

## CAPÍTULO 2

# Vidas paralelas: el Sistema Nacional de Salud y su Atención Primaria. Entre dos crisis

Ricard Meneu y Salvador Peiró

“...escribiendo en este libro de las Vidas Paralelas, de sus hechos y del modo de conducirse en el gobierno, procuraremos colegir cuál era el carácter y disposición de cada uno, omitiendo el hacer cotejo de sus discursos, y manifestar cuál de los dos era más dulce o más primoroso en el decir, porque esto sería, como dijo Ion, la fuerza del delfin en tierra.”

Plutarco. *Vidas paralelas*. (Demóstenes)

Nuestra contemporánea andadura democrática se gestó en medio de una profunda crisis económica, superpuesta a la de deslegitimación social del anterior régimen. Últimamente se nos ha recordado cómo tras las elecciones constituyentes del 15-J se firmaron, el 25 de octubre de 1977, los llamados “Pactos de la Moncloa”, cuando el crecimiento del PIB era del 1,5% y la inflación rondaba el 20%. No menos desasosegador resulta el panorama actual. Mientras se escriben estas líneas las noticias están ocupadas, en lugar de por las habituales “serpientes de verano”, por la retrasmisión en tiempo real –IBEX, minuto y resultado– de las turbulencias de nuestros mercados, los encarecimientos de nuestras deudas (soberanas) y los riesgos de una intervención económica internacional.

Salvando todas las distancias, hoy narramos el desenlace de aquella crisis como una historia de éxito, un caso cuyo estudio exportamos a todo tipo de seminarios. Deberíamos refocilarnos menos en tan pretérita memoria y afanarnos en conseguir unos resultados equiparables en la peripecia actual. Y si uno de los grandes logros que imputamos a nuestra democracia es la configuración de un Estado de Bienestar equiparable a los de nuestro entorno, reflexionar sobre algunas de sus fortalezas y debilidades, al menos en el ámbito sanitario, uno de sus indiscutibles pilares. Por eso las piezas que siguen, que conforman un centón recosido sobre paños de variados orígenes pero similares preocupaciones, pretenden contribuir a repensar algunos de los aspectos clave del desarrollo, evolución y deseable futuro del Sistema Nacional de Salud (SNS), con especial énfasis en su piedra angular, la Atención Primaria (AP). En estas páginas se plantea un balance y varias reflexiones sobre algunos aspectos de la AP (nuestra AP) y, por tanto, de nuestro SNS,

para intentar apuntar las posibles vías por donde podría, y probablemente debería, transitar su reencarnación socialmente más deseable. Por ello se atenderá menos a las preocupaciones de los profesionales que a las de los destinatarios de sus atenciones, invirtiendo una tendencia que ha lastrado bastantes esfuerzos orientados a desprenderse de corsés innecesariamente autoimpuestos.

## VaLGS de aniversario

“Y este sabor nostálgico, / que los silencios ponen en la boca, /  
posiblemente induce a equivocarnos / en nuestros sentimientos”

Jaime Gil de Biedma. *Vals de aniversario*.

Aunque parezca frívolo empezar con fiestas y celebraciones de cumpleaños, sería imperdonable desatender la oportunidad de reflexión que permiten los aniversarios redondos. Este año cumplió 25 años (¡ya 25 años!) la Ley General de Sanidad (LGS) y se han entonado los habituales cánticos que en la efeméride celebran la historiografía mítica sobre la providencial contribución de esta Ley a la salud de nuestros conciudadanos. Más allá del rito, nos pareció que, especialmente en estos tiempos, podría ser conveniente y útil evocar algunas de sus penurias e insuficiencias. La LGS atesora sobrados méritos. Entre ellos, y no el menos admirable, su propia existencia. De la LGS se suele olvidar la inquina que rodeó su nacimiento. La áspera oposición que encontró entre —y rescata-mos una palabra de entonces— los “búnkeres” gremiales, sociales y políticos; también la no menos fratricida beligerancia entre sus partidarios. En este ambiente surgió una Ley que, si bien nunca mostró una gran vitalidad ni grandes capacidades para reformar el sistema sanitario, se ha revelado como inusualmente longeva en su prácticamente immaculado texto.

Más dudoso es hasta qué punto el SNS ha seguido la hoja de ruta marcada por la LGS. El énfasis en la AP resultó ser más retórico que efectivo. Si la LGS expresaba su intención de acabar con “una pluralidad de sistemas sanitarios funcionando en paralelo, derrochando las energías y las economías públicas y sin acertar a establecer estructuras adecuadas a las necesidades de nuestro tiempo”, no parece que el SNS actual sea un trasunto demasiado fiel de estos designios. Si la LGS concibió el SNS “como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) convenientemente coordinados”, la articulación real de esta coordinación nunca consiguió superar —tampoco tras la Ley de Cohesión— el estado volitivo.

En cuanto a la perspectiva comunitaria la LGS narra cómo “a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio”. La Ley de Salud Pública ha intentado, aunque con cierto retraso, abordar la reencarnación de estas “nuevas” funciones. Ya veremos en qué queda, visto que el SNS siempre ha sido muy impermeable a las innovaciones organizativas. Curiosamente, respecto a la universalización de la asistencia, uno de los méritos más atribuidos a la LGS, su posicionamiento fue extremadamente tímido: “por razones de crisis económica que

no es preciso subrayar, no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones, sino que programa su aplicación paulatina”. Un párrafo seguramente omitido por sus exégetas más opuestos a cualquier participación del usuario en los costes, oposición relajada en los casos realmente existentes, como el insensato diseño del copago farmacéutico vigente.

Con todo, la bondad de las leyes no debe juzgarse tanto por la congruencia de su desarrollo como por su contribución al logro de los objetivos sociales pretendidos. La LGS fue, sobre todo, una ley continuista con los esquemas de asistencia sanitaria previamente desarrollados por la Seguridad Social, por más que esta obviedad aún genere respuestas airadas entre los que prefieren reinterpretar los hechos de acuerdo con sus conveniencias biográficas y llegan a considerar este logro normativo como un “corte epistemológico”. Convendrá que recordemos que buena parte de nuestro sistema sanitario actual deriva de la construcción de los grandes hospitales de la Seguridad Social, del MIR y de la Medicina de Familia; todos desarrollos previos a la LGS, como también eran previas las primeras hornadas de hospitales comarcales y los primeros equipos de AP. Y en 1985 la cobertura del sistema sanitario de la Seguridad Social ya superaba el 85% de la población.

En ese sentido, la LGS permitió —o, al menos, no obstaculizó— el despliegue de la moderna estructura asistencial que venía desarrollando la Seguridad Social y, en resumen, la construcción de un SNS que hoy valoramos como asistencialmente competente, razonablemente armónico, socialmente cohesionador y en el que —pese a la ausencia de estímulos específicos— ha prosperado la excelencia profesional y el desarrollo tecnológico. Pero en el mismo sentido, la LGS también permitió —o no obstaculizó— la pervivencia de los peores rasgos de la atención sanitaria de la Seguridad Social: el desarrollo de un sistema muy disfuncional con descuido de la AP, grandes agujeros en la coordinación entre niveles asistenciales, la combinación de hiperfrecuentación y grandes deficiencias en la atención a los pacientes crónicos, la consolidación de estructuras organizativas burocráticas, poco transparentes en su gestión y con muy escasa participación social, la fascinación por la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos sin consideración de su valor real para los pacientes o los esquemas casi-funcionariales para la gestión del personal sanitario.

Sería imperdonable, decíamos, no aprovechar los aniversarios redondos para introducir cierto grado de reflexión entre los coros de la celebración. Una reflexión en que las leyes, la política y la gestión sanitaria no se juzguen por sí mismas, sino en función de sus efectos sobre la salud de los pacientes y las poblaciones, por su capacidad para prestar una asistencia segura, efectiva, centrada en los pacientes, sin demoras inaceptables, eficiente y equitativa. Los méritos de la LGS en este terreno no son despreciables. Sus insuficiencias tampoco.

“Todo es igual”, decía Gil de Biedma en su poema *Vals de aniversario*. Y si no igual, al menos muy parecido, podríamos decir nosotros. Si la LGS ha permanecido vigente 25 años es, en buena parte, porque el SNS se ha mostrado extraordinariamente inmovilista en este periodo. Su estrategia básica ha sido crecer cuando se podía y aguantar el chaparrón cuando venían mal dadas. Ser, más o menos, pero ser siempre lo mismo. Hoy —siempre, pero hoy más que nunca— se requieren cambios profundos en el sistema sanitario, rediseñar sus estructuras y adaptarlas a las necesidades sanitarias reales de la población y los recursos reales disponibles. No se trata de insistir en lo que no se hizo sino en lo que, con lo que hemos aprendido, se debería hacer. Pero cualesquiera que sean las

transformaciones que se dictaminen necesarias para el SNS, tendrán su correlato o hundirán sus raíces en la pretendida piedra angular de aquel, la AP. Parafraseando al autor cuya cita abría este epígrafe, podemos decir del SNS:

Que sus misterios,  
como dijo el poeta, son del alma  
pero la *Atención Primaria* es el libro en el que se leen

Su deseabilidad y solvencia requieren, en estas fechas aniversarias, un empeño similar al que exigió la promulgación de la LGS en la superación de sus actuales insuficiencias. O, al menos, de algunas.

