como para mejorar la utilización de tecnología diagnóstica, terapéutica y otras (valoración del uso apropiado, por ejemplo, de los análisis y pruebas solicitadas, tanto dentro como fuera del centro y de la utilización de medicamentos de uso frecuente, peligrosos, estrecho nivel terapéutico y/o caros); facilitar la toma de muestra periférica de sangre, orina, exudado uretral y demás; se puede considerar la incorporación de métodos anticonceptivos (DIU, implantes hormonales, vasectomía, otros), aborto voluntario farmacológico, ecografía, audiómetro, doppler, retinografía miódica, tonómetro ocular, lámpara de hendidura, cirugía menor (y biopsias de piel), microscopio, podoscopio, monofilamento, neurotensiómetro, telemedicina (dermatología, ECG a distancia, otros) y demás; conviene el análisis del uso apropiado con revisión periódica del empleo en la práctica diaria (valor predictivo, “valor clínico añadido”, etc.) de técnicas varias fuera y dentro del centro como las previamente señaladas y otras tipo tiras diagnósticas (de glucemia, orina, embarazo, INR, de antígenos de *Streptococcus* beta hemolítico, etc.), cuestionarios (alcoholismo, actividades de la vida diaria, fragilidad en ancianos, etc.), espirometría, análisis, radiología, densitometría, ECG, pulsioxímetro, oftalmoscopio, otoscopio, infiltraciones, optotipos y demás.
- Considerar las oportunidades de mejora de la atención a pacientes de grupos específicos, como los “complejos” (comparten múltiples problemas de salud, biológicos,

mentales y sociales y en ellos la longitudinalidad es clave, como la accesibilidad en caso de descompensación), los enfermos mentales graves (que a veces precisan de un “cuidador principal” bien definido para coordinar cuidados formales e informales), los “insignificantes” (como vagabundos, drogadictos y prostitutas en que lo fundamental es la accesibilidad y la calidad humana, además de la calidad técnica), los transeúntes, los “no utilizadores” y los “grandes utilizadores” (corrigiendo por edad y morbilidad), minusválidos varios (ciegos, sordos, sordomudos, analfabetos, etc.), pacientes de baja laboral y otros; cabe la comparación entre profesionales y centros respecto al acceso, proceso y resultado en estos pacientes.

- Mejorar aspectos elementales de presencia y práctica cotidiana; por ejemplo, tener flor cortada natural en la recepción y despachos, revistas y juegos (para niños), mantener la higiene y presencia del material clínico y general (batas, sábanas, guantes, toallas, cuartos de baño y demás), lograr un ambiente sereno en salas de espera y en recepción, establecer políticas de control de resistencia de antibióticos (limpieza general, lavado de manos tras cada exploración-intervención, uso apropiado de antibióticos, etc.).
- Analizar y mejorar la respuesta a los problemas de salud en los que la atención primaria suele prestar servicios vicariantes, por más que tales problemas sean importantes; por ejemplo, respecto a la salud dental, donde conviene guiar a los pacientes con problemas monetarios, pues con frecuencia se puede acceder a prestaciones más económicas y/o gratuitas (escuelas de odontología y otras); también respecto a salud sexual en la que conviene la mejor formación de los profesionales para sentirse cómodos en un terreno vital muy importante para los pacientes; en todo lo referente a las terapias alternativas, que van de peligrosas a veces (complementos para adelgazar, por ejemplo) a muy beneficiosas (acupuntura en cuadros de dolor osteomuscular, por ejemplo); en otro ejemplo, la organización para mejorar la “seguridad del paciente”, como establecimiento de un registro de uso de radiología (apartado específico en la historia clínica), análisis de las fracturas de cadera (caídas relacionadas con los psicofármacos) y la detección y declaración de sospecha de efectos adversos, un área profesional habitualmente descuidada; también, el impulso continuado a la mejor ética clínica con sesiones al respecto sobre pacientes y situaciones.
- Establecer rutinas docentes bajo la premisa de que “todos tenemos algo que enseñar y mucho que aprender”, de forma que se empleen unos minutos al día para actividades muy informales y rápidas en las que se combine teoría con práctica (por ejemplo, el mejor uso de las estatinas y la utilización de las estatinas en ese centro de salud) y puedan participar todos los profesionales en (casi) todas las actividades (por ejemplo, sesiones sobre “pacientes difíciles” con análisis de algún caso para plantear mejoras en su atención, desde la recepción a la consulta)<sup>31,32</sup>; como complemento, conviene la actividad docente con estudiantes y residentes de las distintas profesiones, lo que muchas veces se logra con una buena organización y disposición; en esta línea cabe la participación en proyectos de investigación centrados en la clínica y atención primaria, como aspectos de longitudinalidad de cuidados, atención a pacientes complejos y similares, sin descartar la cooperación en proyectos europeos, del tipo del señalado *Ambient Assisted Living*.



- Implicar en el proceso de renovación (acceso, proceso y resultados) sin grandes formalidades a los pacientes y a los agentes sociales (maestros, concejales-alcalde, empresarios, sindicalistas y líderes de asociaciones varias como vecinales, de pensionistas, de mujeres, de inmigrantes, de deportistas, culturales, de reivindicación sexual y otras).

Son muchas las oportunidades de mejora “desde abajo”, que una vez puestas en marcha pueden ayudar a conseguir apoyos “desde arriba”.

La comparación internacional es una de las formas de estimular el cambio, pues sin copiar *sensu stricto* puede sugerir ideas y modelos alternativos.

En cualquier caso, vale la pena embarcarse en la renovación de la atención primaria desde el trabajo cotidiano, personal y grupal, sin esperar a que cambien las circunstancias y condiciones que marcan “otros” y que no son controlables.

## Agradecimientos

A Esperanza Díaz (especialista en Medicina de Familia y Comunitaria en España y en Noruega, centro médico Kalfaret Legesenter, Bergen, Noruega, profesora del Departamento de Atención Primaria y Salud Pública, Universidad de Bergen); Isabel García Jimeno (médico de familia, ex-GP partner, Rushey Green Group Practice, Londres, directora de Spandoc); Virginia Hernández Santiago (médico de familia, General Practice Academic Fellow, Universidad de Dundee, Escocia, Reino Unido) y Manuela Montoya García (especialista en Medicina de Familia y Comunitaria).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gérvas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Pract.* 1994;11:307-17.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. Organização da atenção primária em outros países do mundo. En: Gusso G, Lopes JMC, coordinadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Vol. I.* Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 42-51.
3. Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, et al. Capitation, salaries, fee-for-service and mixed systems of payment: effect on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Rev.* 2010 DOI: 10.1002/14651858.CD002215.
4. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Services Res Policy.* 2001;6:44-55.
5. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy.* 2007;80:2-10.
6. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria.* 2010;42:620-5.
7. Paris V, Devaux M, Wei L. *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries.* Paris: OECD (Health Working Papers, No. 50); 2010.
8. Charlesworth A, Davis A, Dixon J. *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value.* London: King's Fund; 2012.
9. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.* 2012;26(Supl 1):14-9.



10. Gérvas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Red Española de Atención Primaria; 2005.
11. Boerma WG. Profiles of general practice. Utrecht: NIVEL; 2003.
12. Gérvas J. As diversas formas de pagamento do médico de clínica geral e a sua repercussão na prática clínica. *Rev Port Clín Geral*. 1996;13:130-40.
13. Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice in primary healthcare. *Eur Gen Pract*. 2006;12:30-3.
14. Glanville J, Kendirck T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the United Kingdom and the United States. *BMJ*. 2011;342:d1028 doi:10.1136/bmj.d1028.
15. Scheider A, Grossman N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany. An analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Family Practice*. 2012;13:58 doi:10.1186/1471-2296-13-58.
16. Palomo L. Pagar a los médicos. *Salud 2000*. 2000;13(78):6-10.
17. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i:405-12.
18. Gérvas J. Primary health care oriented systems, for whom, why and how. In: A symposium celebrating the scientific and policy legacy of Bárbara Starfield. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. May 10th 2012. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/primary-health-care-oriented-systems-for-whom-why-and-how/>
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
20. Starfield B. Primary care: an increasing important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Supl 1):20-6.
21. Gérvas J, Pérez Fernández M. Una Atención Primaria fuerte en Brasil. Informe sobre: "Cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia". Madrid, Agosto 2011. p. 29-31. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>.
22. Gérvas J, Simó J. 2015, El día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31(10):478-85. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/2015-el-dia-a-dia-de-un-medico-de-cabecera/>
23. Jong J, Visser MR, Wieringa-Waard M. Who determines the patient mix of GP trainees? The role of the receptionists. *Fam Pract*. 2011;28:287-93.
24. Gérvas J. Algunos ejemplos de duda diagnóstica en la consulta diaria. [Notas clínicas]. Febrero 2009. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/ejemplos-dudas-diagnosticas.pdf>.
25. Gérvas J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009;41:41-4. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/>
26. Gérvas J. Un paciente hipertenso mal controlado. *Presión Arterial. Aten Primaria (PAAP)*. 2005;40:24-6. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/11/paciente-hiper-mal-contr-2005-paap.pdf>.
27. Gérvas J. Ética e incentivos a los médicos clínicos. Problemas y casos en Atención Primaria. En: Gracias D, Rodríguez-Sendín JJ, directores. *Ética de los incentivos a los profesionales sanitarios*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2009. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-incentivos-3-fcs.pdf>.
28. Gérvas J. Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad. *Gac Med Bilbao*. 2011;108:3-6.
29. Gérvas J. Aborto voluntario, legal, financiado públicamente y en casa. *Mujeres y Salud*. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/11/aborto-mys-2010.pdf>.
30. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
31. Gérvas J, Carrá B, Fernández Camacho MT, Pérez Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. *Med Clin*. 1998;111:218-21. Disponible en: <http://www.equipocesca.org/clinica/ladocencia-en-un-centro-de-salud-no-docente/>.
32. Gérvas J. Docencia. *Aten Primaria*. 1999;23(5). Disponible en: <http://www.equipocesca.org/clinica/docencia/>.



## CAPÍTULO 6

# Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria\*

Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez

### Introducción

El capital humano es el más valioso del sistema de salud. ¿Qué profesionales llegan a la atención primaria y por qué, y más específicamente a la Medicina de Familia? En una publicación previa constatábamos la huida de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFC) por los médicos jóvenes españoles y sugeríamos algunas vías para reconducir los flujos. Este capítulo profundiza en las microdecisiones de inversión en especialización médica, con foco en la atención primaria (AP) y la MFC. ¿Cuáles son sus determinantes? ¿Hasta qué punto el planificador puede reconducirlas hacia las necesidades del país? Porque “recuperar la planificación implica conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica”. Las decisiones de inversión en capital humano profesional son individuales, pero se toman en un entorno regulatorio basado en la planificación.

Los determinantes de la elección de especialidad médica en distintos países han sido bien estudiados. La economía trabaja cuidadosamente las motivaciones de las personas para decidir qué hacen con su vida, cuánto esfuerzo dedican a trabajar y cómo gestionan los *trade-off* entre sacrificio y recompensa. También reconoce el papel de la motivación intrínseca y de la identidad de los trabajadores con la organización. El gusto por el trabajo en sí y las recompensas no monetarias podrían pesar, además de los acicates económicos, en la práctica médica, siendo posible diseñar estrategias óptimas de inversión en capital motivacional por los gestores sanitarios.

En los países desarrollados un alto porcentaje de médicos se especializan; el 58% en la OCDE, y ese porcentaje ha ido subiendo en las últimas décadas. Profundizar en las motivaciones que determinan la elección de especialidad tiene interés para las políticas

---

\* Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Proyecto ECO2010-21558 (subprograma ECON) del Plan Nacional de I+D (Investigación Fundamental no Orientada). Vicente Ortún ha contribuido sustancialmente a la versión final de este capítulo. Jeffrey Harris ha colaborado también en muchas de las reflexiones que se vuelcan en él.

educativa, laboral y sanitaria. Más específicamente, podría ayudar a remontar la crisis de vocaciones de MFC, y tal vez hacer fuerza de la debilidad, aprovechando las restricciones presupuestarias de la crisis económica para reconducir el flujo de los médicos jóvenes hacia la MFC.

Hay síntomas preocupantes para la MFC en el mercado MIR. Ha ido cayendo en el ranking de elección hasta estar a la cola de las especialidades. Lo contrario ocurre con Pediatría, la otra especialidad médica de AP, que está entre las más cotizadas y subiendo. Se argumenta que los jóvenes médicos que se orientan hacia Pediatría lo hacen con la expectativa de trabajar en hospitales. Sin embargo, solo el 36% de los pediatras de la red pública trabajan en asistencia especializada en España, el resto lo hace en centros de salud. Si los decisores son agentes racionales, ajustarán sus expectativas de empleo a esas cifras. Por otra parte, un numeroso grupo de médicos de familia trabaja, de hecho, en urgencias de hospital.

Las fronteras entre especialidades son dinámicas y varían en el espacio, reflejando las relaciones de poder. Una pregunta lógica, a la que tratamos de contestar en este capítulo, es cómo podría estar afectando la crisis económica a la cotización de las especialidades de AP en el mercado MIR, y a las perspectivas profesionales de los médicos de familia.

El papel de los médicos de familia y la manera de desarrollar su práctica varía mucho entre países, incluso entre países europeos basados en listas de pacientes y con pago capitativo en los que el médico de familia detenta el “monopolio del primer contacto”. Visto desde el ángulo pesimista, ese monopolista sería simplemente el portero del paraíso, quien maneja las llaves del cielo (hospital), porque “la conceptualización de la ‘puerta de entrada’ no es la misma en Francia o en Inglaterra que en España”. Aquí la cartera de servicios de los médicos de AP (técnicas en consulta) es llamativamente baja en comparación con otros países, y el conjunto de pruebas y procedimientos que un médico de familia puede pedir directamente para sus pacientes, sin validación del médico de atención especializada, es muy limitado, particularmente en algunas comunidades autónomas (CCAA), lo que tal vez resta atractivo a la especialidad en un entorno de fascinación tecnológica. Surge así lógicamente otra pregunta, si la baja cotización de la MFC (y la alta posición de Pediatría en el MIR) se dan en otros países de nuestro entorno que tengan un proceso similar de asignación de plazas de residencia, o es un fenómeno genuino de nuestro país. A este propósito, en este capítulo nos comparamos con Francia.

La MFC necesita un proceso de renovación, o refundación, como se ha argumentado en otros capítulos de este libro. Además de conflictos fronterizos, hay división interna en facciones (tres sociedades médicas) y tal vez falta de identidad. El cambio de paradigma hacia un modelo de responsabilidad del cuidado compartido por el equipo implicará cambios en las necesidades de médicos de familia (y de otros trabajadores de AP) y afectará tal vez al atractivo de la especialidad en el programa MIR. La cuestión no es si habrá que reinventar la AP, sino cómo. La AP en España tiene tres lastres internos, la desprofesionalización (o “funcionarización”), el complejo de inferioridad respecto a la atención secundaria y el bajo liderazgo de los equipos de AP (EAP). La MFC corre el riesgo de quedarse marginada hacia una atención para pobres en un estado de bienestar dualizado. No es un problema exclusivo de España; hay un número considerable de estudios sobre el declive de la MFC y de las especialidades de AP en el mercado de especialización médica, particularmente para Estados Unidos. Una revisión más reciente diferencia los años noventa, en los que se produjo un resurgimiento de la AP en ese país y los dos mil, en que se revierte esa tendencia.

En este capítulo analizamos datos de varias fuentes, incluyendo una novedosa, la encuesta *on-line* que realizamos en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en mayo de 2012, dirigida a los residentes médicos que se acababan de incorporar al MIR<sup>I</sup>. El tamaño de la muestra es de 3.639 (el 54% de la población de nuevos residentes). Esta encuesta se ha enlazado con la realizada en la primavera de 2011 a los estudiantes de sexto de Medicina, y con los datos de las elecciones reales (base de datos del Ministerio). En la encuesta MIR 2012 se preguntó por la plaza elegida. Cada encuesta ha valorado la importancia de cada uno de los 9 atributos que definen el ejercicio profesional: probabilidad de conseguir trabajo, estabilidad en el empleo, horario y condiciones laborales, retribución, posibilidad de ejercicio privado, prestigio profesional, reconocimiento por los pacientes, desarrollo profesional y posibilidad de investigar. Asimismo, ponderaron la importancia que dan a la cercanía de su residencia habitual al centro de trabajo. Se les preguntó también por sus preferencias y por su historial en el MIR (reespecialización y recirculación). Finalmente, facilitaron datos demográficos (sexo, edad y nacionalidad).

## ¿Cómo está afectando la crisis económica al reclutamiento y retención de candidatos a médicos de atención primaria?

La crisis económica ¿está alterando la deseabilidad de la MFC? Tal vez las fuertes restricciones de empleo en hospitales podrían animar la demanda de la especialidad de MFC, si se percibiera que tiene mejores perspectivas de empleo. En efecto, en 2012 se puede apreciar cierta mejora en el sentido de que hay más elecciones de la especialidad de MFC entre los 3.000 primeros en el ranking de baremo MIR (figura 6-1). Sin embargo, los datos no son concluyentes y en cualquier caso estamos lejos de los resultados de los primeros años 2000. En 2012 solo 8 de los 1.000 primeros eligieron MFC, y 21 entre los 2.000 primeros. En el año 2002 fueron 18 y 45 respectivamente.

Un posible efecto de la crisis económica es la reducción en el número de abandonos de plazas de residencia en MFC, ya que la recesión empeora las perspectivas de empleo médico, aumentando el riesgo y el coste de oportunidad de renunciar a una plaza de residente<sup>II</sup>.

Esa disminución de abandonos ha ocurrido de forma generalizada en todas las CCAA en 2011, con contadas excepciones (Aragón y Cantabria). En marzo de 2011 había 5.715 residentes de MFC en España, un 21% menos de los que empezaron el MIR. De la cohorte que empezó en 2010 solo el 13% ha abandonado (de las cohortes de 2008 y 2009 abandonaron el 23 y 30% respectivamente).

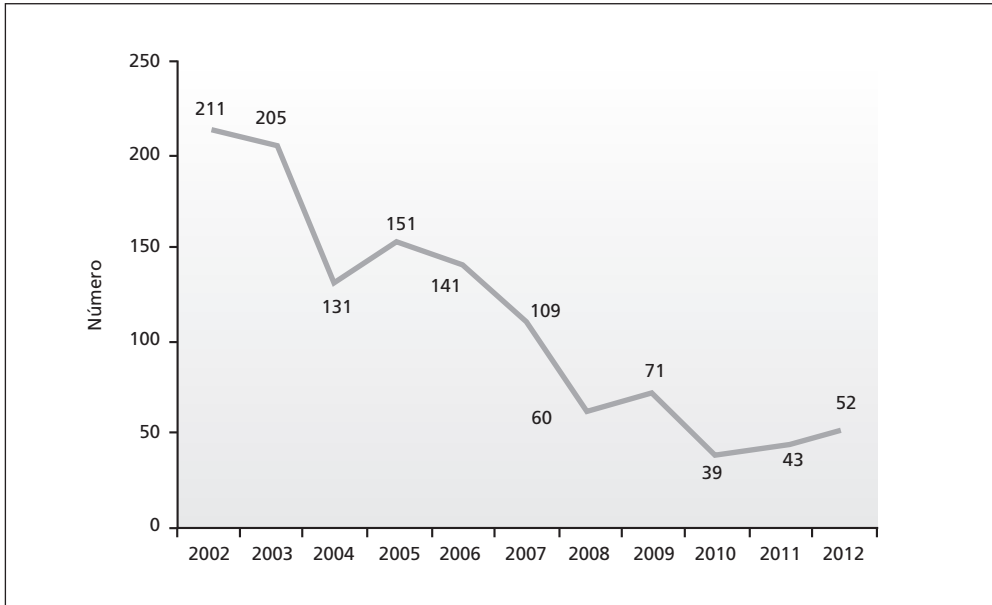
En contraste, Pediatría no registra ni ha registrado abandonos en toda la década (alrededor de un 1% anual, que puede entenderse como fenómeno friccional).

Los datos de recirculación de residentes también sugieren un cambio de patrón a partir de 2011, tal vez relacionado con la crisis. Ese año 1.147 médicos que habían obtenido anteriormente una plaza MIR de MFC se vuelven a presentar al examen, renunciando

---

<sup>I</sup> La descripción detallada de esta encuesta se podrá encontrar en un artículo actualmente en proceso de elaboración.

<sup>II</sup> Para presentarse al examen MIR hay que renunciar previamente a la plaza de residencia que se está ocupando, salvo en el caso de plazas de escuela. En 2011 el 40% de los que renunciaron para volver a examinarse del MIR no consiguieron nueva plaza.



**Figura 6-1.** Evolución del número de candidatos MIR que eligen MFC entre los 3.000 primeros en el baremo, convocatorias 2002-2012.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

eventualmente a su plaza de residente. Esta cifra supone una caída del 4% respecto al año previo. En 2012 se vuelve a apreciar este fenómeno.

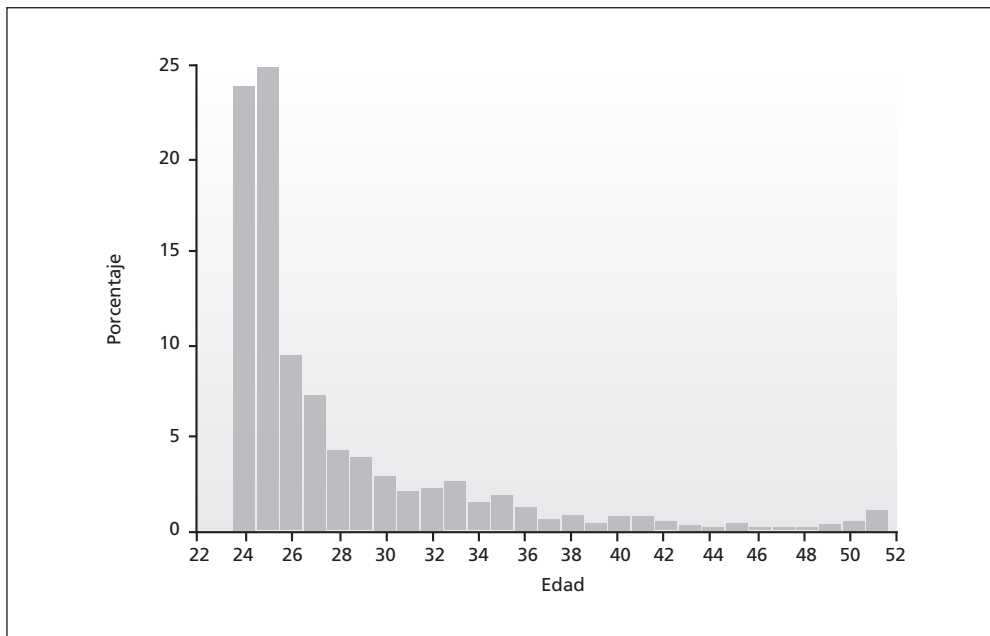
### La re-especialización médica

Con la crisis, el programa de residencia MIR se está convirtiendo en un fin en sí mismo, en un empleo mal retribuido pero asegurado por 4 o 5 años, más de los que se ofrecen en la gran parte de los trabajos. De ahí que la reespecialización vaya en aumento. Esto se refleja en la edad de los que empiezan la residencia (figura 6-2). En 2012 la cuarta parte tienen 30 o más años.

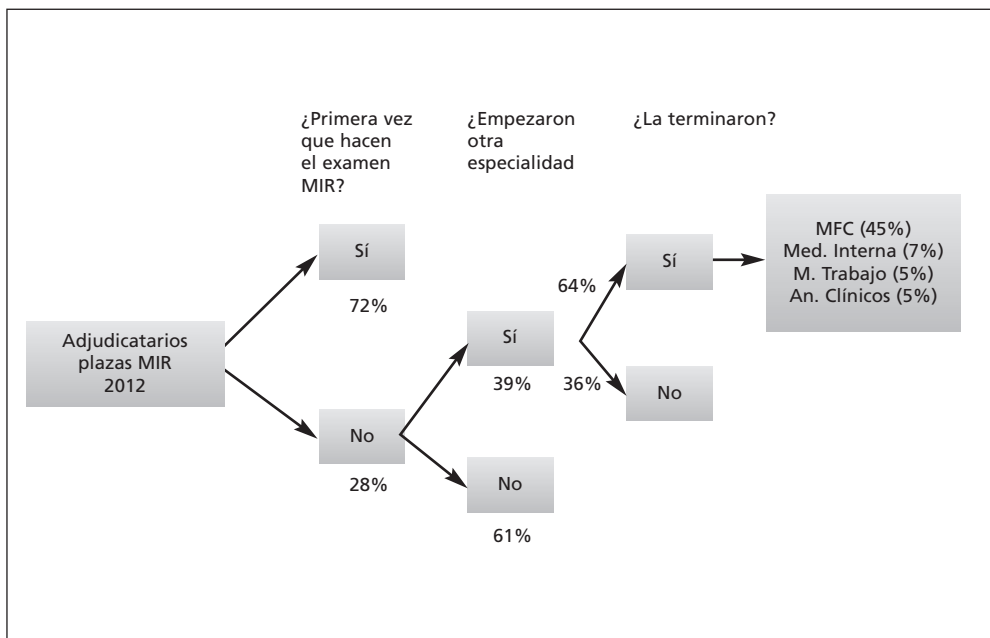
En 2012 el 11% de los nuevos residentes ya habían empezado antes otra especialidad, y el 7% la habían terminado, por tanto se van a reespecializar. Lo más destacable a efectos de este texto es que casi la mitad de ellos (45%) ya son médicos de familia titulados, siendo con gran diferencia la especialidad que más especialistas formados aporta al MIR (figura 6-3), tanto en cifras absolutas como relativas (la MFC supone el 27,7% de las plazas).

### Internacionalización y movilidad internacional

Los médicos españoles cotizan bien en los mercados internacionales, y países como el Reino Unido han sido el plan B de los jóvenes médicos españoles para mantener las expectativas de empleo y desarrollo profesional. Sin embargo, estas salidas se están cerrando



**Figura 6-2.** Distribución de edades en el inicio del programa MIR.  
Fuente: Encuesta MIR 2012.



**Figura 6-3.** Reespecialización médica en España.  
Fuente: Encuesta MIR 2012.

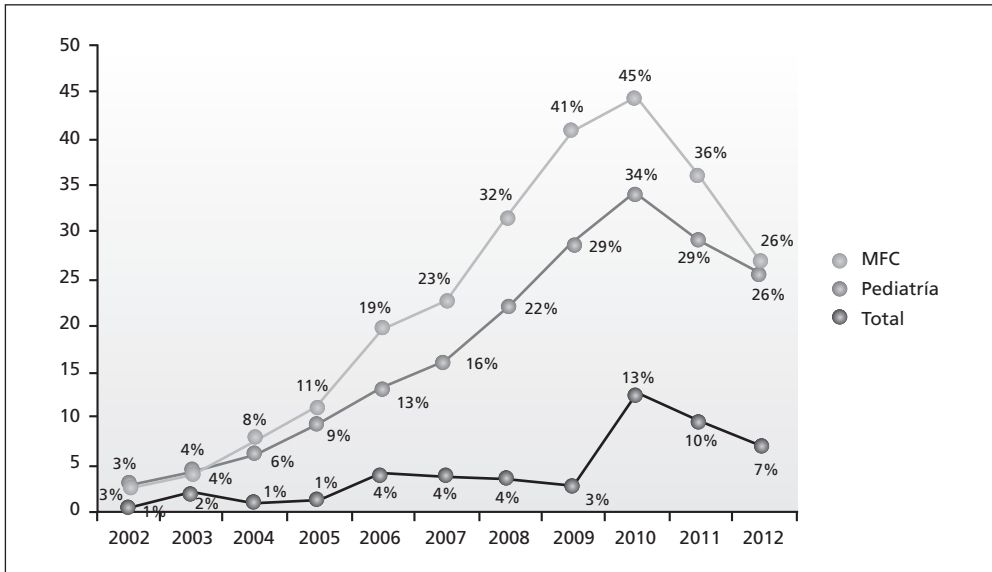
a medida que el Reino Unido va consiguiendo su objetivo de autosuficiencia, y que otros países receptores, como Portugal, sufren una crisis presupuestaria todavía más acusada que la nuestra.

La crisis económica ha coincidido con la caída de las homologaciones de títulos extranjeros de licenciatura en Medicina. Tras un máximo histórico en 2008, los años siguientes se reducen sustancialmente.

Por otra parte, desde 2010, cada año hay menos extranjeros que acceden al MIR, tanto en números absolutos como en porcentaje sobre el total (figura 6-4). Esta reducción afecta particularmente a MFC, que ha bajado del 45 al 26% de extranjeros iniciando el MIR. El papel de los médicos extranjeros está cambiando, y también lo está haciendo el perfil de España como corredor entre América Latina y Europa.

