

# CAPÍTULO 1

## Introducción

Vicente Ortún Rubio

La situación de partida es conocida y está bien documentada<sup>1-3</sup>. Hace un siglo la Medicina ni siquiera era flexneriana; todo era Atención Primaria (AP), no existían las especialidades en el mundo. Hace 50 años, después de la Segunda Guerra Mundial, se crea el Estado del Bienestar propiamente dicho, que garantiza la protección de los derechos sociales, como el de la protección de la salud. En España hace menos tiempo de esto.

El pasado no suele repetirse ni cabe perseguir Arcadias que solo existieron en nuestra imaginación. Por eso este capítulo, tras unos retazos iniciales recordatorios de nuestro punto de partida, se centra en las vías de “refundación” de la AP, ora más centradas en contenidos, ora más enfocadas hacia una mejor integración pero nunca excluyentes entre sí.

### Punto de partida

- Percepción de la frecuentación como exógena. Los pacientes llueven —o diluvian— como si de una meteorología incontrolable se tratara. ¿Dónde queda la gestión de la utilización atribuible a la AP? A partir del informe resumen evolutivo del Sistema Nacional de Salud 2007-2009 del Ministerio de Sanidad y Política Social<sup>4</sup>, y utilizando la aproximación de Salvador Peiró (ajustes por mutualidades y usuarios) tendríamos anualmente:
  - 250 millones de visitas a médicos de AP.
  - 150 millones de visitas a Enfermería de AP.
  - 40 millones de visitas a pediatras de AP.
  - 100 millones de visitas a otros especialistas.
  - 30 millones de urgencias hospitalarias.
  - 6 millones de ingresos en hospitales de agudos.
  - 1.000 millones de recetas.

- Falta de autonomía y fascinación tecnológica que prima la endoscopia sobre la “exoscopia”, e invierte indebidamente la pirámide tecnológica que debe continuar teniendo en su base la historia clínica y la exploración física<sup>5</sup>.
- Regulación inadecuada que lleva a contenidos burocráticos y escasa flexibilidad en la distribución de tareas dentro de los centros según la capacidad resolutoria. Se adquiere el liderazgo organizativo (Kaiser) cuando se sabe “gestionar la utilización” y coordinar la atención, cuestión esta de AP, pero también de teleasistencia, financiación capitativa, planificación, atención apoyada en historia clínica útil, e-consultas, redistribución del trabajo entre los miembros de equipo, etc.
- Dificultades objetivas: cada vez resulta más difícil “coordinar y motivar”. Coordinar la atención a enfermos pluripatológicos con limitaciones en las actividades de la vida cotidiana; incentivar para que cada integrante de la organización, y también los pacientes, cumplan con los cometidos asignados en la división del trabajo.
- Percepción de la prescripción como inducida, falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción<sup>6</sup>. Si un grupo de medicamentos no se financia públicamente en Suecia no tiene por qué financiarse en España, especialmente si se considera que España presenta el segundo mayor consumo farmacéutico del mundo<sup>7</sup>, medido en dosis diarias definidas. ¡Solo Estados Unidos gana a España!
- Coyuntura de recortes presupuestarios que obliga a un profesionalismo renovado que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos, así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera<sup>8</sup> o frecuentaciones. Donde los presupuestos sean capitativos será más fácil; donde se financie actividad y se entre en el juego insensato de negociar recortes lineales homogéneos, sin atender a su impacto sobre cantidad y calidad de vida, se pueden colocar cargas de profundidad que afecten a la navegabilidad del barco común que nos emplea. La solvencia de nuestro sistema sanitario financiado públicamente requiere de la complicidad ilustrada de los profesionales, los únicos que saben cómo asignar unos recursos recortados a los problemas existentes sin que los resultados se vean afectados en términos de salud (i.e. realizar una correcta gestión clínica). En ocasiones menos exploraciones, consultas, intervenciones o prescripciones puede ser mejor. Existe sobrada disposición individual a pagar por los servicios sanitarios en función de la renta, la riqueza y la proximidad a la muerte. Lo que se necesita, no obstante, es disposición colectiva a pagar impuestos para sostener un sistema sanitario que permita asignar los recursos según la necesidad clínica o sanitariamente establecida.

## **Crisis de fe: ¿hay que seguir apostando por la Medicina de Familia?**

¿Hay que seguir apostando por un sistema que incumple nuestras expectativas como usuarios, no satisface a sus protagonistas y, además, los profesionales del futuro lo rehúyen?

### **Atención Primaria: no solo médicos ni exclusivamente primaria**

Tal como escriben Patricia Barber y Beatriz González López-Valcárcel<sup>9</sup> en esta obra, la crisis de identidad y prestigio de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) no implica

crisis de la AP, ya que Pediatría goza de excelente cotización en el MIR, lo mismo que las plazas de Enfermería en centros de salud. La MFC sigue una senda de deterioro desde 2004-2005 (ocupaba el puesto 38 de 47) hasta el puesto 44, solo por delante de las tres especialidades de escuela. Hay riesgo de que MFC quede todavía peor posicionada cuando se oficialice Urgencias como especialidad. Hasta ahora Urgencias ha venido funcionando como especialidad de facto, y en torno al 40% de los médicos con contrato de Urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en MFC.