## De Alma Ata a Ali Ahmed

“Que aquella causa aparezca perdida, / Nada importa;  
Que tantos otros, pretendiendo fe en ella / Sólo atendieran a ellos mismos, / Importa menos.”

Luis Cernuda. *Desolación de la Quimera. La Realidad y el Deseo (1924-1962)*

Entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978 tuvo lugar en Alma Ata (entonces “la capital de la República Socialista Soviética de Kazakstan” según la consueta letanía, ahora simplemente Almaty) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la que surgió la declaración epónima. Hoy en día las primeras generaciones de profesionales de AP reconocen sin ambages la ignorancia de sus contenidos en aquellos años<sup>1,2</sup> en los que aún no era materia de los temarios de acceso al empleo público, pero es un lugar común cifrar en ese acontecimiento la decisión de fundar en España la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). Aunque la coincidencia temporal es tentadora, requiere el disculpable subterfugio de citar como “partida bautismal” el Real Decreto 3303/1978 de regulación de la Medicina de Familia y comunitaria como especialidad<sup>3</sup>, aunque tal especialidad ya estaba instaurada en el previo Real Decreto 2015/1978, por el que se regulaba la obtención de títulos de especialidades médicas<sup>4</sup>. Pero toda comunidad imaginada<sup>5</sup> necesita referentes compartidos —mitos de origen, más bien narrativas inventadas que historias— y la declaración de Alma Ata reunía la música y letra —contenidos y evocaciones— adecuadas para aglutinar distintas sensibilidades convergentes en la necesidad de reformar la relación entre el sistema sanitario y la sociedad. Como voceaba Raimon en una canción popular en aquellos años:

De ben lluny, de ben lluny,  
arribaven totes les esperances,  
i semblaven noves,  
acabades d'estrenar:  
de ben lluny les portàvem.

En aquella declaración se asociaba la AP con la neonata especialidad médica, incluso con su discutible nominación: “la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial (...) puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”<sup>6</sup>.

Discutible porque la definición “de familia”, recuperando una denominación tradicional, ya en esos años estaba más próxima a las convocatorias de encuentros de feligreses pontificales que a las preferencias gregarias, por ejemplo, de las jóvenes (antes de la extensión de la edad pediátrica) respecto a las fuentes de atención para lidiar con sus perplejidades ante problemas clásicos pero hasta entonces ideológicamente obliterados, como la contracepción, las enfermedades de transmisión sexual o la interrupción del embarazo. Discutible también, aunque más bien “ex post”, por el estrecho vínculo entre la atención individual y la perspectiva comunitaria, expresado en iniciativas tan bienintencionadas como los “diagnósticos de salud del área”. Ciertamente esto es más fácil apreciarlo ahora que entonces, cuando en el mismo acto fundacional citado se creaba la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, cuya primera función, según su vigente plan formativo, consiste en “analizar la situación de salud de la comunidad”. No debe pues extrañar que pueda afirmarse razonablemente que la primera “generación de médicos de familia fue el grupo más potente de salubristas de la década de los 80 en nuestro país”<sup>2</sup>.

Sin duda la AP ha hecho a lo largo de su trayectoria importantísimas contribuciones a la investigación de servicios sanitarios en nuestro país, de lo que da buena cuenta la publicación que lleva su nombre por cabecera. Pero cualquier refundación de la AP debe considerar, sin desaprovechar el bagaje adquirido, relajar algunas de sus preocupaciones colectivas para reenfocarse en los aspectos más descuidados de la atención individualizada. Entre los conocedores de la famosa declaración seguramente son pocos los que recuerdan el apartado que afirmaba que la AP “exige y fomenta en grado máximo la **autorresponsabilidad** y la participación de la comunidad y **del individuo**”. De no ser así, cuesta valorar positivamente los logros del sistema en cuanto a autonomía y participación de los individuos en las decisiones sobre su salud.

Resumiendo los hallazgos de una reciente revisión del proceso de especialización de la MFC<sup>1</sup>, a partir de una definición remotamente importada, y un despliegue coyuntural en buena medida autogestionado (y no sin importantes discrepancias) por quienes oficialmente estaban en su periodo de formación, las cohortes pioneras de la AP española se han amalgamado simbólicamente en unos referentes compartidos, a pesar de sus diferentes trasfondos e intereses originales (Medicina interna, especialidades varias, Medicina rural, etc.) que han sido transmitidos a las ya no tan nuevas generaciones de especialistas de MFC, con escasas modificaciones respecto a su hermenéutica canónica. Estamos pues ante un paradigma triunfante, en sentido kuhniano, en el que con la producción de “una síntesis capaz de atraer a la mayoría de los profesionales de la generación siguiente, las escuelas más antiguas desaparecen gradualmente”. Se ha cumplido así la descripción de Max Planck según la cual “una nueva verdad científica no triunfa por medio del convencimiento de sus oponentes, haciéndoles ver la luz” sino más bien porque “crece una nueva generación que se familiariza con ella”, aunque sin haber tenido que esperar al momento en que “dichos oponentes llegan a morir”<sup>7</sup>.

Y ahora que los mayores empiezan a abandonar el sistema al alcanzar la edad de jubilación, y los que quedan se caracterizan por no haber dudado nunca de su condición de especialistas ni de la existencia de un corpus doctrinal compartido, asistimos a una emergente preocupación por la escasez en la reposición de activos. Ante los evidentes problemas de falta de atractivo profesional para nuestros nuevos médicos crecen las dudas sobre la idoneidad de la afluencia de profesionales no nativos y las consecuencias que esto pueda tener para la continuidad del proyecto.

Se trata de una preocupación reciente y bifronte. En el país que ha acogido la mayor proporción de inmigrantes en una década, y que en el siglo pasado experimentó ingentes emigraciones políticas y económicas, preocupan unas docenas de médicos yéndose a trabajar al país vecino o la ocupación por licenciados internacionales de plazas formativas desocupadas. La arraigada costumbre de ver lo propio como excepcional puede explicar la generalizada ignorancia de fenómenos similares producidos en países de nuestro ámbito hace ya casi medio siglo<sup>8-10</sup>, el volumen que esta realidad supone actualmente<sup>11</sup> y el reconocimiento que allí se hace de la aportación de estos contingentes profesionales<sup>12</sup>.

Si nuestro país consigue salir razonablemente bien de las crisis que tan mal maneja, no es aventurado asumir que en los próximos 20 años una fracción importante de sus profesionales sanitarios procederá de países próximos o afines. Suponer que este fenómeno será más abultado en la AP que en otros niveles sanitarios no es un ejercicio de adivinación, sino la traslación de la evidencia procedente de otros entornos que no tiene por qué ser aquí muy distinta. En Estados Unidos casi la cuarta parte de los médicos en activo son graduados extranjeros (*international medical graduates* [IMG]) y principalmente trabajan como médicos generales, siendo un aporte esencial de recursos humanos para la AP en las áreas rurales y zonas más desfavorecidas<sup>13</sup>.

Para quienes confiamos en el saldo positivo del mestizaje, la hibridación y el oreo de ámbitos cerrados, la incorporación de profesionales procedentes de otros entornos seguramente aportará, además de sus diferentes trasfondos culturales, experiencias formativas fundadas en otros marcos. La biodiversidad puede ser también enriquecedora y contribuir a la reconfiguración de una AP más adaptada a la realidad sanitaria del país y de su sistema de salud. Pero seguramente aún es pronto para reflexionar sobre ello y esperaremos a que, también en esto, el destino nos alcance. En cualquier caso deberemos ir pensando si algunas de nuestras prédicas de entonces, que hoy sorprenderían a no pocos de nuestros pacientes, no provocarán la estupefacción de mi futuro médico de cabecera, sea esta Elizabeth Quispe o Ali Ahmed<sup>1</sup>.

