

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”¹. 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 profesional², la apuesta por un concepto de “prevención” un tanto

desmesurado, ineficiente y de discutible efectividad³, 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)^{2,4}, y esa autopercepción de ser la “Cenicienta”⁵⁻⁷ —cuando no el “Patito feo”⁸— del SNS que acompaña a lo que en otro capítulo de este libro se define como “rentabilización” del “estar quemado”².

En ese otro capítulo se habla del “complejo de inferioridad frente a la atención secundaria” como uno de los tres lastres internos de la AP², “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 exógenos⁴ 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 intrínseco⁹.

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”². 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”⁹ 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 agitado y 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 ella⁹.

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 Mintzberg¹⁰. 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 capítulo², 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 babilónica¹¹ 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”¹².

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 contempladas⁹. 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 manual¹³ 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 anterioridad⁹ 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”¹⁴. 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 asamblearia², 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 desistimiento⁶⁹.”

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”¹⁵. 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 innovadora¹⁶ 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 sector¹⁷ y muestran recientes investigaciones¹⁸, 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 familia¹⁹ 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 doctoral²⁰ 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 sigue²¹:

- 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 California²² o Massachusetts²³, 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 AP²⁴. 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 isquémica²⁵, del tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular (con un tercio de los pacientes con puntuación ≥ 2 en la escala CHAD2 sin anticoagulación)²⁶, de los betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca²⁷⁻²⁹ (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)³⁰, en el diagnóstico y manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica³¹⁻³³, 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)³⁴.

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 arterial³⁵, de la hemoglobina glicosilada en la diabetes tipo 2^{36,37} 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 SNS³⁸.

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%)³⁴. También para los fármacos con acción sobre el sistema nervioso central³⁹ (hasta un 25% de los pacientes que reciben psicotrópicos no presentan desórdenes mentales⁴⁰). 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)³⁴.

El entusiasmo por solicitar pruebas diagnósticas⁴¹ 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^{42,43} o la hemoglobina glicosilada⁴⁴ y, sobre todo, una extraordinaria variabilidad en las tasas poblacionales de realización de la mayor parte de las pruebas de laboratorio⁴⁵ 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)⁴⁵. 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 exploraciones⁴⁶.

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 especializada⁴⁷ o la huida masiva de pacientes “no urgentes” hacia los servicios de urgencia hospitalarios⁴⁸⁻⁵¹. 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 hacer⁵². 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 Enfermería⁵³.

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 protones⁵⁴, los antiosteoporóticos (alta utilización en mujeres jóvenes con remoto riesgo de fractura osteoporótica y baja en personas mayores con fractura previa)⁵⁵. 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)²⁶.

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, despilfarrero 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 SNS⁵⁶. 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”⁵⁶. 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 diagnósticas⁵⁷. 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”². 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 cohabitación⁵⁸ 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”⁵⁹, 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 clínica⁹. Aunque nadie ha propugnado su universalización inmediata,

parece indudable que existen algunas indicaciones claras para las asociaciones de profesionales en sanidad⁶⁰.

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 prometedoras 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.
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 medio plazo. *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*; 2008. Disponible en: 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 Badia 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.
 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.