## **La gran paradoja: cuando la sociedad necesita más que nunca de una atención coordinada (también con servicios sociales) la Medicina de Familia cotiza a la baja**

Como anotó Ricard Meneu en el blog de Gestión Clínica y Sanitaria<sup>10</sup>: “Cada año la elección de plazas MIR muestra la cotización de las distintas especialidades en esa curiosa bolsa laboral. Los inversores explicitan sus expectativas sobre el valor futuro de cada una de ellas. Este año 2011 el parquet MIR ha confirmado las tendencias apuntadas en las últimas sesiones, una elevada cotización de Cirugía Plástica y Dermatología y un bajo aprecio de Medicina Familiar y Comunitaria. Si el año pasado la primera ‘compradora’ de Medicina de Familia tenía el número 234, éste podríamos decir que su primera compradora tenía el 210, la segunda estaba situado 210 puestos detrás, la misma distancia que la separaba del tercero, a éste del cuarto y la misma respecto a la quinta, pues de los primeros 1.050 ‘inversores’ sólo 5 han elegido la especialidad que se asume piedra angular del sistema. Aunque en realidad el primer número que ‘compró’ MFC este año fue el 700, lo que matiza la elevada dispersión en el ordinal que ostentan los electores de esta especialidad, cuya media la sitúa sólo por delante de las tres especialidades de escuela.

Al menos en el último lustro la elección de Medicina de Familia sigue una senda de deterioro, sin que la sobreabundancia de plazas pueda explicar su pérdida de cotización, atribuible más bien a pérdida de atractivo. Se apunta que el deterioro no afecta a la Atención Primaria sino sólo a la Medicina de Familia, por más que la Pediatría, con mucha mejor cotización, tenga encarnaciones más variadas.

En cualquier caso, intranquiliza —o debería hacerlo— la escasa fe de los compradores en una especialidad a la que fiamos la calidad y eficiencia del sistema. Y más aún la desidia de los reguladores, preocupados, a lo sumo, por atender las reclamaciones de los antiguos accionistas, en lugar de preocuparse por las señales que emiten los nuevos inversores y los usuarios de una empresa —esta vez sí— realmente estratégica”.

## **La refundación de la Atención Primaria**

**Lo que vale se paga: diferenciar sueldos y condiciones de trabajo para hacer más atractiva la Medicina general, la Pediatría y la Enfermería de Atención Primaria**

Se ha discutido bastante últimamente cómo podría mejorarse la contratación colectiva en España. Una de las ideas-fuerza consiste en hacer depender las condiciones de trabajo

de la productividad de cada centro. Tratándose de empresas, y siendo la productividad un concepto difícil de medir, parecería más sensato seguir las recomendaciones de Vicente Salas y Emilio Huerta<sup>11</sup>, y utilizar el “valor económico añadido” por cada empresa, algo de cálculo relativamente sencillo a partir de la cuenta de pérdidas y ganancias que cualquier empresa realiza.

En el caso de centros sanitarios la referencia a “valor económico añadido”, a partir de una cifra contable de beneficios, pierde sentido. Mantiene vigencia, en cambio, la idea de que las condiciones de trabajo de los profesionales de un centro pueden estar parcialmente relacionadas con el desempeño y calidad comparativa de su centro.

En otros lugares hemos identificado tanto la “esclerosis” de oferta, como la utilización desbocada como las variables que agravan el pronóstico de nuestro sistema sanitario<sup>12</sup>. También hemos propuesto 7 medidas que pueden permitir la flexibilización de la oferta<sup>13</sup> para combatir precisamente su esclerosis. En capítulos posteriores se insiste sobre las mismas y se aborda detalladamente la utilización inadecuada.

### *Flexibilizar condiciones de trabajo y diferenciar sueldos*

Tal como se recoge en el capítulo 3: “La Administración Pública no puede renunciar al uso de la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar el déficit de enfermeras de AP, pediatras o médicos generales en determinadas zonas, franjas horarias y funciones. La flexibilización de las condiciones de trabajo puede producirse en todas sus dimensiones: dedicación (importantísimo fomentar la dedicación parcial y la flexibilidad de horarios en una profesión muy feminizada), funciones asistenciales y variedad a lo largo de la carrera profesional de los componentes asistencial, docente, gestor e investigador de los diferentes puestos de trabajo que puedan desempeñarse”.

“Los sueldos vienen, en última instancia, determinados por la oferta y la demanda, lo cual no implica que el regulador esté satisfecho con el *dictum* del mercado, del que puede esperarse poca valoración del ‘esperar y ver’, escaso aprecio a la silla marañoniana como mejor instrumento diagnóstico, y sí, en cambio, fascinación tecnológica acrítica”.