## Si la Atención Primaria cotizase en La Bolsa

“Nowadays people know the price of everything, and the value of nothing”

Oscar Wilde. *The picture of Dorian Gray*

Durante un cuarto de siglo nos hemos esforzado por difundir el valor que tiene la AP para la sociedad, aportando todo tipo de evidencias y argumentos en su aval<sup>14</sup>. Hemos explicado cómo la AP es la base lógica de un sistema sanitario efectivo, y que resulta esencial para lograr eficientemente el objetivo deseable de este: una asistencia de elevada calidad que logre los resultados pretendidos<sup>15</sup>. El éxito de esta pedagogía es discutible y merece más atención de la que se le viene prestando. Pero donde parece indudable que

---

<sup>1</sup> Quispe es el apellido más frecuente en Perú, mientras el apellido Mohamed se impone ya claramente en Ceuta y Melilla al García, al que sigue muy de cerca el apellido Ahmed.

los logros son muy inferiores a los deseables es en el intento —si se ha producido— de que las nuevas generaciones de médicas sean conscientes del valor de la AP.

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. Ciertamente la vocación también desempeña un papel, pero algo sabemos de su funcionamiento —en el Reino Unido— gracias a un reciente trabajo<sup>16</sup> comentado por Beatriz González López Valcárcel en GCS—Gestión Clínica y Sanitaria<sup>17</sup>. En el NHS 10 años después de graduarse casi la mitad de los médicos trabajan en una especialidad distinta a la que habrían elegido el primer año después de la graduación. Sin embargo, el 90% ejerce la especialidad que declaraba preferir 5 años después de la graduación. Existen importantes diferencias entre especialidades, y tanto Medicina General como Psiquiatría presentan concordancias altas, del 82,1% y 74,8% el primer año respectivamente.

Este año el parquet MIR ha confirmado las tendencias apuntadas en las últimas sesiones, una elevada cotización de la Cirugía plástica y reparadora y de la Dermatología y un bajo aprecio de la MFC. Si el año anterior la primera “compradora” de Medicina de Familia tenía el número 234<sup>18</sup>, para 2011 podríamos decir que su primera compradora tenía el 210, la segunda estaba situada 210 puestos detrás, la misma distancia que la separaba del tercero, a este del cuarto y la misma respecto a la quinta, pues de los primeros 1.050 “inversores” solo 5 eligieron la especialidad que se asume piedra angular del sistema. Aunque en realidad el primer número que “compró” MFyC 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 en el puesto 47. Este puesto 47 significa que la preferencia por invertir en MFyC solo está por delante de las tres especialidades de escuela, según un trabajo de Beatriz González López Valcárcel y Patricia Barber de 2010 aún inédito, lo que también da idea de la velocidad con la que respondemos a las necesidades planteadas por un mundo aceleradamente cambiante.

Al menos en el último lustro el interés por elegir Medicina de Familia sigue una tendencia bajista, por seguir empleando el pueril argot bursátil. La sobreabundancia de plazas ofertadas no basta para explicar su pérdida de cotización, atribuible más bien a la pérdida de atractivo de esta inversión. Seguramente conviene apuntar que este deterioro no afecta al conjunto de la AP sino solo a la Medicina de Familia, aunque la mejor cotización obtenida por Pediatría pueda atribuirse a sus más variadas encarnaciones.

Ciertamente el problema no es únicamente español y se constatan tendencias similares no solo en Gran Bretaña y Estados Unidos, sino también en Canadá, Australia o Nueva Zelanda, agudizándose en las dos últimas décadas<sup>19-21</sup>. Pero con independencia de la adecuación de la metáfora entre las puntuaciones de quienes en la adjudicación de plazas formativas MIR optan por dedicarse a la MFyC y la valoración de activos que hacen los inversores en la bolsa, intranquiliza —o debería hacerlo— la escasa fe de estos “compradores” en una especialidad a la que fiamos la calidad y eficiencia del sistema. Sobre esto se puede actuar intentando mejorar la valoración que se tiene de la especialidad, tanto por los estudiantes de pregrado como por el conjunto de la sociedad, aunque las esforzadas iniciativas al respecto siguen siendo escasas y carentes de apoyos decididos. Pero lo que intranquiliza más ante un fenómeno tan llamativo y continuado en el tiempo es la desidia de los reguladores que, a lo sumo, parecen preocupados 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 realmente estratégica.

## La empresa de la Atención Primaria ¿y su futuro?

“Siempre me ha sucedido lo mismo: las empresas en las que me lanzo tienen el estigma de lo indeterminado, la maldición de una artera mudanza.”

Álvaro Mutis. *Empresas y tribulaciones de Maqroll el gavierno*.

Hasta aquí hemos atendido a la empresa de la implantación, desarrollo y perfeccionamiento de la AP en nuestro país, entendida como una acción o tarea que entraña dificultad y cuya ejecución requiere decisión y esfuerzo. Por una vez la definición del DRAE refleja bien las peculiaridades del concepto. Pero existe una segunda acepción de la empresa de AP cuya menor aplicación a la realidad abordada no debería pasar inadvertida. Se trata de la concepción de la empresa como unidad de organización dedicada a actividades industriales, mercantiles o de prestación de servicios.

La organización de la AP ha ocupado demasiado tiempo en debates —del funcionamiento de los Equipos de AP (EAP), de la necesidad de las Gerencias de AP y otros similares— de escaso calado por sumamente “endógenos”. Se ha dedicado mucha menos reflexión a valorar la conveniencia de mantener el diseño organizativo básico que subyace en la inmensa mayoría de opciones consideradas. En un SNS agitado entretenido en realizar experimentos —a prueba de fallos— de dudosa utilidad por incompatibles entre ellos, 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 ello.

Una visión positiva de la situación permitiría afirmar que en casi la mitad de las CCAA coexiste más de un modelo de gestión, generalmente debido a que se ha implantado alguno en fase experimental. Dichos modelos innovadores están orientados hacia la autonomía de gestión de los EAP, básicamente en el marco de las Áreas Únicas o la Gestión Integrada, junto a la peculiaridad —por su régimen jurídico— de las Entidades de Base Asociativa (EBA). Una mirada más atenta muestra que, la implantación de experiencias de EBA está restringida a una Comunidad Autónoma, mientras las llamadas experiencias de gestión de Área Única o Gestión Integrada existen en 7 CCAA.

Entre las alternativas de diseño organizativo de la AP con las que se experimenta o especula, la que resulta más “específica” es la conocida como “autogestión” o “autoconcertación con asociaciones de profesionales”. Sea cual sea la etiqueta adoptada, la característica definitoria de estas experiencias consiste en una contratación externa de los servicios de AP en la que los médicos de AP se convierten en empresas concertadas y pasan a trabajar por cuenta propia<sup>22</sup>. En el único caso realmente existente, el de la docena de EBA catalanas, se trata de organizaciones con entidad jurídica propia —que pueden ser sociedades anónimas, sociedades limitadas, sociedades laborales o cooperativas— y han de estar constituidas total o mayoritariamente por profesionales sanitarios. Las EBA

supusieron una gran innovación en la AP catalana de los años noventa y han sido sometidas a varias evaluaciones formales, con lo que tras más de una década de experiencia existe una perspectiva suficiente para considerar su evolución y juzgar su validez en el contexto sanitario actual<sup>23</sup>.

Siendo España uno de los pocos países de nuestro entorno en que los médicos de AP son asalariados de la Administración que trabajan en dependencias propiedad de esta, las experiencias de este tipo son quizá las únicas que plantean radicalmente la reorientación hacia un modelo de profesionales no integrados verticalmente en la producción pública, sino que ofertan la prestación de sus servicios al financiador, asumiendo los riesgos económicos (margen de beneficios) que se deriven de su mayor o menor eficiencia como resultado de su gestión clínica. Aunque nadie ha propugnado su universalización inmediata, parece indudable que existen algunas indicaciones claras para las asociaciones de profesionales en sanidad<sup>24</sup>.

Así pues, fuera de las modalidades de gestión directa existen dos alternativas en liza. Por un lado las sociedades de profesionales hasta aquí reseñadas, aunque pueden adoptar diferentes formas, como cooperativas, sociedades laborales, mercantiles, etc. La otra alternativa con plasmación real —y creciente— son las concesiones administrativas en las que se incorpora la AP. El caso más amplio lo proporciona la Comunidad Valenciana, en la que una vez se renunció al llamado “Modelo Alzira” a los tres años de funcionamiento, con la resolución de la concesión al Hospital de La Ribera, se procedió a su sustitución por un segundo diseño —¿Modelo Alzira II?— en el que se integra también la AP y la Salud Mental. La extensión del modelo a 5 departamentos permite afirmar que se “deriva al 39% de la población de la provincia de Alicante a centros de salud de gestión privada”<sup>25</sup>.

Aunque los profesionales de esos centros de salud conservan el carácter y derechos con los que se incorporaron al sistema público, sabemos demasiado poco de su funcionamiento, sus incentivos, autonomía, capacidad de gestión, etc. La incorporación de la AP en las concesiones administrativas supone integrar progresivamente médicos y enfermeras acogidos al modelo estatutario con otros de nueva contratación regidos por relaciones laborales comunes. Sea cual sea el diseño de esos contratos y las “bonificaciones” incorporadas a las retribuciones garantizadas funcionarialmente, esta alternativa permite modificar los mecanismos de incentivos al personal, pero puede suponer limitaciones a la autonomía profesional, se entienda lo que se entienda por esta. Es difícil imaginar que ninguna empresa concesionaria vaya a igualar o superar la laxitud demostrada por nuestra gestión pública en la demanda de rendimientos o en la exigencia de cumplimientos básicos.

