

# **Expectativas y realidades en la Atención Primaria española**



## *EXPECTATIVAS Y REALIDADES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLA*

**Febrero 2010**

**Promueve:** Fundación 1º Mayo

**Coordina:** Luis Palomo

**Autores:** Marciano Sánchez-Bayle, Juan Simó, Beatriz González López-Valcárcel, Lourdes Girona, Patricia Barber, Josefa García Gil, Miguel A. Ripoll, Alberto del Pozo-Robles, Diego Reverte, Mercedes Reviriego, Juan Irigoyen, Juan Gervás, Luis Palomo, Elena Serrano, Albert J. Jovell, Luis García-Olmos, Carmen San José, Javier González-Medel, Manuel Martín- García.

**Edita:** Ediciones GPS Madrid  
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid  
Tel. +34 91 527 02 29  
[www.edicionesgps.es](http://www.edicionesgps.es)

Fundación 1º de Mayo  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid  
Tel. +34 91 364 06 01  
[1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)  
[www.1mayo.org](http://www.1mayo.org)

© FUNDACIÓN 1º DE MAYO Y EDICIONES GPS

Depósito Legal: M-11080-2010  
ISBN: 978-84-9721-411-7

**Realización e impresión**

**Unigráficas  
GPS**

C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid

Tfnos. +34 91 527 54 98 / 91 536 53 31  
[unigraficas@unigraficas.es](mailto:unigraficas@unigraficas.es)  
[www.unigraficas.es](http://www.unigraficas.es)

# Índice

Pág.

## PRESENTACIÓN

*Rodolfo Benito Valenciano*

## INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria, entre la crisis y el liderazgo social. *Luis Palomo*

## PRIMERA PARTE. FINANCIACIÓN Y GASTO

**CAPÍTULO 1.** La financiación sanitaria. *Marciano Sánchez-Bayle*

**CAPÍTULO 2.** Financiación del hospital y de la Atención Primaria españoles. *Juán Simó*

**CAPÍTULO 3.** La difusión de tecnologías sanitarias en Atención Primaria. Repercusiones económicas. *Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez*

**CAPÍTULO 4.** Gasto farmacéutico en Atención Primaria y en hospitales. *Lourdes Girona*

## SEGUNDA PARTE. GESTIÓN DEL PERSONAL

**CAPÍTULO 5.** Dotación de médicos en Atención Primaria: Más es mejor. *Patricia Barber, Beatriz González López-Valcárcel*

**CAPÍTULO 6.** Los servicios de enfermería: proyección en la provisión de cuidados profesionales para los sistemas sanitarios del siglo XXI en España. *Josefa García Gil*

**CAPÍTULO 7.** Los métodos de incentivación en el hospital y en Atención Primaria. *Miguel A. Ripoll, Luis Palomo*

**CAPÍTULO 8.** Participación e influencia de las organizaciones profesionales y sindicales de Atención Primaria. Mecanismos de representación: sociedades científicas y sindicalismo sanitario. *Alberto del Pozo-Robles*

**CAPÍTULO 9.** Evolución de la formación especializada primaria y hospitalaria. *Diego Reverte, Mercedes Reviriego*

### **TERCERA PARTE. FUNDAMENTOS, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES**

**CAPÍTULO 10.** El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la Atención Primaria en España. *Juan Irigoyen*

**CAPÍTULO 11.** Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. *Juan Gervas, Elena Serrano*

**CAPÍTULO 12.** Asistencia sanitaria y autonomía del paciente. *Albert Jovell*

**CAPÍTULO 13.** La derivación como moneda de cambio en la relación entre Atención Primaria y hospitalaria. *Luis García-Olmos*

**CAPÍTULO 14.** La Atención Primaria que necesitamos treinta años después de Alma Ata. *Carmen San José*

**CAPÍTULO 15.** Público/ privado en Atención Primaria. *Javier González-Medel*

**CAPÍTULO 16.** Los planes autonómicos de mejora de la Atención Primaria. *Manuel Martín-García*

# PRESENTACIÓN

La existencia o no de un nivel aceptable de salud entre la población, y su paulatino incremento tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, está fundamentalmente determinado por la calidad y la extensión de la Atención Primaria, tal como señaló la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajstán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, que fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF; desde entonces la OMS y todos sus estados miembros han seguido manteniendo la importancia esencial de la Atención Primaria en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas sanitarios.