Medicare y casi todas las *Health Maintenance Organizations* de Estados Unidos calculan las tarifas que se han de pagar a los proveedores de servicios sanitarios con una escala relativa de valores desarrollada a partir del trabajo seminal de Hsiao et al<sup>14</sup>. Este sistema de pago no tiene especial interés en estos momentos; primero, por basarse más en medidas de esfuerzo que de resultado y, segundo, por estar excesivamente capturado por los regulados. No obstante, detrás del artículo ya citado de Hsiao subyace una motivación que mantiene su actualidad: no cabe fiar a un mercado repleto de fallos y asimetrías informativas la valoración de la contribución de cada especialidad y servicio sanitario a lo que realmente interesa, esto es, producir cantidad y calidad de vida. De ahí que no sea descabellado plantear una cierta corrección de dichas valoraciones (sueldos de especialistas, por ejemplo) cuando se trata de garantizar el acceso en función de la necesidad a unos servicios financiados públicamente. No estamos hablando de demanda sufragada por un individuo soberano de todos los caprichos que su bolsillo permita. Se trata de mantener una voluntad colectiva de pagar por los servicios sanitarios, lo que exige ser consciente tanto de su efectividad relativa como de sus costes... e intentar actuar sobre esos costes cuando se crea que están gravemente distorsionados. Hsiao se centró en variables

de esfuerzo (tiempo, esfuerzo mental, conocimiento, juicio clínico, habilidad técnica, esfuerzo físico y estrés psicológico) para proponer una valoración relativa de las especialidades. Hoy nos centraríamos más en variables de resultado final manteniendo las actualmente disponibles de resultados intermedios, con los mínimos ajustes posibles (clase social, principalmente).

*Reducir el cuello de botella licenciatura-MIR, recertificar, fomentar la troncalidad y las pasarelas y acabar con la segmentación geográfica*

Conviene aumentar el *numerus clausus* y reducir el cuello de botella licenciatura-MIR, así como separar conceptualmente la formación del empleo. La formación MIR tiene que concebirse para cubrir las necesidades futuras de especialistas en toda la red pública y privada del país, y no solo las necesidades de empleo fijo de la red propia o concertada de la comunidad autónoma. La formación médica podría ser incluso un servicio exportable en la medida en que no tuviera que financiarse públicamente: la financiación pública de la formación conviene que decrezca según aumentan los beneficios individuales que comporta para que, en cambio, aumente dicha financiación pública allá donde los beneficios sociales son mayores, como suele ocurrir con la educación en las etapas iniciales de la vida, particularmente en familias desestructuradas y desfavorecidas, pues aquí está la clave de la igualdad de oportunidades entre los individuos en una sociedad.

Recertificar ayudaría a evitar la poco deseable polarización entre “excelentes que no emigran” y “deprimidos que pasan el MIR con puntuación negativa pero con convenios bilaterales que facilitan el acceso”. A los médicos españoles les ha sucedido lo mismo que a los vendimiadores hace tres décadas: hay flujos tanto de salida como de entrada, como corresponde a un país intermedio entre América Latina y Escandinavia, con una precariedad y condiciones laborales también a medio camino. Un sistema de acreditación y reacreditación profesional de los médicos ayudaría a resolver varios problemas, tanto de información —registro vivo de profesionales en ejercicio— como de calidad —filtro para todos los que ejercen la profesión en el país—. Además, contrarrestaría en alguna medida la tendencia a la “funcionarización” de la profesión médica, porque el personal estatutario también tendría que reacreditarse. Otra ventaja es que las propias organizaciones profesionales de médicos podrían asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros, en lugar de dejarlo en manos de órganos o procedimientos administrativos.

En Sos Espases, Palma de Mallorca, había obras 4 meses después de su inauguración: la telemonitorización de pacientes elimina la necesidad de tabiques transparentes. En general, el cambio tecnológico y otros factores redefinen profesiones: conviene fomentar la troncalidad y las pasarelas entre especialidades. Cambiando la formación de los especialistas se puede flexibilizar la oferta. La lista de especialidades médicas española se ha mantenido prácticamente inalterada durante décadas. La troncalidad de algunas especialidades, la fusión de otras, la definición de pasillos y posibilidades de reciclaje entre especialidades, y una regulación clara de las áreas de capacitación específica, son tareas pendientes esenciales que requieren el concurso de las comunidades autónomas, del Estado y de las organizaciones profesionales.