Sin embargo, parece como si la confianza en el mantenimiento del *statu quo* estatutario dispase cualquier preocupación por estas formas alternativas de gestión. Y no debería ser así. Contrasta la bizantina discusión casuística sobre la adecuación de las distintas formas jurídicas de las sociedades profesionales frente a la relativa desidia con la que se obvia la conformación de una nueva modalidad empresarial de prestación de AP.

No parece muy arriesgado pensar que en el inmediato futuro no abundarán las ofertas de empleo público en AP, por lo que su desarrollo pasará necesariamente por alguna de las modalidades contempladas. Pero nuestros médicos parecen no querer enfrentar si prefieren un futuro societario de base profesional trabajando por cuenta propia o

subsumidos en empresas concesionarias integradas. Y no es lo mismo trabajar por cuenta ajena para la Administración pública que para sus arrendatarios, obligados a presentar a sus accionistas cuentas de resultados saneadas.

## La corresponsabilización de los usuarios: el copago entre las tribunas y las consultas

“Curious how often you humans manage  
to obtain that which you do not want.”

Mr. Spock. *Star Trek (Episode 26, Errand of mercy. 1967).*

La recurrencia de las algaradas a cuento del copago farmacéutico resulta sorprendente para casi cualquier observador externo, pero también para muchos concededores de las entretelas del SNS. Para sorpresa de algunos, cada vez que se plantea alguna racionalización del SNS reaparece el enquistado debate sobre la corresponsabilización individual de los usuarios en los costes de su asistencia. Se han cumplido 20 años del malogrado Informe Abril, cuya discusión fue anulada por la bronca, que no debate, sobre el “ticket moderador”, eclipsando cualquier otro aspecto de las propuestas de reforma. Si ahora sustituimos “ticket moderador” por “copago” —o “repago” como prefieren algunos con esforzada ignorancia de la generalizada existencia de tasas y precios públicos— podría afirmarse que envejecemos pero no avanzamos.

Cada día más voces reclaman, razonablemente, un mayor protagonismo de los ciudadanos en las decisiones relativas a su salud. Cuando este protagonismo se refiere a decisiones de compra entre alternativas con diferente valor y precio, el modo más adecuado de ejercerlo es a través de una implicación en los pagos<sup>26</sup>. Esto no tiene que suponer abolir la financiación pública orientada a garantizar el acceso a las prestaciones sanitarias. El sistema de precios de referencia es una expresión de la sentencia anterior. Entre alternativas de eficacia comparable y distinto coste la sociedad financia —en la medida que cree oportuno— la de menor precio. Las preferencias de cada usuario por marcas, hábitos, sabores u otras características que no afectan a la utilidad terapéutica deberían ser sufragadas por quien las disfruta. Pero mantener una amplia financiación pública no tiene que suponer mantener una gratuidad no siempre justificable para unos y unos copagos de elevada intensidad para otros, demasiado a menudo con mayor necesidad y adecuación que los primeros.

Lo que no debería dejar de sorprender es la contumacia en defender una de las mayores insensateces de nuestro SNS, una prestación farmacéutica financiada agregadamente con recursos públicos de manera casi total (95%), pero compatible con un copago nominal muy elevado (40% para todos excepto los calificados como “pensionistas” o asimilados) y sumamente injusta en su distribución. Así, más que defensores de la eliminación del copago lo que encontramos son partidarios de perpetuar el existente. Por este asunto hemos tenido que soportar la vergonzante y reiterada exhibición de impudicia de nuestros legisladores o de ignorancia sobre su “trabajo”, argumentando reiterada y unánimemente contra “la introducción de copagos”. En marzo de 2009,

“el pleno de la Cámara Baja aprobó por unanimidad una proposición no de ley en la que instaba al Gobierno a rechazar la introducción de cualquier forma de copago por parte del usuario del sistema nacional de salud”<sup>27</sup>, y para más INRI, en febrero de 2011<sup>28</sup> “la comisión de Sanidad del Congreso aprueba una proposición no de ley que rechaza cualquier fórmula para que el usuario pague por receta o visita al médico”<sup>29</sup>. Es decir, todas las formaciones políticas votaron contra la introducción de algo que, en el caso de la farmacia, esta “introducido” desde 1966, con modificaciones al alza en la década de 1970, cuando se pasó de una aportación fija (D. 3157/1966<sup>30</sup>) a una porcentual (Real Decreto 945/1978)<sup>31</sup>.

Algún día habrá que investigar las definiciones de equidad que permiten considerar que esta no se vulnera cuando al jubilarse un trabajador incluido sin elección en las “MUFACES” debe seguir pagando por sus medicamentos un 30% del precio, mientras se exime de ese tributo al resto de jubilados con independencia de la cuantía de sus rentas. También cuesta captar la justicia distributiva por la que un 1% de empleados de una municipalidad acumula el 22% de los copagos, el 2% soporta una tercera parte de estos y el 5 el 53%<sup>32</sup>, cifras similares a las encontradas para la población cubierta por el CatSalut en la que el 1% asumía el 25% de los copagos y el 5% el 49,4%, con una distribución notablemente regresiva por el superior esfuerzo en relación con la renta para las decilas en que esta es menor<sup>33</sup>. Aunque estos datos pueden no ser generalizables, demuestran que nos encontramos ante importantes concentraciones de los copagos, sin apenas relación con la capacidad económica de los individuos. También demuestran el reducido interés por conocer los efectos distributivos de las políticas que se propugna perpetuar.

Las apelaciones retóricas y escasamente fundadas a las supuestas desigualdades que provocaría alguna forma más racional de copago están suficientemente desacreditadas por la evidencia. Pese a la extendida negativa a aceptar la desnudez regia, la falta de equidad del sistema actual está constatada. Conviene recordarlo, para instrucción de una mayoría más guiada por consignas que por constataciones empíricas. Agregadamente el copago farmacéutico en España es uno de los más bajos de Europa, pero su tipo nominal y la definición de sus exenciones dista de conseguir una aceptable equidad, si se entiende como igualdad de acceso a un tratamiento efectivo para una misma necesidad. Esto es obvio cuando se considera que el copago exigido en la actualidad apenas guarda relación con los niveles de renta y riqueza, eludiéndolo pensionistas de alto poder adquisitivo y exigiéndole a empleados en precario o desempleados con importantes cargas familiares.

Proponer como solución eliminar cualquier copago a la vista de su escasa magnitud agregada puede regalar oídos con vocación populista, pero supone arrojar el niño con el agua de la bañera. El coste que supondría tal medida —sin considerar los previsibles incrementos de gasto estimulados por la amplificación del “riesgo moral”— tiene múltiples usos alternativos, más deseables por su mayor impacto potencial en la salud de la población y su mayor capacidad redistributiva. Porque el copago no es, como algunos se empeñan en hacer parecer, una cuestión de blancos y negros, sino de matices del gris. Entre el copago sí, copago no y el gratis para todos o todos copagando, caben infinidad de alternativas más razonables. Y sobre todo socialmente más deseables que la situación actual. También puede sorprender que los enemigos del matiz sean tan incapaces de entender la noción de “copago del 100%”. Si se elimina la posibilidad de trabajar con financiaciones parciales, estamos obligados a jugar en un sistema binario: entra-no entra.

Prohibir, como pretende algún *soi-disant* progresista, cualquier forma de copago nos condena a sufragar individualmente el 100% de todo aquello que, en ausencia de formas mixtas de pago, tenga que quedar proscrito de la (maltrata) financiación pública.

Finalmente, la prescripción no es ajena a las estrategias sobre copagos. Hay poderosos indicios de que la propensión a prescribir más fármacos o de mayor precio está muy vinculada a los desembolsos que vaya a ocasionar al paciente<sup>34</sup>. En entornos con elevados copagos un 94% de los médicos encuestados considera importante prescribir la alternativa que minimiza los copagos del paciente, aunque solo el 33% cree que sea responsabilidad suya prescribir la “medicación preferida” por el financiador<sup>35</sup>. También afirman priorizar los costes para el paciente frente a los costes totales, optando por proteger los recursos del primero antes que los de la aseguradora o la sociedad. Dicho lo cual solo el 15% declara discutir frecuentemente los copagos con el paciente<sup>36</sup>. Aquí, agregadamente, el paso de la condición de activo a pensionista en los usuarios parece acompañarse de inmediato de un incremento en la prescripción recibida<sup>37</sup>. Descartando una fulminante nosogénesis del retiro laboral, queda por dilucidar el sentido de la causalidad de este fenómeno. ¿Se incrementa la prescripción porque le puede suponer algún beneficio y ya no representa ningún coste (individual)? O contrariamente ¿se omitieron antes prescripciones convenientes para ahorrarle los costes del copago? Incluso en el segundo supuesto será necesario considerar el valor atribuido a los beneficios de la nueva medicación, porque seguramente suponen una valoración muy inferior a las empleadas para la toma de decisiones sociales sobre cuándo una intervención es coste-efectiva. Aunque la primera sea individual y la segunda social, de generalizarse a distintos niveles de renta aconsejaría reconsiderar estas últimas.