### Cambios normativos forzados por la crisis económica

El RD 16/2012 resta el arma más efectiva de atracción y fidelización de clientes que poseen los médicos de familia: la distribución gratuita de fármacos. El copago pone al médico en un dilema moral en su relación de agencia, y posiblemente le hará cambiar su práctica clínica. Surgen conflictos asociados a la imposición externa de techos rígidos de gasto y recortes. O se recortan salarios, o se aumenta la productividad (recortando puestos de trabajo) o se recortan gastos de capítulo 2 (medicamentos). Los profesionales con retribuciones recortadas son los que deciden cuánto y cómo gastar en el capítulo 2. Los médicos de AP todavía conservan casi incólume su capacidad para desestabilizar el presupuesto, como equipo pero también individualmente.



**Figura 6-4.** Porcentaje de extranjeros adjudicatarios de plazas MIR. Evolución 2002-2012. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



El atractivo de la MFC para los médicos jóvenes dependerá de la evolución organizativa que se prevea para el futuro (¿cómo y cuándo se refundará la AP?) y de los cambios en el aseguramiento público. Por ejemplo, la deriva hacia una generalización del modelo MUFA-CE sería un golpe mortal, al retirar el poder del monopolio del primer contacto. Muchos funcionarios cubiertos por aseguradoras privadas han elegido de facto a médicos internistas como sus “médicos de cabecera” o “gestores de salud”.

## La crisis como oportunidad

Pero la crisis es también una oportunidad. La encuesta a estudiantes de Medicina de 2001 ha puesto de manifiesto la preocupación de los jóvenes en España por su futuro laboral, y por no encontrar trabajo o porque este sea muy precario. La seguridad laboral es el atributo de mayor impacto en la preferencia por las especialidades médicas. Hemos estimado que cada 10% de aumento en la probabilidad de conseguir trabajo en una especialidad aumenta las *odds ratio* de elección de esa especialidad un 33,7% (IC 95%: 27,2-40,5%). La seguridad laboral es 4 veces más importante que la expectativa de retribución en el ejercicio privado (IC 95%: 1,7-6,8). Por tanto, una medida de gran impacto para mejorar el acceso de los médicos españoles a la MFC es asegurando el empleo en los años siguientes a la finalización de la especialidad.

## España en Europa. Comparádonos con Francia

En un libro con vocación internacional como este no podrían faltar referencias al contexto europeo, también en este capítulo, sobre especialización médica. La baja cotización de la MFC en el mercado MIR ¿es un fenómeno generalizado o es específico de España?, ¿y el gran atractivo de la Pediatría?

En una revisión comparativa reciente de los sistemas de formación médica especializada en Europa y Estados Unidos se pone en evidencia que hay tres países similares a España en cuanto a que utilizan un sistema nacional de selección basado en los méritos demostrados en un examen; son Francia, Portugal y Rumanía (Grecia tiene previsto empezar en 2013). Hemos tomado a Francia como comparador, por proximidad y porque los resultados del *Epreuves Classantes Nationales* ([ECN], el examen nacional equivalente al MIR) y las elecciones según el puesto en el ranking, son públicos<sup>III</sup>.

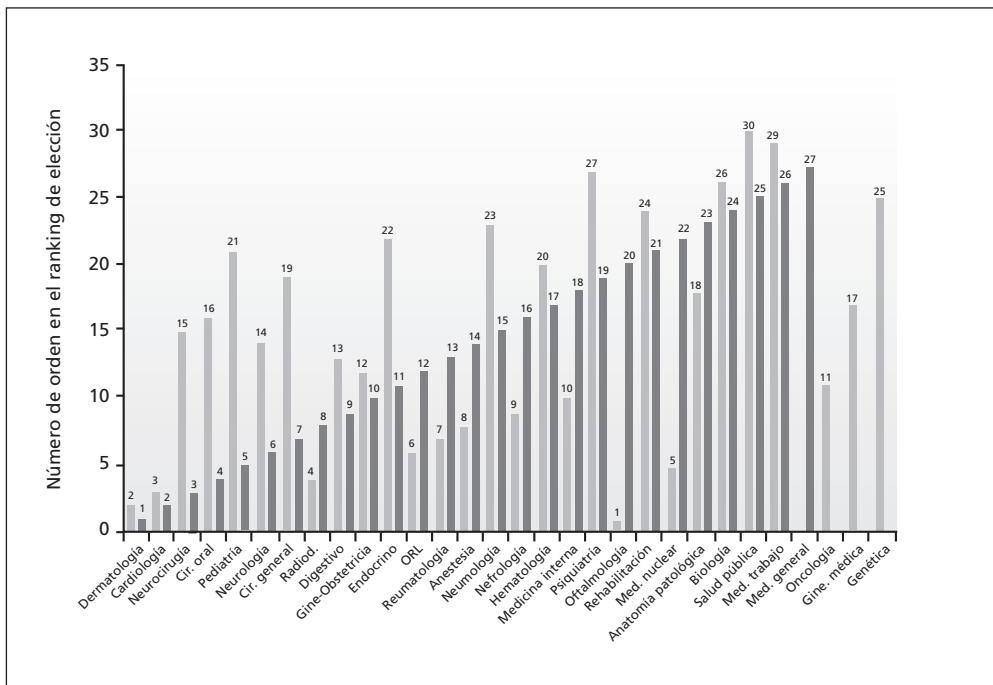
En Francia, contrariamente que en España, las especialidades médicas están más cotizadas que las quirúrgicas. Cada candidato elige entre especialidades o grupos de especialidades: médicas, quirúrgicas, Medicina general, Obstetricia-Ginecología, Ginecología médica, Anestesia, Psiquiatría, Salud Pública, Pediatría y Medicina del trabajo. Como en España, el conjunto de elección de cada candidato depende de su posición en el ranking tras el examen nacional. Se elige especialidad y región o zona geográfica (subdivisión). Aproximadamente los que consiguen situarse en el primer cuarto del ranking tienen todas las opciones de

<sup>III</sup>En Portugal el número total de plazas ofertadas es solo de 151 (2009), el 15% de las cuales son de MFC.

especialidad disponibles, aunque deban desplazarse a otra región. La figura 6-5 resume el ranking de preferencias de las 30 especialidades en 2011, con 7.626 plazas ofertadas, comparado con el ranking equivalente de España. La Salud Pública y la Medicina del trabajo están a la cola de las menos preferidas, dejan ambas plazas vacantes. Otro hecho que contrasta fuertemente es la creciente movilidad regional de los jóvenes médicos para especializarse, a diferencia de España, con mercados fuertemente segmentados geográficamente. La mitad de los franceses cambia de subdivisión para especializarse, y dos tercios de los que se mueven lo hacen por elección personal, ya que la especialidad que eligen está disponible en su área de residencia.

También, a diferencia de España, en Francia la Medicina general no queda mal posicionada, aunque queden plazas vacantes debido al gran número de plazas ofertadas (el 52% del total. En España son el 28%). La cuarta parte de las plazas de Medicina general se cubren simultáneamente a las de especialidades médicas y quirúrgicas. En España, en cambio, ese mismo año 2011, cuando se habían adjudicado el 25% de las plazas de MFC, ya se habían agotado todas las disponibles en otras 25 especialidades. El primer candidato que eligió Medicina General en Francia estaba en el puesto 57 del ranking (ese año el primero en elegirla en España fue el número 472).

Por el contrario, Pediatría, que está entre las preferidas en España, ocupa una de las últimas en Francia (21 de 30). No se puede atribuir esta baja cotización a sobreoferta; en Francia Pediatría representa el 3,9% de las plazas, en España el 6,1%.



**Figura 6-5.** Ranking de elección de las especialidades comunes. Comparación entre Francia y España.

Fuente: Ministerio de Sanidad de España. DREES para Francia. El número de orden de cada especialidad refleja su orden de cotización, definido por el número de baremo en el que se agotan las plazas.

## **Elecciones condicionadas por la nota que tienen consecuencias para las políticas. Ranking de universidades**

En el MIR no se elige lo que se quiere, sino lo que se puede. El puesto en el baremo es el mejor predictor de la elección de la especialidad de MFC, y de otras como Cirugía plástica (la más cotizada en ese mercado).

El hecho de que los estudiantes con peores notas terminen en MFC no contribuye precisamente a elevar la moral ni a superar el complejo de inferioridad que señala Casajuana.

Pero la conexión entre nota y elección de MFC tiene una deriva más, resultante de las diferencias sistemáticas entre universidades en las notas del examen MIR.

Medicina es el único título de grado en España para el que existe una prueba homogénea a nivel nacional, el examen MIR, asociado a la empleabilidad, al que se presentan mayoritariamente los recién graduados. Este hecho ofrece una oportunidad única de hacer comparaciones entre universidades.

El análisis de esos datos revela que hay diferencias muy notables entre las universidades: el candidato mediano de la “mejor” Universidad ocupa el puesto 1.477 en el ranking MIR en 2012, el de la última universidad está en el puesto 5.383 ¡los separan casi 4.000 puestos! Esas diferencias de “calidad” entre las facultades de Medicina son persistentes y estables en el tiempo. Año tras año, la misma universidad (Universidad Autónoma de Madrid) ocupa la primera posición, y año tras año dos o tres se turnan al final de la cola. En los últimos años se ha producido un fenómeno nuevo, que las facultades españolas de la cola obtienen peores resultados que el conjunto de las extranjeras.

El porcentaje de elección de MFC de los alumnos provenientes de cada universidad está muy correlacionado con la posición global de las universidades en el ranking MIR. En 2012 solo el 8% de los licenciados por la Universidad Autónoma de Madrid han elegido MFC, pero para la última universidad ese porcentaje es el 46%. Así pues, se produce en España un fenómeno de segregación espacial de los médicos de familia, sesgados hacia determinadas procedencias (las universidades de peor rendimiento y extranjeros).

### **Cómo afectarán los cambios normativos del MIR a la asignación de plazas de Medicina de Familia**

El gobierno ha anunciado un cambio de normativa, acordado con el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y la Comisión Técnica Delegada de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. A partir de 2013 se exigirá un mínimo de respuestas correctas en el examen MIR equivalente al 30% de las respuestas acertadas por los 10 mejores candidatos para poder optar a una plaza.

Hemos calculado que este cambio habría supuesto una merma de 484 residentes de MFC (el 26% del total) si se hubiera aplicado ya en 2012, siendo la especialidad más afectada en valores absolutos (tabla 6-1). No obstante, es de esperar que la nueva normativa mejore el rendimiento de los candidatos de la cola, para evitar quedar fuera del programa.

**Tabla 6-1.** Número de plazas MIR que no se habrían cubierto en 2012 si se hubiera aplicado la nueva normativa referente a nota mínima en el examen MIR para poder acceder al programa.

Especialidad	Número de candidatos que quedarían excluidos	Porcentaje sobre el total	N.º de plazas
Medicina Familiar y Comunitaria	484	26%	1.860
Medicina Educación F.	66	57%	115
Medicina del trabajo	18	22%	81
Hidrología médica	7	70%	10
Medicina preventiva y Salud Pública	4	5%	79
Análisis clínicos	1	5%	21
Bioquímica clínica	1	9%	11
Medicina legal y forense	1	4%	24
Total	582		

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*

## Los determinantes de la elección de especialidad MIR e impacto de las políticas sobre ellos

La literatura médica ha puesto en evidencia que los “estilos de vida” requeridos para ejercer algunas especialidades influyen mucho en las decisiones de los jóvenes estudiantes. Varios estudios, sobre todo para Estados Unidos, han analizado el impacto de los llamados *controlable lifestyles* (comodidad de horario, posibilidad de conciliar la vida familiar y profesional) en sus elecciones de especialidad, desanimándoles de las especialidades quirúrgicas, y el peso de este factor estaría aumentando en las últimas décadas. Así, el tiempo disponible para la familia es el predictor más importante de la elección de carrera médica para los residentes de Medicina Interna en Estados Unidos. La influencia de las condiciones económicas también ha sido bien estudiada, y la de otros factores como la formación durante la licenciatura o las preferencias personales (gustos), relacionados o no con características personales como el sexo, la edad o la procedencia geográfica y socioeconómica.

### Cuestión de preferencias (1). Las especialidades competidoras de la Medicina de Familia

Si en algo concuerdan los estudios empíricos sobre elección de especialidad es que los médicos son heterogéneos en gustos y preferencias. En España los estudiantes de Medicina tienen preferencias bien definidas antes de graduarse, solamente el 8,9% no sabe qué especialidad prefiere. Sin embargo, el 46% de nuestros jóvenes médicos han cambiado de preferencias un año después de terminar la licenciatura de Medicina, cuando eligen plaza MIR.

Pensemos en las especialidades médicas como oferentes en competencia en busca de demandantes ¿con quién compite la MFC, considerando los gustos y las preferencias de los jóvenes médicos españoles? ¿Cuáles son sus competidores más directos? La encuesta a estudiantes de sexto de Medicina, cuyo diseño se describe con detalle en otra publicación, es una excelente fuente para contestar esta cuestión. Se pregunta por las tres especialidades, ordenadas, que cada uno elegiría si su posición en el baremo MIR le permitiera decidir sin restricciones. Su análisis sugiere que:

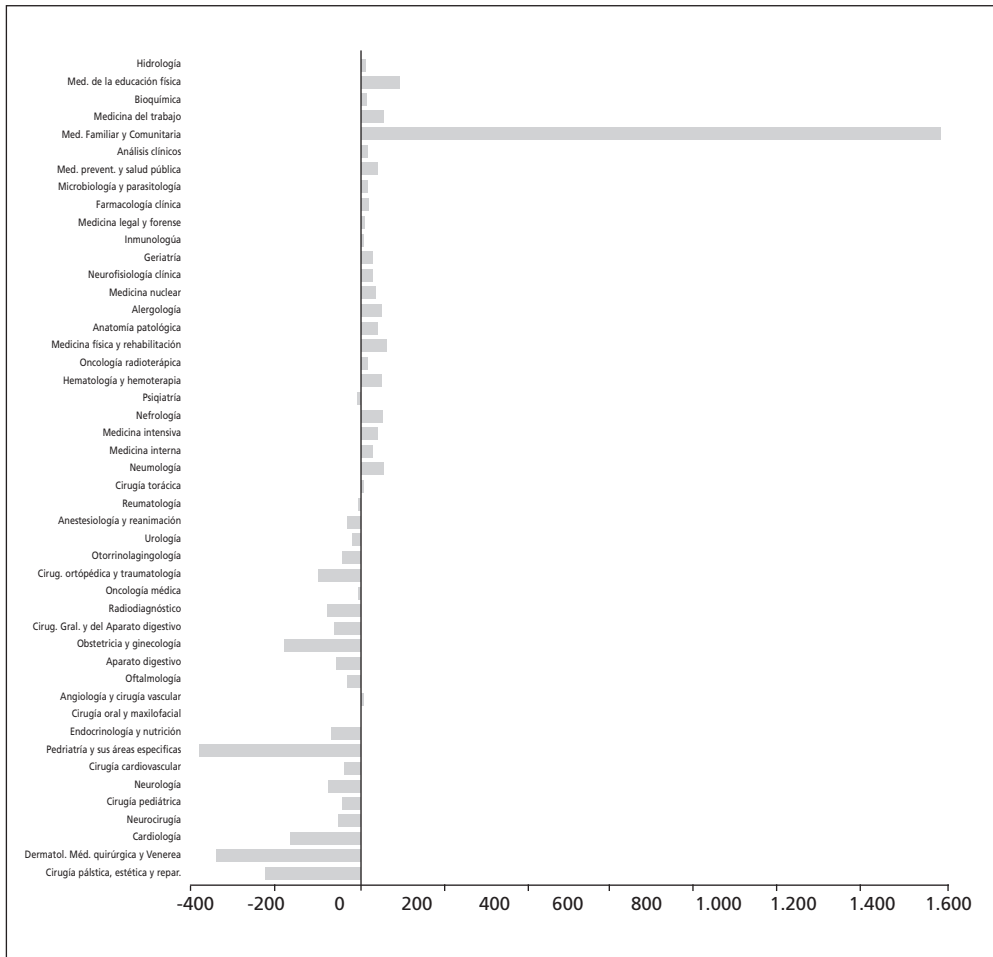
1. Las especialidades quirúrgicas forman un conjunto bien diferenciado y separado. Las especialidades quirúrgicas son sustitutivas entre sí, pero no con las médicas ni con la MFC.
2. La gran competidora de MFC es la Pediatría. De los 347 estudiantes que declaran que MFC está entre sus tres especialidades preferidas, el 23% también tiene Pediatría entre sus tres primeras.
3. Otras especialidades que compiten con MFC, ganándole el terreno, son Medicina Interna, Obstetricia-Ginecología, Neurología y Psiquiatría. La tabla 6-2 muestra la distribución de especialidad preferida para los que declaran que MFC es su segunda o tercera opción.

## Cuestión de preferencias (2). Desajustes entre oferta y demanda MIR 2012

Hemos cuantificado los desajustes entre oferta y demanda de especialidades en el MIR 2012 a partir de los datos de la encuesta a residentes ya mencionada (demanda: ¿cuál es la especialidad que elegiría si no tuviera restricciones de nota?) y los de la convocatoria oficial (oferta de plazas convocadas por especialidad). Los resultados del ejercicio son contundentes. MFC y Pediatría, las dos especialidades médicas de AP, aparecen justamente en los dos extremos. El 12% de los que entran al MIR hubieran elegido Pediatría, pero solo se convocaron el 6,3% de plazas en esa especialidad, resultando un “déficit” absoluto de 383 plazas. En el caso de MFC solo el 7% la elegiría como primera opción, pero suponen el 28% de las plazas ofertadas, “sobrando” así 1.376 plazas. La figura 6-6 ilustra este fenómeno para todas las especialidades.

**Tabla 6-2.** Especialidad que elegirían en el MIR los estudiantes de sexto de Medicina que declaran que MFC es su segunda o tercera opción.

Especialidad	Porcentaje
Pediatría	33,1
Medicina Interna	11,7
Obstetricia-Ginecología	8,3
Neurología	6,9
Psiquiatría	5,6
Otras	34,4



**Figura 6-6.** Desajustes entre oferta y demandada MIR 2012.

Fuente: encuesta a MIR (mayo 2012).

### Cuestión de preferencias (3). ¿Se pueden alterar las preferencias de los estudiantes desde la facultad?

La posición académica de la MFC en España es muy endeble en comparación con otros países. Solo tres universidades tienen en su plan de estudios (pre-Bolonia) la MFC como obligatoria, y se ha reivindicado, con poco éxito, que esta disciplina entre en las universidades españolas por la puerta grande. Tal vez esa sería, según algunos autores, una de las claves para mejorar la cotización de la MFC en el MIR, en proceso de franco retroceso. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en la propensión a elegir MFC en el MIR entre los candidatos que proceden de esas tres universidades con MFC en el plan de estudios y el resto.

## Aspectos económicos.

## Retribuciones y práctica privada

Se ha escrito mucho sobre motivaciones económicas. En Estados Unidos el diferencial de renta esperada entre los médicos de AP y los especialistas es responsable de la pérdida progresiva de candidatos hacia la AP.

En España las expectativas de retribución, o percepciones, de los estudiantes de sexto de Medicina están posiblemente sesgadas, con sesgo a la baja de las varianzas (perciben que en promedio un cirujano plástico, trabajando en la pública y privada, gana únicamente entre el doble y el triple que un médico de familia). La posibilidad de ejercer la práctica privada es un *proxy* de expectativa de retribución extra, aunque tal vez también de autonomía profesional.

Según las respuestas de los jóvenes residentes a la encuesta MIR 2012 (tabla 6-3), la retribución económica, y la posibilidad de ejercer la práctica privada, son los atributos de menor peso, tanto para los que han elegido MFC como para los demás. Por el contrario, se da mucha importancia, particularmente entre los que eligen MFC, a la probabilidad de encontrar trabajo, a la estabilidad en el empleo, al horario cómodo y a la cercanía. La investigación apenas es valorada por los futuros médicos de familia y pediatras, y algo más por los que eligen otras especialidades.

**Tabla 6-3.** Valoración promedio de los 10 atributos de las especialidades según la especialidad elegida.

Atributo	Promedio en escala de 0 a 10			Orden de importancia de los atributos (promedio)		
	Todas	MFC	Pediatría	Todas	MFC	Pediatría
Promoción y desarrollo profesional	7,4	6,7	7,0	1	2	1
Facilidad para encontrar trabajo	6,5	6,0	6,9	2	1	2
Estabilidad en el empleo	6,4	6,6	6,5	3	3	3
Posibilidad de investigación	6,4	5,6	5,7	4	7	8
Reconocimiento profesional por pacientes	6,0	6,2	6,1	5	6	4
Horario, vacaciones, vida familiar	6,0	6,4	5,9	6	4	5
Cercanía al domicilio habitual	5,5	6,4	5,9	7	5	6
Prestigio y reconocimiento social	5,4	4,4	5,8	8	8	7
Ejercer la práctica privada	4,9	3,8	4,1	9	10	9
Retribución económica	4,4	4,3	3,9	10	9	10

Fuente: encuesta MIR 2012.

## Otros determinantes: reconocimiento por los pacientes y profesional, desarrollo tecnológico

El análisis detallado de los datos de elección de plaza MIR en España concluye sin género de dudas que la distancia desde la residencia habitual al centro de trabajo y quedarse en la propia provincia son factores muy significativos como determinantes de la elección, y tienen mucho peso. Además, el prestigio tecnológico del hospital influye significativamente en la elección de determinadas especialidades.

## Conclusión

Con la crisis económica la cotización de MFC en el MIR podría estar mejorando, aunque los datos no son concluyentes, se abandonan menos plazas de residencia y la reespecialización se puede estar convirtiendo en una opción de empleo más estable que las alternativas para los médicos jóvenes. El papel de España como corredor entre Latinoamérica y Europa también podría estar cambiando, la afluencia de latinoamericanos está disminuyendo y empieza a haber una élite de extranjeros con excelentes resultados en el MIR que optan por especialidades hospitalarias.

Francia se nos parece en la forma de asignación de plazas MIR y en el tamaño de ese mercado, sin embargo las preferencias por las dos especialidades de AP, MFC y Pediatría se invierten. La Medicina general, con más plazas que en España, está relativamente bien cotizada en el proceso de elección MIR, mientras que la Pediatría ocupa una de las últimas posiciones. Este hecho debería hacernos profundizar en las diferencias retributivas, organizativas y laborales que explicaran las diferencias.

Si se quiere incentivar la MFC la medida más efectiva es dar señales claras de acceso a empleo estable. No importa tanto la retribución. Ello permite afrontar otras incertidumbres no solucionables a plazo inmediato, tanto de política sanitaria como de cambio organizativo y social. Este libro, y el anterior de *La refundación de la Atención Primaria*, han fundamentado en conocimientos y experiencias diversas propuestas que pueden permitir una atención coordinada en el momento que la sociedad más las necesita. Y aunque se precisen importantes redistribuciones de funciones entre los integrantes de la orquesta sinfónica de la atención sanitaria, el médico continuará siendo un referente, el concertino cuyo prestigio y reconocimiento social ha de ayudar a afinar toda la orquesta.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Akerlof GA, Kranton RE. Identity and the Economics of Organizations. *Journal of Economic Perspectives*. 2005;19(1):9-32.
- Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España 2008-2025: Informe para el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. No publicado; 2011.
- Bénabou R, Tirole J. Intrinsic and Extrinsic Motivation. *The Review of Economic Studies*. 2003;70(3):489-520.
- Bennett KL, Phillips JP. Finding, recruiting, and sustaining the future primary care physician workforce: a new theoretical model of specialty choice process. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(10 Suppl):S81-8.



- Berdud M, Cabases J. Incentives beyond the money and motivational capital in healthcare organizations. Universidad Pública de Navarra DT1201. 2012.
- Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. *Br J Gen Pract.* 1997;47(421):481-6.
- Burack JH, Irby DM, Carline JD, Ambrozy DM, Ellsbury KE, Stritter FT. A study of medical students' specialty-choice pathways: trying on possible selves. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges.* 1997;72(6):534-41.
- Casajuana J, Casajuana M. Aprendiendo de los otros países europeos. En: Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p.51-63.
- Casajuana J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. En: Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 7-26.
- Cochran A, Melby S, Neumayer LA. An Internet-based survey of factors influencing medical student selection of a general surgery career. *Am J Surg.* 2005;189(6):742-6.
- Colwill JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med.* 1992;326(6):387-93.
- Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. *JAMA.* 2003;290(9):1173-8.
- Fauvet L, Romain O, Buisine S, Laurent P. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. *Etudes et reaultats DREES 2012 (802. March 2012).*
- Gelfand DV, Podnos YD, Wilson SE, Cooke J, Williams RA. Choosing general surgery: insights into career choices of current medical students. *Arch Surg.* 2002;137(8):941-5; discussion 5-7.
- Gervas J, Pérez Fernández M, Sánchez R. ¿Cómo responden los médicos de cabecera a los problemas clínicos diarios en países europeos con pago por capitación y lista de pacientes? En: Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 87-117.
- González López-Valcárcel B, Barber P. La difusión de tecnologías sanitarias en Atención Primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L, editor. Expectativas y realidades en la Atención Primaria española: FADSP/CCOO. Fundación Primero de Mayo. Madrid: Ediciones GPS; 2010.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P, Ortún Rubio V, Harris J, García Lorenzo B. Differences by Medical School in the Results of Spain's National Residency Selection Examination, with Implications. Under review. 2013.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P, Ortún Rubio V. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. En: Ortún Rubio V, editor. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gacet Sanit.* 2012;26(Supl 1).
- González López-Valcárcel B. Cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas. En: González López-Valcárcel B, editor. Difusión de tecnologías sanitarias y políticas públicas. Madrid: Elsevier; 2005.
- Harris J, González López-Valcárcel B, Ortún Rubio V, Barber Pérez P. Specialty choice in times of economic crisis: cross-sectional survey of Spanish medical students. Under review. 2013.
- Howell JD. Reflections on the past and future of primary care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(5):760-5.
- Kutob RM, Senf JH, Campos-Outcalt D. The diverse functions of role models across primary care specialties. *Family medicine.* 2006;38(4):244-51.
- Les spécialités préférées des étudiants en médecine [consultado el 4 de septiembre 2012]. *Letudiant* 2011. Disponible en: <http://www.letudiant.fr/etudes/fac/medecine-les-specialites-les-plus-prisees-14586.html>.
- López-Valcárcel B, Barber P, Dávila C. The mixed profile of Spain. Europe as an Opportunity for Spaniards, Spain as an Opportunity for Latin American Health Professionals. Prometheus Project. Belgium: European Observatory of Health Systems; 2009.
- Lorusso N. Procesos de selección y acceso en las especialidades médicas en Europa: hacia un "modelo competente". En prensa 2012.
- Newton DA, Grayson MS. Trends in career choice by US medical school graduates. *JAMA.* 2003;290(9):1179-82.
- OECD. Health at a Glance 2011 OECD INDICATORS. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>. 2012

- Ortún V, Callejón M. Crisis en España: ¿Cómo renovar los servicios sanitarios? En: Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 157-70.
- Parliament. UK. The challenge of workforce planning 2012. Disponible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmhealth/6/605.htm>.
- Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B, et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 1990;65(3):207-10.
- West CP, Drefahl MM, Popkave C, Kolars JC. Internal medicine resident self-report of factors associated with career decisions. *J Gen Intern Med*. 2009;24(8):946-9.

## CAPÍTULO 7

# ¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación\*

Francisco Hernansanz Iglesias

### Introducción

Uno de los principales problemas de nuestra sociedad del bienestar, en lo que a salud concierne, es la excesiva dependencia de nuestro sistema sanitario en la falsa creencia de que es el principal determinante de salud, y en consecuencia el “consumo” en demasía de servicios sanitarios. Una preocupación mundial explicitada en diversos foros<sup>1-3</sup> que reclaman menor medicalización de la vida, un menor uso de tecnologías sanitarias y cautela con su rápida generalización a falta de estudios. Es el resultado de las expectativas y actitudes en relación con la salud de nuestra sociedad actual y la medicina moderna, que se expande cada día más y ahora abarca problemas no considerados como entidades médicas años atrás.

Mayor esperanza de vida con el consecuente aumento de comorbilidad, contacto más temprano con el mundo sanitario, la salud como nueva forma de hacer negocio (colesterol, calcio, etc.), convertir en enfermedades los problemas personales, son algunas de las causas de incremento del consumo de servicios de salud. La salud viene condicionada por nuestra genética, nuestros hábitos de vida, nuestro medio ambiente, con lo que más que derecho a la salud, lo que tenemos es derecho a una asistencia sanitaria que intente mejorar en ocasiones, aliviar más veces y consolar casi siempre ante la presencia de enfermedad o sufrimiento.

La consecuencia de más servicios, conocida la alta correlación entre utilización y disponibilidad de recursos, resulta en una espiral interminable de gasto de dudosa efectividad, que además no admite críticas ni rendición de cuentas dada la vigencia de la sentencia, y más dada la crítica situación económica actual, de que la salud no tiene precio. Es el problema de una política sanitaria poco orientada a desmitificar tecnología, que no promueve

---

\*Este texto forma parte de una versión previa publicada en la revista *Medicina General y de Familia*.

el autocuidado y que no pone freno a expectativas de la población en materia de salud y de sinergias entre profesionales de la salud e industria.

