

Número coordinado por Enrique Bernal Delgado

Editorial	
La práctica dual, pública-privada, en sanidad	43
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
El tiempo de espera no influye en los resultados tras la cirugía de revascularización coronaria	46
Las intervenciones mediadas por farmacéuticos pueden ser útiles para reducir ingresos hospitalarios asociados al consumo de fármacos	47
Influencia de los cuidados enfermeros en la mortalidad: la necesidad de mejorar la comunicación con los médicos	48
La clínica sigue guiando el pronóstico de la angina de pecho estable	49
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Un megaensayo clínico con 45.000 pacientes muestra que el clopidogrel reduce la mortalidad después de un infarto ...	50
Sin embargo, el clopidogrel resulta perjudicial para quienes únicamente tienen factores de riesgo	51
La eficacia del tratamiento del reflujo gastroesofágico en la tos crónica es incierta	52
Hernia discal: continúa la controversia sobre las ventajas de la cirugía	53
El uso de "stents" recubiertos de fármacos antiproliferativos tiene ventajas en pacientes bien definidos	54
Ganglio centinela en el cáncer de mama precoz: una alternativa válida al vaciamiento axilar	55
"Errare humanum est", pero persistir es intolerable	56
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
La mortalidad por infarto a corto plazo está relacionada con el volumen de infartos atendidos	57
El tiempo de espera hasta el tratamiento quirúrgico en la fractura de cadera es un claro indicador de la calidad asistencial ..	58
Utilidad de la HbA1c para la evaluación de proveedores sanitarios	59
Evaluación económica, eficiencia, costes	
Existe sesgo en los estudios coste-utilidad financiados por la industria	60
Los precios de referencia para principios activos del mismo grupo reducen más el gasto que los aplicados sólo al mismo principio activo	61
Prevención primaria con fármacos ¿ganamos algo?	62
Utilización de servicios sanitarios	
Una alta derivación a la red sanitaria privada no implica necesariamente la descongestión de la red pública	63
Un paso más en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica	64
Variabilidad en el empleo de desfibriladores automáticos implantables	66
Gestión: Instrumentos y métodos	
Las clasificaciones de hospitales basadas en medidas de resultados son sensibles a la variabilidad de los indicadores y a su forma de agregación	67
Pago por el desempeño clínico que interesa	68
De los datos a la información: el funambulismo estadístico puede evitarse	69
En busca de la utilización adecuada de las urgencias hospitalarias: Derivación sin visita de la patología banal	70
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Los pacientes controlan mejor que los médicos el tratamiento anticoagulante	71
Anuncia medicamentos a la población, que algo queda (para el anunciante)	72
Las reclamaciones de los pacientes se asocian a complicaciones asistenciales	73
Política sanitaria	
La falta de seguro sanitario no causa la muerte pero sí acelera sus causas	74
Los seguros sanitarios no eliminan necesariamente los riesgos financieros generados por los problemas de salud	75
Políticas de salud y Salud Pública	
Mejorando la equidad desde la gestión sanitaria	76
Dejar de fumar: ¿decisión repentina o planeada? Más elementos para un debate abierto	77
Informes de las agencias de evaluación	
Faltan médicos, están mal repartidos, se mueven y hay que tratarlos mejor para retenerlos	78
El gasto sanitario nunca es suficiente... porque no se ha diseñado el marco adecuado para la toma de decisiones	79
PET: la evidencia conduce del uso tutelado a la libre indicación	80
Investigaciones que hicieron historia	
Eficacia x diagnóstico x buena práctica x cumplimiento x cobertura = efectividad	81
La ciencia sobre el papel	
¿Qué es la normalización?	82
El defensor del lector	83

Editor

Ricard Meneu de Guillerna, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

Editores asociados

Enrique Bernal Delgado, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Granada.

Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Madrid)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 José Cuervo Argudín (Barcelona)
 Cristina Espinosa (Barcelona)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
 Ildefonso Hernández (Alacant)
 Albert Jovell (Barcelona)
 Jaime Latour (Alacant)
 Félix Lobo Aleu (Madrid)
 José J. Martín Martín (Granada)
 Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
 Salvador Peiró (València)
 Laura Pellisó (Barcelona)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)

Consejo editorial

Ricard Abizanda (Castellón)
 Javier Aguiló (València)
 Jordi Alonso (Barcelona)
 Paloma Alonso (Madrid)
 Alejandro Arana (Barcelona)
 Andoni Arcelay (Vitoria)
 Manuel Arranz (Valencia)
 Pilar Astier Peña (Zaragoza)
 José Asua (Bilbao)
 Adolfo Benages (València)
 Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
 Lluís Bohigas (Madrid)
 Bonaventura Bolívar (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alacant)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Jesús Caramés (Santiago)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 José Conde Olasagasti (Toledo)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García Altés (Barcelona)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gérvas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Mariano Guerrero (Murcia)
 Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regás (Barcelona)
 Jokín de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (València)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Murcia)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monrás (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 David Oterino (Asturias)
 Olga Pané (Barcelona)
 Pedro Parra (Murcia)
 Josep Manel Pomar (Mallorca)
 Eduard Portella (Barcelona)
 Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
 Octavi Quintana (Madrid)
 Enrique Regidor (Madrid)
 Marisol Rodríguez (Barcelona)
 Pere Roura (Barcelona)
 Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
 Ramón Sabés Figuera (Barcelona)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (València)
 Bernardo Valdivieso (València)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdaguer Munujos (Barcelona)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
 Annals of Internal Medicine
 Atención Primaria
 Australian Medical Journal
 British Medical Journal (BMJ)
 Canadian Medical Association Journal
 Cochrane Library
 Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención
 Primaria
 Epidemiology
 European Journal of Public Health
 Gaceta Sanitaria
 Health Affairs
 Health Economics

Health Expectations
 Health Services Research
 International Journal on Quality in Health Care
 Joint Commission Journal on Quality Improvement
 Journal of American Medical Association (JAMA)
 Journal of Clinical Epidemiology
 Journal of Clinical Governance
 Journal of Epidemiology & Community Health
 Journal of General Internal Medicine
 Journal of Health Economics
 Journal of Public Health Medicine
 Lancet
 Medical Care
 Medical Care Review

Medical Decision Making
 Medicina Clínica (Barcelona)
 New England Journal of Medicine
 Quality and Safety in Health Care
 Revista de Administración Sanitaria
 Revista de Calidad Asistencial
 Revista Española de Salud Pública
 Revue Prescrire
 Social Science & Medicine

Otras revistas, fundamentalmente de especialidades médicas y de enfermería, son revisadas de forma no sistemática.

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud.

GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

Depósito legal: V. 3.643 - 1999
 ISSN: 1575-7811

Oficina editorial

Fundación IISS
 C/ San Vicente 112 - 3
 46007 - VALENCIA
 Tel. 609153318
 email: iiss_mr@arrakis.es

Imprime

Artes Gráficas Soler, S. L.
 www.graficas-soler.com

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

La práctica dual, pública-privada, en sanidad

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa
Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Tras los pactos entre España y EE.UU., en 1953, los colegios públicos empezaron a distribuir leche en polvo y, en ocasiones, mantequilla y queso. Así los niños del Miquel Bleach –en el barrio de Hostafranchs de Barcelona con una gran población gitana en torno a la plaza Herenni– tenían un aliciente adicional para acudir a clase. También los maestros. Estos últimos, proverbialmente los que “más gana pasaban”, solían efectuar horas extras (*moonlighting*) de dos formas: bien a través de “permanencias” –más allá del horario escolar– que las familias pagaban de su bolsillo bien trabajando fuera de la escuela (clases particulares o montaje de aparatos de radio). Horas extras, pues, bajo dos modalidades diferentes: en la propia institución pública o fuera de ella. Éste será, en el fondo, el dilema contemplado en este editorial.