Los problemas que enfrenta un prescriptor ante un paciente socialmente desfavorecido sin protección especial (pensionista o similar) al que le conviene un medicamento de elevado precio ya están en la consulta, y la perpetuación del actual sistema no los evita e incluso los agrava frente a alternativas de copago mejor diseñadas. El despilfarro que puede suponer la opción alternativa también sobrevuela nuestras consultas. Pero nada de esto parece importar a quienes, instalados en el punto de vista de Sirio, miran la realidad como un caso particular del despliegue de sus bondadosas y magníficas ideas, más estúpidas cuanto menos fundadas.

Lo que debe quedar claro es que la alternativa al “copago platónico”, ese que sólo existe en el mundo de las ideas —y las buenas intenciones con dudosas consecuencias— es el inadecuado e injusto copago real que contemplan nuestras normas y soporta diariamente nuestra sociedad. Y que la alternativa a cualquier copago no puede ser el “no copago”, sino la extensión de los copagos del 100%. Y esta no es una afirmación normativa, sino positiva en cualquier mundo de recursos limitados y necesidades casi infinitas. Se requiere pues abandonar pueriles encastillamientos en deseos imposibles o cínicos y estudiar las consecuencias de las múltiples alternativas en liza. Clamar que todos los demás están equivocados<sup>38</sup>, y que nosotros no introduciremos lo que ya tenemos es justo lo que no necesitamos. Aunque moleste reiterarlo, en este asunto se necesita más —no cabe menos<sup>39</sup>— investigación, algo que los modernos sistemas de gestión de la prescripción hacen hoy sumamente factible. También convendría aplicar a este asunto la propuesta atribuida al último Presidente de la Segunda República Española: “Si cada español hablara de lo que sabe y solo de lo que sabe, se haría un gran silencio nacional que podríamos aprovechar para estudiar”.

## Ese valioso solar del Paseo del Prado con el interesante Edificio de Sindicatos ...

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

Konstantinos Kavafis. *Esperando a los bárbaros*

A lo largo de su historia el SNS ha desarrollado una extensa afición a una manera peculiar de bingo. Consiste en asistir a conferencias, debates y otros pronunciamientos pertrechado con un cartón en el que llevar apuntados en tres o cuatro líneas una docena o dos de términos en boga e ir tachando a medida que los ponentes van pronunciándolos. El primero en completar una línea o un cartón entero se declara ganador. Aunque escasamente ludópatas hemos cantado varios de esos bingos. Demasiados. No es que las bolas vinieran dadas, pero estaban “cantadas”. Ahora nos llevamos alguna que otra sorpresa. Uno acude al bingo con su cartón lleno de pluripatológicos, polimedcados, crónicos, ancianos frágiles, atenciones integradas y coordinaciones variadas... y las bolas que más se repiten son recortar, racionar, racionalizar, ajustar, rebajar, reducir, limitar, desacelerar (el gasto), “aminorar” (el crecimiento), corresponsabilizar (a los usuarios) y “reestructurar” (los servicios).

No es tanto que ahora preocupe más esa peculiar amalgama de eficiencia y despilfarro con la que hemos edificado el SNS, sino que hemos descubierto, casi por sorpresa, que debemos demasiado y hemos de gastar menos. Así que la idea del racionamiento, no solo sanitario pero también el sanitario, ha entrado con fuerza en la agenda de nuestros gobiernos. Por los calendarios electorales su enunciación muestra distintos “tempo” según las CCAA, aunque para todas el gasto sanitario representa el agujero más importante de sus (irreales) presupuestos. No es el momento de contar cómo hemos llegado hasta aquí. En otra parte hemos contado cómo cuando nos creíamos ricos no supimos ser sabios ni felices<sup>40</sup>. Acabada la fiesta toca sacudirse las lentejuelas de los ojos, mirar en derredor, apreciar las abundantes derivas insensatas adoptadas y prepararnos para lidiar con los múltiples afectados que, razonablemente, se resistirán a perder algunos de los premios obtenidos en aquel casino.

Las estrategias para reconducir el gasto sanitario hacia niveles compatibles con nuestras disponibilidades se resumen en: 1) reducir servicios o prestaciones; 2) mantener prestaciones reduciendo su calidad o su precio; 3) mejorar la eficiencia interna: hacer más con lo mismo, dejar de hacer lo que no aporta valor; y 4) cualquier combinación de estos elementos. Inicialmente la reducción de prestaciones debería considerarse para aquellas de efectividad cuestionable. Esto es, dejar de hacer lo que no hubiéramos debido hacer ya antes de la crisis. Un paso posterior, más ingrato, debería abordar aquellas prestaciones efectivas pero de escaso valor o de menor valor que otras prestaciones (en relación con los recursos necesarios para prestarlas). Aquí se trata de mirar no solo lo que hacemos, sino también lo que dejamos de hacer al emplear los recursos en una

prestación (y no en otras). Se trata de elegir. Una organización que, por ejemplo, gasta 250.000 euros al año en tratar a un solo paciente de hemoglobinuria paroxística nocturna, mientras deja morir a docenas por no disponer de rehabilitación respiratoria o cardíaca debe meditar mejor sus elecciones.

Mantener prestaciones reduciendo su calidad o, sobre todo, su coste es la estrategia ya adoptada por nuestros gobiernos. Pasa por recortar salarios, reducir las plantillas en términos reales (mantener vacantes las vacantes, restringir guardias o refuerzos, no sustituir, en sus formas más simples), reducir los precios de los medicamentos y otros suministros, etc. Teniendo en cuenta que personal y medicamentos suponen el 70% del gasto sanitario, no parece una estrategia evitable, aunque los ahorros así generados tienen un suelo que se ve cercano. La presión sobre los salarios del personal difícilmente podrá aumentarse (o prolongarse en el tiempo) sin conflictos laborales. La actuación sobre los precios de los medicamentos (que no sobre las cantidades dispensadas) se suma a las medidas de años previos y también parece acercarse al límite de lo que puede soportar la cadena farmacéutica.

Las propuestas para mejorar la eficiencia interna incluyen un amplio abanico de medidas para hacer más con menos o dejar de hacer lo que no aporta valor. En relación con la AP se ha sugerido<sup>40</sup> mejorar la coordinación de cuidados, entre niveles asistenciales y entre profesionales del mismo nivel, mejorar la indicación de pruebas diagnósticas y tratamientos, mejoras de calidad asistencial para reducir complicaciones y efectos adversos, reducir la variabilidad, implicar a los pacientes en sus propios cuidados y otras enfocadas a evitar la utilización intensiva y las duplicidades en pruebas, visitas u otros servicios. También convendría prevenir el exceso de prevención y los excesos de medicación. España es el segundo país, tras Estados Unidos, en consumo de medicamentos y recordemos que nada indica que seamos los más enfermos ni los más ricos. Muchas de estas medidas son aplicables también a la Atención especializada que, adicionalmente, debería enfrentar un importante proceso de concentración y reorganización.

En la racionalización de las prestaciones se entreveran inextricablemente dos niveles de actuación: ¿qué hacer? y ¿cuánto hacer?, encarnándose este último en el siempre peliagudo ¿a quién hacérselo? Definir la primera pregunta es tarea inexcusable de los reguladores. Para ello necesitan contar con organismos evaluadores solventes, paneles de expertos independientes y demás alternativas tan abundantes en otros países como paupérrimas en el nuestro. No es que no exista un NICE, es que nunca hemos pensado en tener un Informe Dunning como en Holanda, una Comisión Parlamentaria sobre Prioridades Asistenciales como en Suecia o una lista explícita de prestaciones cubiertas al estilo del Estado de Oregón, por citar iniciativas que otros países más ricos que nosotros emprendieron hace 15 o 20 años.

Sin duda veremos convocar paneles de expertos, comités de evaluación, grupos de trabajo, sabios diversos y “opinadores” de guardia para intentar definir algunas exclusiones en nuestra amplia cartera de servicios (exclusiones que, con menos duda aún, acabarán incorporando más excepciones que reglas). Lamentablemente, estas decisiones, aun siendo necesarias para liberar al SNS de constricciones insensatas, no serán suficientes. No parece de recibo que las CCAA no puedan tomar sobre los suministros farmacéuticos las mismas decisiones que adoptan cotidianamente sobre prótesis de cadera, marcapasos y cosas bastante más serias que un “prazol”. Cuando 17 servicios de salud en indudables apuros económicos tienen que convivir con un Ministerio, parecería razonable

que este dedicara menos esfuerzos a impugnar (en aras de una supuesta equidad entre territorios) las medidas racionalizadoras que a aportar un marco normativo en el que quepan las diferentes propuestas.