Sirva este texto como contrapunto a la predisposición hacia el consumismo en salud, la medicalización de la vida y una obsesión ya “enfermiza” por tener una salud perfecta como factor patógeno predominante<sup>4</sup> y por otro lado, reflexiones sobre la deriva del gasto sanitario y la utilización de servicios. Menos, en bastantes ocasiones, y mejor utilización casi siempre, deberían ser las metas a conquistar en la era de la medicalización.

## De los remedios de la abuela a la medicalización de la vida

Las costumbres populares y los refraneros han acompañado a la salud de nuestros padres y abuelos que por diferentes motivos, entre ellos la ausencia de un Sistema Nacional de Salud (SNS) como el actual, no tenían fácil acceso a un profesional sanitario. La simple espera y la puesta en marcha de algunas recetas caseras eran suficientes para resolver o hacer más llevaderas infinidad de dolencias hasta el desenlace final: resolución espontánea en la mayoría de casos. Ni lo de entonces, el cólico miserere significaba en final, ni lo de ahora, la siguiente parada después del colegio y antes de ir al parque es el centro de salud. Sabemos que una mayor oferta de salud junto a una accesibilidad desbocada aflora “problemas, necesidades y enfermedades”. Por todos conocida la expresión “pues ya que estoy aquí...”. Curiosamente multitud de médicos de atención primaria creen que a veces los pacientes reciben atención innecesaria. En su conjunto, sin embargo, los resultados sugieren una cierta pasividad por muchos médicos que piensan que las causas de la atención excesiva están fuera de su control<sup>5</sup>. Nada más lejos de la realidad, considerar la frecuentación como exógena es un argumento escaso de evidencia<sup>6</sup>, a desterrar si nuestro deseo es reconvertir nuestro primer nivel asistencial en una institución solvente. Es más, es nuestra obligación evitar que el paciente acuda al médico cuando no lo necesita, evitando así expectativas desmedidas sobre el sistema de salud y la consecuente iatrogenia.

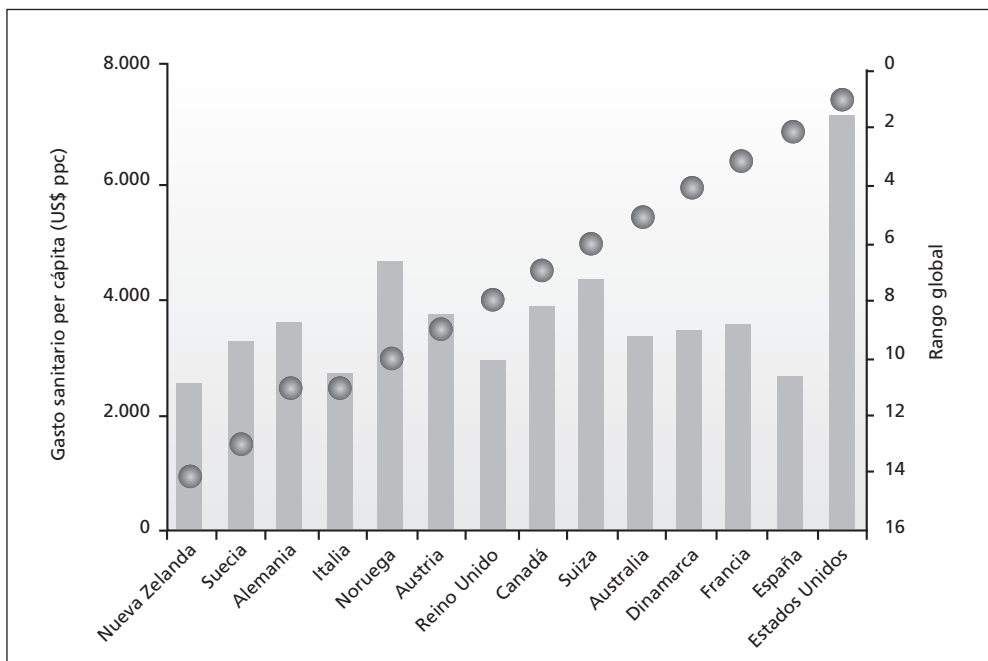
La medicalización, entendida como el proceso por el cual problemas no médicos se convierten y pueden ser tratados como médicos adquiriendo el apellido de enfermedad o patología, también repercute sobre el gasto sanitario. Las pocas estimaciones empíricas atribuyen a la medicalización el 3,9% del gasto sanitario total de los Estados Unidos en 2005, mayor que lo gastado en salud pública ese mismo año<sup>7</sup>, algo fácilmente entendible si como dice Marc Jamouille el médico está omnipresente, desde la cuna hasta la tumba, medicalizando toda nuestra existencia<sup>8</sup>. Sin ánimo de ser exhaustivo, algunos ejemplos de tendencias actuales: tratamientos de calvicie, impotencia sexual, trastorno por déficit de atención extrapolado a adultos, niños bajo el percentil 25 de estatura diagnosticados de baja estatura idiopática y tratados con hormona de crecimiento<sup>9</sup>.

Parece lógico que en unos servicios financiados públicamente se preste la atención más efectiva y eficiente posible, a ser posible avalada por investigación, desmitificando posibilidades de la innovación tecnológica e intentando siempre demostrar mejorar la salud individual si es en la consulta y la poblacional si es mediante políticas sanitarias.

## Ni somos tan ricos ni estamos tan enfermos. A propósito del gasto farmacéutico

Se mire por donde se mire, no hay lugar a dudas (figura 7-1 y tabla 7-1). Los datos en lo referente a gasto farmacéutico y recetas nos sitúan en las primeras posiciones.

Sin tener en cuenta recetas privadas, recetas de las mutualidades de funcionarios públicos y productos de receta hospitalaria, el SNS facturó 958 millones de recetas en 2010<sup>11</sup>. Consulta médica y prescripción (receta) parecen estar unidas por un vínculo indisoluble, con un sobredimensionamiento social de los beneficios de los medicamentos y a su vez nula atención a sus riesgos, siendo por ejemplo la variable “contacto con los servicios sanitarios” la que mejor explica en ancianos el mayor consumo de fármacos<sup>12</sup>. El incremento de factores de riesgo que conlleva un aumento de medicaciones preventivas favorece regímenes terapéuticos de extraordinaria dificultad en su manejo e impredecible iatrogenia. Y lo más preocupante, el consumo de medicamentos ha pasado a ser un problema de salud: la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos queda tan solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Solo en Estados Unidos se calculan unas 225.000 muertes anuales atribuidas a iatrogenia<sup>13</sup>. Sabiendo que el gasto se descompone en precio por cantidades, y a la vista de las reiteradas políticas de recortes en precios con nulo o muy modesto efecto sobre el gasto<sup>14</sup>, el producto tiene claros tintes de sobremedicación. Efectivamente, las recetas per cápita aumentan una vez más, año tras año, incluso ante



**Figura 7-1.** Gasto total en salud per cápita (US\$ paridad de poder de compra) en 14 países (2007) y ranking (puntos) según consumo de fármacos (medido de DDD) en 14 áreas terapéuticas. Fuente: Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London, UK: Central Office of Information; 2010.

**Tabla 7-1.** Evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total. Periodo 1995-2008.

Año	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Canadá	13,8	14,0	14,8	15,3	15,6	15,9	16,2	16,7	17,0	17,3	17,2	12,4	17,5	18,1
Dinamarca	9,1	8,9	9,0	9,0	8,7	8,8	9,2	9,8	9,1	8,7	8,6	8,5	8,6	
Finlandia	12,7	13,2	13,6	14,0	14,8	14,7	15,0	15,2	15,3	15,5	14,3	14,3	14,1	–
Francia	15,0	14,8	15,0	15,5	16,0	16,5	16,9	16,8	16,7	16,8	16,7	16,3	16,3	–
Alemania	12,9	13,0	13,1	13,6	13,5	13,6	14,2	14,4	14,5	13,9	15,1	14,8	15,1	–
Islandia	13,4	14,0	15,1	14,1	13,6	14,5	14,1	14,0	15,2	15,4	14,4	14,2	13,5	–
Italia	20,7	21,1	21,1	21,5	22,1	22,0	22,5	21,8	21,8	21,2	20,2	19,9	19,3	18,2
Noruega	9,0	9,1	9,1	8,91	8,9	9,5	9,3	9,4	9,2	9,4	9,1	8,7	8,0	7,6
Portugal	23,6	23,8	23,8	23,4	–	22,4	23,0	23,3	21,4	21,8	21,6	21,8	–	–
España	19,2	19,8	20,8	21,0	21,5	21,3	21,1	21,8	23,2	22,7	22,4	21,7	21,0	–
Suecia	12,3	13,6	12,4	13,6	13,9	13,8	13,9	14,0	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	–
Suiza	10,1	13,6	10,5	10,4	10,6	10,8	10,7	14,0	13,8	13,9	13,7	13,7	13,4	–
EE.UU.	8,7	9,0	9,5	10,0	10,8	11,3	11,7	12,0	12,1	12,2	12,0	12,2	12,0	–

Fuente: Polimedición y salud: estrategias para la adecuación terapéutica<sup>10</sup>.

descensos de población. Mientras tanto Ministerio y Comunidades Autónomas se congratulan del descenso actual del gasto que estas políticas de precios han conseguido, obviando otros parámetros de la ecuación: los costes del fracaso terapéutico (infrautilización y sobreutilización) y de las reacciones adversas. Tan simple como decir que la prescripción en nuestro país es correcta y el problema radica en que los medicamentos son demasiado caros<sup>15</sup>. La actual implantación de multitud de variaciones de copago parece haber disminuido el número de recetas, no sabemos si de medicación efectiva o ha disuadido consumos superfluos, ya que el ticket moderador por sí solo no discrimina salvo que se centre en aquellas prestaciones que los médicos establezcan como escasamente coste-efectivas.

## ¿Existen riesgos por consumir servicios sanitarios?

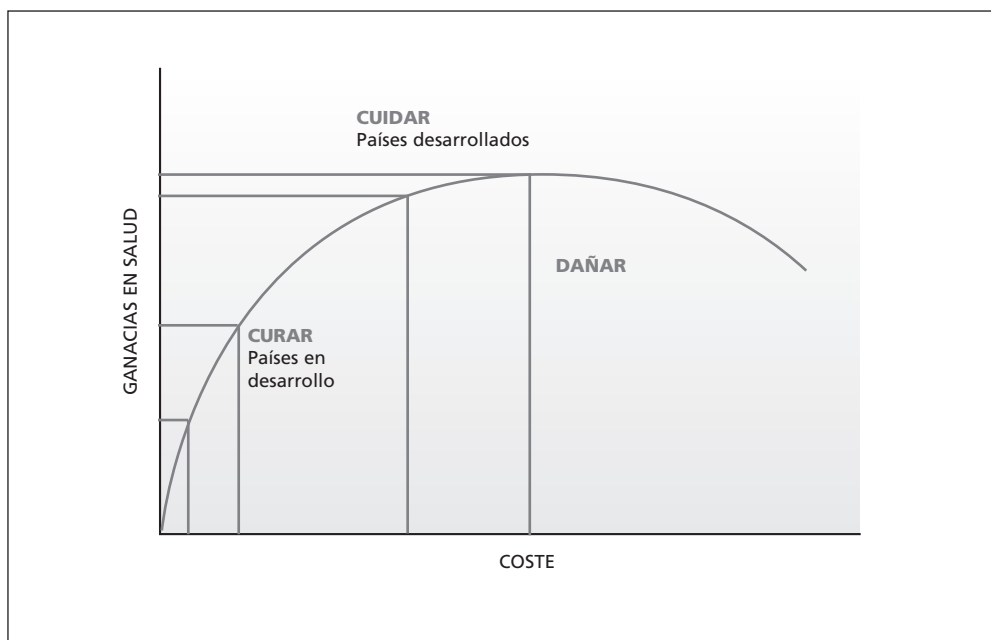
### ¿Puede ser dañina la actividad sanitaria?

Toda actividad sanitaria implica un cierto riesgo, hasta una recomendación tan inocente y en ocasiones no desinteresada pero falta de toda evidencia como es la de beber de un litro y medio a dos de agua al día puede producir daños<sup>16</sup>. La prevención sin límites y la extensión de tecnologías a grupos para los cuales no fue diseñada son dos claros ejemplos. El exceso de prevención y su aura de beneficencia han sido los responsables de enfermar y de muertes de los afectados por “causa preventiva”<sup>17</sup>. La extensión de tecnologías que desbordan su indicación principal, disminuyendo su valor predictivo positivo y aumentando alarmantemente los falsos positivos y sus cascadas diagnóstico-terapéuticas, llega solo en el caso de los tratamientos inadecuados a producir en nuestro SNS cerca de 19 millones de

efectos adversos atribuidos a medicamentos, de ellos más de un millón serían graves y casi la mitad potencialmente evitables<sup>18</sup>.

La literatura está plagada de ejemplos de cómo se reduce la salud cuando recibimos demasiada asistencia, la llamada productividad marginal decreciente de la inversión en salud, plasmada por ejemplo en la polifarmacia en ancianos, la detección de hiperlipidemia y su tratamiento con clofibrato que se estima condujo a la muerte de más de 5.000 norteamericanos asintomáticos, la prevención primaria de enfermedad cardiovascular con terapia hormonal sustitutiva y epidemia mundial de cánceres de mama. Son estos ejemplos de cómo se pasa vertiginosamente de la parte plana de la curva de producción de salud (cuidar) a dañar (figura 7-2). Replantear determinados indicadores o introducir algunos nuevos que tengan en cuenta calidad de vida nos puede volver a colocar en productividades crecientes.

Nada desdeñable es la existencia de diferentes sociedades científicas, con diferentes “consensos”, y un paciente confuso que por lo general sobreestima el riesgo. La mezcla de buena intención, ignorancia y prevención deviene en un cóctel peligroso. La dificultad añadida en tiempos de crisis recae en saber explicar a la población que no son recortes al estado del bienestar, sino revisiones de utilización de procedimientos no efectivos e incluso dañinos para la salud, y esto conlleva reconocer que la efectividad de nuestras actuaciones está muy alejada de la eficacia. Tal y como comenta Richard Smith, “cuando estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen”<sup>19</sup>. No debemos olvidar que la calidad de la asistencia también depende de la seguridad.



**Figura 7-2.** Preocupación por la evolución del gasto: productividad marginal de la inversión en salud. Fuente: elaboración propia.

## Sanidad u otras formas de conseguir salud. Desmitificando los servicios sanitarios

Es erróneo buscar la salud exclusivamente en los servicios sanitarios. No hay una correlación entre número de hospitales, número de centros de atención primaria y salud. Sería obviar aspectos como la vivienda, el trabajo, condiciones de vida, educación, calidad del agua y saneamiento, hábitos, todos ellos importantes determinantes de salud. Saneamiento y vivienda han sido para muchos países en desarrollo una inversión de bajo coste y de los grandes logros en indicadores sanitarios.

Convendría recordar que en ocasiones la salud de las poblaciones aumenta mucho antes de la aparición de tratamiento efectivo. La tasa de mortalidad por tuberculosis disminuye varias décadas antes de la introducción de la estreptomycinina y la vacuna.

Revolución agrícola e industrial han sido las responsables del incremento poblacional y de la transición desde las enfermedades infecciosas a los procesos crónicos. Archibald Cochrane, empeñado en demostrar la rápida incorporación de intervenciones médicas sin evaluación de su eficacia, efectividad y eficiencia gracias a la epidemiología aplicada a la práctica clínica, y Thomas McKeown, empeñado también en evidenciar el limitado papel de la medicina en el pasado y la importancia del trabajo intersectorial, que establece las bases teóricas para el renacimiento de la nueva salud pública en Europa, y del desarrollo de la estrategia salud para todos por la Organización Mundial de la Salud, son dos ejemplos clave para entender la contribución de la medicina en las ganancias en salud de la población<sup>20</sup>. Curiosamente, 40 años después contrasta la amplia difusión de sus ideas con la falta de impacto en la práctica y en la política sanitaria.

¿Qué sabemos del impacto de los servicios sanitarios modernos (1950) en la salud? A falta de datos en nuestro país, los trabajos de David Cutler pueden servir de aproximación, con las cautelas y peculiaridades de un sistema sanitario como el estadounidense. Para el conjunto de servicios sanitarios las intervenciones sanitarias en este país han representado un retorno de 4 dólares por dólar gastado; los cambios de vida, un retorno de 30 dólares por cada dólar gastado<sup>21</sup>.

Atribuyendo a nuestro sistema sanitario los buenos resultados en salud, sin tener en cuenta otros aspectos de salubridad, se corre el riesgo de alentar el consumo injustificado de asistencia sanitaria. Convendría también medir estado de salud fuera de los clásicos índices de mortalidad y comenzar a tener en cuenta calidad de vida percibida, no sea que nos encontremos con peor salud percibida aun con mejores indicadores sanitarios<sup>22</sup>. Hace ya 32 años del libro “Good Health at Low Cost” en el que ya se explicaba cómo políticas de equidad en salud, educación —especialmente de mujeres— podían colocar a países poco desarrollados de entonces (China, Costa Rica, Sri Lanka y el estado hindú de Kerala) con indicadores sanitarios similares a países desarrollados. Salud en todas las políticas, lema del informe SESPAS 2010<sup>23</sup>, trata de desmitificar el excesivo énfasis en la actividad sanitaria y es buen ejemplo del trabajo intersectorial para conseguir salud desde fuera de los servicios sanitarios: las auténticas políticas de salud. El mayor éxito de un sistema sanitario para la sociedad es que se pudiera prescindir de él<sup>24</sup>.

## De libertad a libertinaje, consentido por todos los actores

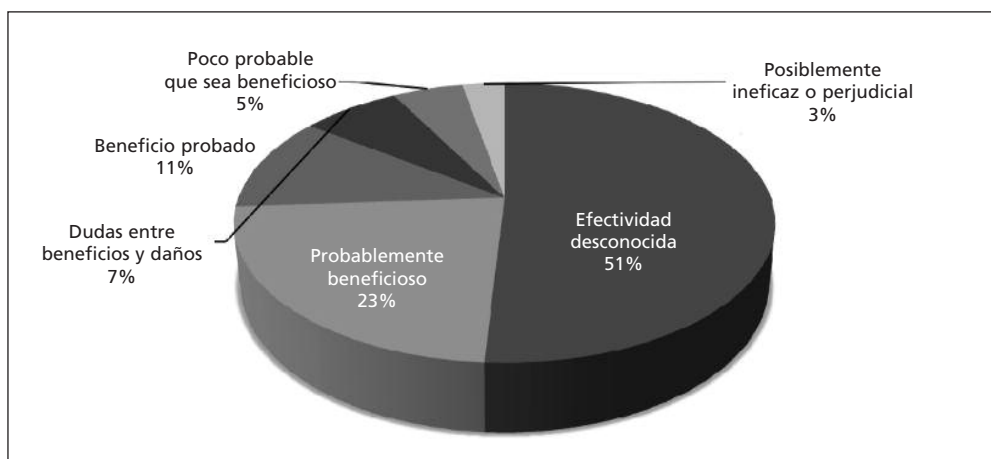
Conviene recordar cuáles han sido nuestros orígenes para reconocer los éxitos y excesos actuales. En la década de los 40 sistemas privados y beneficencia hasta la aparición del



Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) al amparo del Instituto Nacional de Previsión, posteriormente sistema de Seguridad Social, hasta la Ley General de Sanidad, y después Ministerio de Sanidad y Consejerías de Sanidad con competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Llegamos así al SNS financiado mediante impuestos, en donde existe un seguro obligatorio financiado públicamente que cubre a toda la población, y que no permite la salida (exclusión de responsabilidad fiscal) de ningún usuario por el hecho de poder permitirse el acceso a un seguro adicional. Consiste este último en una póliza que proporciona satisfacción (evita colas) y comodidad (evita el necesario filtro de la atención primaria) curiosamente para los más sanos, pero sin razón de desgravación fiscal actual<sup>25</sup>.

Siguiendo con los logros de nuestro SNS, a partir de la Ley General de Sanidad, y acuñado el término descentralización para otorgar el poder decisorio allá donde se tiene mejor información, se produce paulatinamente la transferencia de los servicios de salud a las correspondientes autonomías, que bajo la bandera de la equidad y en contra de la eficiencia, otorgan prioridad a las políticas de una accesibilidad mal entendida y de diferenciación en cartera de servicios. Una fiesta consentida por todos los actores. No es casualidad que a partir del año 2002 con las transferencias sanitarias, aquellas Comunidades Autónomas todavía gestionadas por el INSALUD (con tasas de crecimiento del gasto estables pero ávidas de autonomía) y las transferidas (con un cambio en el sistema de financiación) den un salto cuantitativo en gasto sanitario. Ahora toca desinvertir, reasignar. Ya no podemos seguir financiando públicamente cualquier innovación. No hemos sido los únicos. En la Europa de los 15 el gasto sanitario público de todos los países ha crecido por encima del producto interior bruto (PIB), pero nuestra carrera hacia el más es mejor ha sido vertiginosa: entre 1999 y 2009 el gasto público real por persona ha crecido algo más de un 49%, 4 veces más deprisa que nuestro PIB<sup>26</sup>.

Y todo esto reconociendo que desconocemos la efectividad de multitud de intervenciones de la medicina moderna, y este desconocimiento además parece mantenerse con el paso de los años (figura 7-3). Ahora, más necesarias que nunca, precisamos de iniciativas que se



**Figura 7-3.** Efectividad de las intervenciones o tratamientos de la medicina moderna.

Fuente: BMJ Clinical Evidence. <http://clinicalevidence.bmj.com/x/set/static/cms/efficacycategorisations.html>.

pregunten por el valor de las cosas que hacemos rutinariamente, como por ejemplo en el ámbito local la ausencia de base científica en un 60% de determinados tratamientos de rehabilitación y mundialmente el sobrediagnóstico y el consecuente sobretratamiento de, por ejemplo, hasta del 60% en el cáncer de próstata<sup>27</sup>. Una burbuja sanitaria promovida al convertir toda la demanda en necesidad, y en un país como el nuestro con coste cero en el momento de prestar asistencia, la demanda tiende a infinito, y más allá.

## Entender el crecimiento del gasto y actuar en consecuencia

Renta, como variable más predictiva, progreso tecnológico, cercanía a la muerte y descentralización territorial sanitaria se postulan como las variables más importantes en el desarrollo de modelos explicativos del gasto. El gasto sanitario, tanto en términos per cápita como en porcentaje del PIB muestra una tendencia creciente a lo largo del tiempo, estando relacionado con la riqueza del país, de manera que a más renta más gasto sanitario, siendo la variable renta la que mejor explica este comportamiento. Con estos datos se puede predecir con cierto error cuál es el gasto sanitario que le corresponde a un país, con las cautelas de la interpretación de cifras<sup>28</sup>.

Se reclama alcanzar gastar en sanidad lo que nos corresponde por renta, pero se guarda silencio con el exceso en la parte privada ambulatoria de nuestro gasto sanitario, que representa el 26,3% (octavo puesto y casi 3 puntos porcentuales superior al promedio de los 30 países europeos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]), hecho este que revelaría deficiencias en la calidad o en la cobertura de las prestaciones del sector ambulatorio público<sup>29</sup>. Contra la renta nada podemos hacer ni interesa siempre y cuando crezca, intentando que la correlación positiva renta-gasto hospitalario no sea tan fuerte. Y en cuanto a la muerte se puede retrasar, pero es un final inevitable. Conviendría, eso sí, abrir el debate sobre la prolongación de la agonía y la ética de la negativa en estos casos. Por ejemplo, ayudar a morir en casa como expresión de máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología adecuada y tan cerca del paciente y de su familia como sea posible, más aún cuando hay una clara preferencia del paciente por los cuidados a domicilio. El mayor uso de servicios médicos, incluyendo su tecnología, que se expande a todos los estratos etarios independientemente de su efectividad, debiera ser uno de los puntos a atacar. Y el mito de la “vejez gastadora” algo a reconsiderar a la vista de las comparativas internacionales. A reconsiderar pronto, ya que este mito proporciona “ilusión de necesidad”<sup>30</sup> que desemboca en exigir cada vez más y más recursos y anular la responsabilidad, clave en un sistema público que requiere de transparencia y redición de cuentas para su buen funcionamiento. Sirva de ejemplo la última publicación de J. Simó, donde a más renta, más hospital, con un gasto hospitalario que no se correlaciona con el envejecimiento (ni entre 1995 y 2002, cuando el envejecimiento poblacional no regía como criterio explícito de reparto, ni a partir de 2002, cuando sí rige) aunque ha sido el argumento para reclamar más una y otra vez<sup>31</sup>.

## Gastar más o gastar mejor

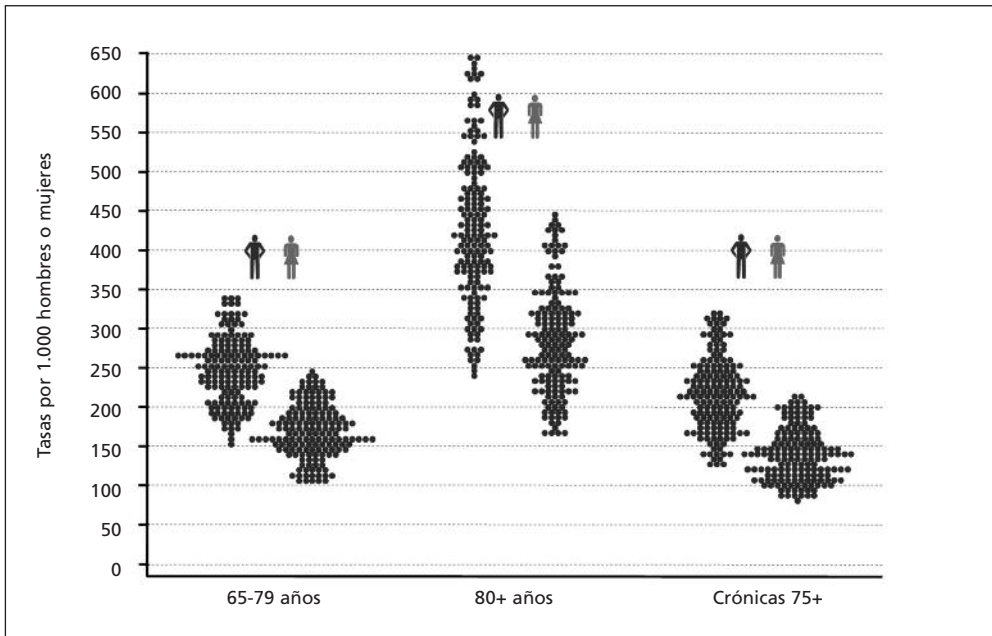
Si el discurso sigue siendo que destinamos un porcentaje de PIB a sanidad inferior al de nuestros convecinos, que hay más demanda que oferta, plasmada por ejemplo en listas

de espera, y que tenemos una población cada vez más envejecida, volveremos a cometer los mismos errores y caminaremos por la senda equivocada. Sobre la vejez gastadora me remito al apartado anterior. Sobre la escasez en un SNS como el nuestro, donde el precio en el momento de consumo es cero, es fácil entrever que la demanda puede no tener fin, hecho este preocupante si se mezcla con una generación proclive al consumismo, hedonista y escasa en responsabilidad. En ausencia de demanda poblacional, pero existiendo altas posibilidades de negocio bajo la bandera del alarmismo (colesterol elevado en celebridades), esta se genera. Los médicos intentan también resguardarse de las reivindicaciones de los pacientes practicando en ocasiones más de lo que se consideraría adecuado si el paciente tuviera los mismos conocimientos, la llamada “medicina defensiva” con el consiguiente vuelco de la balanza beneficio-daños a estos últimos. Aunque en ocasiones más no es sinónimo de medicina defensiva, sino el efecto secundario de un sistema de pago que premia el acto médico, fomenta la actividad autogenerada y estimula la demanda para beneficio de una de las partes en la relación de agencia.

Desgraciadamente la competencia por comparación tras la descentralización ha servido, entre otras cosas, para aumentar prestaciones, diferenciarse en cartera de servicios y dotar de autonomía de gestión del gasto sanitario autonómico en ausencia de responsabilidad sobre este. La teoría nos dice que descentralizar permite que unos servicios públicos sean más eficientes tanto en la asignación de recursos como en su producción en el ámbito local. La evidencia empírica, la mayoría realizada en países de renta media-baja, con indicadores que miden mortalidad sin medir incremento de comorbilidad y discapacidad, con descentralización fiscal pero controlada por el gobierno central, hace difícil la extrapolación de resultados a nuestro SNS<sup>32</sup>. La actual situación económica, las recientes “fronteras” entre servicios regionales de salud, la pasividad del Consejo Interterritorial, encargado de promover la cohesión del SNS a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, alimenta el debate de vuelta a una sanidad centralizada.

A la vista de estas secuelas se antoja necesario optar por gastar mejor. Y gastar mejor lleva implícito reconocer que no estamos haciendo lo correcto y que desconocemos la efectividad de más de la mitad de nuestras actuaciones. Juzgar la calidad de cualquier sistema sanitario requiere de datos sobre actividad: utilización, morbilidad, mortalidad, complicaciones, etc. para su comparación y proporcionar estos datos es un ejercicio de transparencia poco desarrollado. Pero una vez que contamos con ellos constatamos variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica (figura 7-4).