En nuestro país se verifica, ciertamente, un nivel aceptable de salud, si bien es cierto que todavía existen diferencias vinculadas a las diferencias de carácter socioeconómico, tal como han puesto de manifiesto, entre otros autores, Vicenç Navarro, y diferencias entre las distintas CCAA.

Pese a ello es indudable que la equidad en salud es el principio que guía nuestro sistema sanitario, como pone de manifiesto el hecho de que la atención sanitaria tenga carácter público, un alto nivel de prestaciones y de calidad científico-técnica, su vocación preventiva, su accesibilidad, universalidad y gratuidad en el momento de uso.

Sin embargo, La atención primaria no parece gozar de buena salud: afectada por una excesiva carga burocrática, sumida en la invisibilidad política, carente de una reforma organizativa que la haga más flexible y eficaz, y con una cronificación de la insuficiencia presupuestaria, a lo que hay que sumar el creciente malestar y frustración de su personal, la Atención Primaria precisa de un debate serio y de soluciones inmediatas.

Este libro plantea, en torno a tres ejes principales cuales son la financiación, la gestión del personal y la organización funcional, los principales elementos de ese debate, y apunta por dónde deben ir las soluciones si se quiere realizar una apuesta política con seriedad y rigor por la Atención Primaria y, por lo tanto, por la salud general de la población.

Rodolfo Benito Valenciano

*Presidente de la Fundación 1º de Mayo*

# INTRODUCCIÓN

## LA ATENCIÓN PRIMARIA, ENTRE LA CRISIS Y EL LIDERAZGO SOCIAL

*Luis Palomo*

*Unidad de Docencia e Investigación.  
Área de Salud de Cáceres. Director de “Salud 2000”*

### **Resumen**

El determinismo tecnológico y la fascinación por la innovación favorecen el crecimiento de la medicina hospitalaria. La atención primaria (AP) no ha recibido ni la financiación suficiente, ni los apoyos políticos, ni los cambios organizativos, ni las competencias clínicas necesarias para hacer frente al incremento de demanda, a la burocracia y a la medicalización, como consecuencia se ha producido frustración profesional.

Frente a los innegables resultados obtenidos por la AP y a la vigencia de sus valores, aparece una crisis ética entre los profesionales y se reclaman cambios estratégicos basados en el liderazgo clínico, informativo y social, en la autonomía organizativa y en la coordinación socio-sanitaria. En este sentido, arrebatar hegemonía al hospital, asumiendo recursos clínicos y competencias profesionales para mejorar las prestaciones a los ciudadanos, es un paso necesario si AP quiere recuperar a las clases sociales influyentes y ganar legitimidad social.

La AP alcanzará el liderazgo social cuando sea capaz de proporcionar servicios eficientes y de calidad, que es tanto como procurar que el paciente reciba el servicio adecuado, en el tiempo correcto, en el lugar apropiado y por profesionales competentes; y cuando la mayoría de la atención se produzca cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados. La AP estará más cerca del liderazgo social cuando sea capaz de poner en marcha programas para afrontar las desigualdades de salud de manera sistemática y generalizada. La AP estará más cerca de la sociedad cuando sea capaz de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, sobre todo a aquellos que padecen dolencias crónicas, y cuando consiga la complicidad de la población para organizarse y para funcionar.