Nadie niega la deseabilidad de un Ministerio de Salud, pero conviene recordar su ejecutoria. Cuando pudo no ordenó los recursos humanos, no estableció en su momento bases comunes para los sistemas de información permitiendo uno de los mayores despilfarros redundantes que se recordara en años, y cuando se reclaman “recursos finalistas” para la sanidad se omite que nunca ha exigido —ni siquiera a cambio de los fondos de cohesión, los únicos finalistas que ha manejado— una devolución mínima y común de datos. Lamentablemente el mayor valor que cabe atribuirle es el del céntrico solar que ocupa holgadamente y el interesante “edificio de sindicatos” ahí construido por Francisco de Asís Cabrero Torres-Quevedo, inteligentemente deudor de la magnífica arquitectura (fascista) de Terragni y Libera, suponiendo uno de los escasos ejemplos de vanguardia en una época en que imperaba el casticismo más casposo. Antes de propugnar recentralizaciones de eficacia discutible, algunos conversos al ideario jacobino deberían recordar ciertas proezas del “Comité de salud public” creado por tan meritorio club.

Pero la tarea difícil, la crítica para la viabilidad del sistema, está, como siempre, en manos de sus profesionales. Es preciso reorientar los supuestos bajo los que se adoptan las decisiones sobre a quién hacer qué. También abandonar los tópicos del “más siempre es mejor”, el “más vale prevenir”, el “si es caro será porque lo vale”, “lo nuevo siempre es mejor” y el “si no quieren que lo use, que no lo autoricen”. La salud del sistema, y la de nuestros conciudadanos, se juega en el modo en que se lleve a la práctica la mejora de la eficiencia interna (en el cómo hacer más con lo mismo y en cómo dejar de hacer lo que no aporta valor). Algo que —sea cual sea el marco regulador— depende de los millones de decisiones que desconcentradamente adoptan los profesionales sanitarios en su que-hacer diario. No debe olvidarse que un médico de Primaria gestiona más presupuesto en sus decisiones de qué deriva, qué pruebas pide y qué medicamentos receta, que buena parte de nuestros alcaldes.

Para tener éxito en estas tareas se requiere la motivación de los profesionales y la aportación sistemática, sencilla y eficaz de la información necesaria para la toma de decisiones concretas. Y aquí tampoco hay grandes razones para el optimismo. Aun asumiendo una elevada motivación intrínseca de los sanitarios, los mecanismos de incentivación que señalicen y faciliten las actuaciones deseables son reducidos y muy defectuosos, mientras la experiencia de nuestros gestores en este tipo de gestión es, digamos, insuficiente. En cuanto al aporte de información, aún no se ha visto un movimiento desde los organismos de coordinación sanitaria para poner en marcha cosas tan sencillas y trasladables como el repositorio *do not do recommendations* (recomendaciones de no hacer) del NICE<sup>41</sup> o su simétrico “recordatorio de recomendaciones de práctica óptima”. Sin herramientas fiables que ayuden a disminuir la incertidumbre y a mejorar la toma de decisiones clínicas, no es razonable esperar comportamientos acordes con las necesidades no exactamente coyunturales del sistema.

Es decir, una perspectiva optimista permite asumir que se tomarán decisiones de racionalización de prestaciones y que incluso se hará razonablemente bien. Así, al final haremos de sastrería lo que tiempo atrás pudimos haber comprado ya *prêt-à-porter* en los grandes almacenes de los sistemas sanitarios de nuestro entorno. Digamos una lista *do not do* del NICE, unos criterios de inclusión de prestaciones a la holandesa, unas

compras descentralizadas pero coordinadas-observadas a la belga... Pero el problema es que si eso no se traslada a las microdecisiones, no funcionará adecuadamente. Como apuntamos, sin incentivos (señalización) ni información adecuados, los profesionales difícilmente se acomodarán a las pautas de actuación pretendidas, lo que obligará a eliminar del todo algunas prestaciones para evitar usos mayoritariamente indebidos. Y el riesgo verosímil de esa deriva es acabar con un catálogo tan precario como un botiquín de piscina.

Está muy extendida la preocupación por los recortes, pero lo preocupante es si el SNS será capaz de adoptar estrategias más inteligentes que las empleadas en anteriores períodos de desinversión o las que históricamente se han mostrado fútiles. No parece que se pueda seguir igual y esperar a que escampe. Seguir igual, más de lo mismo, es continuar obviando la evaluación de costes, de impacto presupuestario y coste-efectividad de los nuevos equipamientos, medicamentos, tecnologías y programas; es seguir discutiendo del copago en abstracto y no de cada posible aplicación concreta (¿qué prestaciones? ¿a quién? ¿cómo? ¿cuánto?); es ignorar que la calidad de la sanidad depende de la proximidad de sus profesionales a los mejores modos de práctica y que sin su implicación efectiva en la aplicación de las estrategias que se adopten, el desistimiento social será vertiginoso. Para lo cual parece ineludible avanzar en su buen gobierno, dada su ineludible contribución a lo planteado.

Es en estas decisiones donde se dirimirá si la crisis es una catástrofe sin paliativos o, también, una oportunidad para encarar los cambios eternamente aplazados: empezar lo que siempre pospusimos, dejar de hacer lo que nunca debimos incorporar, discriminar lo esencial de lo accesorio, lo valioso de lo superfluo, lo clientelar de lo necesario y, algo especialmente difícil, el bienestar público del bienestar de quienes trabajamos —desde cualquier nivel— para el sector público.

## **El buen gobierno en sanidad, también necesario para salir de esta crisis**

Aunque no sea fácil demostrarlo empíricamente, la política no se instauró para agradecer clientelarmente la munificencia de quienes, por nuestra delegación, manejan los recursos del conjunto de la sociedad. La política nos sirve para adoptar decisiones difíciles, que han de sopesar cuáles son las alternativas menos nocivas, lidiando con los descontentos para lograr el resultado socialmente más deseable. La calidad del gobierno también afecta la práctica clínica, que precisa de profesionales autónomos en su ámbito, responsables y “gobernados” por el padecimiento del paciente. Pero los clínicos trabajan en un entorno que no promueve su orientación hacia los objetivos deseables. Como señala Juan Gérvas<sup>42</sup>, en España se extraen rentas de los médicos que trabajan bien. Un mejor diseño de incentivos podría ayudar a alinear los intereses de los médicos con los de la sociedad. Los regalos y la participación masiva de las industrias en la formación continuada de los médicos contribuyen a una pérdida de imparcialidad y una obligación de corresponder a los “dones” recibidos; así se alinean los intereses de los profesionales con los de las industrias, muchas veces en perjuicio de las necesidades de los pacientes y de la sociedad.

El papel que pueden desempeñar las organizaciones profesionales en el gobierno sanitario merece una reflexión abierta. En un entorno en que apenas se enuncian políticas sanitarias globales con directrices objetivables, donde los diferentes servicios autonómicos casi tan solo se diferencian en sus insensatos “yo más” y en los que brilla por su ausencia la interlocución con los profesionales, usuarios y ciudadanos mientras campan a sus anchas los grupos de presión industriales y corporativos, se requiere perentoriamente una recomposición del profesionalismo. A pesar de las importantes carencias de las organizaciones profesionales, lastradas por su escasa representación, una *autoritas* cuestionable y su frecuente utilización sesgada para defender intereses corporativos, no siempre mayoritarios, merece la pena fomentar a medio plazo una revalorización de los espacios del profesionalismo, incentivando sus cometidos más específicos y propiciando la implantación de buenas prácticas, reducción de conflictos de intereses y asunción de un liderazgo técnico que la sociedad necesita incluso más que los propios clínicos.

Necesitamos una mejor política para una mejor gestión y ambas para una mejor clínica. Transparencia, meritocracia, movilidad, incentivos adecuados surgen de nuevo como términos clave en la clínica, en un contexto, eso sí, de un profesionalismo tan cambiante como necesario y cuya esencia organizativa es la de disponer de un ámbito decisivo, diagnóstico y terapéutico, autónomo dentro de la organización sanitaria a la que se pertenezca. Organización que, a su vez, vive influida por la forma en que la sanidad esté estructurada y financiada.