Sostenibilidad del sistema sanitario

Más allá de la actual disputa política sobre déficits e insuficiencias financieras de la sanidad, los resultados obtenidos indican que no es del todo cierto que la cifra total de gasto sanitario en España sea demasiado baja. Ello es así puesto que el gasto total hoy supone un nivel muy cercano al que corresponde a su estado actual de desarrollo económico y al conjunto de determinantes conocidos del gasto sanitario. En lo que se refiere al gasto sanitario público por persona en el año 2001, éste sí resulta entre un 6 y un 12% inferior al que correspondería a España de acuerdo con el nivel de renta y características socio-económicas. Es decir, entre 0,3 y 0,6 puntos del PIB, lo que equivale a una cuantía estimada entre 60 y 120 euros per cápita y año (1).

Con el crecimiento de la renta de los españoles, es previsible que tanto el gasto sanitario privado como el público tiendan a crecer por encima de lo que lo haga nuestro PIB nominal. Sin embargo, que aumente el gasto sanitario público no implica que se financie exclusivamente con cargo al contribuyente; cabe el copago del usuario o la prima complementaria (principio del beneficio).

De hecho, en estudios comparados se observa que los países con coberturas sanitarias más amplias y de mejor calidad mantienen una proporción mayor de copagos (por ejemplo, los países nórdicos). Ello es lógico cuando los incrementos de cobertura pueden estar recogiendo prestaciones de menor efectividad terapéutica y más valoración o preferencia individual.

Es previsible también un incremento de la financiación privada de los servicios sanitarios. Si quiere mantenerse el criterio operativo de necesidad como guía para la asignación de los recursos que esa financiación permita, el control debería ser público, de ahí la importancia de huir del pago directo, a efectos de evitar la explotación de los usuarios.

Conviene destacar que desde el año 1990 hasta el año 2001, el gasto sanitario público ha crecido a un ritmo anual real, descontando el efecto de la inflación, del 2,8%. La varia-

ción en la población total y el envejecimiento progresivo de la misma es responsable de poco más de una tercera parte de este crecimiento real, de forma que el crecimiento de la prestación sanitaria media (intensidad de recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas) ha sido el principal factor que ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario público.

Las proyecciones del gasto sanitario público para el período 2004-2013 realizadas indican un crecimiento promedio esperado que supera también el ritmo de crecimiento del PIB. En el año 2013, el gasto sanitario público se situaría así entre el 5,7% y el 6% del PIB, o sea, no más de entre 0,24 y 0,53 puntos adicionales del PIB, por encima de la cifra del año 2003. En otros términos, de acuerdo con el escenario base, el gasto sanitario público podría crecer, en términos reales, un 35% hasta el año 2013.

El factor con una mayor responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario público en los próximos diez años continuará siendo previsiblemente la prestación sanitaria media, seguido del factor demográfico. De ahí la importancia de los estudios coste efectividad de todas las prestaciones sanitarias, incluidos los medicamentos.

En conclusión, el problema real no es tanto la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público como la deseabilidad social del mismo. Aun cuando nos podamos permitir determinados crecimientos en el gasto, la pregunta relevante, a suscitar en tiempo y lugar, es si éstos ¿valen lo que cuestan? Al margen de cual sea la magnitud y deseabilidad del crecimiento del gasto, resulta imprescindible tanto aumentar la financiación, pública y privada, como conseguir mejorar la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados.

La mejora de la relación entre cantidad y calidad de vida ganada y recursos empleados tiene bastante de política de salud y mucho de decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, coste-efectiva. Sabido es que la eficiencia de un sistema sanitario depende de que los profesionales sanitarios, fundamentalmente clínicos que adoptan las decisiones diagnósticas y terapéuticas, tengan la información y los incentivos necesarios para actuar de forma coste-efectiva.

La motivación de los profesionales sanitarios se produce a tres niveles:

1. Mediante una reglas sociales de juego afectadas por la regulación pública, la industria farmacéutica y el conjunto de comportamientos que las profesiones estiman aceptables.
2. En la organización que encuadra al profesional: cuenta propia o cuenta ajena y dentro de ésta: pública “inmortal”, pública “impugnable”, privada sin finalidad lucrativa, privada con finalidad lucrativa, etc.
3. A través de los incentivos: individuales o de grupo, promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero, etc.