## *Acabar con los 800 mercados de especialistas de España*

Cuarenta y siete especialidades por 17 autonomías: unos 800 mercados solo en España. El récord europeo de 47 especialidades puede superarse si se efectúa la creación de 4 nuevas especialidades anunciada por la actual ministra del ramo. Hay que recuperar la dimensión suprarregional del mercado de médicos, perdida con las autonomías, y fomentar la movilidad interior y la flexibilidad y cooperación entre comunidades autónomas, incluyendo posibilidades de traslado de facultativos. Se aumentaría así el tamaño de los mercados, que es esencial en las especialidades de mercados “estrechos” (con muy pocos efectivos). La internacionalización creciente de la profesión médica, con el fenómeno sin precedentes de la movilidad internacional, es un problema si la formación de los médicos foráneos es deficiente y las diferencias culturales resultan ser abismales, pero también es una solución. Por una parte, amplía el tamaño del mercado, con lo que mitiga la gravedad de los déficits o superávits coyunturales, permite compensar los excesos de unos lugares con los déficits de otros y mejora, en definitiva, la capacidad de adaptación a las circunstancias del corto plazo. La diversidad cultural de los profesionales puede ser un valor añadido cuando los pacientes provienen de un país progresivamente heterogéneo. Encaja en el cambio de patrón multicultural de los pacientes, que podrán consultar con profesionales lingüística y culturalmente afines. Aunque la movilidad internacional es una válvula de escape y un mecanismo de flexibilidad del mercado de gran valor, es preciso garantizar sistemas de acreditación de la calidad suficientes para los médicos extranjeros que vienen a España, y buscar vinculaciones laborales flexibles que eviten la “funcionarización” vitalicia.

## **¿Autonomía de gestión para los centros de Atención Primaria y competencia por comparación?**

Potenciar el trabajo por cuenta propia de forma asociada y dar poder de compra a la AP sobre la Especializada optativa constituyen formas de favorecer la autonomía de los equipos de AP, siendo Cataluña el lugar en el que se dispone de mayor experiencia. Las 4 evaluaciones realizadas señalan mayor satisfacción de los profesionales y resultados clínicos y de satisfacción de usuarios más dependientes de los sanitarios implicados que de las formas organizativas<sup>15</sup>. En cualquier caso, continúan predominando los estatutarios, “herederos del Insalud” en palabras de Albert Planes, siendo minoría tanto los laborales de AP que trabajan en organizaciones integradas lideradas por hospitales, como los laborales o propietarios de las entidades de base asociativa (EBA). Las EBA se han enfrentado a fuertes resistencias políticas y sindicales. En otras comunidades autónomas, desde hace más de 10 años en Valencia con el modelo Alcira, como Madrid y su área única, o el reciente énfasis en la atención integrada a crónicos del País Vasco, se están impulsando transformaciones organizativas que afectarán claramente a la AP, transformaciones de las que cabría esperar un aumento en la demanda de profesionales para AP.

Al igual que en el párrafo anterior se ha resaltado que lo que importa, en cuanto a resultados, son los profesionales más que los contratos o las entidades gestoras, de nuevo hay que insistir en este párrafo en que más importante que una forma organizativa (pública o privada, anónima o limitada, cooperativa o fundación, etc.) es el grado de

competencia al que esté sometida una organización (la que sea). Garantizar “la inmortalidad” lleva al estancamiento de personas y organizaciones. La innovación resulta de la necesidad. Conviene instaurar la competencia por comparación<sup>16</sup>, que no implica mercado alguno. Este tipo de competencia por comparación o competencia gestionada es el que puede aplicarse incluso a organizaciones mucho más monopólicas que las sanitarias, como la Agencia Tributaria o la FIFA: ¿no resultaría salutarío comparar recaudaciones y actas entre inspectores del mismo tributo ajustando por las bases imponibles de sus demarcaciones? ¿No sería mejor subastar el país que organiza los campeonatos mundiales de fútbol? Para los hospitales puede afirmarse, además, que la competencia, o como mínimo la percepción de la misma, contribuye a la mejora de los resultados clínicos<sup>17</sup>.

Si el título de este epígrafe se ha situado entre interrogantes es porque una cosa son los apriorismos y otra los efectos, con frecuencia imprevisibles, de las políticas. En ausencia de evaluaciones independientes y creíbles acerca de, por ejemplo, las concesiones administrativas, conviene guiarse por la prudencia de profesionales sensatos, con amplia experiencia clínica y gestora, como la Dra. Montserrat Figarola, quien no acaba de apreciar que exista capacidad política reguladora suficiente para que operasen de forma generalizada las EBA. Al fin y al cabo, esas mismas limitaciones que han impedido una descentralización efectiva de los servicios sanitarios producidos públicamente, pueden llevar a pronosticar una incapacidad reguladora de la producción concertada de servicios sanitarios (concesiones, EBA, etc.).

## Dejar de hacer para poder hacer

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 AP, y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana<sup>18</sup>, 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.

Especialmente, en los equipos de AP los profesionales deben disponer de una autonomía de gestión que les permita definir su propia estructura y organización, repercutiendo en ellos el resultado (positivo o negativo) de su gestión<sup>19</sup>. Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia (las EBA de Cataluña) efectuando, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir<sup>20</sup>.

### *Low cost Medicine*

Necesitamos *low cost Medicine*. No se pueden solicitar pruebas e instaurar tratamientos porque están disponibles antes de que se establezca su importancia, se determine su seguridad y su ratio beneficio-coste haya sido calculado<sup>21</sup>. Desafortunadamente, aunque una AP reencarnada “pudiera hacer” la Medicina sensata y de bajo coste, se requieren cambios no solo en la práctica médica, sino también en la educación de la población, el sistema regulatorio y las fuerzas que determinan el sentido del cambio tecnológico en sanidad.