El SNS enfrenta dos grandes retos: lograr su deseabilidad por los importantes grupos de ciudadanos aún desafectos (los que votan con los pies, rehuyendo su cobertura, tanto con financiación privada como con la privilegiada pública con capacidad de elección) y garantizar su solvencia, concepto más relevante que la macerada “sostenibilidad”. Ambas exigen proveedores más autónomos que permitan el desarrollo de una competencia por comparación y pago por resultados sobre una base de financiación poblacional, estimuladora de la continuidad asistencial y la integración, real o virtual, entre niveles asistenciales, con el criterio guía de atender cada circunstancia en el lugar y por el profesional con mejor capacidad resolutoria. El mejor gobierno de las organizaciones sanitarias requerirá, a medio plazo, de una cierta competencia que ha de permitir la separación de la función del Estado como propietario de la función del Estado como regulador. Existen muchas formas organizativas intermedias entre las rabiosamente públicas y las rabiosamente privadas, respecto a las cuales la estrategia de radicalismo selectivo<sup>43</sup>, el ensayo y el error continúan siendo alternativa más válida que la uniformidad inmovilista inane e indiferente a los cambios sociales.

No hay que olvidar que las decisiones que gobiernan la experiencia sanitaria de los ciudadanos son esencialmente “micro”. Hay que trabajar con la cabeza en lo “macro” y las manos en lo “micro”. Lo que pasa por abordar la cuestión de las normas clínicas: alinear incentivos, fomentar la movilidad geográfica, funcional, entre especialidades, flexibilizar, autonomía cuando se pueda, descentralización casi siempre... bajo unas reglas de juego como las delineadas anteriormente. Y de nuevo aquí, experimentos selectivos que permitan a los profesionales más dinámicos e innovadores actuar cómodamente, al tiempo que permitan mostrar que lo que muchos se empeñan en declarar imposible puede ser factible e incluso fácil de lograr.

En definitiva, mejorar el gobierno de nuestras instituciones para responder mejor a los verdaderos problemas de salud y los retos de la crisis no solo es posible, sino fácil,

ya que solo quiere minimizar sus vicios más obvios y aprender de quienes lo hacen manifiestamente mejor. Más complicado, pero más ilusionador, es localizar y activar las palancas que contribuyan a lograr de ello el mayor beneficio social.

La necesidad de enfrentar —no meramente capear— la crisis es una excelente oportunidad. Aprovechar las bienintencionadas iniciativas de diferenciación mostradas por algunas administraciones es un paso obligado. Buscar formas de movilizar y canalizar las inquietudes de los profesionales con el diseño vigente, un reto y una obligación para cualquiera que renuncie a instalarse en la cultura de la queja y prefiera Ítaca a la falsa nostalgia de una Arcadia que nunca existió. La alternativa es la confianza, también kavafiana, en que lleguen los bárbaros y nos den la ley.

## Vías de avance y callejones sin salida

“Soy un estratega sombrío que, habiendo perdido todas las batallas, traza ya, en el papel de sus planes, disfrutando de su esquema, los pormenores de su retirada fatal, en la víspera de cada una de sus nuevas batallas.”

Fernando Pessoa. *Libro del desasosiego*.

Cuando se trata de cómo hacer avanzar la AP sobre las sombras planteadas conviene atender, al menos, dos cuestiones. La primera, y principal, es la reflexión sobre las bases que han de sustentar un nuevo modelo de AP para la primera mitad del siglo XXI. Y cuando decimos nuevo queremos decir nuevo, no aquel “Nuevo Modelo de Atención Primaria” que, contra las normas de la Academia, escribíamos con versales. Pero la segunda, y no menor, se refiere a las estrategias para lograr su materialización, entendiendo por tales el conjunto de medios puestos al servicio del logro de los objetivos planteados. E incluyendo aquí las imprescindibles estrategias retóricas que deben permitir a colectivos cada vez más amplios visualizar la deseabilidad de los cambios propuestos.

En las numerosas batallas —y escaramuzas, refriegas y reyertas— libradas por la AP es fácil identificar situaciones en las que se han confundido los medios con los fines, se ha buscado el enfrentamiento en campo abierto sin considerar la superioridad de las fuerzas antagónicas, o se han empleado recursos retóricos más acordes con los imaginarios de los proponentes que con los valores perceptivos de los destinatarios. Ir aprendiendo de esas experiencias es irse convenciendo de que ninguna equiparación de los presupuestos asignados a la AP con los de la asistencia especializada supondrá un mágica solución de sus problemas (que no son principalmente de limitación de recursos). Dado que, si excluimos del cómputo la factura farmacéutica, el gasto en AP se destina básicamente a personal, triplicar las retribuciones de los profesionales (o su número) permitiría una rápida equiparación sin que sean previsibles mejoras en su funcionamiento.

También una vez se logre eliminar absurdas consultas burocráticas inexplicablemente mantenidas en el tiempo y se module la tendencia a pautar dudosas revisiones de arbitrariedad periodicidad, considerando el tamaño comparativamente reducido de nuestras listas de pacientes —cupos— ¿podremos seguir insistiendo en 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 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 bastante de los magníficos resultados obtenidos por algunas consultas de Enfermería, pero ¿sabemos lo suficiente de los 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.

Tampoco la traslación de las estructuras directivas hospitalarias supondría verosímilmente una mejor gestión de la AP. La proliferación de gerentes, directores y subdirectores médicos y de Enfermería, de gestión administrativa, y demás gestiones— ahora con la coletilla “de Atención Primaria”— debería ser vista más como una amenaza a la gestión clínica y la deseable autonomía profesional que como una vía para el reconocimiento externo de la importancia del primer nivel asistencial. En definitiva, la emulación o superación de algunas características dudosamente deseables de la asistencia especializada no es garantía de avance. Sin embargo, puede ser un claro signo de fracaso y desistimiento. El día que veamos reclamar una superespecialización de la MFC (por ejemplo, MFC rural o centrohistórica o chabolaria, o de urgencias) podremos apostar sin mucho riesgo que la MFC ha perdido la partida. Y algunos signos de esto, aunque seguramente menos paródicos, empiezan a asomar ya sus orejas.

Si nos desprendemos de la pelusa que parece desencadenar reclamaciones tan dudosamente razonables, podremos pasar a preguntarnos qué se requiere para avanzar en una AP más satisfactoria, no tanto para sus proveedores como para sus destinatarios. Y a esto hemos dedicado una atención insuficiente, más preocupados por responder al “quién teme a una AP mejor”, obviando despóticamente identificar quién quiere una buena AP. Pero de hecho, fuera del círculo de los convencidos, es difícil señalar quién desea —o sabe que le convendría desear— una AP cada día mejor. Mejor no solo por más resolutive o menos burocrática, sino por responder más adecuadamente a las expectativas y demandas de sus usuarios. La satisfacción de estos con su AP es la medida de su éxito. Y todavía una fracción excesivamente amplia de nuestros conciudadanos ve la AP como un filtro a sortear para conseguir la asistencia que pretende.

Ante un desajuste en su estado de salud, el acceso al sistema sanitario a través de la AP de un usuario razonablemente sano es visto demasiado a menudo como “primer contacto” imprescindible, un filtro, para acceder al que será el “locus” resolutivo, que raramente se espera ahí. No deberíamos culparles de su percepción errada. Por más que la letra pequeña del manual de uso del SNS afirme que en ese nivel se resolverán el 80% de los problemas, es humano creer que “mi” problema es “especial”, no como la mayoría. Si además las marquesinas, letreros luminosos y placas de las consultas repiten términos como “primario”, “general”, “básico” ¿podemos en justicia desacreditar la preferencia por los centros que se anuncian como “de especialidades”, “universitario” “politécnico” y demás etiquetas campanudas al uso? Por poco razonable que nos parezca, evitar ser vistos por un médico de familia es una de las principales razones por las que una fracción no despreciable de españoles “repagan” por unos servicios a los que su tributación ya les da derecho.

Nos dedicamos con esmero a prestar una asistencia de envidiable calidad a quienes seguramente más la necesitan y se benefician de ella, los pacientes crónicos y pluripatológicos,

mientras posponemos la molesta atención “a demanda”. A falta de mejor evidencia, nuestra AP resulta equiparable en este aspecto, cuando no superior, a la mayoría de comparadores empleados: manejo hospitalario, programas específicos o AP en otros países de nuestro entorno. Pero corren tiempos en los que vemos aumentar la competencia por prestar servicios a colectivos fácilmente identificables, definibles y con procedimientos asistenciales reglados. El manejo de crónicos empieza a ser, también en nuestro país, un interesante nicho de negocio para distintos candidatos a proveedores. Imaginemos pues que, contra toda la doctrina de referencia en AP, la gestión de algunos procesos, básicamente crónicos, se empieza a subcontratar con nuevos prestadores, surgidos de sus activos en el conocimiento (programas de gestión), el tratamiento (empresas farmacéuticas), la monitorización, o de la extensión de capacidades ociosas de algunos proveedores ya instalados en otras áreas del sistema.