## **Introducción**

La observación atenta de la realidad asistencial española y de las noticias que produce, tanto en los medios de comunicación generales como en los profesionales, muestra un sector hospitalario pujante, embarcado en una carrera uniformemente acelerada en busca del mejor remedio, de la exploración más aventurada o de la técnica más inverosímil. En este universo de determinismo tecnológico y de fascinación por la innovación, por el que han apostado tanto las políticas públicas como la sociedad, los debates sobre los inconvenientes que generan las listas de espera o las tendencias privatizadoras (Madrid, Valencia), no hacen sombra al omnímodo poder de la medicina altamente especializada. Por el contrario, en atención primaria (AP), en lo que llevamos de siglo, las noticias más frecuentes tienen que ver con la crisis del modelo organizativo, reformado en los últimos veinte años del siglo pasado, con las acusaciones de ineficiencia asistencial y de incapacidad para contener las urgencias y, sobre todo, con la insatisfacción de los profesionales. La “Plataforma 10 minutos” ha sido en buena medida quien ha percibido con mayor intensidad las señales de alarma y quien ha catalizado las protestas con mayor repercusión mediática. Como quiera que sea, en los últimos años prolife-

ran los escritos de debate, las páginas web, los blogs y observatorios en Internet, los informes que valoran la reforma de la AP, las propuestas de cambio, los acuerdos entre Comunidades Autónomas (CCAA) y sindicatos para mejorar la AP y, más recientemente, al hilo del mandato de la Conferencia de Presidentes y de la elaboración de las propuestas AP XXI, los informes para introducir cambios elaborados por distintos servicios de salud autonómicos.

Así las cosas, parece vislumbrarse un panorama plagado de oportunidades de crecimiento para el hospital, basadas en las promesas de nuevos avances médicos y de investigaciones y procedimientos a cual más sofisticados para incrementar la supervivencia de las personas, frente a una AP ensimismada, con poco más que ofrecer a los ciudadanos que lo que ya se conoce: mucha burocracia y resolutiveidad limitada; con cierta sensación de fracaso de su apuesta por la vertiente comunitaria, con los profesionales (médicos, sobre todo) permanentemente enfadados, y perdiendo poder frente al hospital y frente a los dispositivos de atención continuada y urgente. Nadie se cuestiona el papel de los hospitales, sin embargo, en distintos frentes se preguntan para qué sirve la AP; paradójicamente son los propios profesionales los más críticos. La AP, por lo tanto, corre el riesgo de convertirse en la puerta de salida del sistema, en vez de la puerta de entrada, si no es capaz de imponer su autoridad, pero ¿dónde reside la autoridad de la AP?

## Resultados y valores

La AP ha contribuido de manera esencial a mejorar los indicadores de salud y de calidad de vida de la población española. Probablemente la universalización de la atención sanitaria y las mejoras en equipamiento y en dotación de personal han favorecido el descenso de la mortalidad por todas las causas y de la mortalidad prematura prevenible o tratable por causas específicas, como asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades cardiovasculares y coronarias; un descenso por causas consideradas evitables que fue superior al 30 % en alguna CCAA en las últimas

décadas del siglo pasado (1). Además, los elevados niveles de satisfacción de los ciudadanos, que suelen superar el 70 % de personas satisfechas con la atención recibida en las distintas encuestas que se realizan al efecto, y el bajo coste de los servicios de AP y del sistema sanitario en general, convierten a la atención sanitaria española en un servicio muy eficiente. Así, según los informes de la OCDE, el gasto público ambulatorio per cápita en España es un 57 % de la media europea, mucho menos de lo que nos correspondería por nuestro nivel de renta (2).

Una contribución importante de la AP, gracias al impulso que vivió en la década de 1980, ha sido la mejora de los niveles de equidad horizontal. Gracias a la universalización de la asistencia, a la diseminación de los centros de salud y a su gratuidad en el momento de uso, las personas con menores niveles de renta y de información pudieron compensar el infraconsumo de otros servicios con la accesibilidad de la AP (3).