### Seguir a Confucio: capitación<sup>22</sup>

Los sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos. En la medida en que dichas asignaciones reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios para una misma necesidad. Ahora bien, el empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo requiere:

1. Evitar las tentaciones a la reducción de la calidad a través de la competencia en costes unitarios (y vía comparaciones relativas). La mejor forma de preocuparse por la calidad es tener que internalizar los costes (pérdida de usuarios, mala imagen, etc.) que su falta origina.
2. Favorecer la elaboración y difusión de información sobre calidad asistencial (empezando por la que ya existe) ajustando debidamente por las variables no imputables al proveedor.
3. Capacidad de elección por parte del usuario para aquellos servicios sanitarios que reúnan suficientes rasgos de “experiencia” e “información”: cirugía electiva, Atención Primaria, etc.

Cuando un proveedor es responsable de la atención sanitaria a una población determinada resulta más fácil acabar tanto con las retenciones como con las derivaciones indebidas: se “descubre” que la atención debe proporcionarse en el nivel asistencial (Primaria, Especializada, Sociosanitaria, Mental...) que ofrezca mayor capacidad resolutive para un determinado problema de salud. La capacidad resolutive debe entenderse simplemente como una comparación entre las mejoras en desenlaces (síntomas paliados, casos evitados, recuperaciones conseguidas, años de vida ganados...) en relación con los costes asociados a cada alternativa.

En el Informe Técnico para la mejora de la Atención Primaria en Galicia<sup>23</sup> se propusieron contratos capitativos (capitación, lista de pacientes y función de filtro de entrada) y atribución de presupuestos a través de la derivación del médico de AP (el dinero sigue al paciente derivado desde Primaria a Especializada y/o a servicios sociales). Esta capitación corregida (morbilidad, edad, condiciones sociales, dispersión geográfica, etc.) como base, en torno al 40% del total, se complementaría con salario y pago por acto en alguna ocasión (techo natural, ayuda a registro y actividad que deba estimularse). La capitación



constituye mucho más que una forma de pago; se trata de una potente palanca para la articulación asistencial y la autonomía de los micro-equipos asistenciales.

Los sistemas de financiación capitativa han tenido un notable desarrollo, particularmente en Holanda, otro de los países líderes en AP junto con la citada Dinamarca y el conocido Reino Unido. En España los refinamientos técnicos<sup>24</sup> que pueden potenciar mejoras en la AP requieren de una mejor política para que pueda alcanzarse una mejor gestión.

### Atención estratificada, más allá de las “mancias”, con los biomarcadores más válidos y predictivos

Toda atención sanitaria debe estar centrada en el paciente, aunque solo en raras ocasiones, como con las autovacunas oncofágicas, el tratamiento sea estrictamente individual. Mucho más habitual es la Medicina estratificada sobre un individuo que comparte un marcador con otros.

La Quiromancia nos informa de que cuanto más larga sea la línea de la vida (nace entre los dedos pulgar e índice y desciende bordeando el monte de Venus acercándose a la muñeca) más larga será la vida del que la posea. La Genomancia, en cambio, y con parecido fundamento, pretende utilizar la longitud de los telómeros como predictores de esa duración. Afortunadamente se dispone de otros biomarcadores válidos; desde una Medicina centrada en el paciente mejor seguir a William Osler (más importante conocer qué tipo de paciente tiene una enfermedad que diagnosticar qué tipo de enfermedad tiene un paciente) y alterar un poco el arranque de Anna Karenina (todas las familias “infelices” se parecen) y hablar de “marcadores” socioeconómicos: la posición social de cada individuo (clase, educación, ocupación, sexo, etnia, renta...) que condiciona su exposición a los factores de riesgo materiales, psicosociales y de comportamiento, así como su vulnerabilidad a los mismos. Se precisa pues de una Medicina estratificada según los marcadores más relevantes (los socioeconómicos) y con mayor valor predictivo que pueda atender la creciente multimorbilidad a lo largo del tiempo: la Medicina que una AP resolutive puede proporcionar, inferior en ocasiones a la de otras especialidades -cuando la comparación se realiza enfermedad por enfermedad— pero superior para el conjunto de manifestaciones mórbidas en un individuo<sup>25</sup>.

### El papel de las sociedades científicas de Atención Primaria

Deberes importantes para las sociedades de AP, pues de su actuación ejemplarizante y de su liderazgo clínico y sanitario depende que en el futuro podamos asistir a una refundación de la AP con los 4 atributos de Starfield y encajada en la sociedad actual.

No es tiempo de lamentos para la AP; hay que ocupar espacios. No hay que insistir en los errores; debe controlarse la consulta. No se trata de criticar a los hospitales; toca desarrollar el propio potencial, eso sí, en circunstancias muy difíciles<sup>26</sup>. También de las sociedades profesionales de AP depende que la magnífica potencialidad del rol de *gatekeeper* se desarrolle o que se quede en mero San Pedro, el guardián de las puertas del Cielo de la atención fragmentada.