Diferentes tasas de utilización para un mismo proceso nos alertan sobre la veracidad de la afirmación “la geografía es el destino”. Alarmantes son también los patrones geográficos de mortalidad evitable<sup>33</sup> que evidencian las diferencias Norte-Sur no ya entre continentes o países, sino dentro de un mismo territorio y que no genera ningún tipo de intranquilidad entre los que colaboran mediante impuestos a este seguro universal, los propios usuarios. Cabe pues tirar en estos momentos de crisis no de demagogia, sino de profesionalismo, que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones<sup>34</sup>. Aviso para navegantes: el arte de cortar y el copago (como instrumento racionalizador) son cosa de médicos: el médico, como mejor posicionado para visualizar consumos poco o nada efectivos.



**Figura 7-4.** Tasas estandarizadas de ingresos hospitalarios (2006) en personas mayores por área de residencia según sexo, en escala natural. Cada punto representa la tasa estandarizada en un área de salud.

Fuente: Librero J, Ibáñez B, Peiró S, Bernal-Delgado E, Suárez García FM, Jiménez Torres F, et al y Grupo VPM-SNS. Las hospitalizaciones de las personas mayores según sexo. Patrones comunes y discrepantes. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud.* 2010;4(1):287-97.

Disponible en: <http://www.atlasvpm.org>.

## ¿Existe alguna evidencia entre crisis económica, supresión temporal de servicios y estado de salud?

Atender demandas más que necesidades da lugar a servicios de dudosa efectividad y nula eficiencia. ¿Cuál es el coste de oportunidad de tomar la tensión reiteradamente en el centro de salud, además de hacer dependientes a determinados colectivos? El difícil equilibrio entre eficiencia y equidad ha sido roto gracias a unas arcas llenas que han apostado por una falsa accesibilidad en detrimento de la eficiencia. Ahora en época de crisis es uno de los objetivos a enmendar. Es importante también saber cómo influyen las dificultades económicas sobre la salud de las poblaciones, y afortunadamente no vamos a ciegas gracias a algunos análisis empíricos de algunas crisis del pasado. Sin querer ser exhaustivo y remitiendo al lector al magnífico artículo de Carmen Delia Dávila y Beatriz González<sup>35</sup> exponemos algunos ejemplos: empeoramientos en estilos de vida en épocas de rentas alcistas, disminución del tabaquismo y exceso de peso, y aumento el ejercicio físico en el tiempo libre en población desempleada, aumentos de mortalidad en épocas de expansión económica y caídas del desempleo. Y por otro lado casos de incremento de mortalidad en épocas de crisis como en 1996 en México y la caída en esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres entre 1990 y 1994 en Rusia. Siendo todavía pronto para ofrecer resultados, sí que es cierto que los datos en nuestro país no son nada alentadores, con más de un 24% de

desempleo. Específicamente en hábitos dietéticos ya se objetiva un aumento de obesidad. La merma de recursos económicos favorece la sustitución entre alimentos: bollería y pizza en lugar de fruta. Conscientes de que la baja ingesta de frutas y vegetales en los grupos socioeconómicamente menos favorecidos influirá de forma negativa en nuestros hábitos alimentarios, no es difícil adivinar un empeoramiento de nuestro índice de masa corporal, con tasas de obesidad en España actualmente superiores a la media de la OCDE. Una nueva transición sanitaria, esta vez nutricional. El ocio sedentario de nuestros hijos tiene solución desde multitud de iniciativas de salud comunitaria, también el de los adultos, pero es necesario inculcarlo desde la infancia.

La crisis afecta además a la salud mental, problemas de adaptación ligados a la amenaza o pérdida del trabajo y al paro de larga duración. El mayor riesgo de padecer un problema psíquico con respecto a activos y parados con prestación hace imperativo mantener alguna prestación ligada a alguna contraprestación del trabajador (búsquedas activas de empleo, etc.) Para Michael Marmot los programas europeos de austeridad son un “experimento horroroso” que llevará a más muertes de los ciudadanos<sup>36</sup>. Tasas decrecientes de suicidios antes de la crisis y su incremento tras el colapso financiero de 2008 parecen tener relación: austeridad de gasto gubernamental y mayor presión impositiva parecen ser algunas de las variables implicadas.

Sí que parece claro que políticas de protección social, estado de bienestar y redes sociales y familiares contribuyen de manera determinante en los efectos de la crisis. Así, Austria, con una red social formal e informal potente pudo disminuir la tasa de suicidios entre 2007 y 2009, curiosamente la de Finlandia aumentó un 5%, sin embargo Grecia, muy distante de las políticas sociales de los países nórdicos, la aumentó en un 17%<sup>37</sup>. Y como efecto colateral, la disminución de muertes por accidente de tráfico en nuestro país (no sabemos si como consecuencia de la crisis y un menor uso de vehículos o como consecuencia del endurecimiento de sanciones y mejora de tramos de circulación) ha disminuido la disponibilidad de órganos para trasplante<sup>38</sup>.

Algunos estudios parecen sugerir que la probabilidad de morir-sufrir algún acontecimiento adverso es inversamente proporcional a la gravedad del proceso por el que se consulta, y que la ausencia de provisión sanitaria durante algunos días, manteniendo la asistencia de urgencias, puede tener un efecto diferente al esperado<sup>39</sup>.

En el ámbito local y remarcando que se produce fuera de épocas de epidemia estacional, el cierre de determinados servicios en temporada estival no parece repercutir en la sobrecarga de otros proveedores<sup>40</sup>. Sin intención de inferir causalidad y quedando demostrado que la demanda es muy sensible a la oferta, o lo que es lo mismo, alta correlación entre utilización y disponibilidad de recursos, renunciar a algo de equidad podría resultar más eficiente e incluso más sano. Quedamos a la espera de algún estudio ecológico que señale cambios en el estado de salud durante los cierres estivales.

## David contra Goliat

Una vez que tenemos evidencia de la falta de efectividad de algunas prácticas, ¿es fácil pasar a la acción o es imposible luchar contra las recomendaciones realizadas desde los gobiernos o desde organizaciones mundiales con conflictos de intereses no declarados?<sup>41</sup>. Así lo explicita Tom Jefferson<sup>42</sup>, referente en evidencia clínica de la *Cochrane Colaboration*

al hablar de la falta de efectividad de la vacuna antigripal, y que a pesar de su recomendación en contra, sigue prescribiéndose por los ministerios de sanidad, otras instituciones y consensos de sociedades. Similar caso lo encontramos aquí con la vacuna de virus del papiloma humano y la Comisión Mixta Congreso-Senado sobre Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades, que al inicio de 2007 instó por unanimidad al Gobierno a favor de la vacuna y de su comercialización aun sin tener datos que avalaran su efectividad y a pesar de la moratoria solicitada. No es preciso apellidarse NICE para explicar de forma escueta y clara a quién administrar y a quién no, por ejemplo, la vacuna antipneumocócica<sup>43</sup>. Es una manera de ganar credibilidad en primaria, aunque no la única<sup>44</sup>. Es importante que iniciativas de este tipo provengan de los mismos profesionales del primer nivel, así la probabilidad de ser bien acogidas por sus correligionarios de profesión aumenta. El “Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedición y salud” (<http://www.polimedico.com/index.php>), o los “Principios para una prescripción prudente” (<http://prescripcionprudente.wordpress.com>) son excelentes ejemplos. Hay que empezar a acostumbrarse a que no todo vale cuando se tratan temas de salud, que no vale escudarse en el por si acaso o en el más vale prevenir sin tener en cuenta las consecuencias de las decisiones tomadas, que en sanidad suelen ser por exceso (92 millones de euros invertidos en vacunas para la gripe A para terminar quemando 4 millones de dosis). Ética de la negativa (decir “no” educada y firmemente a las exigencias de pacientes y autoridades) y de la ignorancia (compartir con pacientes y autoridades los límites curativos y preventivos de la Medicina)<sup>45</sup> no solo deben formar parte de la ética clínica de nuestros profesionales sanitarios, sino también de aquellos a los que se les delega la responsabilidad en materia de política sanitaria. Paternalismos faltos de efectividad son perdonados por una población que precisa de mayor alfabetización sanitaria. Una alfabetización que, por ejemplo, puede ofrecerse por el profesional al informar de los mejores cursos de acción en los múltiples ejemplos de toma de decisiones compartidas, que logran disminuir el porcentaje de usuarios pasivos, de pacientes indecisos, que con información correcta tienden a usar tecnologías menos invasivas y a tomar decisiones de mayor calidad<sup>46</sup>. Se evita así también el exceso de mortalidad que provoca la falta o baja alfabetización en salud.

## **Cuando más es mejor si es atención primaria deseada y solvente**

Puestos a desinvertir y reasignar, una opción a considerar es optar por profesionales de atención primaria. La aportación de este nivel a la salud está ampliamente documentada<sup>47</sup>: reducciones de desigualdades en salud entre los grupos de población con mayores diferencias sociales, demográficas o geográficas, mayor número de médicos de primaria per cápita con diagnóstico precoz de determinadas neoplasias, mayor número de médicos de familia y decremento de mortalidad<sup>48</sup>. Para ello el discurso en nuestro país debe de dejar de ser tan retórico y volverse más efectivo. Pero mayor presupuesto (reasignación) tendrá que venir acompañado de una atención primaria obligada a demostrar su solvencia y deseabilidad social, obligada a recuperar todos los colectivos de los que se ha ido desprendiendo a lo largo de los años y que han sido acogidos por sucedáneos de otros niveles asistenciales, obligada a dar servicios sanitarios necesarios, de calidad y cercanos al paciente. Esa atención primaria parece en sí una solución a la crisis de padece nuestro SNS. Si no, la senda de deterioro será inevitable.

Una primaria fuerte puede surgir, entre otras, si se incentiva el trabajo por cuenta propia asociado o no con otros profesionales, teniendo en cuenta que más importante que la forma asociativa elegida, de las que por cierto tenemos ya suficientes evidencias a favor, es la implicación del profesional. Profesionales dispuestos a dar el paso, de haberlos haylos, falla la administración que frena cualquier iniciativa que suponga una pérdida de poder al proveedor hospitalario. En un contexto actual de crisis la imposición del trabajo por cuenta propia, perdiendo así la condición de estatutario, tiene más tintes de querer adelgazar capítulo 1 (personal-sueldos) que de transferir riesgo efectivo a proveedores con sus ventajas (apropiación de excedente) e inconvenientes (rendición de cuentas). Al discurso de integración asistencial le pasa lo mismo que al de autogestión en atención primaria, demasiados años queriendo enseñar sus bondades y tan poca receptividad institucional por el liderazgo del primer nivel que uno acaba perdiendo la edad adecuada para dar el salto: “se me pasó el arroz”. Si nos dieran a elegir —a los médicos generales— integración horizontal y virtual, evitando así el exceso de protagonismo de la tecnología y el traspaso de fondos para cubrir sus excesos.

Financiación capítativa, como mejor palanca integradora, se resiste. Se pretende con la cápita alentar la búsqueda de la eficiencia en los proveedores a través de una correcta articulación entre niveles asistenciales, siempre que exista una transferencia de riesgo efectiva. Que no haya fórmula capítativa perfecta no es óbice para no ponerla en práctica a sabiendas de sus limitaciones: variables exógenas (preferibles) y a ser posible socioeconómicas y que conoce perfectamente el primer nivel (tasas de desempleo, estructura familiar, calidad de la vivienda, clases sociales y renta), variables endógenas (las menos), población a capitar y variación de gasto esperado, cuantificación de necesidades sanitarias basadas en demanda observada, etc.<sup>49</sup>.

Aquí seguimos con una mayoría de Comunidades Autónomas que arrastran ineficiencias (gasto previo exclusivamente) año tras año, con sus secuelas de duplicación, iatrogenia, falta de longitudinalidad asistencial y visión parcial de los pacientes. Vestidas de gerencias únicas, con exportación de modelos de dudosa efectividad, de hospitales que integran —fagocitan— al primer nivel, todos ellos cambios estructurales cuando lo importante es el cambio cultural. Somos proclives a cambios estructurales provenientes de países que desprecian al primer nivel asistencial, como el modelo de atención a crónicos de EE.UU., que demuestra algunas mejoras en variables subrogadas pero no beneficios en la salud global del paciente, de la familia y de la comunidad<sup>50</sup>.

Para reasignar presupuesto a primaria se precisa asumir lo comentado por Josep Casajuana en uno de los capítulos de esta obra. Una vez interiorizado esto, *conditio sine qua non*, será posible comenzar a asumir más derivando menos, hacer más no con lo mismo, con esa nueva reasignación. Liberar fuerzas hará posible asumir aquello que reza nuestro credo, aunque a muchos no nos instruyeron. Liberar fuerzas supone dejar de hacer aquello que puede hacer otro con menor formación, manteniendo o incluso aumentando la calidad en la prestación del servicio<sup>51</sup>. La enfermería de alta capacitación es un ejemplo de reforma pro contenido. Patología banal y burocracia que puede y debe desaparecer para volver a asumir todo aquello que paulatinamente ha ido desapareciendo de nuestras consultas. Se vuelve a la polivalencia del médico general, a la resolución del máximo de problemas dejando tiempo para evitar el exceso de medicalización de la vida diaria. Desaparecerán así tópicos como “mi ginecólogo”, que hace citología vaginal anual repetidamente (cuando no es necesario) o mamografías sin explicar el sobrediagnóstico, adelantos diagnósticos sin mejora en resultados en salud, los falsos positivos, la cantidad de incidentalomas sin importancia pero que



inician cascadas diagnóstico-terapéuticas de final incierto. Para esta y más información al respecto conviene la lectura de este texto<sup>52</sup> de Roberto Sánchez, médico de primaria.

El DIU, que en Suecia lo insertan enfermeras, en Portugal los propios médicos y en España los ginecólogos, conviene que vuelva a las consultas del médico general, al igual que el resto de consulta de planificación familiar, pues quien mejor conoce costumbres y modos de vida familiar es el médico de la comunidad.

La atención al final de la vida es otra de las asignaturas pendientes<sup>53</sup>. La preferencia del paciente por permanecer en su domicilio señala al profesional de primaria como principal valedor. No depende tanto del profesional implicado, sino de la intensidad del seguimiento bajo un plan acordado, ¿y quién puede ofrecer esa intensidad mejor que el que es más cercano al domicilio? Recuperar la visita a las casas, procurar que esta forme parte de la agenda diaria del profesional y que exista continuidad fuera de horarios laborales (los equipos de paliativos del hospital también disponen de camas y personal adiestrado en fines de semana, festivos y periodos vacacionales) se antoja clave.

Dedicaremos aquí unas líneas a las hospitalizaciones evitables, y por ende a las visitas a urgencias hospitalarias también evitables. La idea que subyace detrás es que determinados problemas de salud que terminan hospitalizados pueden traducir fallos de calidad asistencial del primer nivel asistencial. Es una manera de medir efectividad de la atención primaria en el control de enfermedades crónicas. Detección de progresión precoz, reducción de severidad o prevención de complicaciones podrían obviar determinados ingresos. De nuevo accesibilidad, coordinación con especialistas y longitudinalidad parecen claves a la hora de reducirlos. También la calidad de la atención que presta el hospital o sus servicios ambulatorios, los incentivos a los que se somete (ingresar-inducir demanda o dar altas prematuras) presencia y tipo de aseguramiento, estatus socioeconómico, localización geográfica de proveedores (demanda muy sensible a oferta), todos ellos factores contextuales que también influyen, sin embargo debe quedar claro que sin accesibilidad en la puerta de entrada no hay nada que ofrecer-evitar. No entraremos aquí en las tipologías de hospitalización evitable, para ello y otros aspectos metodológicos remitimos al lector a un reciente trabajo de James Macinko<sup>54</sup>. Para visualizar la variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables en nuestro SNS<sup>55</sup> y una crítica constructiva<sup>56</sup> que nos devuelve a la realidad a todos los que olvidamos los fines del sistema sanitario: 1) evitar-disminuir el sufrimiento evitable; y 2) ayudar a bien morir, el número 8 del Atlas VPM. Como bien comenta Juan Gérvas “No es lo malo visitar el hospital y ser ingresado por necesidad, sino tener necesidad de visitarlo por la debilidad de la atención primaria”. Conviene sin embargo no señalar en exclusiva al primer nivel. Disponibilidad de camas, altas prematuras, criterios de hospitalización más o menos estrictos, medicina defensiva, inframedicación y/o iatrogenia en los tratamientos al alta y una puerta de urgencias deficiente son algunas circunstancias que obligan a ser cautos en la interpretación de tasas de hospitalizaciones potencialmente evitables<sup>57</sup>.

Y en todo este viaje conviene ir de la mano de la salud pública para conseguir una visión dinámica y casi completa de la salud de una población, de sus determinantes sociales, económicos y ambientales, y de las acciones a llevar a cabo para mejorarla y, a ser posible, contando con la participación de la propia comunidad, haciendo así gala del apellido “comunitaria” de nuestro título de especialista. Referentes en nuestra profesión y ejemplos de cómo los hay<sup>58,59</sup>, con suficientes evidencias científicas para su inclusión en la cartera de servicios de atención primaria<sup>60</sup> de forma más práctica que teórica.



Los 4 atributos (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y continuidad) que nos definen, que son nuestra marca de eficiencia y hacen a una atención primaria fuerte, precisan de un SNS universal, con distribución equitativa de recursos según necesidad y copagos bajos o nulos. Esperemos que el regreso a un sistema de aseguramiento, incremento de desigualdades y la actual corresponsabilización del usuario plasmada en las variadas formas de copago no hieran a un ya de por sí maltrecho primer nivel asistencial. Dependerá en gran medida de nosotros.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Smith R. In search of non disease. *BMJ* 2002;324:883-5.
2. Seminarios de Innovación en Atención Primaria 2011. Prevención cuaternaria: teoría y práctica en la consulta, la enseñanza y la política sanitaria, y su relación con la equidad y el coste [consultado el 21 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/prevencion-cuaternaria-teoria-y-practica-en-la-consulta-la-ensenanza-y-la-politica-sanitaria-y-su-relacion-con-la-equidad-y-el-coste/>.
3. Special Issue on Medicalization. *Br Med J.* 2002;234(7342),859-926.
4. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique*, 1999 mars pp. 28 y ss. [acceso el 12 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.
5. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: A brief report. *Arch Intern Med.* 2011 Sep 26;171:158.
6. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2006;38:293-8.
7. Conrad P, Mackie T, Mehrotra A. Estimating the costs of medicalization. *Soc Sci Med.* 2010;70(12):1943-7.
8. Jamouille M. Quaternary prevention: First, do not harm. 11th Congress of the Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brazilia, 2011. June 23-26.
9. Conrad P. The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
10. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia: FundeSalud, Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud; 2011.
11. Ortún V, director. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011.
12. Gavilán E, Villafaina A. Concepto y Factores determinantes de la polimedicación. En: Gavilán E, Villafaina A, editores. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia: FundeSalud, Laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud; 2011. p. 23-33.
13. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA.* 2000;284:483-5.
14. Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. *Eur J Health Econ.* 2010;563-73.
15. Peiró S, Meneu R, Sanfélix-Gimeno G, Catalá-López F. Mejorar la prescripción y, de paso, el gasto farmacéutico. Elementos para las políticas prácticas. En: Ortún V, director. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011. p. 71-88.
16. McCartney M. Waterlogged? *BMJ.* 2011;343: d4280 DOI:10.1136/bmj.d4280.
17. Gérvas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada.* 2009;4:6. Disponible en: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss4/6>.
18. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: Ortún V, director. La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011. p. 53-70.
19. Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropriation of Health (book review). *BMJ.* 2002;24:923.

20. Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Thomas McKeown and Archibald Cochrane: a journey through the diffusion of their ideas. *BMJ*. 1993;306:1252-5.
21. Ortún V, Meneu R, Peiró S. Impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. En: Puig J, López G, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson; 2004. p. 173-204.
22. García-Altés A, Pinilla J, Ortún V. The evolution of health status and chronic conditions in Catalonia, 1994-2006: the paradox of health revisited using the Blinder – Oaxaca decomposition. *BMC Health Services Research*. 2011;11:116.
23. Informe SESPAS 2010. La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas. *GaSanit*. 2010; 24(Supl 1).
24. López Casanovas G, Ortún V. Economía y salud. Fundamentos y políticas. Madrid: Ed Encuentro; 1998.
25. Ortún V. En torno al aseguramiento sanitario privado. *Aten Primaria*. 2011;43(9):457-8.
26. Puig-Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? Economía y salud. *Boletín informativo - Año 2011*. Diciembre nº 72.
27. Gervas J, Pérez Fernández M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *FMC*. 2011;18(10):615-23.
28. López Casanovas G. Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones. *Gestión Clínica y Sanitaria*.
29. Simó Miñana J. El techo de cristal de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009;41:572-7.
30. Costas Lombardía E. Gasto sanitario: No es la vejez. *El País*; 27 de septiembre de 2010. Sociedad.
31. Simó J, Gervas J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atrayentes para pacientes y profesionales. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(Supl 1):36-40.
32. Jiménez Rubio D. La evaluación de las políticas de descentralización sanitaria: retos para la investigación futura. La financiación del gasto sanitario en España. Ed. Fundación BBVA; 2010. p. 269-77.
33. Vergara Duarte M, Benach J, Martínez JM, Buxó Pujolràs M, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit*. 2009;23(1):16-22.
34. Ortún V. Atención Primaria y gestión: pleonismo conceptual y oxímoron práctico. *Medicina General*. 2011;140:516-25.
35. Dávila Quintana CD, González-López Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2009;23(4): 261-5.
36. Limb M. Austerity measures will lead to rise in unemployment and suicides, says Marmot. *BMJ*. 2012;344:e2887.
37. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-5.
38. DeLago M. Organ donors and transplantations decrease in Spain, the leading country in both. *BMJ*. 2011;342:d242.
39. Argeseanu S, Mitchell K, Venkat KM, Yusuf S. Doctors' strike and mortality: a review. *Soc Sci Med*. 2008;67:1784-8.
40. La Vanguardia (15/09/2011) El cierre nocturno de 50 centros de salud apenas aumenta la demanda de otros servicios. [Consultado el 15 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com>.
41. Godlee F. Conflicts of interest and pandemic flu. *BMJ*. 2010;340:c2947.
42. Eben H. (27 de febrero de 2010). Do flu vaccines really work? A skeptic's view. *The Times*. [Consultado el 24 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.time.com>.
43. Prevenar 13 para vacunación sistemática de adultos mayores de 50 años. [Consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: <http://evalmed.es>.
44. Bravo R. Primum non nocere [Blog Internet]. España: Rafa Bravo. 2102 enero. [Consultado el 25 de enero de 2012]. Disponible en: <http://rafabravo.wordpress.com/2012/01/06/increible-pero-cierto/>.
45. Pérez Fernández M. Ética clínica en tiempos de exigencia expectante. Texto resumen de la presentación el 24 de junio de 2011 en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad, celebrado en Brasilia (Brasil). Disponible en: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2011/09/etica-clinica-brasil-2011-exigencia-expectante-1.pdf>.
46. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.005.

47. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):19-25.
48. Barber P, López-Valcárcel B. Dotación de médicos en Atención Primaria: Más es mejor. En: Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades de la atención primaria española*. Madrid: Fundación Primero de Mayo; 2010. p. 107-123.
49. Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Freeman JL, et al. Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. *Health Serv Res*. 2000;34:1351-62.
50. Gervas J. El modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? *Salud* 2000. 2010; XXIII(128):12-5.
51. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; Apr 18;(2): CD001271. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/clsystrev/articles/CD001271/frame.html>.
52. Sánchez R. Una palabra tuya bastará para sanarme [Blog Internet]. España: Roberto Sánchez. 2012 febrero [Consultado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://1palabratuyabastaraparasanarme.blogspot.com.es/2012/02/la-mujer-como-victima-singular-de-la.html>.
53. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012; 26(Supl 1):63-8.
54. Macinko J, Dourado I, Guanais FC. *Chronic Diseases, Primary Care and Health Systems Performance Diagnostics, Tools and Interventions*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank; 2011. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36533608>.
55. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yáñez F, Seral-Rodríguez M, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2011;4:345-63.
56. Gervas-Camacho J. Hospitalizaciones evitables en España: el poderoso atractivo del hospital y la debilidad de la atención primaria. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2011;4:329-30.
57. Bernal E, Peiró S. Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba? *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(4):173-5.
58. Cofiño R. *Salud Comunitaria* [Blog Internet]. España. 2012 julio [Consultado el 13 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/06/12/materiales-para-la-presentacion-observatorio-de-salud-en-asturias-de-la-informacion-a-la-accion-agencia-de-salut-publica-de-barcelona-12-de-junio-2012/>.
59. *Docencia en Plasencia* [Blog Internet]. España. 2010 marzo [Consultado el 7 de octubre de 2011]. Disponible en: <http://docenciaenplasencia.blogspot.com.es/2010/03/bibliografia-para-el-curso-de-salud.html>.
60. Cofiño R, Álvarez B, Fernández S, Hernández R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35(9):478-83.



## CAPÍTULO 8

# Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios?

Vicente Ortún y María Callejón

*¿Por qué de pronto esa inquietud  
y movimiento? (Cuánta gravedad en los rostros.)  
¿Por qué vacía la multitud calles y plazas,  
y sombría regresa a sus moradas?  
Porque la noche cae y no llegan los bárbaros.  
Y gente venida de la frontera  
afirma que ya no hay bárbaros.  
¿Y que será ahora de nosotros sin bárbaros?  
Quizá ellos fueran una solución después de todo.*

Konstantino Kavafis

Renovar los servicios sanitarios en una situación de crisis implica:

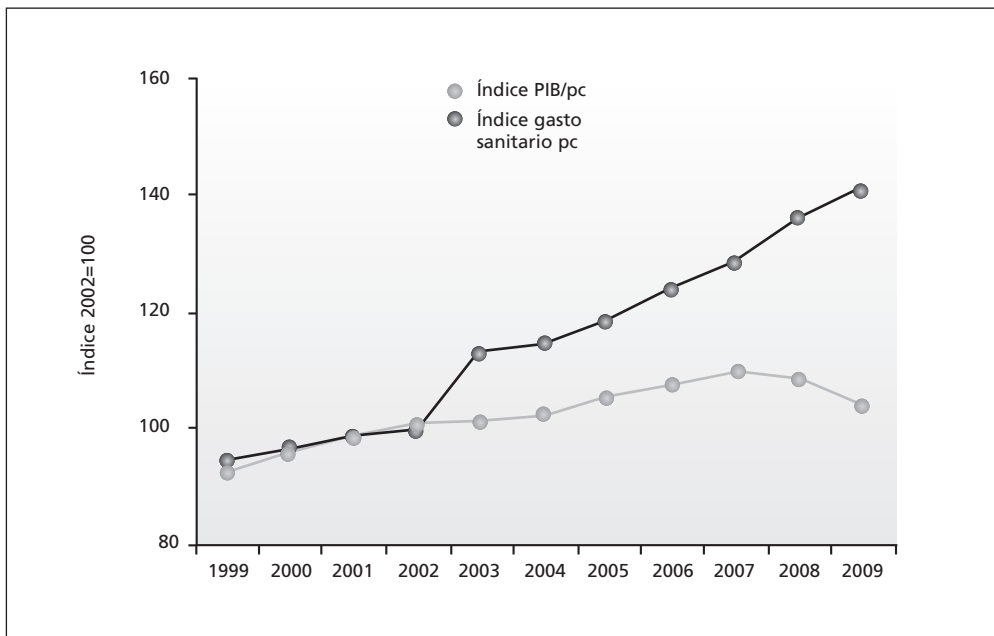
1. Reconocer cómo la propia crisis altera la importancia de los determinantes de la salud (servicios sanitarios entre ellos) y aprender de la experiencia histórica que muestra cómo el impacto de la crisis en la salud depende tremendamente de la organización y políticas de cada país.
2. Insistir en la solvencia del estado del bienestar (EB) para que sea compatible el aumento de la productividad con el reforzamiento de una de las conquistas más importantes de la humanidad, el propio EB.
3. Financiación pública selectiva del gasto sanitario, pagando por lo que interesa socialmente, y con una financiación privada complementaria, mejor comunitaria, para el resto de las prestaciones.
4. Planificación, reducción de la brecha entre efectividad y eficacia, eliminación de grasa y reasignación.
5. Sacudir las organizaciones: autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución racional de funciones entre el personal de los servicios sanitarios y sociales.
6. Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados.

Cada uno de los 6 puntos anteriores será abordado en otros tantos epígrafes y en el orden en que han sido enumerados. Al final se recapitula y se desvelan los relatos subyacentes.