Una mejor salud de la población se relaciona con un buen sistema de AP y con sus características de longitudinalidad, coordinación entre niveles, orientación familiar-comunitaria y facilidad en el acceso geográfico. Los elementos esenciales que definen la AP son la accesibilidad, la longitudinalidad, su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario, la continuidad y la integralidad en el proceso asistencial, el hábil manejo de la incertidumbre, la polivalencia de sus profesionales y la capacidad anticipatoria. La accesibilidad no debería estar limitada por razones de sexo, ni edad, ni por razones técnicas y burocráticas, ni geográficas, horarias ni económicas. La continuidad se basa en la existencia de registros, y la longitudinalidad se basa, sobre todo, en la estabilidad de la relación médico-paciente. La visión global del paciente y la coordinación entre niveles explican el papel de puerta de entrada en el sistema sanitario.

A pesar de que en AP se trabaja con pocos medios técnicos y, en muchas ocasiones, con información escasa de la enfermedad, se toma muchas decisiones trascendentales en poco tiempo y, como se sabe desde los años 60, se alcanza un poder resolutivo superior al 90 % de las visitas atendidas. La grandeza de la AP se basa en estos principios. Para el dominio experto de

algunas técnicas, más instrumentales que humanas, y para el estudio con tiempo y medios de una parte del paciente, en un momento de su vida, con poco nivel de incertidumbre, para eso están los especialistas hospitalarios.

## **Un problema de legitimidad**

Para la Administración, el modelo organizativo actual de AP, ha supuesto un avance considerable respecto a la heterogeneidad de circunstancias asistenciales que se daban a finales de la década de 1970, que ha racionalizado la oferta asistencial proporcionando mejoras importantes, como por ejemplo, el trabajo en equipo, la historia clínica compartida, el aumento del horario asistencial, la mejora de la accesibilidad, la programación asistencial, la introducción de criterios de gestión del proceso asistencial, la evaluación de la calidad, la incentivación y la mejora de los sistemas de información.

A pesar de tan buenos resultados, y de que la AP cuenta con el favor del discurso político, en la práctica sus presupuestos se mantienen estables, en torno al 14 % del total destinado a sanidad (en 1984 era del 21 %), y la participación de AP en el gasto sanitario público se ha reducido el doble que la participación hospitalaria durante el periodo 1995-2002. Entre 1999-2003, el crecimiento de la AP fue del 35,27 % frente al 38,48 % de la atención hospitalaria.

Desde el punto de vista ciudadano, a pesar de ser el médico el profesional más valorado, treinta años después del comienzo de la reforma de la AP se constata la falta de cultura sobre los contenidos y la importancia de la AP, pérdida de prestigio y falta de reconocimiento social, tanto entre los profesionales como entre la ciudadanía en general. La AP sigue sin jugar un papel protagonista en la dimensión social de la sanidad española. Pese a que los médicos y enfermeros de AP obtienen los niveles más elevados de confianza como profesión por parte de los ciudadanos, la AP está ausente en la opinión pública, como pone de manifiesto la revisión de la información sobre salud en los periódicos, que está monopolizada por

noticias relativas a especialidades hospitalarias, nuevas tecnologías y avances científicos.

A esta escasa legitimación social contribuye la desafección que sienten por la AP las clases dirigentes, los políticos, los funcionarios y las clases medias urbanas en general, de manera que es un enorme desprestigio para lo público que incluso quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios) “escapen” en más del 90% del sistema público, a través de mutualidades como MUFACE y similares (alrededor de tres millones de personas). Los propios médicos rechazan la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como vía de formación por el sistema MIR. Por otro lado, las iniciativas políticas promueven el abandono por los profesionales y trabajadores a través del incentivo fiscal de desgravaciones en beneficios o ingresos para empresas y personas con doble cobertura.