## Recapitulación

Cada sociedad tiene sus plagas, como decía Dubos, y la política sanitaria, la población y los profesionales han de poner riendas a las fuerzas, con frecuencia miopes, que determinan la evolución de los servicios sanitarios.

No se trata de entablar pugnas entre especialidades médicas a través de comparaciones estáticas entre la capacidad resolutive de “gremios” en liza. Al fin y al cabo, el cambio en la composición de especialistas causa lo que en Economía se llama “alteraciones del equilibrio general”, muy difíciles de estimar<sup>27</sup> y que suelen corregir apreciaciones salubristas tan bien intencionadas como ingenuas<sup>28</sup>.

Lo que sí tiene gran relevancia son los estudios que muestran cómo la orientación del sistema sanitario hacia la AP mejora la calidad, los resultados y la satisfacción y contiene los costes<sup>29</sup>. Importa la capacidad de las organizaciones sanitarias para mejorar los atributos de una buena AP: longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y coordinación. Esta capacidad de las organizaciones puede conseguirse de diversas formas: todas pasan por gestionar la utilización y se presentan con distintos “sabores”, desde enfatizar contenidos a insistir en la integración<sup>30-32</sup>.

La citada integración entre niveles asistenciales generará una mayor demanda de profesionales para AP, incluidos los médicos de MFC. Será responsabilidad, como mínimo parcialmente, de las sociedades de AP responder con una oferta de calidad a los previsibles aumentos en la cantidad de demandada de profesionales: hay que ser sensible a las señales de estos peculiares “mercados”, ya que no todo puede esperarse de la política sanitaria. Existirá un *business case* para la AP siempre que sus profesionales estén a la altura de las expectativas que en ellos se depositarán, y que se resumen en la capacidad de ofrecer capacidad resolutive, la marca del virtuosismo en la clínica.

También la política sanitaria tiene sus “deberes”, y en este capítulo se han detallado las vías principales (omitidas las muy importantes que pivotan sobre mejoras en los sistemas de información que permiten reducir frecuentaciones y mejorar tanto resultados como satisfacción) para la “refundación” de la AP como orientación de nuestro sistema sanitario:

- Diferenciar sueldos puede parecer llamativo, pero tiene precedentes en países mucho menos intervencionistas que España, como EE.UU., Canadá o Corea. Sospechamos que el atractivo de una especialidad depende de numerosos factores: retribución económica, reconocimiento de la labor profesional por parte de los pacientes, horarios, vacaciones y posibilidades de compatibilizar con la vida familiar, promoción y desarrollo profesional (avances científicos, nuevas técnicas), prestigio, reconocimiento por parte de los compañeros y de la sociedad, posibilidad de investigar, seguridad en el empleo, etc. Sobre todas puede actuarse, pero sueldos y condiciones de trabajo constituyen una variable manejable por organizaciones autónomas y que compiten, por comparación, entre sí. Al igual que el precio de un fármaco debería reflejar su valor terapéutico añadido en relación con la mejor alternativa existente (no con relación al placebo), el sueldo de un profesional ha de relacionarse con su impacto en la cantidad y calidad de vida, y no con demandas desinformadas y deslumbradas por oropeles inadecuados. En este punto la política sanitaria debe corregir al mercado, no retocando sueldos

según *inputs* (de preparación, esfuerzo, experiencia necesaria y similares como se ha hecho en EE.UU.), sino ajustando los sueldos médicos según *output* y *outcome* (i. e. impacto en el bienestar).

- Reducir el cuello de botella licenciatura-MIR, recertificar, fomentar la troncalidad y las pasarelas y acabar con la segmentación geográfica, particularmente con los 800 mercados de especialistas existentes en España.
- Una mejor política constituye un requisito para una mejor gestión pública que permita la existencia de organizaciones autónomas, donde el profesionalismo adquiera su pleno sentido, con cierto grado de competencia por comparación entre ellas. Esta mejor política exige también una definición seria de la cartera de servicios según criterios de coste-efectividad, un acceso según la necesidad que evite el abandono del sistema público por las capas medias-altas de la población y una liberación de las fuerzas del sentido común, que permitan una priorización clínica como respuesta a la coyuntura de recortes presupuestarios públicos.
- Una financiación capitativa que espolee la integración asistencial, evolución prudente hacia el pago por resultados.

Con autonomía cabe plantearse un cambio radical en los contenidos y organización de los centros de salud: el financiador establece el “qué” y el “cuánto”; corresponde a los centros decidir el “cómo”. Se trata de “dejar de hacer para poder hacer: desburocratización, más paciente experto, nuevo rol de Enfermería (prescripción enfermera, gestión de la demanda espontánea y patología banal) más teléfono y el uso inteligente de las tecnologías de la información y la comunicación”<sup>33</sup>.