## Los determinantes de la salud y el impacto de los servicios sanitarios en época de crisis

El mundo no está en crisis. Solo Europa, y particularmente su *Mezzogiorno*, están en crisis. Llevamos tiempo inmersos en ella, antes de la actual recesión: desde la década “prodigiosa”, de crecimiento aparente sin mejora de la productividad. En el periodo 1999-2009 el gasto sanitario real por persona financiado públicamente crece un 50%, tal como se aprecia en la figura 8-1. Una burbuja sanitaria descrita por Puig-Junoy<sup>1</sup>: las recetas por persona aumentan un 30% durante la década, el número de personas trabajando en hospitales —ajustando por población protegida— en un 20% y su salario real promedio en más de un 21%. La burbuja no fue únicamente inmobiliaria, pero esta permitió unos ingresos públicos extraordinarios que ahora han desaparecido, aunque los gastos públicos se hayan consolidado.

Algunas crisis, como la de Rusia de 1991, pasó a la historia por hundir en 8 años la esperanza de vida al nacer en hombres, y otras, como la de Finlandia en esa misma época, por haber contribuido a la mejora de la salud de la población<sup>2</sup>. La diferencia estriba en que si



**Figura 8-1.** PIB y gasto sanitario público real per cápita (pc) (OCDE).  
Fuente: OECD Health Data. (Elaboración propia.)

hay luz al final del túnel, el episodio de desempleo se puede utilizar para hacer ejercicio y aprender idiomas sin presiones laborales cotidianas. Sin luz al final del túnel emergen los determinantes básicos del estado de salud de la población y aparecen de nuevo riesgos, en gran parte superados, derivados de una mala nutrición, el desempleo, el deterioro ambiental o en estilos de vida. Los servicios sanitarios no dejan de ser unos recién llegados a la constelación de determinantes de la salud y su acción no puede suplir deterioros básicos en, por ejemplo, renta o educación.

Permítannos ilustrar el argumento con un par de ejemplos: el programa de “niño analfabeto” debería tener prioridad sobre el programa del niño sano, por el mayor impacto en la salud que la evitación de la pobreza dinástica tiene. De la misma forma, con las reacciones adversas a medicamentos como el tercer problema de salud más importante de España —segundo país del mundo en consumo de medicamentos medido en dosis diarias definidas<sup>3</sup>— algunas prescripciones de entre las que suponen 2.000 euros en medicamentos por pensionista-año resultan más sacrificables que las pensiones bajas, por el mayor impacto que en la salud tiene una pensión digna e incluso por la beneficiosa reducción de iatrogenia aportada por una menor inadecuación.

Resumiendo, la crisis económica sitúa en primer plano a la salud pública y a la idea de salud en todas las políticas, pues no siempre serán más aconsejables las actuaciones sobre la salud a través de los servicios sanitarios. La crisis económica hace que renta, educación, entorno y estilos de vida recuperen su primacía como determinantes de la salud. En principio debería implicar una mayor importancia para las actuaciones sobre la salud desde fuera de los servicios sanitarios.

## El componente sanitario del estado del bienestar en España

La caída de ingresos públicos ha precipitado, en España, unos cambios sanitarios de acierto y legitimidad variable.

El RD 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones cambia la naturaleza del derecho a la prestación sanitaria pública: se recupera la distinción entre titulares y beneficiarios del aseguramiento prescindiendo de que la asistencia sanitaria pública estaba ya definida como una “prestación universalizada y no contributiva de la Seguridad Social”. Sin debate, obviando la Ley 33/2011 general de salud pública, el RD podría afectar negativamente a la cohesión social, a la que un sistema sanitario financiado públicamente debe contribuir, pues excluye colectivos y aumenta riesgos sanitarios para los excluidos, así como para el conjunto de los ciudadanos. Tanto la delimitación de prestaciones —cartera de servicios— como la reforma del copago, que el RD introduce, eran necesarias. Otra cosa es que las medidas que contiene el RD no conseguirán, ni por asomo, los 7.000 millones de euros previstos como ahorros. Disminuirá la recaudación fiscal y aumentarán las prestaciones sociales derivadas de la disminución del producto interior bruto (PIB) por la caída del gasto público. Según cuáles sean las sensibilidades de la recaudación al cambio en el PIB y del cambio en las prestaciones sociales al cambio en el PIB podemos hallarnos incluso delante de la necesidad de recortar 14.000 millones de euros para conseguir una reducción del déficit público de 7.000 millones, la cual requeriría una clara rebaja de remuneraciones en el sector público.

La reforma del actual copago farmacéutico, concentrado en pocos usuarios, potenciador del consumo innecesario, e inequitativo estaba pendiente desde hace tiempo. No está previsto en el RD copago alguno para las prestaciones básicas (prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en centros sanitarios, así como transporte sanitario urgente). Cabe copago en otro tipo de prestaciones, como las suplementarias: medicamentos, prótesis, productos dietéticos y transporte sanitario no urgente. No pasa por el copago la solución de los problemas sanitarios, pero tampoco rompe con la universalidad y refuerza, aunque mínimamente, los ingresos públicos.

El cambio en el copago farmacéutico, ampliado a prótesis, dietéticos y transporte sanitario no urgente, es lo que más ha llamado la atención del RD. Se exige correctamente a los más pobres, sean activos o pensionistas, y se habla de un copago por renta que —imposición aparte— hubiera sido más fácil conseguir aplicando un importe máximo anual copagado para todos o, en su defecto, un mismo porcentaje de sus ingresos (1-2%)<sup>4</sup>.

El sistema recaudatorio escogido para el copago implicará substanciales costes. En lugar de llevar la “renta al copago”, hubiera resultado más sencillo llevar el “copago a la renta”: “Tanto por la estigmatización como por la complejidad logística de su aplicación, no veo al usuario co-pagando con la declaración de la renta... Más bien entendería que lo que intenta castigar el copago (una utilización inadecuada del servicio público o un beneficio complementario) se incorporase... a la base imponible de la declaración anual de la renta, como si de un beneficio en especie se tratase... valorado al correspondiente tipo efectivo con la consiguiente contribución adicional. Y si la estrategia no fuese la de la gratuidad sino la de pagar inicialmente por los servicios en el momento de acceso, y recuperar después todo o una parte tan solo de aquellos consumos justificados, una deducción fiscal en la cuota parecería lo más adecuado”<sup>5</sup>.

## Mejora de la productividad y consolidación del estado de bienestar

No hay incompatibilidad entre mejorar la productividad y disponer de un EB. El problema no radica en el EB, sino en el tipo de EB, y aquí España tiene deberes pendientes, pues su EB tal como está organizado no resulta, en la comparativa europea, ni equitativo ni eficiente<sup>6</sup>. Más allá de la solvencia económica está la deseabilidad política, la que conceden los ciudadanos en repetidas votaciones, cuando optan por financiar públicamente el acceso a los servicios sanitarios. Para que esas opciones se mantengan las clases medias no pueden quedar excluidas de las prestaciones del EB, por la razón que sea. Hay que conjurar, por tanto, el riesgo de un EB para pobres (un pobre EB), primero, por razones de eficiencia, y segundo, por un juicio moral acerca de los peligros de la dualización social que inevitablemente encontraríamos en sanidad cuando solo una parte de la sociedad pudiera acceder a cualquier innovación o prestación sanitaria.

Reiteramos lo ya dicho sobre propuestas de reforma del EB<sup>7,8</sup>. El aseguramiento obligatorio se ha manifestado superior tanto en la práctica como en la teoría a un mercado de aseguradoras en competencia. Por razones de eficiencia, más allá de la equidad que solo es posible si el acceso depende de la necesidad y no de la capacidad de pagar. Esto no significa que una aseguradora pública única sea necesariamente la mejor forma organizativa. Partiendo de las características propias algo puede aprenderse de experiencias ajenas exitosas, como la competencia entre compañías aseguradoras que persigue Holanda hace años<sup>9</sup>. Mantienen la solidaridad poblacional desde el momento en que se cotiza en función de la renta y



reciben según la necesidad. Eso sí, para evolucionar en esa dirección hay que asentar el actual sistema e ir desarrollando una información y una organización que proporcione los incentivos que eviten la selección de riesgos. La selección de riesgos es la respuesta natural de las aseguradoras (evitar a los más enfermos) al fenómeno de la selección adversa (futuro asegurado no interesado en desvelar su estado de salud). El seguro universal obligatorio elimina la selección. También desaparece el incentivo a seleccionar pacientes cuando la prima que cada asegurador holandés recibe refleja el coste esperado de la atención a un individuo.

En los momentos actuales resulta más urgente evitar mundos peores que pensar en los mundos mejores. El EB es una conquista de la humanidad compatible con el progreso económico, como muestra la experiencia histórica de los países escandinavos. El EB moderno aparece en Europa tras la segunda Guerra Mundial, y se asocia más a criterios de equidad que de eficiencia. La equidad, entendida como el juicio social de las poblaciones, acerca de qué diferencias son aceptables y cuáles no, varía en el tiempo y en el espacio, constituyendo un anclaje menos sólido para el componente sanitario del EB que los motivos de eficiencia a los que antes se ha aludido.

Los EB se han beneficiado, por una parte, de los menores costes administrativos del universalismo, pero sobre todo, han sabido controlar los desincentivos del modelo por tres vías:

1. Una financiación impositiva regresiva (los “pobres” pagan a los “pobres”) en función de los impuestos sobre el consumo, las rentas del trabajo y los bienes de consumo adictivo.
2. Prestaciones sociales que solucionan un problema, pero por ejemplo, pero con invitación a no instalarse en la dependencia de la transferencia pública.
3. Apertura de la economía para vivir los salutíferos condicionantes de la competencia internacional.

No hay contradicción genérica entre EB y aumento de la productividad como los países nórdicos muestran. Los problemas se originan en las ineficiencias e inequidades del EB en España. Para que el avance del EB sea una bendición en sanidad se precisa, pues, centrar la atención en:

- Qué y cómo se gasta: las prestaciones públicas son para todos pero no son todas, nos faltan atenciones efectivas y nos sobran atenciones inadecuadas, etc.
- Cómo se decide: la legitimidad del paquete básico sanitario, por ejemplo, que se establezca depende de una mayor transparencia de los procesos decisivos.
- Cómo se financia: recordemos que las bases impositivas muy sensibles (las que pueden “emigrar” o “deslocalizarse”) han de gravarse menos que las poco sensibles; ser algo regresivo resulta mejor que “no ser” en absoluto y facilita, además, mayorías parlamentarias.

## **Financiación pública selectiva pagando por lo que socialmente interesa**

Debe implantarse el análisis coste-beneficio generalizado tanto de inversiones públicas en infraestructuras como de cartera de servicios financiada públicamente. Podría incluso

establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con EB más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.

Conviene ser consciente de que resulta prácticamente imposible recortar casi un 10% del gasto sanitario público sin reducciones de sueldos públicos (y concertados) y que presentar cuentas de “Gran Capitán” no ayuda a la imprescindible credibilidad. Al fin y al cabo se trata de recortes propiciados para facilitar la reducción de déficit público comprometida con la Unión Europea.

Por otra parte, se puede minimizar el impacto en salud de los recortes siempre que se huya de la linealidad. En antibióticos para meningitis meningocócica, cero recorte. En pruebas de imagen para dolor de espalda inespecífico, recorte de casi el 100%... pero las cosas no son fáciles... y el tipo de recorte fino es el que afecta a la “grasa” y aquí el instrumento sería el bisturí del médico, no las tijeras del responsable de presupuestos. Con profesionales autónomos y auto-gestionados, como los médicos de cabecera del Reino Unido, resulta posible recortar sin que el paciente se sienta afectado. Con profesionales por cuenta ajena soliviantados es bastante posible que el paciente se vea afectado, pese a que existen instrumentos de priorización incluso para los aspectos más delicados y visibles de la utilización, como son los criterios clínicos y sociales para cirugía electiva<sup>10</sup>.

Establecer una cartera de servicios como se pretende requiere, sobre todo, voluntad de otorgar independencia al órgano —alguno o el conjunto de los múltiples existentes— que con criterios científicos de coste-efectividad (e impacto en el PIB) decida sobre la misma. Por otra parte, basta, de momento, con ir “copiando” de países (Reino Unido, Alemania, Francia, Canadá, Suecia, Australia, etc.) con tradición en el empleo de criterios de eficacia comparada y coste-efectividad en las decisiones de financiación y fijación de precios.

Cabe complementar los ingresos públicos con los copagos, que pese a sus múltiples limitaciones pueden diseñarse de manera más eficiente y equitativa que el actual copago farmacéutico. En esa línea ha ido el RD 16/2012, aunque ha complicado la gestión al crear demasiadas categorías y no establecer un techo de gasto para todos (únicamente para los pensionistas).

## Pagar por lo que interesa

La composición de los servicios sanitarios que se produzcan o el tipo de innovación que se introduzca vienen muy influidos por cómo se paga. Está claro que pagar por “estructura” no tiene sentido y, en cambio, no resulta tan inmediato percibir que, con frecuencia, pagar por acto, por ‘hacer’, tampoco conviene pues, con frecuencia, incentivar la actividad constituye una invitación a, primero, la inadecuación en pacientes agudos y, segundo, el pobre control de pacientes crónicos. En el caso de los servicios sanitarios existen numerosas experiencias, de éxito muy variable, que tratan de alcanzar bien un pago por resultados en términos de salud (P4P) bien un pago capítativo, con algunos ajustes, que fomente la integración asistencial. Los sistemas integrados (articulación real o virtual de todos los niveles sociosanitarios) permiten una mejor prevención, una mayor orientación hacia la atención primaria, menores tasas tanto de frecuentación hospitalaria como de readmisión, mejora en el cumplimiento del paciente con los tratamientos, incentivos para evitar las

tecnologías de beneficio dudoso y estímulos para atender los problemas en el eslabón con mayor capacidad resolutoria (expresión clínica de la eficiencia) de la organización integrada.

También los precios regulados podrían orientar hacia la innovación que interesa. *If you pay for it, they will build it*. Por su importancia en la configuración de las políticas industriales y sanitarias en un país no estrictamente puntero como España conviene pararse un momento a examinar el argumento de que “la disminución de beneficios de la industria suministradora desincentiva la I+D+i”. Lo que globalmente es cierto —los beneficios proporcionan la capacidad y el estímulo para invertir en I+D— no tiene necesariamente una traducción país a país en el sentido de que se realizará más I+D en los lugares en los que se obtengan los mayores beneficios; la decisión de localizar las actividades de investigación y desarrollo en un país determinado depende más del atractivo de una zona geográfica (calidad-precio de sus científicos y universidades) que de los beneficios que en la misma se obtengan. Al menos así debería ser: independencia entre nivel de precios (y beneficios) en una zona respecto a I+D localizado.

Dos tipos de innovaciones interesan especialmente: las que ahorran costes (menos del 0,5% de las innovaciones en sanidad) y las que ofrecen grandes mejoras adicionales en cantidad y calidad de vida en función de los costes incrementales respecto a las tecnologías existentes. El ahorro de costes requiere innovación organizativa y en proceso. La innovación más conveniente en producto, el segundo tipo de innovación que interesa, tal vez pueda estimularse con medidas como la que próximamente se implantará en el Reino Unido, donde se ha sustituido el control de beneficios de la industria farmacéutica por un sistema de regulación del precio basado en el valor aportado, es decir, en la utilidad terapéutica comparada con los tratamientos ya disponibles (*value based pricing*).

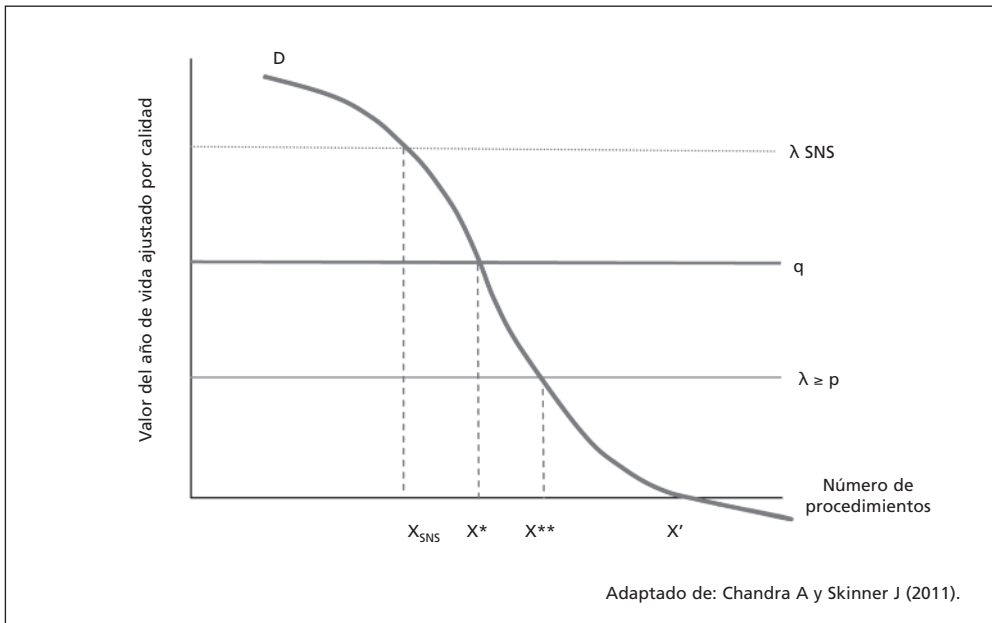
Resumiendo, conviene pagar por lo que interesa. A los proveedores de servicios sanitarios capitativamente para fomentar la integración asistencial y, cuando se pueda, según resultados en salud. A los innovadores con unos precios regulados que orienten la innovación hacia la creación de valor en términos de cantidad y calidad de vida ganadas.

## **Planificar, reducir la brecha entre eficacia y efectividad, eliminación de grasa y reasignación**

Para que los cambios en la forma real de asignar los recursos, en la práctica clínica, sean efectivos se precisan una serie de actuaciones. Algunas, como la planificación, se deducen de lo anteriormente visto y tienen gran especificidad sanitaria. Otras, como la financiación selectiva o la cartera de servicios racional son compartidas con prácticamente todos los servicios financiados públicamente. Finalmente, la tercera, la maduración organizativa y social implica todas las dimensiones que habitualmente definen la viscosidad de un país: el grado de competencia en sus mercados de factores y productos, la calidad de su democracia y las características de su gobernanza.

En sanidad suele hablarse de mortalidad y morbilidad como indicadores que aproximan la necesidad, cuando sobre todo miden la utilización que resulta del encuentro de oferta y demanda (visitas, intervenciones, hospitalizaciones, sesiones de rehabilitación, consumo de fármacos...). Sobre la utilización sanitaria puede influirse de varias formas. En la medida en que esta viene determinada principalmente por la oferta, importará

condicionar, sin que se note, las indicaciones clínicas de procedimientos a una oferta susceptible de ser planificada. Por reducción al absurdo: sin hospitales no hay morbilidad hospitalaria. Por referencia al conocimiento científico “historias de dos ciudades” (como Boston y New Haven) nos muestran hasta qué punto la oferta condiciona utilización y gasto pero no resultados en términos de salud. En términos de la figura 8-2, conviene que la restricción efectiva de oferta haga que el valor para el usuario de la indicación marginal de un procedimiento supere o iguale a su coste social. Una fractura de cadera se ingresa a idénticas tasas poblacionales con independencia de la oferta existente en diversas zonas. En cambio, la tasa de admisión por insuficiencia cardíaca congestiva depende mucho de la oferta existente en cada zona. Curiosamente, los profesionales se adaptan fácilmente a la disponibilidad de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos de los que disponen. Más difícil resulta, especialmente en las visitas ambulatorias, evitar que esa utilización sea percibida



**Figura 8-2.** La valoración de la productividad marginal del gasto sanitario junto con las restricciones de oferta determinan el volumen de gasto sanitario.

La curva D representa el valor de la vida multiplicado por la productividad marginal en términos de supervivencia del gasto sanitario. En países cuyo Sistema Nacional de Salud (SNS) establece restricciones significativas de oferta (en  $\lambda_{\text{SNS}}$ ) la cantidad de servicios sanitarios sería  $X_{\text{SNS}}$ , por debajo de la cantidad óptima de servicios  $X^*$ . La cantidad óptima de servicios sanitarios,  $X^*$ , se encuentra donde la valoración de la productividad marginal del gasto sanitario iguala el coste social unitario  $q$  de los servicios. Si el conjunto de restricciones de oferta en un país da lugar a un valor  $\lambda$  menor que  $q$ , el país producirá servicios sanitarios en cantidad superior al óptimo. Cada servicio que excede a  $X^*$  comporta para el país un coste social superior al valor que aporta a los individuos y, por tanto, es ineficiente. Nótese que  $\lambda$  es al menos tan grande como  $p$  el precio que pagan los usuarios, es decir  $\lambda \geq p$ , de forma que los beneficios del paciente son al menos tan elevados como el precio que paga por el servicio, una restricción del modelo donde los médicos actúan como agentes de los pacientes. En el extremo, si no hay ninguna restricción que interfiera con la motivación de los médicos de hacer lo máximo posible, la utilización de servicios llegaría a  $X'$  donde la probabilidad marginal de supervivencia llega a cero.

por esos profesionales como exógena: se comentan las 50 visitas de un día como el tiempo meteorológico, cuando esencialmente puede influirse sobre esa cifra, dadas las ratios de población cubierta por profesional existentes en España, con una organización adecuada.

La planificación de recursos humanos y materiales ya está entronizada como competencia de las autoridades sanitarias, aquí y en casi todos los países, y facilita tanto la especialización como la consecución de economías de escala, que no se expresan únicamente en costes por proceso sino, sobre todo, en muertes evitadas. La Medicina es una profesión, un oficio que se aprende con la práctica y con volúmenes de pacientes que permitan mantener y mejorar las competencias de las profesiones sanitarias. La asociación entre tamaño (volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.) y calidad está bien establecida. Constituye la expresión clínica de las economías de escala y aprendizaje y refleja la obviedad de que la maestría en un oficio se adquiere con la práctica, aunque no puede descartarse todavía que la derivación selectiva desempeñe asimismo un papel.

En los contados países con escasas palancas disponibles para planificar, suele hablarse, retóricamente, de libertad clínica para, a continuación, fulminarla con la libertad de despido cuando esta entra en conflicto con los intereses del empleador. Otra manera de controlar la utilización basada en otro tipo de legitimidad.

Finalmente, una sociedad en crisis, necesita, como un enfermo, más pronóstico que diagnóstico (y más esperanza que ausencia de perspectivas). Las personas quieren saber cómo afectará a su vida una leucemia o una recesión, y de la misma forma que la credibilidad de España se fundamenta en una senda creíble de reducción del déficit fiscal, la credibilidad del mantenimiento del EB en su componente sanitario pasa por una planificación de todo tipo de inversiones: en nuevas tecnologías, en nuevas instalaciones y en nuevo capital humano. Cualquier medida de gobierno requiere ofrecer expectativas de futuro, claras y realistas, que sean equitativas, que conciten la solidaridad social. Importa casi más la transparencia y credibilidad en los abordajes de futuro que su exacta configuración.

Hace ya 15 años que se revisaron las “lecciones” precipitadas que siguieron a la caída del muro de Berlín sobre el papel del Estado en el buen funcionamiento de las sociedades. Y la función planificadora del Estado en sanidad, moldeando la utilización, y el gasto sanitario futuro, tiene una clara ventaja respecto al mercado cuando se trata de orientar un sistema hacia la tecnología que mejora el bienestar evitando la iatrogénica y despilfarradora. Sí a las coste-efectivas. No a las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad.

## Reducir la brecha entre eficacia y efectividad

Algunas brechas constituyen un frente de batalla desde hace más de siglo y medio. Así, el correcto lavado de manos para la prevención de infecciones, correcto lavado asociado para siempre a Semmelweis y su constatación de las intolerables sepsis puerperales en la sala de la maternidad de Viena, que era atendida por obstetras que transitaban entre una cirugía experimental en animales a la atención a un parto sin limpieza alguna. Otras como el uso adecuado de la medicación, o de la indicación de cesárea, llevan décadas en primer plano (y siempre muy parcialmente resueltas). Finalmente, innovaciones como el listado de comprobación quirúrgica<sup>11</sup>, popularizado por Atul Gawande, distan de haberse generalizado pese a su lógica, y resultado, aplastante. De hecho, el objetivo de la gestión clínica y sanitaria no debería ser otro que el de reducir esas brechas —sorprendentes en su importancia

pero desconocidas para la población general— a la hora de abordar los principales problemas de salud de una sociedad (cardiovasculares, cáncer, efectos adversos, etc.).

## Eliminar grasa

Eliminar la “grasa” excesiva, la perjudicial, la de aquellos servicios sanitarios que no valen lo que cuestan bien sea globalmente considerados, bien en su indicación a un individuo concreto (inadecuación). Ciertamente, el crecimiento del gasto sanitario ha venido fundamentalmente ocasionado por una innovación tecnológica que ha aumentado, en promedio, la cantidad y calidad de vida que puede producirse y que ha supuesto unos costes incrementales. En promedio, de nuevo, los beneficios en cantidad y calidad de vida valen lo que cuestan<sup>12</sup>, pero, naturalmente, los promedios esconden servicios sanitarios que no solo no valen lo que cuestan, sino que resultan un despilfarro con frecuencia iatrogénico. Esta es la grasa excesiva que debe eliminarse fundamentalmente con criterios clínicos.

La eliminación de la grasa excesiva requiere distinguir entre tres grandes tipos de servicios sanitarios: los claramente efectivos, los sensibles a la oferta y los sensibles a las preferencias del paciente. En la reformulación más reciente de esta clasificación, la de Chandra y Skinner<sup>13</sup>, se distinguirá entre:

1. Altamente coste-efectivos: sulfamidas, antibióticos, ácido acetilsalicílico y beta-bloqueantes en infarto, o lavarse las manos entre los de bajo coste; antirretrovirales, alto coste pero una derivada segunda de la función de producción (supervivencia) fuertemente negativa, lo que significa que los grandes beneficios del tratamiento rápidamente se convierten en daños en caso de inadecuación (fortísimos efectos secundarios los desaconsejan en cualquier paciente que no fuera positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana).
2. Tratamientos potencialmente coste-efectivos pero con beneficios muy heterogéneos: antidepresivos, cesáreas o angioplastias. Estas últimas, por ejemplo, resultan tremendamente efectivas 12-24 horas tras el inicio del infarto pero apenas tienen, o carecen completamente, de beneficios en otras indicaciones como angina estable.
3. Tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad. Un ejemplo, la artroscopia de rodilla que no mostró beneficio alguno en relación con el placebo en Estados Unidos, pero que, en cambio, tenía mayor sentido en las indicaciones españolas para esa intervención<sup>14</sup>. Otro ejemplo reciente con datos españoles: el 60% de las rehabilitaciones para dolor de cuello, hombro y espalda fueron totalmente inefectivas<sup>15</sup>. En esta categoría de tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad se incluirían bastantes pruebas de imagen, visitas a especialistas, estancias en intensivos y gran parte de las decisiones relativas a pacientes crónicos.

## Reasignar recursos

Dejar de financiar, en todo o en parte, medicamentos, dispositivos, procedimientos con nulo o bajo valor clínico al tiempo que se promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se dedican a financiar estos últimos. Así se logra un incremento de la

producción agregada. Se trata simplemente de aprovechar el “bien público” que supone el conocimiento y la práctica de países más ricos, y habitualmente con estados de bienestar más consolidados, sobre cuáles son las indicaciones que deben evitarse o los servicios que no deben financiarse públicamente. Tampoco entraremos en el detalle, pero nos remitimos a dos trabajos recientes sobre este asunto: el de Gervas y Pérez<sup>16</sup> y el de Campillo y Bernal<sup>17</sup>.

## **Autonomía responsable, competencia por comparación y redistribución de funciones entre el personal sanitario**

### **Desfuncionarización progresiva del personal sanitario y autonomía de las organizaciones sanitarias**

Sabemos que la garantía de inmortalidad a organizaciones y personas constituye una receta infalible para el estancamiento y el embotamiento. La innovación nace en parte de la necesidad. Los derechos hay que garantizarlos con las oportunas redes sociales de seguridad, pero los privilegios no. Ni Educación ni Sanidad exigen que sus profesionales sean funcionarios. Conviene respetar los derechos adquiridos e ir introduciendo gradualmente formas flexibles de contratación abiertas al mundo y a cargo de tribunales internacionales. La endogamia tiene fácil remedio prohibiendo durante unos años la contratación de los MIR formados en el hospital (o de los doctorados de una universidad), lo cual facilitaría una mejor asignación del talento, así como un mayor mestizaje cultural, como el que históricamente hemos conocido: España ha sido un país de migraciones internas y externas y solo en los últimos 30 años, como consecuencia del neoproteccionismo autonómico, la rigidez del mercado de la vivienda y la consolidación del EB, los profesionales han perdido movilidad: nacen, crecen, se reproducen y mueren en el mismo lugar.