De tal forma que uno de los riesgos que corre la AP es que quede como servicio para atender a las clases humildes (“la gente”: viejos, inmigrantes, marginados y pobres), mientras la clase media y alta esquivan los inconvenientes de una organización que consideran defectuosa. Paradójicamente, entre la “gente” tampoco se incluyen los “insignificantes” (putas, drogadictos, vagabundos y otros) que reciben sus cuidados de ONG y de urgencias hospitalarias. Puede resultar irónico que la AP, que es rechazada por las clases media y alta, rechaza a quienes tenía que ofrecer acceso preferente (4).

Así pues, si los pacientes pudientes e influyentes “huyen” de la AP pública, como en un círculo vicioso contribuyen al descrédito de la misma, pues son las clases sociales altas las que atribuyen prestigio social a los especialistas, porque son las clases que pueden pagar por duplicado la cobertura sanitaria.

Todo ello justifica, quizá, el abandono presupuestario de lo ambulatorio público, y su suplemento con dinero privado. Así, el escaso gasto público ambulatorio en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado (57%), muy por encima del 32 % de media de los países europeos de la OCDE (5).

La legitimación social de una política sanitaria y de un instrumento tan importante para el Estado de Bienestar como es la AP justifica las líneas anteriores. Como es obvio, la permanente transformación social compromete la adaptación del funcionamiento de los servicios públicos. Por supuesto, la AP no es ajena a las paradojas de nuestro tiempo y sufre los inconvenientes de esa adaptación: crecimiento económico-social; envejecimiento; medicalización de la vida cotidiana; fascinación por la tecnología; insatisfacción y ansiedad procedentes de las expectativas excesivas en todos los órdenes de la vida, también en la salud, donde buscamos la salud perfecta y la seguridad en todo, rechazando la incertidumbre, el dolor, el sufrimiento y la muerte; recursos limitados; tendencia al hedonismo personal y profesional, etc., de manera que el reto que debe plantearse la AP del futuro es cómo hacer frente a los cambios sociales, a las expectativas asistenciales de los ciudadanos y a las pretensiones laborales de los profesionales de la salud.

## **Ética, épica y crisis profesional**

La atención primaria que hemos visto nacer y crecer en España en los últimos treinta años; la atención primaria que hemos celebrado públicamente desde los ambientes profesionales, sociales y políticos; la atención primaria que hemos respetado hasta ahora, empieza a estar cuestionada, empieza a recibir críticas, sobre todo del propio sector profesional que la sostiene; precisamente fueron los profesionales quienes, con la reforma de la atención primaria, mejoraron en mayor medida que los propios usuarios sus condiciones de vida.

Hasta ahora, por parte de la Administración las medidas encaminadas a promover mejoras en la AP pueden quedar ahogadas en ríos de tinta, dadas las dimensiones que alcanzan algunos de los documentos elaborados, sin que se hayan decidido medidas de calado. Por parte de la población, las deficiencias de la AP denunciadas no han pasado de lo testimonial y no han llegado a la acción en ningún caso. Sin embargo los profesionales sí se quejan, porque no acaban de ver más que problemas donde otros quieren que vean oportunidades de mejora.

Porque, para los profesionales de AP, sí es un problema la introducción de nuevas tecnologías o el envejecimiento de la población, porque se incrementan el número de enfermos crónicos y la población a atender (aumento de la presión asistencial). Es un problema el aumento del número de habitantes por médico y de la frecuentación, que en el año 1990 era de 4 consultas/persona y en 2007 fue de 9 consultas/persona (2). Es un problema el incremento del número de consultas/día, las listas de espera o el aumento de personal eventual, porque se deteriora la relación médico-paciente y disminuye la calidad asistencial. Y son problemas la rigidez organizativa de los equipos de AP, la burocratización, la indefinición de funciones profesionales, la rigidez funcional y la inflexibilidad de las agendas; el desajuste entre expectativas ciudadanas y la respuesta clínica, es decir la medicalización creciente de problemas que no son de salud y la banalización conceptual de esos problemas; las injusticias retributivas; el abandono de actividades no asistenciales y, finalmente, la carencia de liderazgo, que se manifiesta por la ausencia de planificación estratégica, porque no se utiliza la información asistencial para tomar medidas, porque no se gestiona siquiera por emulación, porque los objetivos de dirección no coinciden con los objetivos profesionales y porque hay un distanciamiento creciente de los profesionales del núcleo de decisiones de política sanitaria.