## Mientras tanto... contenido del libro

Cuando el componente sanitario del Estado de Bienestar en España, y particularmente su AP, parece estar enferma, y al igual que ocurre con un paciente, tanto o más que un diagnóstico se precisa un pronóstico. Este libro pretende contribuir a ambos. La población, los profesionales y la industria suministradora necesitan disponer de un marco de cómo mantendremos unos servicios sanitarios resolutivos financiados públicamente. Hay que informar de cómo seremos de aquí a uno, dos... 5 y 10 años, más allá de ajustes presupuestarios, distinguiendo entre lo esencial y lo accesorio. Esencial: la asignación de recursos según la necesidad, la capacidad resolutiva, el profesionalismo y el sentido de sociedad que necesita de todos para un desarrollo que permita consolidar una de las mayores conquistas de la humanidad, el Estado del Bienestar, con una economía con capacidad para mejorar su productividad. Esencial también es la perspectiva global, especialmente en una coyuntura de paro muy elevado y riesgos altos de exclusión social, para ser conscientes de que el gasto sanitario compite con otros gastos sociales... y que todos esos gastos se convierten en rentas para quienes producen los servicios, pero no todos los “productores” tienen la misma capacidad de presionar a los decisores públicos (i.e. de “poner el muerto sobre la mesa”). Al fin y al cabo, el paro y la exclusión, si se manejan inadecuadamente como en la Rusia de los primeros años noventa, pueden llevar a auténticas catástrofes en el estado de salud de la población, muy superiores a las que una cierta eliminación de “grasa” en los servicios puede reportar. El contrapunto lo proporciona Finlandia, que también durante los primeros años

de la década de los noventa consiguió mejorar el estado de salud de su población, pese a que su tasa de paro se disparó del 2 al 18%<sup>34</sup>.

Y no hace falta acudir a las políticas que, paliando los efectos del paro y la exclusión social, mejoran la salud. Incluso cuando nos centramos en la producción de servicios del Estado de Bienestar hemos de ser conscientes de que pueden contribuir más a la salud los servicios sociales que los estrictamente sanitarios<sup>35</sup>. ¿Medicación inadecuada, excesiva, iatrogénica... o mejor pensión? ¿Programa niño sano o escolarización temprana de niños y niñas con perspectiva de pobreza dinástica?

Todos los capítulos del libro admiten una lectura independiente. Cabe incluso acudir directamente a los diferentes epígrafes dentro de cada capítulo: la selección de mimbres depende del cesto que cada lector quiera construir. No procede siquiera un resumen de cada capítulo, porque sería inevitablemente injusto con la riqueza de sus contenidos.

El análisis, por Ricard Meneu y Salvador Peiró (capítulo 2), *Vidas paralelas del Sistema Nacional de Salud y de su Atención Primaria: entre dos crisis*, parecería motivado por una paráfrasis de Gil de Biedma: “Los misterios del SNS —como dijo el poeta— son del alma, pero la atención primaria es el libro en el que se leen”.

El capítulo 3 presenta los primeros resultados de un proyecto que financia el Plan Nacional de I + D, dirigido por Beatriz González López-Valcárcel, con la participación de Patricia Barber, también de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, y Vicente Ortún de la Universidad Pompeu Fabra. El análisis aborda tres momentos de la vida profesional del médico (a punto de terminar, cuando elige la plaza MIR y cuando ya ha comenzado la especialidad), aportando datos inéditos con el propósito, común a todos los capítulos, de encontrar soluciones.

El consumo de medicamentos ha pasado a ser un problema de salud. Como demuestran Gabriel Sanfélix-Gimeno, Salvador Peiró y Ricard Meneu en el capítulo 4, la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos queda tan solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Es hora de abordar el problema más allá del gasto farmacéutico, lo cual se efectúa en el capítulo 5 (reforzado con Ferrán Catalá), llegando a unas propuestas tan detalladas como viables para racionalizar la prescripción farmacéutica —elemento central a la AP— con actuaciones en todos los niveles: desde la inclusión de medicamentos en la cartera de servicios hasta los procesos clínicos.

Juan Gérvas y Mercedes Pérez, con el aborto voluntario y la insuficiencia cardíaca convierten, en el capítulo 6, dos casos en categorías y nos conducen magistralmente a un paseo por la salud, la vida y la muerte para mejorar las posibilidades de que un sistema de salud cumpla con sus objetivos de prolongar la vida, evitar el sufrimiento y ayudar a morir con dignidad.

Con el capítulo séptimo y último llega el cierre de las teclas a manos de Francisco Hernansanz, quien se centra en la innovación en AP, en todas sus variantes de efectividad y difusión, pero delimita su enfoque en los avances de fácil y necesaria implementación.

Gracias, lector, por llegar hasta aquí. Tal vez hubiera sido mejor haber saltado ya a los capítulos y/o epígrafes más relacionados con su interés... pero, bien pensado, creemos preferible seguir el orden propuesto.

### Agradecimientos

Este trabajo es deudor de trabajos previos, particularmente del publicado por el autor en *Medicina General*. 2011;140:516-25.