A caballo entre el segundo y tercer nivel se sitúa el pluriempleo de los profesionales sanitarios, tan generalizado en los países en vías de desarrollo y presente también en los países

desarrollados dando origen a una práctica dual público-privada en Sanidad.

La práctica dual público-privada en Sanidad

Entre las *implicaciones negativas* de la práctica dual público-privada cabe destacar (2):

1. Absentismo y escaqueo. Cuando el Hospital de San Pablo de Barcelona introdujo el control horario vinculado a la barrera de acceso al parking estimuló la demanda matutina de taxis para desplazarse a las clínicas privadas; el coche "ya fichaba".
2. Reducción de la calidad de los servicios públicos, como forma de estimular la demanda de los servicios privados.
3. Selección y desvío de pacientes hacia la práctica privada.
4. Corrupción. Anestelistas, por ejemplo, que cobraran directamente a la familia por administrar la epidural en un parto.

Entre los *aspectos positivos* cabe citar (2):

1. Aumento de los profesionales dispuestos a trabajar en el sector público ya que pueden complementar sus honorarios en la práctica privada.
2. Mejora de la calidad y eficiencia médica derivada del mayor volumen.
3. Utilización de capacidad sobrante. Siempre que la disposición social a pagar por los servicios sanitarios que los presu- puestos reflejan no ocupen al 100% las instalaciones y, sobre todo, unas plantillas públicas hinchadas (mejor repartir entre muchos si no se ha de cobrar más y hacer la vista gorda ante dedicaciones muy laxas), aparece un exceso de capacidad susceptible de ser financiado privadamente.
4. Evitación de listas de espera pagando. Puede parecer que los enfermos en lista de espera que la abandonan para sufragar privadamente su cuidado pueda beneficiar a los que continúan en lista de espera, especialmente cuando se trate de procedimientos para condiciones que no sean graves. En España, donde la recomendación constituye un procedimiento ampliamente aceptado para el acceso privilegiado a la atención especializada, queda gran camino por recorrer antes de que la prestación privada en centros públicos no afecte a la equidad en el acceso. Camino, no obstante, que puede recorrerse en muy poco tiempo si, primero, las listas de espera están priorizadas de forma transparente con criterios clínicos y sociales y, segundo, si la opción por la atención privada es total, es decir no reviste la condición de soborno parcial de una parte para acceso más rápido al todo.
5. Mejora de acceso para los grupos más desfavorecidos.

Proveedores: Segregación o combinación de financiación pública y privada

Los proveedores de servicios sanitarios se sitúan entre los dos extremos que pueden representar canadienses y australianos, "segregados" o "combinados" respectivamente.

Canadá segregó la provisión pública con financiación pública de la provisión privada con financiación privada. Existen dos sistemas: uno público puro, con financiación y producción pública, y uno privado puro, con financiación y producción privada. Sin embargo, el movimiento hacia un sistema más combinado se ha iniciado ya: El 9 de junio del 2005 el Tribunal Supremo de Canadá revocó dos decisiones de tribunales inferiores y sentenció que un vendedor de 73 años podía acceder

a su artoplastia de cadera a través de un seguro privado dada la excesiva espera bajo cobertura pública; en Quebec, un estado que prohíbe el aseguramiento privado de prestaciones médicamente necesarias cubiertas públicamente (3).

Australia combina la financiación pública y privada en proveedores públicos o privados. Estos proveedores, con independencia de su propiedad y forma jurídica, suministran servicios bajo contratos tanto con financiadores públicos como con financiadores privados. Cada alternativa tiene los pros y contras citados más arriba. Un sistema segregado, a la canadiense, presenta entre sus inconvenientes el que los pacientes queden segmentados según clase social lo cual puede repercutir en la integración social y en la popularidad de las instituciones del Estado del Bienestar.