A esta crisis profesional se suma una profunda crisis de valores. Cuando un profesional duda entre varias opciones, porque la conciencia moral de su tiempo es ambigua (precio vs. valor; eficiencia vs. equidad; crecimiento vs. sostenibilidad; enriquecimiento vs. solidaridad, ...), o no está seguro de lo que se espera de él (medicalizar vs. prevenir; curar vs. cuidar; polivalencia vs. superespecialidad; integralidad vs. inmediatez; resolver vs. derivar; profesionalidad vs. productividad, ...), o no están definidas sus metas (resolutividad vs. seguridad; tratar vs. ahorrar; filtrar vs. complacer, ...) , transita en una crisis ética porque no sabe qué opción tomar. También ocurre que, aún sabiendo cual es la mejor opción, es decir, qué actividades conducen al bien interno que la profesión persigue, no encuentra ningún motivo para realizarlas. Esta situación de crisis se agudiza cuando se carece de estímulos externos, ya que, si bien actuar únicamente para conseguir

éstos puede considerarse corrupto, no existe ningún problema en que un profesional, si es excelente, además de intentar alcanzar los bienes internos de su profesión, perciba a través de ellos unos ingresos, logre un poder social y se gane un prestigio. Lamentablemente, no parece que la carrera profesional sea el bálsamo para estas contradicciones éticas (6).

Por otro lado, las mejoras que se sugieren carecen, comparativamente, de la dimensión épica que tuvo la reforma de la AP en sus primeros años. En aquellos tiempos se creía disponer de un conocimiento seguro de la AP que se necesitaba, de los criterios de integración y de planificación, de los mecanismos de consenso profesional y de los procedimientos de control jerárquico sobre las estructuras asistenciales y sobre la sociedad. Sin embargo, en esta sociedad postheroica, los saberes que tenemos sobre la AP no son abundantes, no están adornados con la autoridad del experto, son discutibles, provisionales y plurales y las distintas alternativas organizativas se articulan bajo la forma de un disenso organizado. No es esperable, por lo tanto, que encuentren eco ni los llamamientos épicos ni las mentalidades de resistencia (7).

Pero, ¿Quiénes son y donde están los profesionales dispuestos a cambiar la organización de la atención primaria?; ¿De qué cambio hablamos?

## **Cambios estratégicos**

El cuestionamiento de la atención primaria no es por sí mismo malo ni bueno, puesto que la mutabilidad de los sistemas, la transformación de lo que precede, es la seña de identidad de nuestra sociedad. Por otro lado, no hay una única atención primaria. ¿o acaso no se hace AP en las farmacias comunitarias; en las tiendas de dietética; en los gimnasios; en las consultas de medicinas no convencionales, etc...?, por lo que quizá deberíamos aclarar que nos referimos a la AP que se presta en los centros de salud, en la atención financiada por los servicios asistenciales públicos autonómicos.

¿Qué orientaciones estratégicas debemos impulsar si queremos una AP pública fuerte, que responda a las necesidades de salud de la pobla-

ción, que sea alabada por teóricos y por políticos y que tenga la calidad suficiente como para atraer a las clases medias y altas, funcionarios y médicos incluidos?.

## 1. Fortalezas y valores de la Atención Primaria

Recordar los valores propios de la AP no es un anacronismo. En el reciente informe del Royal College of General Practitioner (8) se insiste en algunos de ellos, como la accesibilidad, la longitudinalidad, su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario, la continuidad y la integralidad en el proceso asistencial, el hábil manejo de la incertidumbre, la polivalencia de sus profesionales y la capacidad anticipatorio, a los que nos hemos referido anteriormente.