### **Competencia por comparación**

El entonces primer ministro británico, Blair, a mediados de la primera década de este siglo, reintrodujo la competencia entre hospitales, exclusivamente en Inglaterra. Se utilizó un sistema de pago prospectivo tipo grupos relacionados con el diagnóstico con buena información sobre la calidad de los distintos grupos hospitalarios. En ese contexto se aplicó una encuesta de valoración de la calidad de la gestión, validada en otros sectores de la economía y en otros países<sup>18</sup>, a dos tercios de los hospitales de agudos de Inglaterra, encuesta que contemplaba la adecuación de los incentivos, la consistencia en el establecimiento de objetivos y en el control de gestión, y el grado de meritocracia en las decisiones de selección y promoción de personal y de plasticidad en los procesos productivos. Los resultados indicaron que las mejores prácticas gestoras están asociadas con mejores resultados, incluyendo menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mejores resultados financieros, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad. La incorporación de una variable instrumental de tipo político permitió establecer causalidad y su sentido: mayor competencia entre hospitales provoca una mejor calidad de la gestión. Este tipo de hallazgos respaldan las políticas de los países que, como



Holanda, Alemania, Reino Unido o Noruega, tratan de promover la competencia por comparación.

Muchos productores de servicios sanitarios son monopolios naturales. También la FIFA y la Agencia Tributaria, lo que no impide que fuera más aconsejable que los campeonatos de fútbol se adjudicaran no al país con mayor habilidad sobornadora, sino a quien presentara la mejor oferta. O que los inspectores de hacienda (profesores de universidad, clínicos...) vieran sus resultados comparados ajustando mínimamente por bases imponibles (notas de entrada, clase social respectivamente...). Y aunque las formas rígidas de organización, inadecuadamente regidas por el derecho administrativo, tenderán a flexibilizarse en los próximos 30 años, no será suficiente para estimular una mejor actuación si, allá donde se pueda, no se introduce una cierta competencia por comparación, lo que no requiere ni de mercados ni de profesión alguna de neoliberalismo.

No se trata ni de competir en precios (sacrificando las calidades que el usuario no percibe) ni de realizar experimentos a prueba de fallos, por el interés del promotor político en que luzcan bien, sino de ir introduciendo la idea de que los recursos que una organización sanitaria reciba dependerán, de entrada en una mínima parte, de la calidad que ofrezca en relación con sus comparables.

Existen diferencias sorprendentemente grandes en la calidad de la gestión entre empresas de un mismo país y también diferencias entre países: Estados Unidos y Alemania mejor que Francia y Reino Unido. Una gestión deficiente prevalece en sectores con débil competencia o en empresas familiares llevadas por los primogénitos. ¿Qué podrá pasar en los sectores sin competencia ni transparencia cuyas organizaciones se caracterizan por una gestión muy politizada?

Conviene, no obstante, cerrar con un panorama más completo de los factores que influyen en la mejora de los resultados clínicos, financieros y la satisfacción del personal<sup>19</sup> (Dorgan et al, 2011). El poder informado de la ciudadanía y los usuarios, así como la competencia por comparación ya han sido mencionados. Nos faltan dos: el tamaño y las habilidades clínicas y gestoras.

Las habilidades clínicas y gestoras —por este orden— explican un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias: mejor comunicación, mayor credibilidad y autoridad. Curiosamente, resulta mucho más fácil evaluar las habilidades clínicas que las gestoras: hace más de 30 años, con ocasión de las transferencias sanitarias a Cataluña, cuando irrumpen los gerentes se perdió la oportunidad de realizar un experimento natural. En lugar de optar exclusivamente por gerentes provenientes de la empresa privada se podría haber ensayado también con clínicos prestigiados y funcionarios curtidos. Hubiera ayudado a la difícil tarea de precisar los conocimientos, experiencias y habilidades esperables en un gestor sanitario.

## Redistribución de funciones

Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se dejen de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales. Particularmente en atención primaria, y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana, hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas: realizar las actividades administrativas fuera de las



consultas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol), e implicar intensamente a la Enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas.

En España existen experiencias, como la de CASAP, de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeras que parecen ofrecer buenos resultados. Es preciso, en cualquier caso, valorarlas y ser conscientes de que su generalización chocará con la heterogeneidad de la Enfermería en España, donde atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en Enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad.

Los profesionales médicos se centrarán en aquello que mejor hagan, las tareas exigentes que justifican su formación y experiencia, dejando mucho de lo que ahora hacen en otros profesionales. Por ejemplo, los oftalmólogos delegando en los ayudantes oftalmológicos que permiten el excepcional comportamiento del *Aravind Eye Care System* en Bangalore con sus 350.000 intervenciones anuales de calidad y coste excelentes. O los cirujanos cardíacos del Narayana Hrudalaya en Bangalore. Curiosamente, la mejor respuesta a una demanda de servicios sanitarios, que crecerá más rápido que la oferta de médicos, puede venir de países como la India, donde los médicos han escaseado siempre. Solo con una división del trabajo que atienda a la capacidad resolutoria y que se olvide de gremialismos se podrán conseguir las imprescindibles economías de escala, gama y aprendizaje que la atención a crónicos y agudos requerirá.

## Credibilidad, rendición de cuentas y compromiso de todos los actores implicados

### Mejor gobierno

La madurez organizativa y social implica todas las dimensiones que habitualmente definen la viscosidad de un país: el grado de competencia en sus mercados de factores y productos, la calidad de su democracia y las características de su gobernanza. Esas tres características, relacionadas entre sí, pueden aproximarse desde diversas fuentes. Citemos tres: Competitividad global del *World Economic Forum*, Polity IV dirigido por Monty Marshall, y los *World Governance Indicators* del Banco Mundial, respectivamente.

La viscosidad española condiciona no tanto el qué de las reformas (sanitarias, fiscales, laborales o financieras) sino el cómo de las mismas. Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los “déficits”, no solo los presupuestarios o los exteriores, también los de legitimidad y transparencia. España tiene un problema con su gestión pública. Y la mejor literatura sobre desarrollo corrobora: será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando<sup>20</sup>.

Las prescripciones para un mejor gobierno del Estado son tan conocidas como ignoradas: embridar la financiación de partidos políticos limitando gastos y controlando las aportaciones privadas; perfeccionamiento de la normativa electoral con listas abiertas y

demarcaciones que permitan acercarse al principio de una persona, un voto; e independencia de los medios públicos de comunicación. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la administración, salvo que una disposición específica justifique la inconveniencia de este acceso en función de un conjunto tasado de circunstancias. Tanto la reciente publicación de los datos individualizados por centros de la Central de Resultados, por parte del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña<sup>21</sup>, como el Anteproyecto de Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno<sup>22</sup>, constituyen pasos importantes en la buena dirección.

### No utilizar conceptos en vano y acabar con los experimentos a prueba de fallos

Con 13 años de experiencia en concesiones administrativas (Alcira arranca en 1999) tenemos mucha publicidad de parte y ninguna evaluación independiente de los pros y contras de las concesiones de servicios sanitarios. Los buenos resultados en muchas dimensiones del proyecto motivaron incluso la visita de una comisión del *National Health Service*<sup>10-23</sup> que en su informe destaca educadamente tanto el potencial de captura del regulador como el que la flexibilidad que observan en las relaciones entre responsables públicos y concesionarios no encajaría en Inglaterra. Como concluye Acerete<sup>24</sup> no puede hablarse de partenariado público-privado en este caso valenciano: ni las cifras permiten comparaciones válidas ni ha tenido lugar transferencia alguna de riesgo, pues estamos ante una alianza política entre el gobierno regional y unas cajas de ahorros tan lamentablemente “destacadas” como CAM y Bancaja.

Desafortunadamente, para cierto marketing político el partenariado público-privado, aunque no sea tal, suena a ‘moderno’, permite acuerdos con emprendedores próximos en unas autonomías con costes de influencia bajísimos, traslada responsabilidades y preocupaciones públicas a corto plazo hacia el concesionario, y acaba de dar la puntilla a los sindicatos. No son estas las motivaciones que han de permitir la mejora de la gestión pública en España.

## Recapitulación: Los 5 relatos que hemos entrelazado

Primer relato: Guía de viaje a la frontera (poema inicial de Kavafis o *Waiting for the Barbarians* de Coetzee)

Para situarse hay que entender el desplazamiento histórico de la frontera tecnológica (mayores posibilidades de aumentar la cantidad y calidad de vida), así como la dinámica explosiva del gasto sanitario y su tendencia a absorber una parte creciente de la renta disponible. Eliminar el exceso de ‘grasa’ de nuestro sistema (hasta un 20% del gasto total) requiere una correcta comprensión de esas dos dinámicas fundamentales de la tecnología y el gasto que se manifiestan de manera muy diferente según tipos de tecnologías: claramente efectivas, sensibles a la oferta y sensibles a las preferencias del paciente. El desplazamiento de la frontera tecnológica implica costes adicionales, pero no todas las tecnologías son iguales. Las de pobre o nulo coste-efectividad no mejoran el bienestar y aumentan el

despilfarro. Las claramente coste-efectivas, de alto o bajo coste, y que evitan la inadecuación, marcan el camino a recorrer. Las potencialmente coste-efectivas con beneficios muy heterogéneos exigen una bien calculada restricción de oferta.

Una sociedad ha de transitar por la senda de los servicios sanitarios coste-efectivos financiados públicamente y la mayor parte del resto financiados privadamente mediante seguros privados complementarios, mejor con prima comunitaria. Esta senda social se comparte con la que ha de recorrer el profesionalismo clínico asentado en el trípode de honrar la confianza del paciente, actuar con fundamentos científicos (con las utilidades del paciente como relevantes) y tener incorporado el coste de oportunidad en las decisiones clínicas. De momento, quizás haya que parar la tendencia al aumento indiscriminado del gasto, declarando incluso una moratoria a la incorporación de nueva tecnología. Si lo importante no es tanto lo que se gasta como establecer para qué sirve, parece razonable esperar un cierto traslado del énfasis de la política y la gestión sanitarias desde su miope preocupación acerca de cómo contener el gasto sanitario hacia una doble ocupación: primera, cómo financiar —sin dualizar la sociedad— aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste; segunda, cómo reducir las intervenciones de valor marginal escaso, inexistente o negativo, y cómo estimular las intervenciones beneficiosas que no se están produciendo. Y cuando se trata de recortes hay que evitar la linealidad de las tijeras. Solo el “bisturi” con criterio clínico puede conseguir que los ciudadanos no se vean afectados.

## Segundo relato: Las dos Españas (Machado)

El progreso no es el motor de la historia. Las naciones ascienden y decaen. El renacimiento de China e India, la movilidad de mercancías, personas e ideas, los cambios tecnológicos, influyen en nuestra evolución, la de “Occidente”, aquel Occidente de cuya expansión mundial fue España, junto con Portugal, punta de lanza en el siglo xv. Y en cada circunstancia histórica, los poderosos, sean señores feudales, burgueses u oligarcas financieros, aprovechan las circunstancias para favorecer sus intereses. Perspectiva histórica también para aproximar nuestra evolución política, social, cultural en un contexto permanente de auge y caída de las naciones. Las instituciones que una sociedad va conformando a lo largo del tiempo son las determinantes más importantes de su éxito o fracaso. Sabemos que será difícil mejorar la gestión pública y la productividad de la economía sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando, sin mayor competencia en productos y servicios, con mejoras de productividad facilitadas por reformas radicales que aumenten la productividad. Hoy son otras las dos Españas de Machado: la abierta al mundo, meritocrática, formada por organizaciones, empresas e individuos, capaces de competir internacionalmente, y la que mira hacia adentro, no habla idiomas y espera todo de la Administración Pública, la España de los cazadores de rentas que confían en el amiguismo para conseguir subsidios y negocios. Los dos únicos países grandes de Europa que han mantenido su cuota mundial en la exportación de bienes y servicios desde que se creó el euro son Alemania... y España mientras que Francia, Italia e incluso EE. UU. pierden posiciones<sup>25</sup>. Sabemos cuáles son las reformas que hacen falta, algunas las hemos ido desgranando, para que todos estemos en la línea de la mejor España.

### Tercer relato: Todos podemos innovar (Amancio Ortega)

No confundir invención con innovación. Importa menos que la productividad marginal de la investigación biomédica decaiga o que cada 9 años, durante los últimos 40, se haya doblado el coste de lanzar una molécula al mercado si recordamos que: a) sólo el 0,5% de las innovaciones en sanidad ahorran costes (como los antibióticos o la cirugía mayor ambulatoria); b) la mayor parte de la innovación (Inditex, Ikea...) tiene una base no científica; c) la quiromancia todavía supera a la genomancia. En estos momentos de crisis importan los pronósticos y las señales realistas de esperanza, aunque puedan verse afectados los sueldos financiados públicamente. La política sanitaria ha de ejercer sin temor la competencia planificadora que posee. La utilización, y el gasto sanitario, depende fundamentalmente de la oferta. Han cambiado las circunstancias y ha aumentado el conocimiento pero vale el “como decíamos ayer”. Recuperar la planificación implica conseguir el legítimo control de la oferta que condiciona la práctica clínica.

### Cuarto relato: Poder y efectividad sanitaria (Amartya Sen)

Los poderosos actuales concentran en cada sociedad una proporción cada vez más alta de la renta —aumenta la desigualdad en el seno de los países— lo cual es compatible con una especie de convergencia mundial, que ha supuesto una menor desigualdad entre los 7.000 millones de habitantes del mundo. Una menor desviación estándar en la distribución mundial coexiste con un aumento de las diferencias país a país. La igualdad de oportunidades conviene a la justicia y al progreso social. Para disponer de una educación y un acceso a los servicios sanitarios que eviten la pobreza y la miseria dinásticas hay que financiar públicamente esos servicios. No vale obtener grandes excedentes del consumidor (diferencia entre disposición a pagar y precio) en “chorradoplastias” iatrogénicas y dejar sin taponar las hemorragias letales de aquellos cuya disposición a pagar no alcanza al precio. Y financiarlos públicamente tal como se ha explicado: acompasando lo que proporcionan a los recursos disponibles, decretando una moratoria a la introducción de nueva tecnología si la situación lo requiere, y aprovechando el “bien público” que supone el conocimiento y práctica de países más avanzados que España.

### Quinto relato: Credibilidad y buen gobierno (Daron Acemoglu)

Ser capaz de producir y vender en mercados nacionales e internacionales es una condición necesaria para no retroceder en la jerarquía mundial, pero no es una condición suficiente. Solo un Estado eficaz que facilite el tipo de instituciones transparentes e imparciales propio de países como los escandinavos o muchos centro-europeos permitirá que España salga fortalecida de la crisis. El amiguismo y las arbitrariedades nos llevarían de vuelta a los años cincuenta. En el terreno sanitario hay que estar atentos a la independencia y transparencia de los órganos evaluadores y evitar los experimentos a prueba de fallos, como los de los pseudopartenariados público-privado. La maduración social y organizativa debería comportar una cierta desfuncionarización, una autonomía responsable de las organizaciones sanitarias y una cierta competencia por comparación entre ellas. Ni en la

partitocracia actual ni en un retorno a la democracia corporativa franquista está la solución. No habrá mejor gestión sanitaria pública sin un mejor gobierno público, concepto este que se define y mide<sup>26</sup> pero que, sobre todo, resulta crucial en el desempeño de los países. En el camino a recorrer tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de intereses y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puig-Junoy J. ¿Recortar o desinvertir? *Economía y Salud*. 2011;72:2-5.
2. González López-Valcárcel B. La sanidad en tiempos de crisis. *Revista Economistas*. 2011; 126 extra (marzo):127-34.
3. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en Atención Primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: V Ortún, director. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011. Disponible en: [http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion\\_catedra.html](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion_catedra.html).
4. Puig-Junoy J. Copago según renta, versión BOE. *Blog Pilleconomics* [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: <http://pilleconomics.blogspot.com.es/2012/04/copagament-segons-rendaversio-boe.html>
5. López-Casasnovas G. Hay que llevar el copago a la renta y no la renta al copago. *Diario Médico*, 11 de mayo de 2012.
6. Sapir A. Globalization and the reform of the European social models. *Common Mark Stud*. 2006;44(2):369-90.
7. Callejón M, Ortún V. Buen gobierno para conciliar la discapacidad del Estado del Bienestar con la mejora de la productividad. En: Ortún V, director. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare; 2009.
8. Ortún V. Reforma de la Sanidad. En: Muñoz-Machado S, García-Delgado JL, González Seara L, editores. *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reforma y nuevos horizontes*. Madrid: Civitas; 2002.
9. Van de Ven W. Health-Adjusted Premium Subsidies in The Netherlands. *Health Affairs*. 2004; 23(3): 45-55.
10. Solans M, Adam P, Espallargues M. Elaboración de un sistema de priorización universal de pacientes en lista de espera para cirugía electiva. *Gac Sanit*. 2012. En prensa.
11. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
12. González López-Valcárcel B, Pinilla J. The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease. *Value Health*. 2008;11(1):88-96.
13. Chandra A, Skinner J. Technology growth and expenditure growth in health care. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 2011. Working paper nº 16953.
14. Martí J. No toda artroscopia es útil en la gonartrosis. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003;5(3):95 [consultado el 30 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.fundsis.org/docs/GESTION17.pdf>.
15. Serrano-Aguilar P, Kovacs FM, Cabrera-Hernández JM, Ramos-Goñi JM, García-Pérez M. Avoidable costs of physical treatments for chronic back, neck and shoulder pain within the Spanish National Health Service: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2011;12:287.
16. Gervas J, Pérez M. Rebajas sanitarias racionales en tiempos de crisis económica. *Formación Médica Continuada*. 2011;18(10):615-23.
17. Campillo C, Bernal E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2012. En prensa.
18. Bloom N, Van Reenen J. Measuring and explaining management practices across firms and countries. *Q Econ*. 2007;122(4):1351-408.

19. Dorgan S, Layton D, Bloom N, Homkes R, Sadun R, Van Reenen J. *Management in Healthcare: Why Good Practice Really Matters*. Londres: Mc Kinsey and Centre for Economic Performance; 2011.
20. Acemoglu D, Robinson J. *Why Nations Fail*. Nueva York: Crown Publishers; 2012.
21. Quart Informe. Àmbit Hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña, julio 2012. [Consultado el 31 de julio de 2012]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_quartinforme\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf).
22. Anteproyecto de ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Gobierno de España; 2012. Consultado el 31 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.leydetransparencia.gob.es/anteproyecto/index.htm>.
23. NHS European Office. *The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model from the region of Valencia*. Londres: NHS European Office; 2011.
24. Acerete B, et al. Spanish healthcare Public-Private Partnerships: the Alzira model. *Critical Perspectives on Accounting*. 2011;22(6):533-49.
25. Vives X. La España dual y la salida de la crisis. *El País*, 26 de julio de 2012.
26. Rothstein B, Teorell J. Defining and measuring quality of government. En: Holmberg S, Rothstein B, editores. *Good Government: The Relevance of Political Science*. Cheltenham: Edward Elgar; 2012.

## CAPÍTULO 9

# La renovación de la Atención Primaria. Vistas desde la platea

Ricard Meneu y Salvador Peiró

### Días de vino y rosas

Resulta inexcusable que cada capítulo de este libro empiece reconociendo los indudables avances de la atención primaria (AP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en, digamos, los últimos 30 años. A nadie se le escapa que desde los consultorios de la Seguridad Social a nuestros modernos centros de salud se ha producido una importante y meritoria transformación, traducida en una AP, pretendida y potencialmente “piedra angular” del SNS, con suficiente competencia estructural, profesional, técnica y —en mucha menor medida— organizativa. Tal reconocimiento es aún más pertinente en este texto.

Otros capítulos abordan no solo los logros de la AP (que abundan), sino también algunos de sus lastres (que también), y apuntan posibles vías de mejora. Pero las páginas que siguen se centran, a menudo con deliberada saña, en algunas de las insuficiencias de la AP en nuestro país. El encargo de los editores (literalmente “abordar los campos de manifiesta necesidad de mejora en atención primaria”) exigía forzar la perspectiva para enfocar los aspectos menos satisfactorios de algunas prácticas que en ciertos casos pueden ser mayoritariamente sobresalientes y en otros son, al menos, suficientes. Desde la discutible distancia que permite compartir la celebración, pero no la mesa, nos hemos empeñado en ver las botellas de vino medio vacías, cuando la percepción general es que están medio llenas. No se trata de un innecesario ejercicio de sadismo, sino de una cierta pre-visión con el deliberado “propósito de descubrir lo que falta, aquello que ha sido restado y que resulta finalmente invisible”<sup>1</sup>. Al fin y al cabo el contenido —y las carencias— son los mismos en ambas miradas, pero destacar las pérdidas puede contribuir a su oportuna reposición. Ocasionalmente de mejor cosecha, como en una renombrada fiesta en Canaán.

No es un empeño gustoso ni agradecido, pero tampoco difícil. Como en tantos de los edificios perpetrados al amparo de la “burbuja” inmobiliaria, la construcción de la atención primaria en el SNS ha mostrado importantes vicios de obra. Grietas, goteras, desperfectos y filtraciones se manifiestan en formas tan variadas como la tolerancia con la burocratización del tiempo profesional<sup>2</sup>, la apuesta por un concepto de “prevención” un tanto

desmesurado, ineficiente y de discutible efectividad<sup>3</sup>, el abandono o descuido (suicida) de espacios “intrínsecos” y “estratégicos” de la AP (como las consultas en domicilios o el cuidado de pacientes terminales), la incapacidad para gestionar aspectos centrales de su actividad (la demanda, la prescripción, la gestión del propio tiempo de trabajo)<sup>2,4</sup>, y esa autopercepción de ser la “Cenicienta”<sup>5-7</sup> —cuando no el “Patito feo”<sup>8</sup>— del SNS que acompaña a lo que en otro capítulo de este libro se define como “rentabilización” del “estar quemado”<sup>2</sup>.

En ese otro capítulo se habla del “complejo de inferioridad frente a la atención secundaria” como uno de los tres lastres internos de la AP<sup>2</sup>, “complejo” que parece haber derivado en un cierto ensimismamiento. La AP ha ido urbanizando su entorno al abrigo —no siempre confortable— de la plaza en propiedad, el turno de mañana y la rutina de la visita a demanda y la programada. Un refugio en el que muchos problemas (la hiperfrecuentación, la prescripción inducida, el incumplimiento terapéutico, la descoordinación entre niveles...) se perciben como exógenos<sup>4</sup> y originados fundamentalmente en los otros (el hospital, los gestores, los pacientes). De ser así, distraída en la atormentada comparación con la finca paredaña (el hospital) parece haber olvidado el saneamiento de la propia. Absorta en su universo interior, despierta ocasionalmente para librar escaramuzas y batallas (reivindicaciones) cada vez más domésticas. Mal elegidas, a veces equivocadas, a veces perdidas de antemano, siempre dejan posos amargos. Se conduce por lo accesorio y lo contingente, pero no extraña lo cardinal e intrínseco<sup>9</sup>.

Mientras asistimos a los cambios que entre rápidos y vertiginosos se producen en la sociedad, en los patrones de enfermar, en las tecnologías y en el conjunto de la organización sanitaria, no deja de sorprender la perseverancia de la AP en lo que otro capítulo etiqueta como “clima inmovilista”<sup>2</sup>. Seguramente, la escasez de evaluaciones fundamentadas sobre marcos conceptuales bien conformados que padece el conjunto del SNS contribuye a ello.

En un texto publicado recientemente en esta misma colección, en un epígrafe que titulábamos “Vías de avance y callejones sin salida”<sup>9</sup> abordábamos sucintamente este empeño de la AP por mantenerse fiel a su propio imaginario. Retomaremos en este capítulo algo de lo allí escrito, insertándolo en el marco más amplio de la “manifiesta necesidad de mejora” de la AP. El resultado de esta especulación, casi más encarnizada que la de los mercados de deuda (que tanta atención distraen de los problemas que deberíamos estar resolviendo), se centra en los tres aspectos que nos parecieron más necesitados de una mirada crítica: 1) el rediseño organizativo de la AP; 2) la disponibilidad de información comparativa y otros aspectos que afectan a la transparencia; y 3) un cambio en la forma de valorar los déficits de calidad, definidos como la diferencia entre los procesos y los resultados observados en la práctica clínica y los potencialmente alcanzables. Cada uno de estos temas es abordado en un epígrafe específico. No olvidamos que la AP, como el resto del sistema sanitario (y, probablemente, el resto del resto) está también necesitada de un buen gobierno. Así que un último epígrafe se dedica a las decisiones colectivas, entendidas como aquellas que deberían abordarse desde las administraciones sanitarias para mejorar la efectividad y eficiencia del conjunto de la organización y, en último extremo, la salud de pacientes y poblaciones.

## Caso clínico en la clínica (el déficit organizativo)

La consulta es, razonablemente, el puente de mando desde el que trazar la ruta de cualquier mejora de la AP. Pero la consulta —incluso en sentido amplio— es solo una parte de



la asistencia y la AP solo una parte, ni menos ni más, del conjunto del sistema sanitario, es decir, de una organización compleja. Y es ahí, en el encaje organizativo, donde nuestra AP se muestra más claramente disfuncional, donde más obstáculos —también autolimitaciones— encuentra para el logro de algunos de sus objetivos más deseables, como la integración de la asistencia o la satisfacción de sus profesionales.

La organización de la AP, pese a lo que pudiera deducirse de su análisis, no es algo dejado de lado. Desde los “reglamentos de funcionamiento” de los Equipos de AP a la apuesta por las Gerencias de AP, se ha consumido mucho tiempo y esfuerzo en debates de escaso calado por exceso de endogeneidad. Menos reflexión se ha dedicado a valorar la conveniencia (o no) de mantener el diseño básico que subyace en la inmensa mayoría de opciones consideradas. En un SNS agitadoamente entretenido en realizar experimentos organizativos (en su mayor parte “a prueba de fallos” y siempre de dudosa utilidad por el denuedo con el que se ha impedido cualquier evaluación de sus efectos), sorprende la escasa diversificación que presenta un servicio tan extendido en el tiempo y el territorio. De hecho, la limitada experiencia en “innovación” organizativa en la AP se remonta al pasado siglo, sin que desde entonces se haya avanzado sustancialmente en ella<sup>9</sup>.

Antes de abordar los aspectos organizativos más peliagudos en la configuración de la AP, parece conveniente hacer un excursus sobre sus especificidades que ayude a entender algunas de las carencias más visibles. Idealmente la configuración de la AP responde a la lógica de una “burocracia profesional” en la tipología organizativa de Mintzberg<sup>10</sup>. Las burocracias profesionales se basan más en la estandarización de conocimientos y habilidades que en la normalización de procesos, por lo que dependen de profesionales bien entrenados a los que se concede una amplia discrecionalidad para la toma de decisiones. La estructura organizativa de las burocracias profesionales tiende a ser muy descentralizada, necesitándose pocos administradores de primera línea, y resulta más efectiva para organizaciones insertas en medios estables, pero complejos, como puede ser la sanidad. Entre las ventajas que se le atribuye destacan el resultar eficiente, ser especialmente democrática o participativa —por el importante poder de los profesionales— y proporcionar libertad de actuación, es decir, autonomía. Por eso no deja de llamar la atención que un entorno laboral con inusuales niveles de participación y autonomía resulte en una elevada insatisfacción de sus profesionales.

Con todo, debe tenerse presente que la importante autonomía a la que nos venimos refiriendo se despliega en el ámbito profesional, dentro de los confines de la envolvente del sistema, pero no existe un correlato entre la autonomía en la actuación clínica y la organizativa. Así, la mayoría de centros de salud “gozan” de una estructura modular más fosilizada que normalizada, apenas modificada en el vertiginoso último cuarto de siglo, sin evaluación de la idoneidad original ni apenas adaptación al entorno, y con ratios similares de médicos de familia, pediatras y enfermería tanto en *Marginalia* como en *Sleepcity* o *Mileurville*. Además, y como se señala en otro capítulo<sup>2</sup>, se insiste en llamar “equipo” a agregados de profesionales cuyos integrantes no han elegido serlo, sino que han sido “agraciados” en una especie de lotería babilónica<sup>11</sup> con matrimonios profesionales casi vitalicios concertados mediante arcanos baremos revelados por los sabios de la tribu.

Siendo esa envolvente organizativa una fuente previsible de insatisfacción, no deja de sorprender el limitado interés por los diseños alternativos que pudieran sortear las restricciones a la autonomía y la adaptabilidad de la organización: las formas de autoconcertación o trabajo por cuenta propia bajo contrato/concierto con el SNS. Sorprende también que

hayamos sido más rápidos en correr a buscar los megáfonos para denunciar estas alternativas como “mercantilistas” o “neoliberales”, que en recordar que fueron las adoptadas por el laborismo de posguerra para configurar la atención primaria del *National Health Service* británico, el modelo que buscamos como espejo en el que mirar el SNS.

Aunque sin duda es posible perfeccionar el diseño actual, una visión realista no depositaría grandes esperanzas en que “más de lo mismo pero un poco mejor” pueda ser más que una compostura efímera. Tras haberlo habitado, incómoda pero resignadamente, durante tres décadas, no parece ahora el momento más proclive a los ajustes finos. Como alternativa a la modalidad prevalente de gestión directa por el financiador solo se vislumbran dos opciones reales en liza. Por un lado la gestión por sociedades de profesionales que puedan adoptar diferentes formas jurídicas, como cooperativas, sociedades laborales, mercantiles, etc. La otra alternativa con plasmación real —y cada vez más extendida— son las concesiones administrativas a conglomerados empresariales en las que se inserta la AP. El caso más conocido lo proporciona la Comunidad Valenciana, con su “Modelo Alzira.02” (el que suplantó al “Modelo Alzira” tras la resolución por inviable de la concesión inicial y su sustitución por otra que integraba la AP), cuya importante extensión permite afirmar que se “deriva al 39% de la población de la provincia de Alicante a Centros de Salud de Gestión Privada”<sup>12</sup>.