Los proveedores en algunos lugares de España parecen querer evolucionar hacia un modelo australiano, particularmente en Cataluña donde la experiencia más conocida es la de Bar-naclínic de la Corporación Sanitaria Clínic. Esto resulta muy lógico, desde la *perspectiva del proveedor*, ya que permite:

1. Reforzar el monopolio territorial y conseguir mayor poder de mercado.
 2. Obtener mayor financiación por la vía de copagos, seguros complementarios, facturaciones extra y contratos con financiadores privados.
 3. Atraer y retener recursos humanos de calidad.
 4. Utilizar la reputación como paraguas de tareas asistenciales desempeñadas por centros relacionados.
 5. Explotar las economías de aprendizaje (mejora de la calidad en función del volumen acumulado de actividad a lo largo del tiempo), de escala y de gama en beneficio del paciente.
- Desde un *punto de vista social* (de bienestar social) se trata de aumentar la financiación privada (copagos, seguros complementarios...) pero sin que sufra el nivel de salud poblacional, manteniendo el criterio de necesidad como guía para la asignación de recursos sanitarios. No plantean problemas los lujos suplementarios (aparte de señalar a los pacientes mejor situados) de tipo no sanitario para los cuales el criterio de disponibilidad a pagar resulta muy adecuado.

Prestaciones privadas en centros públicos: dosis y viabilidad

De la misma forma que la naturaleza del sistema sanitario depende, sobre todo, de la importancia de la financiación pública sobre el total del gasto sanitario, el impacto de las prestaciones privadas en un centro público depende asimismo del mantenimiento de una financiación pública claramente preponderante. Es más, hay que controlar todos los ingresos, gastos y flujos de pacientes desde la Gerencia y no estimular en caso alguno la dedicación al paciente privado, lo que supone que la remuneración por unidad de tiempo (en dinero, prestigio, reconocimiento) debe ser la misma cuando se atiende a un paciente financiado públicamente que a cuando se atiende a un paciente financiado privadamente. En el momento que se permita hacer CV y cimentar prestigio por la mañana para ganar el dinero por la tarde estaríamos reproduciendo la actual situación.

A efectos de política sanitaria, a efectos de equidad, lo que cuenta es la percepción de las desigualdades por parte de la población (no lo que diga Aristóteles o Rawls). Y la reacción de la población no podrá saberse sin ensayar la prestación privada en centros públicos.

Un par de dictámenes jurídicos privados a que se ha tenido acceso informan que puede encajarse en nuestro ordenamiento la prestación privada en centros públicos estableciendo salvaguardas de transparencia y concurrencia en igualdad de condiciones.

Conclusión

España vive complacida con el Estado de Bienestar más inequitativo y más ineficiente de Europa (4), honor compartido con Portugal, Italia y Grecia. Compatibilizar el conveniente aumento de la productividad con la mejora del Estado del Bienestar, como magistralmente hacen los países nórdicos, requiere hablar de deberes y responsabilidades tanto en la oferta sanitaria como en la demanda. Parece crucial –desde la perspectiva de bienestar social– que unos proveedores –con poder de mercado y poder político, pero con financiación pública y privada– tengan como contraparte un comprador potente que además de comprar:

1. Gestione la utilización sanitaria.
2. Regule y controle la financiación que provenga de seguros complementarios, fiscalmente desgravados, y que cubran prestaciones sanitarias no cubiertas en el paquete público así como el seguro de dependencia.
3. Regule y controle la financiación privada que las primas complementarias o los copagos puedan originar.
4. Impulse la transparencia de los proveedores del sector sanitario (tipo Central de Balances, Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, publicación de los conciertos individualizados), menor que la de empresas privadas mercantiles.
5. Asigne los recursos sanitarios con base a la necesidad, con las excepciones comentadas donde la disponibilidad a pagar esté más indicada, y a aquellos proveedores que dentro de la competencia por comparación (sin mercado) tengan mejores resultados de salud por euro gastado.

Los centros sanitarios –no necesariamente hospitales– que realmente sean autónomos y responsables (del resto olvidarse de momento) no tienen porqué renunciar a la bolsa de la disposición privada a pagar (por prestaciones fuera de cartera de servicios, prestaciones que proporcionan utilidad personal o por el acceso más rápido a servicios coste-efectivos sobre condiciones no graves). Por parte de la demanda hay que estimular la recuperación de la responsabilidad individual a través de instrumentos como los copagos evitables dirigidos a disuadir consumos innecesarios.