## Financiación

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*; 2010;12(4):1- 295. Disponible en: <http://www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/HIT2010English.pdf>. (Consultado el 15 de mayo de 2011).
2. Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS; 2010.
3. Ortún V. Desempeño y discapacidad del sistema sanitario: España. *Revista Asturiana de Economía*. 2006;35:23-43.
4. *Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del SNS 2007-2009*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011. Disponible en: [http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe\\_de\\_Actividad\\_Ordinaria\\_Atencion Primaria\\_2007-09.pdf](http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe_de_Actividad_Ordinaria_Atencion Primaria_2007-09.pdf) (Consultado el 15 de octubre de 2011).
5. González López-Valcárcel B, Barber P. La difusión de tecnologías sanitarias en atención primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades de la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1º de mayo y Ediciones GPS; 2010.
6. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:315-7.
7. 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. Reino Unido: Central Office of Information; 2010. Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_117977.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117977.pdf) (Consultado el 10 de octubre de 2011).
8. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, Solà-Morales O, et al. Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
9. Barber P, González López-Valcárcel B, Ortún V. ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones. Cap. 3. Madrid: Springer Healthcare; 2011. p. 37-51.
10. Meneu R. La bolsa de la vida. 6 de abril del 2011. Disponible en: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com/2011/04/la-bolsa-de-la-vida-por-ricard-meneu.html> (Consultado el 14 de mayo de 2011).
11. Huerta E, Salas V. Salarios, productividad y beneficios. *El País*, 27 de abril de 2011. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/opinion/Salarios/productividad/beneficios/elpepiopi/20110427elpepiopi\\_14/Tes](http://www.elpais.com/articulo/opinion/Salarios/productividad/beneficios/elpepiopi/20110427elpepiopi_14/Tes) (Consultado el 14 de mayo de 2011).
12. Bernal E, Ortún V. La calidad del sistema nacional de salud: base de su discapacidad y sostenibilidad. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24(3):254-58.
13. Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin*. 2008;131(5):180-83.
14. Hsiao WC, Braun P, Yntema D, Becker ER. Estimating physicians' work for a resource-based relative-value-scale. *N Engl J Med*. 1988;319(13):835-41.
15. 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: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/09.
16. Gestión clínica y sanitaria. En: Ortún V, director. *De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Elsevier-Masson; 2003 y 2007.

17. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The impact of competition on management quality. CEP Discussion Paper nº 983. Londres: Centre for Economic Performance; 2010.
18. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC. 2005;12:579-81.
19. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Revista Española de Salud Pública. 2007; 81(6):589-96.
20. Ortún V, Gérvas J. Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General. Atención Primaria. 1996;17(4):300-2.
21. Palfrey S. Daring to practice low-cost medicine in a high-tech era. N Engl J Med. 2011;364:e21.
22. Ortún V, López-Casasnovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Bilbao: Fundación BBVA; 2003. Disponible en: [http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT\\_2002\\_03.pdf](http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2002_03.pdf) (Consultado el 16 de mayo del 2011).
23. Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, Garnelo L, Gérvas J, Maíz C, et al. Propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia. Informe técnico. Santiago de Compostela: FEGAS; 2009. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf> (Consultado el 14 de mayo de 2011).
24. García-Goñi M, Ibern P, Inoriza JM. Population based resource allocation: the use of hybrid adjustment. Barcelona: Departamento Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra; 2008. Working Paper nº 1078. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/en/research/onepaper.php?id=1078>. (Consultado el 14 de mayo de 2011).
25. Gérvas J, Pérez M. Prestación de servicios sanitarios: qué, quién, cuándo y dónde. Cap. 6. Madrid: Springer Healthcare; 2011. p. 89-105.
26. Casajuana J, Hernansanz F, Narbona FJ, Quintana JL. Gestión clínica y políticas inteligentes. Blog atención primaria: 12 meses 12 causas. Disponible en [http://apxii.wordpress.com/2011/05/12/mayo\\_gestion-y-politicas-inteligentes\\_ap/](http://apxii.wordpress.com/2011/05/12/mayo_gestion-y-politicas-inteligentes_ap/) (Consultado el 15 de octubre de 2011).
27. Friedberg M, Hussey P, Schneider E. Primary Care: A critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs. 2010;29(5):766-72.
28. Rodríguez M, González López-Valcárcel B. Alas, there are no shortcuts to the complexities of the economy. J Epidemiol Community Health. 2011;65(5):389-90.
29. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005; 83(3): 457-502.
30. Gérvas J, Pérez M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol. 2006;9(3):389-400.
31. Ibern P, director. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson-Elsevier; 2006.
32. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Masson-Elsevier; 2008.
33. Casajuana J, Hernanzanz F, Narbona J, Quintana JL. Gestión y políticas inteligentes en Atención Primaria. Disponible en [http://apxii.wordpress.com/2011/05/12/mayo\\_gestion-y-politicas-inteligentes\\_ap/](http://apxii.wordpress.com/2011/05/12/mayo_gestion-y-politicas-inteligentes_ap/) (consultado el 16 de mayo de 2011).
34. González López-Valcárcel B, Dávila D. Crisis económica, Estado de bienestar y salud. En: El Estado de bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global. Vitoria-Gasteiz: Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras; 2011. p. 193-200.
35. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crisis, health and social welfare programmes. BMJ. 2010;341:77-9.