Sin embargo, parece que la confianza en el mantenimiento del *statu quo* estatutario, valga la redundancia, es capaz de disipar cualquier preocupación por estas formas alternativas de gestión, y se evita el debate sobre las ventajas e inconvenientes para la AP de un porvenir societario de base profesional trabajando por cuenta propia o uno con una AP subsumida en empresas concesionarias integradas, aunque no resulta muy arriesgado pensar que en el inmediato futuro no abundarán las ofertas de empleo público y el desarrollo de la atención sanitaria en general y la AP en particular pasará mayoritariamente por alguna de las modalidades contempladas<sup>9</sup>. Y no es obvio que sea indiferente trabajar por cuenta ajena para la administración pública que hacerlo para sus arrendatarios, obligados a presentar a sus accionistas cuentas de resultados saneadas.

Si se hace un repaso de manual<sup>13</sup> a los elementos clave del diseño organizativo es posible identificar cuáles concentran más disfunciones y requieren más perentoriamente nuevos enfoques. Así, la tensión entre una estructuración des o recentralizada no plantea grandes problemas, dada la inercia de las decisiones adoptadas en los momentos fundacionales de la AP: extensión territorial, versatilidad, suficiencia básica de cada uno de los centros, etc. Tampoco genera fricciones la forma de departamentalización adoptada, la geográfica, pues parece más apropiada para la AP que cualquiera de sus alternativas (funcional, por productos, procesos o clientes). Con todo, ciertas rigideces en su aplicación resultan innecesarias y lastran una posible mayor adaptación a las preferencias de los usuarios. Por ejemplo, en el ámbito urbano, donde la atención de urgencias está mayoritariamente encomendada a servicios especializados y la domiciliaria se reduce hasta su insignificancia, cada día tiene menos sentido confinar a los pacientes en bantustanes que a menudo coinciden meramente con su pernocta, más que con el territorio donde desarrollan su vida. Debería pues considerarse la conveniencia de relajar enormemente la asignación de pacientes a lo que se define como “su zona”, algo que facilitaría una mayor competencia entre centros y profesionales.

Más verosímil es encontrar serias disfunciones en la materialización de la especialización laboral ya que, siendo esencial en estos ámbitos, pierde su eficacia cuando se realizan actividades redundantes o insuficientes sobre los mismos sujetos por distintos profesionales,

quebrándose la deseable integración de los servicios (integralidad de la asistencia) prestados. Tres aspectos son especialmente relevantes en esta cuestión: 1) la muy mejorable coordinación que preside la distribución de tareas que reclaman los distintos niveles de conocimiento especializado; 2) lo aparentemente arbitrario de algunas de las asignaciones adoptadas, guiadas más por la territorialización corporativa que por eficacia asistencial; y 3) la tolerancia o complacencia en el deslizamiento hacia tareas con requisitos mínimos de saberes especializados. Hoy en día profesionales con elevados activos de conocimiento —doctores en Medicina, doctores en Enfermería— duplican algunas actividades de seguimiento y control, mientras omiten otras y se ven obligados a despilfarrar sus saberes y esfuerzos en laboriosas tareas administrativas mecanizables o encomendables a trabajadores de menor cualificación. La especialización laboral en la AP es un terreno en el que demasiado a menudo se confunden dos de los sentidos de la palabra “competencia”: pericia e incumbencia. Así, profesionales competentes para ello pueden afirmar ufanamente que determinadas actividades no son de su competencia. O, por el contrario, empeñarse en la realización monográfica de tareas que tendrían un mejor encaje en la globalidad de otras consultas. Por esta vía, reclamando instrucciones burocráticas uniformes para resolver desacuerdos que deben considerar las efectivas aptitudes de los interesados, no se avanza en la adecuación del empleo de recursos expertos. Menos aún esgrimiendo amarillentos estatutos, dictámenes gremiales u otros textos revelados.

Hemos señalado con anterioridad<sup>9</sup> que “más que a falta de recursos los problemas que enfrenta la AP se refieren a la distribución de estos. En especial la dedicación a diferentes tareas, tanto entre distintos colectivos profesionales como en la actuación de cada uno de ellos. Sabemos algo de los buenos resultados obtenidos por algunas consultas de Enfermería, pero ¿sabemos lo suficiente del conjunto de estas como para orientarlas hacia aquellas actuaciones de mayor efectividad probada? Nos tememos que no, y que la multiplicación y diferencia de estas actividades entre unos y otros equipos responde más a preferencias, convicciones o ganas de sus profesionales que a las especificidades de la población así atendida”.

Así pues, la especialización seguramente más necesitada de reordenación es la de la Enfermería, cuyos dispares programas de actuación —alguno bien, ninguno igual— parecen desplegarse más por el interés o la conveniencia de cada cual que por las necesidades de la población. Ciertamente no contribuye a la normalización la subsistente “heterogeneidad de la Enfermería en España, donde atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en Enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad”<sup>14</sup>. Esta disparidad de abordajes de los cometidos enfermeros y su articulación con los médicos podría resultar enriquecedora como elemento de *benchmarking*, informando de los diseños más eficaces para el fin pretendido. Lamentablemente, tal capacidad se pierde ante la irreductibilidad de sus parciales autoevaluaciones, solo equiparable a la poquedad (o nadedad) en la disponibilidad de comparaciones sistemáticas. Se consigue así un retrato fragmentario que dificulta establecer por dónde deberían discurrir las estrategias de mejora, aunque permite atisbar irregularidades y desigualdades indeseables.

Pero quizás el mayor desajuste en cuanto a especialización laboral no se debe a la asignación de competencias sanitarias, sino a la resignación aceptando más y más inanes tareas administrativas que puede desempeñar perfectamente otro personal con mucha menor capacitación y alguna motivación. Recordemos que en las caracterizaciones de las burocracias profesionales se suele asumir que el “personal de apoyo es grande, realizando el trabajo

simple y rutinario que los profesionales no quieren hacer”. Sin embargo, y sin entrar a discutir la importancia del tamaño del apoyo, resulta dudoso que los profesionales realmente no quieran hacer las tareas de índole administrativa rutinaria, ya que las llevan haciendo demasiados años, entregándoles una excesiva proporción del tiempo contratado para actividades profesionales de superior valor.

Para ir finalizando el repaso de los elementos clave del diseño organizativo, posponiendo los irresueltos aspectos sobre la definición de los ámbitos de control y la problemática medición asociada, parecería que consecuentemente con lo que se predica sobre la importante base profesional, la definición de la estructura de mando tampoco debería plantear especiales complicaciones en un diseño que se pretende integrado y con la importante autonomía intrínseca a las configuraciones profesionales. Su principal complejidad estriba en el adecuado encaje con la dimensión de “formalización” organizativa, es decir, la referida —por definición— a las cuestiones de autonomía y responsabilidad.

Cuesta entender la atención dedicada a discutir la morfología de la cadena de mando, dada su relativa horizontalidad en la AP. Sin embargo, se constata que varias rémoras dificultan disponer de flujos de autoridad mínimamente adecuados. Por una parte, la AP guarda en la memoria una cierta tradición asamblearia<sup>2</sup>, de coordinadores electos más preocupados por “elevar” las reivindicaciones profesionales que por “aterrizar” las estrategias de la organización. Por otra, la emulación de los peores rasgos de la asistencia especializada, con la creación de artificiosas líneas “de mando” estamentales con escasa, si no nula interrelación. Un vicio importado de otros niveles asistenciales sin beneficios aparentes. No parece razonable confiar en que “la traslación de las estructuras directivas hospitalarias supondría verosímelmente una mejor gestión de la AP. La proliferación de gerentes, directores y subdirectores médicos y de enfermería, de gestión administrativa, y demás gestiones —ahora con la coletilla “de atención primaria”— debería ser vista más como una amenaza a la gestión clínica y la deseable autonomía profesional que como una vía para el reconocimiento externo de la importancia del primer nivel asistencial. En definitiva, la emulación o superación de algunas características dudosamente deseables de la asistencia especializada no es garantía de avance. Sin embargo, puede ser un claro signo de fracaso y desistimiento<sup>49</sup>.”

El peor diseño organizativo posible debe ser bastante similar al que padece nuestra AP. Ni ayuda en la coordinación interna de la AP, ni sirve para coordinarse con otros niveles. Pero a la hora de plantear alternativas convendrá tener presente que lo que se requiere en este tipo de organización es integración y no autoafirmación y encapsulamiento. Pocas cosas alejan más la posibilidad de una asistencia integral que el recientemente reafirmado ideario que reclama una “gestión de la AP independiente de otras estructuras sanitarias”<sup>15</sup>. Aunque quizás, más que disponer de una cadena de mando unificada, en un sistema en el que sobran puestos injustamente etiquetados de gestores, se requiera simplemente abolir bicefalías inútiles, cuya eliminación podría permitir un diálogo productivo allá donde no se está produciendo.

## **La ley del silencio (el déficit de transparencia e información comparativa)**

Se ha señalado que la AP puede considerarse como una innovación en sí y como una atención innovadora<sup>16</sup> que ha sido pionera en muchas cosas. Entre estas no destaca la necesaria

mejora de la transparencia en la gestión sanitaria y la toma de decisiones. Es este un asunto poliédrico que requeriría su propio capítulo, pero del que intentaremos aportar algunas pistas de las distintas vías por las que cabe orientar iniciativas de avance que disminuyan la opacidad reinante. Básicamente consideraremos tres aspectos que resultan especialmente urgentes, dado el retardo comparativo que sufrimos:

- 1) La mejora de la información a los pacientes, en sus dos vertientes, tanto para optar entre proveedores alternativos, como para incorporar —de manera explícita— sus preferencias y expectativas a las decisiones sobre la asistencia que reciben.
- 2) La disponibilidad de una información comparativa pública sobre los dispares resultados de centros, equipos y —cuando sea relevante— de profesionales. Una información que no solo sea comprensible por el común de la ciudadanía, si no que sirva también a la comunidad sanitaria para sus esfuerzos de *benchmarking*, aprendizaje mutuo y mejora de calidad.
- 3) La transparencia necesaria sobre los conflictos de interés que enfrentan todos los profesionales en sus relaciones con la industria sanitaria, con las pretensiones de la administración a la que sirven y entre sus propios valores y las demandas de los usuarios.

Abordamos el primer aspecto enunciando que en ausencia de información, no ya comparativa entre proveedores alternativos, sino meramente básica sobre las características de cada uno de ellos, cualquier discurso sobre “el derecho de libre elección” resulta, hoy por hoy, blasfemo. Es obvio que sin una mínima información no cabe tomar decisiones. A lo sumo lo que así se ofrece no es más que una forma de apuestas o crueles juegos de azar. El derecho a escoger médico de familia es la modalidad más antigua de libertad de elección en nuestro SNS y, tristemente, sirve de ejemplo del estado del conjunto de estas iniciativas. Puede discutirse largamente cuál es la información que mejor se adecua a los criterios según los cuales cada paciente se decantaría por uno u otro profesional. Para algunos bastaría con alguna información curricular, para otros un sistema de referencias cruzadas, unos pocos desearían saber cuál de ellos es más afín a la especificidad asistencial que en cada momento le pueda preocupar, sea esta el gasto farmacéutico en que incurrirán, la liberalidad en la solicitud de determinaciones diagnósticas, la proclividad a la derivación al nivel especializado, la frecuentación de pacientes confinados en su domicilio, o la proximidad a estos en sus estados terminales. Puede y debe discutirse. Mejor si se hace incorporando a los pacientes a la reflexión y el debate. Pero no se ha hecho, o no en una medida apreciable. Y mientras, las cosas siguen prácticamente como estaban en la primera semana de la creación: los pacientes pueden elegir, con suerte, por horario; objetivamente por eufonía (el nombre del médico que le suene mejor); y en última instancia, como el ama de casa de la antigua publicidad de detergentes, por lo que le han dicho cuñados y vecinos. Triste. Casi tanto como el sistema que desincentiva a los profesionales de atraer pacientes, convirtiéndolos en una sobrecarga no recompensada e incluso penalizada.

Si este es el espacio de la elección sobre a quién confiar la coordinación de la atención de nuestra salud, atemoriza adentrarse en cómo se maneja la incorporación de las preferencias de los pacientes en las decisiones asistenciales. Por supuesto, el buen hacer de la inmensa mayoría de nuestros profesionales consigue, en el escaso tiempo de consulta efectiva que deja la burocracia metastásica, intuir, aflorar o conocer la mejor

opción en cada caso. La mejor para el paciente y al tiempo la que este elegiría para sí si dispusiera de la misma información sobre las alternativas que tiene el médico y el insuperable conocimiento sobre sus preferencias que él ya tiene y que el profesional difícilmente aproximará.

En este siglo se han desarrollado enormemente las herramientas para facilitar a los pacientes la toma de decisiones asistenciales, generalmente con la ayuda de su médico. La AP, con su proclamada visión longitudinal, global e integral, resulta un nivel asistencial idóneo para desplegar estas actuaciones. Pero no lo ha sido. Las escasas aportaciones nacionales al importante acervo de instrumentos de esta especie no han sido diseñadas ni desde ni por la AP. Afortunadamente nada impide que, en cuanto se desee, con un mínimo esfuerzo se puedan explorar, valorar y seleccionar las múltiples “ayudas a la decisión de los pacientes” desarrolladas en otras latitudes, cuya traducción y adaptación llevaría pocas horas. Una nimiedad, si lo comparamos con la cantidad de años que llevan disponibles en el repositorio del OHRI/IRHO de Ottawa (<http://decisionaid.ohri.ca/AZlist.html>) sin que se active su utilización.

Pero para que se avance en el empleo de estas u otras estrategias que faciliten la incorporación efectiva de las preferencias de los pacientes, primero habrá que esforzarse en deterrar arraigados paternalismos. Así, como aún translucen los títulos de algunos editoriales de revistas del sector<sup>17</sup> y muestran recientes investigaciones<sup>18</sup>, los médicos de familia explican la implicación del paciente en la toma de decisiones como un proceso implícito en que ellos le guiarían hacia una decisión y el paciente puede, posteriormente, mostrar conformidad o desacuerdo hacia la misma. Existen voces discordantes con este pensamiento que reflexionan sobre la necesidad de replantearse el protagonismo real del paciente si su papel en el proceso es pasivo. Si abandonamos momentáneamente nuestro particular punto de vista y exploramos las opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de Medicina de familia<sup>19</sup> seguramente nos tranquilizará saber que el 94% dicen estar satisfechos con la toma de decisiones y hasta el 41% pensaban que en esta debía participar solo el médico. Sin embargo, al preguntarles tras la consulta, un 60% de todos los pacientes declaraban que les habría gustado opinar sobre las opciones planteadas, pero que el médico no les animó a ello.

En el mismo sentido, una reciente tesis doctoral<sup>20</sup> concluía que solo en un 14% de las consultas de AP se detecta una clara participación del paciente en la toma de decisiones. Aunque en la mayoría de las consultas los médicos consideraron que existía más de una opción terapéutica equilibrada (incluyendo el no hacer nada), esto no se relacionó con el grado de participación del paciente. Tampoco la idea del médico sobre su relación con el paciente y conocimiento del mismo se asociaron con su grado de participación en la toma de decisiones en la consulta. Previsiblemente, en las ocasiones en que el médico da la oportunidad al paciente de participar, el deseo de este por hacerlo se incrementa.

No es mucho mejor la situación respecto a la disponibilidad de información comparativa sobre los resultados de los distintos proveedores asistenciales. Siendo esta una responsabilidad mayoritariamente de las administraciones, tiene importantes repercusiones sobre la práctica de los profesionales, pues se traduce en una grave limitación para cualquier pretensión de aprendizaje mutuo y mejora de calidad. Y no es este ni el único ni el principal efecto negativo de tal carencia.

Las principales razones teóricas para preferir la disponibilidad de manera sistemática, extensa y detallada de los datos de calidad y rendimiento de los servicios sanitarios,



se pueden agrupar en 4 grandes epígrafes a los que provisionalmente hemos etiquetado como sigue<sup>21</sup>:

- 1) Legitimación social: cumplimiento de la responsabilidad pública, rendición de cuentas, justificación y evaluación del cumplimiento de los objetivos y visualización de los resultados.
- 2) Mejora de la efectividad: los datos sobre los resultados obtenidos por las distintas unidades asistenciales facilitan la mejora por comparación y su visibilidad incentiva la voluntad de superación.
- 3) Mejora de la eficiencia: aportar información que relacione resultados con recursos empleados, algo de lo que ya pueden disponer fácilmente muchos servicios de salud, pero que demasiado a menudo escamotean laboriosamente a los ciudadanos, profesionales e incluso representantes electos.
- 4) Capacidad real de elección: el citado aporte de información comprensible por el común de la ciudadanía que permita poder hablar de un “derecho a la libre elección” real y no insultantemente retórico.

En un sistema sanitario como el SNS, de provisión masivamente pública, supone un grave déficit democrático que nuestros gobernantes “secuestren” la información que permite valorar su ejecutoria. Más grave aún si se considera que en países con sistemas públicos menos amplios la administración recoge y difunde información que aquí hoy resulta inimaginable. En EE. UU. el Departamento de Salud recopila datos de todos los hospitales públicos y privados, haciéndolos accesibles a los ciudadanos. Adicionalmente varios estados aplican alguna interfaz que los hace más manejables por legos, siendo también útil para profesionales y decisores/compradores. Antes de afirmar que es irreal, conviene explorar algunas accesibles, como las de California<sup>22</sup> o Massachusetts<sup>23</sup>, pero hay muchas más. Aunque son más conocidos estos comparadores hospitalarios, también existen experiencias de cotejo sistemático de la calidad y resultados en AP. Por ejemplo, en el estado de Minnesota es posible conocer los resultados, en varias dimensiones relevantes —manejo de hipertensión, diabetes, y otras— de los diferentes proveedores de AP<sup>24</sup>. Así, mientras alguno de los equipos prestadores de asistencia cumple los criterios de manejo óptimo de la diabetes en más del 50% de pacientes, otros apenas alcanzan el 10%. Para los develadores de inconsistencias estadísticas se aportan sus IC 95%, sin asomo de solapamiento. Para mayor escarnio de nuestra escasa capacidad de exigir rendiciones de cuentas, esta información discrimina entre los proveedores “concertados” con el programa público estatal y los que no. De este modo resulta paradójicamente positivo saber que mientras los equipos médicos contratados públicamente alcanzan en promedio un 27% en el indicador citado, los no concertados logran un 39%.

De entre las justificaciones aportadas para la deseabilidad de disponer de datos sistemáticos de calidad y rendimiento, las decisiones sobre legitimación social y “devolución” de información a la ciudadanía se dirimen en ámbitos políticos, y nuestras preferencias como profesionales no pesan más que las del resto de votantes. Sin embargo, las referidas a las limitaciones a la mejora de la efectividad y eficiencia de la asistencia que prestamos sí que competen al núcleo duro del profesionalismo. Por tanto, visto el contumaz desinterés gubernativo por dar a conocer información de la que ya disponen, convendrá plantearse desde instancias científicas y profesionales la conveniencia de encabezar la reivindicación,

e incluso la confección de los instrumentos que nos permitan la mejora por comparación e incentiven los esfuerzos de superación. Forma parte de nuestro compromiso con los pacientes reducir la brecha entre los resultados que ya se pueden conseguir —y algunos logran— y los que realmente alcanzamos cuando se renuncia a facilitar un elemental aprendizaje horizontal.

Finalmente, unas líneas sobre los avances experimentados respecto a la necesaria transparencia sobre los conflictos de intereses de los profesionales. Cabe decir que estos son indudables, aunque insuficientes. No conocemos ninguna propuesta en nuestro país —sea de instancias políticas, administrativas, profesionales, científicas o ciudadanas si las hay— mínimamente equiparable a la *Physician Payment Sunshine Act* (PPSA). La PPSA es una disposición de la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible —la “reforma Obama” de 2010— que requiere a los fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos, suministros biológicos y similares realizar un seguimiento e informar de los pagos efectuados a los médicos y centros docentes. También requiere revelar cualquier interés financiero o de propiedades que los médicos o los miembros de su familia inmediata puedan tener con esas entidades. Supone la generalización de algunas iniciativas estatales previas, cuya vigencia se inicia este año.

En nuestro entorno esta develación de los potenciales conflictos de intereses puede resultar más conveniente ahora que hasta hace poco. Ante una creciente participación del usuario en el pago de los servicios, esta transparencia contribuirá a favorecer la confianza en que el empeño en indicar, prescribir o solicitar determinadas alternativas no está guiado por intereses ajenos y, sobre todo, ocultos.

## Vértigo (el déficit de calidad)

El grado en que la AP (y la atención sanitaria en general) en el SNS es consistente con estándares de calidad aceptados y basados en el conocimiento científico actual es poco conocido. Aunque existen estudios que han documentado áreas con problemas de calidad, la perspectiva que ofrecen suele ser muy limitada. Algunos evalúan un único problema de salud (diabetes, hipertensión) o un solo aspecto del mismo (el tratamiento antiagregante en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, el tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular, la vacunación antigripal en ancianos), otros valoran subgrupos específicos de población (ancianos polimedcados) o utilizan solo unos pocos indicadores de calidad, sin vincular procesos y resultados. Adicionalmente, la mayor parte están basados en muestras pequeñas y, en muchos casos, limitadas a territorios concretos.

Probablemente, esta información fragmentaria —pasada por el tamiz del ensimismamiento y la autocomplacencia interesada de administraciones y profesionales— ha contribuido a la creencia generalizada de que la efectividad clínica, la seguridad y la eficiencia de la AP no son un serio problema en el SNS, frente a la más exacta de que, simplemente, no tenemos una idea precisa de qué problemas existen y cuán más o menos graves podrían ser estos problemas. No obstante, la información disponible ofrece indicios de que podrían no ser menores.

Los problemas de calidad y eficiencia de la atención sanitaria pueden reducirse a 4 grandes grupos: 1) de subutilización de intervenciones eficaces y fracaso terapéutico; 2) de sobreutilización de intervenciones innecesarias; 3) de seguridad; y 4) de despilfarro.



Estos grupos, especialmente el despilfarro, tienen importantes relaciones entre sí.

La subutilización se refiere a los pacientes que no reciben pruebas, tratamientos o intervenciones que estarían indicados en su situación clínica. En el SNS existen evidencias directas de la subutilización de betabloqueantes, estatinas y fármacos con acción sobre el sistema renina-angiotensina en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica<sup>25</sup>, del tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular (con un tercio de los pacientes con puntuación  $\geq 2$  en la escala CHAD2 sin anticoagulación)<sup>26</sup>, de los betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca<sup>27-29</sup> (los tres estudios que han evaluado este aspecto del manejo de la insuficiencia cardíaca muestran una preocupante tendencia temporal, con un 19% de pacientes bajo tratamiento betabloqueador en 2002 frente a un 34% de media en Europa, un 10% en 2005 y solo un 6% en 2007)<sup>30</sup>, en el diagnóstico y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>31-33</sup>, así como en la hipertensión arterial, el asma y en el manejo de los llamados “síntomas menores” (por ejemplo, laxantes o antieméticos en pacientes oncológicos tratados con opiáceos)<sup>34</sup>.

La subutilización hunde sus raíces en diferentes problemas del manejo de los pacientes, en especial de algunos subgrupos de pacientes complejos o ancianos, incluyendo la no indicación primaria de tratamientos o pruebas eficaces, el temor a los efectos adversos o al manejo de fármacos con rango terapéutico estrecho, la llamada inercia terapéutica, el uso de dosis subóptimas, la adherencia de los pacientes a los tratamientos, la persistencia en el “cumplimiento” terapéutico y otros. En muchas ocasiones no es solo un problema de la AP, ya que buena parte de estos pacientes se manejan de forma compartida con los especialistas. Pero la subutilización incrementa el fracaso terapéutico, entendido como los incrementos de morbilidad y mortalidad “evitable” (reducible) con el adecuado manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes. En este sentido, también existen evidencias de deficiencias en resultados intermedios como el control de la hipertensión arterial<sup>35</sup>, de la hemoglobina glicosilada en la diabetes tipo 2<sup>36,37</sup> y otros factores de riesgo que, tal vez, tengan relación con las abultadas —y muy variables según áreas de salud— cifras de “hospitalizaciones potencialmente evitables” en el SNS<sup>38</sup>.

La sobreutilización se refiere a los pacientes que reciben pruebas, tratamientos, intervenciones, visitas médicas y otras prestaciones sanitarias innecesariamente, esto es, sin beneficios clínicos. En el SNS existen evidencias directas de sobreutilización de antibióticos (entre el 6 y el 55% de los que se prescriben), hipolipemiantes (entre el 10 y el 79%), antiulcerosos (entre el 13 y el 54%) y antiosteoporóticos (entre el 43 y el 92%)<sup>34</sup>. También para los fármacos con acción sobre el sistema nervioso central<sup>39</sup> (hasta un 25% de los pacientes que reciben psicotrópicos no presentan desórdenes mentales<sup>40</sup>). Algunos trabajos han mostrado también un problema de indicación debido a un diagnóstico incorrecto (por ejemplo, porcentajes elevados de diagnósticos dudosos de hipertensión o hiperlipemia que conducían a tratamientos innecesarios)<sup>34</sup>.

El entusiasmo por solicitar pruebas diagnósticas<sup>41</sup> está mucho menos estudiado que la pasión por prescribir fármacos, pero algunos trabajos evidencian la sobreutilización de algunas pruebas de laboratorio, como el antígeno prostático específico<sup>42,43</sup> o la hemoglobina glicosilada<sup>44</sup> y, sobre todo, una extraordinaria variabilidad en las tasas poblacionales de realización de la mayor parte de las pruebas de laboratorio<sup>45</sup> que sugiere un importante volumen de peticiones inadecuadas (por ejemplo, en un estudio en 8 áreas de salud suficientemente pobladas para ofrecer tasas estables, la realización de analíticas de calcio en sangre varió desde 37 a 284 por 1.000 habitantes, las de tiroxina libre desde 18 a 117, las de pota-

sio desde 97 a 341 o las de creatinina desde 219 a 511)<sup>45</sup>. Sobre el posible sobreuso de pruebas de imagen en la AP del SNS solo hemos encontrado un estudio realizado en el actual siglo que las cifraba en torno a la cuarta parte de las exploraciones<sup>46</sup>.

Cuando se habla de sobreutilización de servicios sanitarios no hay que olvidar, por casi descontados, los más habituales: las propias visitas a AP, las derivaciones a la atención especializada<sup>47</sup> o la huida masiva de pacientes “no urgentes” hacia los servicios de urgencia hospitalarios<sup>48-51</sup>. Son áreas con amplia literatura en España, en las que las cifras del SNS han alcanzado merecido renombre y que tienen relación —no solo, pero también— con lo que la AP hace y lo que deja de hacer<sup>52</sup>. Una especial forma de sobreutilización, ya comentada en otros capítulos de este libro, se produce en la prestación de servicios y actuaciones preventivas de discutible eficacia que llegan a consumir hasta dos horas del trabajo diario de los médicos de familia y buena parte de las jornadas de Enfermería<sup>53</sup>.

Hay que señalar que la AP puede combinar la sobreutilización de algunas intervenciones (típicamente en poblaciones de bajo riesgo) con la subutilización de las mismas intervenciones en grupos de alto riesgo y en prevención secundaria, como se ha evidenciado en la utilización de hipolipemiantes (alta utilización en prevención primaria mientras que todavía puede mejorarse la prevención secundaria), la gastroprotección con inhibidores de la bomba de protones<sup>54</sup>, los antiosteoporóticos (alta utilización en mujeres jóvenes con remoto riesgo de fractura osteoporótica y baja en personas mayores con fractura previa)<sup>55</sup>. También en el caso de la insuficiencia cardíaca, donde la subutilización de anticoagulantes (un tercio de los pacientes con CHAD2  $\geq$  2 no estaban anticoagulados) cohabitaba sin demasiados problemas con una importante sobreutilización (el 47% de los pacientes con CHAD2 = 0 estaban en tratamiento con anticoagulantes orales pese a que no está indicado)<sup>26</sup>.

La sobreutilización implica uso innecesario (consumo de recursos sin beneficios en términos de salud o que hubieran sido más beneficiosos en otros usos) y, por tanto, despilfarro directo de recursos que podrían ser empleados en otros pacientes o en otros usos. Pero la sobreutilización también implica daño e indirectamente más despilfarro. El derivado de los falsos positivos, de la irradiación de las pruebas radiológicas, de las pruebas para descartar falsos hallazgos, tratamientos innecesarios con sus correspondientes efectos adversos evitables, etc. Y, por descontado, molestias, gastos (desplazamientos, copagos, preocupación por el etiquetado diagnóstico) y pérdidas de calidad de vida para los pacientes y sus familias y, también, para la comunidad (aunque solo sea por el desperdicio de tiempo profesional que supone).