Obviamente sería mejor que hubiera de todo con calidad excelente y, además, gratis. La alternativa real pasa por el *statu quo* de plantillas públicas hinchadas, calidad manifiestamente mejorable, CV un rato por la mañana e ingresos financieros el resto del día, capacidad desaprovechada y deslealtad consentida.

Sólo la evaluación de las experiencias en marcha –de prestaciones privadas en centros públicos ya maduros– podrán dirimir tanto la balanza de los pros y contras teóricos como el juicio ciudadano sobre el impacto en la equidad. La mayor parte de los centros sanitarios públicos en España no están en estos momentos en condiciones de introducir prestaciones privadas ni técnica ni políticamente.

Las horas extras (*moonlighting*) en la “competencia” puede tener más inconvenientes que ventajas pero están instaladas. La evaluación del *moonlighting* leal en el sector público debe hacerse, por tanto, con precaución y bastante circunscripción. Precaución referida a la adecuada profilaxis de todos los inconvenientes previsibles, entre otros: competencia desleal con proveedores privados (vía facturación a costes marginales), dosis pequeña de prestaciones privadas y una remuneración por unidad de tiempo (en dinero, prestigio, reconocimiento) que debe ser la misma cuando se atiende a un paciente financiado públicamente que cuando se atiende a un paciente financiado privadamente. Se trataría de mejorar algunos aspectos de la actual situación, no de reproducir la dualidad público-privado de forma más cómoda para sus practicantes.

Tanto el corporativismo como el juego político sanitario de suma cero impiden cambios generalizados por lo que en cada momento haya que optar por el parche menos malo. En el caso de las horas extras: mejor en casa (*in-house moonlighting*) que fuera, aunque optar por esta alternativa menos mala perdería mucho de su sentido con unos centros sanitarios autónomos y responsables, con las plantillas adecuadas –en tamaño y composición– y unos sueldos que reflejaran las diferencias en calidad y dedicación; la financiación pública ya premiaría a los mejores.

En Atención Primaria las horas extras están particularmente indicadas y ofrecen una salida a las reivindicaciones tipo X minutos por consulta. La duración de la consulta constituye una variable que el profesional controla; debería hablarse, en todo caso, de número de pacientes por médico. Y dado que los médicos necesitan un mínimo de casuística para mantener a flote sus habilidades clínicas sería conveniente comprar franjas horarias (horas extras) lo cual tiene la ventaja asistencial añadida de mejorar la longitudinalidad (5).

Finalmente, la evaluación de esta nueva forma de dualidad, adquiere sentido para aprovechar públicamente la fuerte disposición individual a pagar por los servicios sanitarios (sin sufrir la pérdida de bienestar asociada a la financiación impositiva) en un contexto de competencia por comparación y con una contraparte compradora-reguladora potente que gestiona la utilización sanitaria y procura una asignación de recursos sanitarios en base a necesidad (con las excepciones en las que la disponibilidad a pagar esté más indicada).

Notas

- (1) Puig-Junoy J (dir.), López-Casasnovas G, Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson, 2004.
- (2) García-Prado A, González P. El comportamiento de los profesionales sanitarios en la Unión Europea: Reformas existentes y desafíos pendientes. En: Alvaro Hidalgo (dir.): *Recursos humanos en Sanidad*. Barcelona: Masson-Elsevier, en prensa.
- (3) The Supreme Court puts pressure on Canada's publicly financed medicine. *The Economist*, 16 junio 2005.
- (4) Véase, por ejemplo, la documentación para las reuniones informales de Ecofin (A Sapor. Globalisation and the Reform of the European Social Model), de 9 septiembre 2005, y de presidentes o jefes de Estado de la Unión Europea (J Palme. Why the Scandinavian Experience is Relevant for the Reform of the European Social Model), en Hampton Court el 27 octubre 2005.
- (5) Borrell F. Hay que comprar más tiempo a los médicos. *Jano* 2005; nº 1566 (20-26 de mayo), p. 1714.