Por más indeseable que pueda parecer, la “externalización” de algunos colectivos de pacientes a proveedores especializados no es un futuro de ficción. ¿Habrá que esperar hasta entonces para reconfigurar modos mejores de atender a quienes acudan, en proporción no despreciable de manera renuente, a las consultas de primer nivel? Si es así, seguramente lo habremos hecho tarde y la merma de confianza sufrida contribuirá a la progresiva desafección del sistema público de salud por parte de quienes puedan eludirlo, tanto usuarios como proveedores con intereses cruzados. Hirschman, en el clásico *Salida, voz y lealtad*<sup>44</sup>, desarrolló una fenomenología de la participación en la que el motor de los cambios de ciclo es endógeno. La materialización de escenarios como el apuntado, nada inverosímiles, ahondando en la senda ya trazada pueden favorecer un futuro de “Salida, (des)lealtad y vote con los pies”, con el consiguiente deterioro público paulatino que al no afectar gravemente la demanda agregada permitirá un aumento de la “deslealtad” de unos y las huidas de otros.

¿Quién quiere una AP mejor? Seguramente sabemos quiénes deberían desearla, pero el problema es que la mayoría interesada aún no se ha enterado. Y entre su silencioso desconocimiento solo se escucha la voz de la AP y sus descontentos. Y entre estos también están los crónicos descontrolados (que no son los pacientes que molestan todos los días) y los usuarios esporádicos entre mal tratados y maltratados. Avanzar en el manejo adecuado de los primeros es fundamental, pero atender a los segundos puede ser una vía de avance crítica para la superación de recelos enquistados. Una vez identificados callejones sin salida seguramente existe suficiente coincidencia diagnóstica como para pronosticar que cualquier vía de avance para garantizar un SNS con una AP socialmente deseable e institucionalmente solvente pasa por superar con acierto los retos derivados de la crisis, que no son otros que los de siempre, pero al fin generalmente visualizados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fajardo Alcántara A. El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Tesis doctoral. Universidad de Granada: Departamento de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina; 2007.
2. Aranda Regules JM. Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública ¿Una oportunidad perdida? Rev Esp Salud Pública. 2007;81:1-6.
3. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE número 29 de 2 de febrero de 1979.

4. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE número 206 de 29 de agosto de 1978.
5. Anderson B. Comunidades imaginadas. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
6. Declaración de Alma Ata. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
7. Max Planck. Autobiografía científica y últimos escritos. Madrid: Nivola, Colección Epistémé; 2000.
8. Abel-Smith B, Gales K. British Doctors at Home and Abroad. Welwyn: Condicote Press; 1964.
9. Fein R. The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis. Washington DC: The Brookings Institution; 1967.
10. Wright D, Flis N, Mona Gupta M. The 'Brain Drain' of physicians: historical antecedents to an ethical debate, c. 1960-79. *Philos Ethics Humanit Med.* 2008;3:24.
11. Maynard A, Walker A. Doctor Manpower 1975–2000: Alternative Forecasts and their Resource Implications. En: The Royal Commission on the National Health Service, Research Paper Number 4. London: Her Majesty's Stationary Office; 1974.
12. Trewby P. International medical graduates: lessons from the past and hopes for the future. *Clin Med.* 2008;8(3):283-7.
13. Hart LG, Skillman SM, Fordyce M, Thompson M, Hagopian A, Konrad TR. International Medical Graduate Physicians. In The United States: Changes Since 1981. *Health Aff (Millwood).* 2007; 26(4):1159-69.
14. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65.
15. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editors. Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Institute of Medicine. NAP; 1996.
16. Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW. Medical graduates' early career choices of specialty and their eventual specialty destinations: UK prospective cohort studies. *BMJ.* 2010; 340:c3199.
17. González López-Valcárcel B. Casi la mitad de los médicos ingleses trabajan en una especialidad distinta a la que habrían elegido un año después de graduarse. *Gest Clín Sanit.* 2010;12(3):106.
18. Sevillano EG. No quiero ser médico de familia. *El País*, 7 junio de 2010. Disponible en: [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/quiero/ser/medico/familia/elpepusoc/20100607elpepi-soc\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/quiero/ser/medico/familia/elpepusoc/20100607elpepi-soc_1/Tes)
19. Pullon S. Training for family medicine in Canada and general practice in New Zealand: how do we compare? *J Primary Health Care.* 2011; 3:82-5.
20. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career—the influences of education and training. *Aust Fam Physician.* 2009;38:341-4.
21. Schwartz MD, Durning S, Linzer M, Hauer KE. Changes in medical students' views of internal medicine careers from 1990 to 2007. *Arch Intern Med.* 2011;171:744-9.
22. Meneu R, Peirò S, Ridaio M, Pradas F, Bernal E, Marquez S, et al. Autogestión en Atención Primaria: Asociaciones profesionales. *Rev Valenciana Med Fam.* 1999;6:19-26. Disponible en: <http://www.revistafml.es/articulo/255/revista-06-completa-gestion/>
23. Gené-Badía J. Las Entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. En: Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Madrid: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria; 2010.
24. Gervás J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit.* 1996;10:40-3.
25. Chacón Fuertes J, Jurado Moreno J, Martín Carpena G, Robledo del Corro M, Sáez Martínez FJ. Autogestión en la Atención Primaria española. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; 2011. Disponible en: [http://www.semg.es/doc/documentos\\_SEMG/autogestion\\_ap.pdf](http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion_ap.pdf)
26. Meneu R. Regulación y competencia en el sector farmacéutico. En: Repullo JR, Oteo A, editores. Un nuevo Contrato Social para un Sistema Nacional de Salud Sostenible. Madrid: Ariel; 2005.
27. [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO\\_215.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO_215.PDF)
28. [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO\\_711.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO_711.PDF)
29. [http://www.elpais.com/articulo/sociedad/grupos/parlamentarios/dicen/copago/sanitario/elpepusoc/20110222elpepusoc\\_14/Tes](http://www.elpais.com/articulo/sociedad/grupos/parlamentarios/dicen/copago/sanitario/elpepusoc/20110222elpepusoc_14/Tes)

30. Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, que regula la dispensación de especialidades farmacéuticas del régimen general de la seguridad social (BOE 30 diciembre de 1966).
31. Real Decreto 945/1978, de 14 abril. Participación de beneficiarios en el precio de productos farmacéuticos. (BOE 6 mayo de 1978).
32. Ibern P. Copago farmacéutico: Nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En: López-Casasnovas G, Callau J, editores. Necesidad sanitaria, demanda y utilización. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud; 1999.
33. Puig-Junoy J, Casado-Marín D, García-Gómez P. L'impacte distributiu del finançament dels medicaments a Catalunya. Barcelona: CRES/CAEIP; 2008. Disponible en: [http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov\\_farmacia\\_economia.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_farmacia_economia.htm)
34. González López-Valcárcel B, Libroero J, Sanfélix Gimeno G, Peiró S, Grupo IUM-SNS. ¿Riesgo moral y doble agente?. Relación de agencia entre médicos y pacientes en el SNS. Gac Sanit. 2010; 24(Supl 1):46.
35. Khan S, Sylvester R, Scott D, Pitts B. Physicians' opinions about responsibility for patient out-of-pocket costs and formulary prescribing in two Midwestern states. Manag Care Pharm. 2008;14(8):780-9.
36. Shrank WH, Joseph GJ, Choudhry NK, Young HN, Ettner SL, Glassman P, et al. Physicians' perceptions of relevant prescription drug costs: do costs to the individual patient or to the population matter most? Am J Manag Care. 2006;12(9):545-51.
37. Puig-Junoy J, García-Gómez P, Casado-Marín D. Free Medicines thanks to Retirement: Moral Hazard and Hospitalization Offsets in an NHS. Tinbergen Institute Discussion Paper. TI 2011-108/3. Disponible en: <http://www.tinbergen.nl/discussionpapers/11108.pdf>
38. Tur-Prats A, Planas-Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J, editor. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria Barcelona: Fundación Rafael Campalans; 2007. p. 57-77. Disponible en <http://fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%203.pdf>
39. González-López-Valcárcel B. ¿Qué sabemos del impacto de los copagos en atención sanitaria sobre la salud? Evidencia y recomendaciones. En: Puig-Junoy J, editor. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundación Rafael Campalans; 2007. p. 101-21.
40. Peiró S, Meneu R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. Aten Primaria. 2011; 43: 15-6.
41. <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp>
42. Gérvas J. Gobierno clínico de la clínica diaria. En: Ortún V, editor. El buen gobierno sanitario. Madrid: Springer; 2009. p. 27-45.
43. Ortún V, López-Casasnovas G. La reforma del sistema sanitario español: radicalismo selectivo. Hacienda Pública Española. 1993;1(Monografías):15-31.
44. Hirschman AO. Salida, voz y lealtad. México: Fondo de Cultura Económica; 1977.