En cuanto a seguridad de la atención, el APEAS es el estudio más extenso de cuantos han abordado la prevalencia de los problemas de seguridad de la AP en el SNS<sup>56</sup>. Los investigadores del APEAS revisaron, en 2006, más de 96.000 consultas de AP de diversos centros de salud repartidos por toda España, e identificaron efectos adversos en una de cada 100 visitas (Medicina general: 1,03; Enfermería: 1,15; Pediatría: 0,48). Casi la mitad de estos efectos adversos (el 48,2%) estuvieron relacionados con medicamentos. Respecto a su gravedad, el APEAS clasificó el 64,3% como leves, el 30,0% como moderados y el 5,7% como graves; un 46% de los efectos adversos se consideraron evitables.

Los investigadores del APEAS concluían en su informe, editado por el Ministerio de Sanidad, que “la práctica sanitaria en atención primaria es segura: la frecuencia de EA [efectos adversos] es baja y, además, predominan los de carácter leve”<sup>56</sup>. Esta perspectiva del

“no lo hacemos mal” es razonable. Probablemente este porcentaje de efectos adversos no es diferente al de muchos otros países, y no indique un problema particular. Pero aunque el porcentaje de efectos adversos pueda parecer menor, su multiplicación por la actividad de la AP del SNS (unos 400 millones de consultas anuales: medicina general 225 millones; enfermería 135 millones; pediatría 35 millones) revela un panorama muy preocupante. En cifras redondas estaríamos hablando de tres millones de efectos adversos anuales de los que en torno a 300.000 serían graves y 1,4 millones potencialmente evitables. Es decir, estaríamos hablando de uno de los principales problemas (evitables) de salud de la población española, probablemente el más importante tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Y quizás vale la pena explicitar, porque es una de las claves de este epígrafe, que las dos aproximaciones posibles al tema de la seguridad y los efectos adversos en AP (“la práctica sanitaria de la AP es segura” frente a “uno de los principales problemas [evitables] de salud de la población española”) no tienen debajo realidades distintas. Ni la primera debería servir a la autocomplacencia (no lo hacen los autores del APEAS que, precisamente, han puesto en evidencia la magnitud del problema) ni la segunda para flagelarse o para recriminar a la AP. Ambas perspectivas son la misma cuando valoran las vías de avance que pasan por una decidida respuesta profesional, sanitaria y social a los problemas de seguridad de los servicios prestados en la AP.

Finalmente, el despilfarro —además del gasto evitable derivado de las tres categorías previas (gasto en la morbilidad que no se ha evitado, en atención innecesaria y en el tratamiento de los efectos adversos)— tiene aspectos específicos como los relacionados con la elección de determinados tratamientos (más caros que otros de similar efectividad), la falta de coordinación de la atención (especialmente en el caso de los pacientes crónicos o frágiles), o la duplicidad de pruebas diagnósticas<sup>57</sup>. También habría que incluir en este apartado el derroche que supone dedicar médicos y enfermeras para la realización de tareas burocráticas o administrativas que podrían ser realizadas por personal con menor cualificación profesional.

## **La estrategia de la araña (el déficit de buen gobierno y la inaplazable mejora de las decisiones colectivas)**

Las decisiones que han de adoptarse en la atención sanitaria siguen en muchos casos reglas comunes para grandes grupos de pacientes que presentan condiciones similares. En otros pueden ser especialmente complejas y requieren ser tomadas por clínicos con gran experiencia, y contando con la colaboración del paciente o sus familiares. Su característica esencial es que deben adoptarse por clínicos individuales sobre pacientes individuales. Como desgranar diferentes capítulos de este libro, son muchos los “campos de manifiesta necesidad de mejora en atención primaria” que pueden labrarse desde la consulta, pero no son menores los que requieren de la decisión colectiva a través de actuaciones que residen en las competencias de las administraciones sanitarias. Las decisiones colectivas son las que toman (o deberían tomar) las administraciones públicas (y, hasta cierto punto, las grandes organizaciones sanitarias). En prácticamente todos los países estas decisiones afectan a la formación reglada, volumen y requisitos de la fuerza de trabajo, a la autorización

(y, en algunos países como el nuestro, al precio) de medicamentos, intervenciones y tecnologías, al volumen y características de la oferta sanitaria (pública o privada), a la inspección y control de los servicios (públicos y privados) y, casi por definición, a buena parte de los servicios de salud pública.

En general, las administraciones sanitarias se reservan estas competencias cuando es más efectivo, seguro o eficiente que las decisiones se adopten centralmente. Por ejemplo, es más seguro y eficiente que una agencia decida centralmente las autorizaciones de comercialización de medicamentos, que hacer que cada clínico tuviera que valorar qué medicamentos puede o no incluir en su vademécum personal. No es que el clínico no deba seguir realizando esta tarea, pero la centrará en un número mucho más reducido de productos que, adicionalmente, han superado ya determinados requisitos (demostrar un balance riesgo beneficio positivo —o al menos no inferior a otros medicamentos— en el grupo de pacientes en el que se pretende usar).

En los sistemas de atención en que las administraciones públicas son también las proveedoras mayoritarias, casi monopolistas, de los servicios y prestaciones sanitarias, las decisiones colectivas se extienden a las funciones de planificación de la red asistencial pública (despliegue funcional y geográfico del dispositivo asistencial acorde con una estrategia definida en cuanto a objetivos de salud), financiación (combinación de impuestos, cotizaciones sociales y precios y tasas públicas, incluyendo copagos y otros mecanismos financieros de traslado de riesgos), aseguramiento (definición de los titulares del derecho a la atención, de la cartera de servicios, del alcance de la cobertura y las formas de abordar la selección adversa, la selección de riesgos y el abuso moral), compra (condiciones de la compra, selección de proveedores, determinación de los numerarios de pago y ajustes por casuística, mecanismos de revisión de utilización, etc.) y producción y suministro de servicios sanitarios (organización de la atención, políticas de remuneración, incentivación y formación del personal, gestión de los flujos de información para el apoyo a la toma de decisiones y, en general, los marcos de actuación para el correcto funcionamiento de los microsistemas clínicos).

Las administraciones públicas intentan (o deberían intentar) que las decisiones colectivas adoptadas sobre cada una de estas funciones tiendan a maximizar los resultados (efectividad, seguridad, eficiencia, control presupuestario) para los pacientes y las poblaciones (antes que los réditos clientelares o las conveniencias electorales de los gobernantes de turno). Obviamente, y como se describe en otro capítulo de este libro, algunos de estos temas pueden abordarse “desde la consulta”<sup>2</sup>. De hecho, existe un espacio específico para la microorganización que muy difícilmente puede (y quizás ni siquiera debe) ser abordado por las decisiones colectivas. Pero también existe un espacio en el que las decisiones colectivas pueden mejorar (o empeorar) el trabajo en la consulta. En este último epígrafe intentamos abordar estos aspectos. Puede verse como lo que podría hacerse desde fuera de la AP para mejorar la AP, pero también como las estrategias que debería promover y avalar la AP para poder desplegar el potencial que sus profesionales acreditan y que las muy mejores políticas adoptadas limitan.

## Una administración sanitaria pública transparente y, sobre todo, efectiva

La AP, como el resto de la organización sanitaria, necesita que la administración sanitaria desarrolle sus tareas. Necesita que se adopten las decisiones colectivas (las reglas de

juego de la atención sanitaria) y que esto se haga con buen criterio. Es posible incluir en la cartera de servicios prestaciones insensatas y requerir después que no se usen, pero es más razonable no incluirlas. Es posible tener precios diferentes para productos equivalentes y exigir a los profesionales que usen los más baratos, pero es más sensato utilizar las políticas (precios de referencia, copagos, exclusiones) para que estos productos tengan costes similares para el sistema sanitario (no necesariamente para los pacientes).

En este terreno, parece exigible que las administraciones sanitarias separen de una vez por todas las decisiones de financiación pública de las prestaciones sanitarias (todo tipo de tecnologías, no solo medicamentos) de las de autorización de comercialización. La autorización de una tecnología no debe implicar como norma su financiación por el SNS, y las decisiones de financiación (inclusión en la cartera de servicios) deben estar guiadas por criterios objetivos relacionados con la aportación marginal de la innovación a la mejora del estado de salud y a la relación coste-efectividad incremental. Para ello sería útil la creación de una agencia especializada, externa e independiente de los agentes implicados al estilo de las que han creado otros países como Reino Unido, Canadá o Australia.

Un segundo aspecto esencial, dada la importancia que en la AP adquiere esa particular tecnología que son los medicamentos, pasa por trasladar información objetiva sobre los nuevos fármacos antes de su comercialización. Y hacerlo de forma activa, rápida, comprensible y centrada en el lugar terapéutico que se espera que ocupe el nuevo fármaco en el contexto de la AP. No basta decir que un fármaco es más eficaz que un placebo o que no se han hallado efectos adversos importantes en las reducidas series analizadas para la autorización. Si no ha demostrado superioridad en ningún aspecto relevante respecto a las alternativas pre-existentes, hay que señalarlo y reforzar las alternativas en uso. También hay que esforzarse en limitar su uso a las indicaciones autorizadas y en los subgrupos poblacionales que corresponda. Limitar la extensión del uso de medicamentos a indicaciones o subpoblaciones en las que no ha demostrado efectividad es un aspecto esencial para mejorar la seguridad de los medicamentos. Nótese que estos pacientes no tendrán los beneficios del fármaco, pero sí sus riesgos.

En línea con lo señalado sobre transparencia, se requiere un control efectivo de la intensidad y adecuación de la promoción, tanto la directa como la mediada a través de la formación continua o pseudoinvestigación. No basta disponer de mecanismos burocráticos de autorización previa, ni normas reguladoras del tiempo dedicado a atender informadores, ni parece suficiente el esfuerzo realizado por la industria farmacéutica en mejorar sus prácticas con el relanzamiento de códigos de buena práctica promocional. En este terreno, parece importante reducir de forma importante la cohabitación<sup>58</sup> entre industria y profesionales, especialmente en la formación continua, los estudiantes y médicos en formación y, también, en los mensajes y actos institucionales. Respecto a los informadores médicos, la visita en grupo, con más contenido científico y menos comercial, y limitada a la información sobre novedades es una alternativa a los actuales esquemas que se van imponiendo en algunos países (sobre todo en atención especializada, pero también en AP).

## El rediseño organizativo

De lo ya escrito sobre el necesario rediseño organizativo se desprende que no exige tanto grandes cambios estructurales como una desprejuiciada reflexión sobre los procedimientos

vigentes, que forzosamente ha de llevar a la modificación o sustitución de las actuales estructuras. Básicamente, se trata de relajar algunas de las innecesarias rigideces que lastran una mejor coordinación interna y cortapisan una mayor flexibilidad adaptativa, tanto al entorno como a las siempre dispares aptitudes de los profesionales. Decidir si esta modificación estructural pasa mejor por un abandono del módulo estructural vigente (tamaño de centros, ratios de profesionales, turnicidad...), adoptando formas innovadoras de auto-organización responsable, o por la confianza en las virtudes del reformismo organizativo es algo que no puede prejuzgarse. Solo desde la experiencia local cabe atisbar en qué condiciones la primera opción encontrará aptitudes acordes o la capacidad, en el caso de la segunda, de modificar el orden reglamentista al que lleva años adaptado el biotopo de la AP.

La reconfiguración desde la consulta, abordada en otros capítulos, ha de centrarse en el rediseño de actividades. Pasa, a grandes rasgos, por una clara señalización de las orientaciones deseables, a través de evaluación de resultados cuando sea posible, introducción paulatina de procesos no impositivos con capacidad transformativa —como la incorporación formal de las preferencias de los pacientes—, deserción progresiva de programas estandarizados establecidos por “consenso” profesional o “influencia” industrial, etc. Pasa, también y sobre todo, por una decidida responsabilización sobre la gestión de la demanda, empezando a considerarla endógena y dependiente de las actividades prescritas. Por tanto, sin duda supondrá en buena medida “dejar de hacer”. Abandonar los señalados excesos de tratamiento, de control, de prevención que ocupan el tiempo y espacio de lo que hay que hacer. Pero para que cualquier modelo organizativo resulte socialmente eficaz debe apostar por un decidido impulso en pos de la deseable integración asistencial, esa que es absolutamente incompatible tanto con una AP progresivamente autorreferencial como con los pasmosos déficits de coordinación que sufre, no meramente entre niveles, sino peor aún y sobre todo, internamente.

En el ámbito organizativo venimos insistiendo en la conveniencia de avanzar en las formas de trabajo por cuenta propia, no por una confianza ciega en la capacidad emprendedora de nuestros primaristas, sino por ser la opción en la que cabe más aprendizaje de la diversidad. Aún a estas alturas nos parece más prometedor el maoísta “que se abran cien flores y compitan cien escuelas de pensamiento es la orientación para promover el desarrollo del arte y el progreso de la ciencia”<sup>59</sup>, que la confianza en el advenimiento de una ordenación juiciosa emanada de los centros decisores de nuestras sanidades.

Somos conscientes de que sigue pareciendo una osadía abandonar el descontento en que nos hemos instalado para “innovar” mediante los modos organizativos prevalentes en nuestro entorno, pero la actual coyuntura supone un acicate para tan gran salto. Aunque duela, habrá que insistir en señalar la evidente desnudez real: a medio plazo la dicotomía previsible como alternativa al funcionariado residual no será una nueva relación estatutaria perfeccionada y satisfactoria. Cada vez más las opciones de futuro pasan o por la autogestión (cooperativa) o la subsumisión en algún conglomerado empresarial.

Siendo España uno de los pocos países de nuestro entorno en que los médicos de AP son asalariados de la Administración que trabajan en dependencias propiedad de esta, las experiencias de este tipo son quizá las únicas que plantean radicalmente la reorientación hacia un modelo de profesionales no integrados verticalmente en la producción pública, sino que ofertan la prestación de sus servicios al financiador, asumiendo los riesgos económicos (margen de beneficios) que se deriven de su mayor o menor eficiencia como resultado de su gestión clínica<sup>9</sup>. Aunque nadie ha propugnado su universalización inmediata,



parece indudable que existen algunas indicaciones claras para las asociaciones de profesionales en sanidad<sup>60</sup>.

## Al final de la escapada

Con todo, la huida del corsé de los estatutos y las “guías de actuación” no son más que un medio para un fin, el logro de una mejor articulación de los recursos de la AP para prestar una asistencia sanitaria más adecuada. Por tanto, sea cual sea la estrategia adoptada, ya se ha señalado reiteradamente que donde cabe apreciar potencial de mejora más manifiesto es a través de una mejor coordinación, tanto externa como interna. En este último sentido, conviene insistir en la urgencia de una reordenación de tareas, deslizando aquellas con menores exigencias de capacitación específica hacia otros niveles profesionales, y hacerlo con la flexibilidad suficiente como para minimizar los dos juegos que tradicionalmente obstaculizan el hacer lo que se debe, el hacerlo bien y el hacerlo por quien debe, por su capacitación y no por ninguna unción: el “a mí no me toca” y “esto es competencia nuestra (pero no lo vamos a hacer)”. Así, una vez se logre eliminar absurdas consultas burocráticas inexplicablemente mantenidas en el tiempo, y se module la tendencia a establecer dudosas revisiones de arbitraria periodicidad, considerando el tamaño comparativamente reducido de nuestras listas de pacientes —cupos—, quizás dejemos de argüir que la duración de las visitas es un problema exógeno a las consultas. Será al fin un buen momento para no imputar al sistema problemas mayoritariamente atribuibles a una mejorable gestión de tiempos. Porque, aunque nos resistamos a admitirlo, hay que insistir en que los problemas que enfrenta la AP se refieren a la distribución de sus recursos más que a la escasez de ellos.

Esta es una tarea más prometedora que seguir cavando el hoyo del soberanismo de la AP, cuyo final no son unos mares del sur antípodas, sino el progresivo alejamiento de cualquier viso de una asistencia integral. La integración asistencial es el mayor reto, pues los modos para alcanzarla son aún motivo de querellas. Provisionalmente podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que el mero hecho de compartir un logotipo en la fachada y la bata no se relaciona con su consecución, y que el ensimismamiento la dificulta netamente, al enajenarse del resto de elementos del sistema.

Mientras, el logro de cualquiera de las mejoras pretendidas se beneficiará de disponer de mejor información —y sobre todo más accesible— sobre la realidad de nuestra asistencia. Información necesaria sobre calidad, resultados, eficiencia, alternativas, etc., que permita comparar ejecutorias y orientarse hacia las probadamente más deseables en lugar de hacia las coyunturalmente más convenientes.

A nuestro juicio tres ejes deben orientar una renovación que dé respuesta a la “manifiesta necesidad de mejora” de la AP. Por una parte, una reconfiguración desde la consulta, tal y como se desarrolla en diferentes capítulos. Por otra el abordaje de un rediseño organizativo que no exige tanto grandes cambios estructurales como una profunda reflexión sobre los procedimientos vigentes. En tercer lugar, y quizás lo más difícil, contar con el concurso de una administración sanitaria pública preocupada por prestar una asistencia con el máximo alcanzable de eficacia, efectividad y una eficiencia que no se confunda con meros “ahorros”, y cuya actuación esté presidida, al menos, por los mismos criterios de transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad que reclamamos de los profesionales.

Todo ello guiado por una sincera preocupación por los resultados pertinentes, los que afectan a la salud y satisfacción de los usuarios, y —secundaria pero relevantemente— a la satisfacción legítima de los profesionales con su trabajo. Algo que aún no atisbamos y que va mermando nuestros antiguos entusiasmos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González García A. El resto. Una historia invisible del arte contemporáneo. Madrid: MBAB-MNCARS; 2000.
2. Casajuana J. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. En: Casajuana J, Gervas J, directores. *Renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 7-26.
3. Gervas J, Pérez Fernández M. Propuesta práctica de renovación clínica en la consulta de Atención Primaria. En: Casajuana J, Gervas J, directores. *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 31-48.
4. Ortún V, Callejón M. Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios? En: Casajuana J, Gervas J, directores. *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 157-70.
5. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
6. Santos Suárez J, Santiago Álvarez M, Alonso Hernández P, Alonso Llamas M, Merladet Artiacha E, Corrales Fernández E. Medicina de familia: ¿la cencienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria*. 2001;27(5):324-30.
7. Simó Miñana J, Gervas Camacho J, Seguí Díaz M, Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cencienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34(9):472-81.
8. Baena Díez JM, Amatller Corominas M, Núñez Casillas DK, Deixens Martínez B. El gasto sanitario en atención primaria: además de la Cencienta, el Patito Feo del cuento. *Aten Primaria*. 2005;36(1):53.
9. Meneu R, Peiró S. Vidas paralelas: el Sistema Nacional de Salud y su atención primaria entre dos crisis. En: Ortún V, editor. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011. Disponible en: [http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/\\_pdf/Cap\\_2.pdf](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/Cap_2.pdf).
10. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel Economía; 1984.
11. Borges JL. La lotería en Babilonia. En: *Ficciones*. Buenos Aires: Editorial Sur; 1944.
12. Chacón Fuertes J, Jurado Moreno J, Martín Carpena G, Robledo del Corro M, Sáenz Martínez FJ. Autogestión en la atención primaria española. Análisis de la situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y mediano plazo. *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*; 2008. Disponible en: [http://www.semg.es/doc/documentos\\_SEMG/autogestion\\_ap.pdf](http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion_ap.pdf).
13. Robbins SP, Decenzo DA, Coulter M. *Fundamentals of management: Essential concepts and applications*. Boston: Prentice Hall; 2011.
14. Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131(5):180-3.
15. Comissió Gestora del Fórum Català d'Atenció Primària. Cambios necesarios para la atención primaria. Creación del Fórum Català d'Atenció Primària (FoCAP). *Butlletí Med Fam Catalunya*. 2010;28(2):1-3. Disponible en: <http://pub.bsalt.net/butlleti/vol28/iss2/5>.
16. Gené Badía J. Atención primaria como innovación y como innovadora. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez-Artalejo F, editores. *Innovación en gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2005. p. 59-79.
17. Simó Miñana J. Doctor, con su conocimiento médico, de la sanidad y de mí, explíqueme, ¿qué haría en mi lugar? *Aten Primaria*. 2012;44:11-2.
18. Jiménez-de Gracia L, Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Hueso-Montoro C, Cano-Caballero Gálvez D,



- et al. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2012;44 (1):379-84.
19. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012;44(1):5-10.
  20. Peralta Munguía L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria (tesis doctoral). Santander: Universidad de Cantabria; 2010.
  21. Meneu R. Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara. *Aten Primaria*. 2012. En prensa.
  22. <http://www.calhospitalcompare.org/?v=2> (acceso el 20 de agosto 2012).
  23. <http://hcqcc.hcf.state.ma.us> (acceso el 20 de agosto 2012).
  24. <http://www.minnesotahalthinfo.org/compare/physicians.html> (acceso el 20 de agosto 2012).
  25. Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P. La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una revisión sistemática de los estudios observacionales. *Aten Primaria*. 2006;38:250-7.
  26. Barrios V, Calderón A, Escobar C, de la Figuera M; Primary Care Group in the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology. Pacientes con fibrilación auricular asistidos en consultas de atención primaria. Estudio Val-FAAP. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(1):47-53.
  27. Cleland JG, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Eastaugh J, Follath F, et al. Improvement programme in evaluation and management; Study Group on Diagnosis of the Working Group on Heart Failure of The European Society of Cardiology. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet*. 2002; 360(9346):1631-9.
  28. Román-Sánchez P, Conthe P, García-Alegría J, Forteza-Rey J, Montero M, Montoto C. Factors influencing medical treatment of heart failure patients in Spanish internal medicine departments: a national survey. *QJM*. 2005;98(2):127-38.
  29. Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et al. Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca crónica asistidos en atención primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp*. 2007;207(7):337-40.
  30. Pérez Calvo JL, Amores Arriaga B, Torralba Cabeza MA. Prescripción de betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp*. 2008;208(2):111-2.
  31. De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM, de Lucas Ramos P, Molina Paris J. Tratamiento farmacológico de la EPOC en dos niveles asistenciales. Grado de adecuación a las normativas recomendadas. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(5):195-202.
  32. Miravittles M, de la Roza C, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martín A. Use of spirometry and patterns of prescribing in COPD in primary care. *Respir Med*. 2007;101(8):1753-60.
  33. Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Parcet J, Peñalver N, Rubio C, Ferrer M, et al. Variability in the performing of spirometry and its consequences in the treatment of COPD in primary care. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(5):226-33.
  34. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: Ortún V, editor. *La refundación de la Atención Primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011. Disponible en: [http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/\\_pdf/Cap\\_4.pdf](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/Cap_4.pdf).
  35. Catalá-López F, Sanfélix-Gimeno G, García-Torres C, Ridao M, Peiró S. Control of arterial hypertension in Spain: a systematic review and meta-analysis of 76 epidemiological studies on 341.632 participants. *J Hypertens*. 2012;30(1):168-76.
  36. De la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Goday A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(12):446-50.
  37. De Pablos Velasco P, Franch J, Banegas Banegas JR, Fernández Anaya S, Sicras Mainar A, Díaz Cerezo S. Estudio epidemiológico del perfil clínico y control glucémico del paciente diabético atendido en centros de atención primaria en España (estudio EPIDIAP). *Endocrinol Nutr*. 2009;56(5):233-40. Erratum in: *Endocrinol Nutr*. 2009;56(6):330.
  38. Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yañez F, Seral-Rodríguez

- M, et al. Variabilidad en las hospitalizaciones potencialmente evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2011; 4:345-63.
39. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. [Psychotropic medications use in Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35 Suppl 2:29-36.
  40. Rubio-Valera M, Fernández A, Luciano JV, Hughes CM, Pinto-Meza A, Moreno-Küstner B, et al. Psychotropic prescribing in Catalonia: results from an epidemiological study. *Fam Pract*. 2012;29(2):154-62.
  41. Lumbreras B, Hernández Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. *Informe SESPAS 2008*. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl 1:216-22.
  42. Lumbreras B, López-Garrigós M, Salinas M. Variation in prostate specific antigen (PSA) test ordering in primary care centers: tendencias 2002-2009. *Clin Lab*. 2012;58(5-6):573-7.
  43. Salinas M, López-Garrigós M, Miralles F, Chinchilla V, Ortuño M, Aguado C, et al. Evaluation of PSA testing by general practitioners: regional study in the autonomous Community of Valencia. *Arch Esp Urol*. 2011;64(5):435-40.
  44. Salinas M, López-Garrigós M, Carratala A, Aguado C, Díaz J, Ortuño M, et al. [An evaluation of glycosylated hemoglobina requesting patterns in a primary care setting: a pilot experience in the Valencian Community (Spain)]. *Endocrinol Nutr*. 2011;58(5):219-23.
  45. Salinas M, López-Garrigós M, Díaz J, Ortuño M, Yago M, Laíz B, et al. Regional variations in test requiring patterns of general practitioners in Spain. *Ups J Med Sci*. 2011;116(4):247-51.
  46. Pérez I, Guillén F. [Unnecessary radiology in primary care]. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(1):53-60.
  47. Gérvas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S; Seminario de Innovación. [Paradoxes in referral from primary to specialist care]. *Aten Primaria*. 2008;40(5):253-5.
  48. Peiró S, Libroero J, Ridao M, Bernal-Delgado E; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. [Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization]. *Gac Sanit*. 2010;24(1):6-12.
  49. Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons—an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. 2001;37(6):568-79.
  50. Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S. [Emergency department utilization by children aged less than two years old]. *An Pediatr (Barc)*. 2003;58(1):23-8.
  51. Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández Blanco V, Rodríguez Alvarez A, Peiró S. [Hospital and primary care emergency services in Asturias [Spain]: variations among health areas and trends between 1994-2001]. *Gac Sanit*. 2007;21(4):316-20.
  52. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS One*. 2012;7(5):e35903.
  53. Pérula de Torres L, Iglesias-Rodal M, Bauza-Nicolay K, Estévez-Munoz JC, Alonso-Arias S, Martín-Carrillo P, et al. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el PAPPs en la población adulta. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:5-10.
  54. Carrillo Santistevé P, Amado Guirado E, de la Fuente Cadenas JA, Pujol Ribera E, Tajada C, Calvet S, et al. Adecuación de la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos y gastroprotección en atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40(11):559-64.
  55. Sanfélix-Genovés J, Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Hurtado I, Fluixà C, Fuertes A, et al. Prevalence of osteoporotic fracture risk factors and antiosteoporotic treatments in the Valencia region, Spain. The baseline characteristics of the ESOSVAL cohort. *Osteoporos Int*. 2012. En prensa.
  56. Aranaz J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, Orozco Beltrán D, Terol García E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
  57. Peiró S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. *Aten Primaria*. 2012. En prensa.
  58. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. The induced prescription: A problem that conceals deficiencies in prescription management. *Rev Calid Asist*. 2010;32(6):315-7.
  59. Tse-Tung M. Sobre el tratamiento correcto de las contradicciones en el seno del pueblo. 27 de febrero de 1957. En: *Citas del Presidente Mao Tse-Tung*. Pekín: Ediciones en lenguas extranjeras; 1970.
  60. Gérvas J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit*. 1996;10:40-3.



# La renovación de la Atención Primaria desde la consulta

Texto y contexto que responden claramente al título bajo la batuta de dos médicos de familia, Josep Casajuana y Juan Gérvas, que aman su profesión pero que, sobre todo, llevan décadas impulsando iniciativas clínicas, gestoras y de investigación para mejorar la atención a los pacientes. De ellos (y Mercedes Pérez) son los dos capítulos iniciales que sitúan el tema: qué cambios pueden impulsar los profesionales para recuperar el protagonismo y liberarse de ataduras y complejos y cómo, de manera muy práctica, se combina ciencia y tecnología para obtener lo mejor de los valores y tiempo del profesional comprometido. Para acabar de tener consciencia de la situación y organización de la atención primaria en España, analizan en los dos capítulos siguientes (junto con Marc Casajuana y Roberto Sánchez) qué supone ser médico de familia en Europa y cómo en un día cualquiera se resuelven hasta 17 problemas distintos de atención y seguimiento.

El contexto de la consulta —en la segunda mitad del libro— plantea la renovación como exigencia social aportando investigación original sobre: 1) cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria (Patricia Barber y Beatriz González); 2) las formas de reasignar recursos (Francisco Hernansanz); 3) cómo renovar los servicios sanitarios en su conjunto en época de crisis (Vicente Ortún y María Callejón); y 4) un panorama muy documentado sobre los campos de manifiesta necesidad de mejora en atención primaria (Ricard Meneu y Salvador Peiró), cuyo abordaje da sentido y complementa la renovación planteada en la primera parte del libro.

Profesionales sanitarios, ciudadanos, gestores, investigadores sobre servicios sanitarios se sentirán a gusto con esta destacada obra: informados y armados para entender, primero, y mejorar después.