Para todos estos valores existe abundante literatura que los respalda. Las medidas que se planteen para modificar y mejorar la AP deben tenerlos necesariamente en cuenta. Es más, se deberían favorecer, estimular o incentivar aquellas formas de organizarse en los equipos de AP y aquellas iniciativas clínicas que favorezcan la accesibilidad, mediante un acceso fácil y eficiente a los servicios de cita previa, incluyendo la atención telefónica y on line; la continuidad del proceso asistencial (atención continuada; fluidez primaria-especializada, etc...); la longitudinalidad (atención integral en todas las edades de la vida, para todas las patologías, en cualquier condición: terminales, por ejemplo), etc...

## 2. Liderazgo clínico

La historia natural de la enfermedad transcurre en su mayor parte por la AP, por eso mismo la mayoría de las pruebas analíticas y complementarias deberían llevarse a cabo en AP, por los propios médicos o en servicios de acceso fácil (ecografías, acceso libre a pruebas de alta tecnología bajo protocolo). El tránsito del paciente por todos los servicios asistenciales será tutelado por el médico de AP; la accesibilidad para el paciente con necesidades preferentes y para su médico, será total.

Es necesario dotar a los médicos y a las enfermeras de AP de un sólido componente clínico, para que las prácticas asistenciales sean altamente sistematizadas, sean de calidad y estén fundadas en una cultura de seguridad para el paciente.

### **3. Liderazgo informativo**

Los avances en los sistemas de información deberían facilitar la relación profesional-paciente y proveer de información útil para la atención individual en cualquier parte del territorio nacional, preservando la confidencialidad. Deben propiciarse al máximo el uso de tecnologías de interfaz con el sistema, lo menos intrusivas y más naturales posibles, como el reconocimiento del texto y la voz, o las pantallas táctiles portátiles. El control de la información médica debería pasar al paciente, mediante el uso de tarjetas personales inteligentes. Evidentemente, haría falta un esfuerzo de homologación, no sólo entre CCAA sino, en un futuro próximo, entre los estados de la UE. En este sentido, el diseño de pantallas de ordenador horizontales, que reconozcan escritura y de manejo táctil; la creación de tarjetas de almacenamiento de información inteligentes, donde grabar las dispensaciones y la información sobre la salud que el paciente quiera mostrar, con repositorios postdispensación y con lectores compatibles entre CCAA, o la captura del historial clínico sólo de la información relevante, son algunas medidas que pueden hacer compatibles las necesidades informativas del sistema sanitario y los requerimientos de pacientes y profesionales para mantener una atención ágil, segura y confidencial.

Por otro lado, es necesario que se explore permanentemente la información que genera la actividad asistencial, tanto para conocer morbilidad y utilización de servicios, como para tomar medidas de gestión y planificación, como para orientar los recursos y la política laboral. La transparencia en la información y su difusión ayudan a mejorar el rendimiento asistencial por simple emulación, en este sentido disponer de información apropiada es el primer requisito para tomar medidas que estimulen prácticas deseadas o que desalienten las inadecuadas.

En el cuadro de mando de los administradores y gestores deben figurar suficientes indicadores como para tomar decisiones según actividades y resultados asistenciales. Cuando cada vez es más difícil encontrar la colaboración voluntarista de los profesionales, o la fundada en criterios vocacionales o en incentivos profesionales implícitos, si no que, por el contrario, toda nueva iniciativa es objeto de negociación y de tasación económica, los gestores deben hacer explícitos los objetivos del sistema sanitario y deben saber lo que se hace, quienes y cómo lo hacen, para ser capaces de tratar con justicia comportamientos y rendimientos desiguales.

#### **4. Liderazgo social**

La AP alcanzará el liderazgo social cuando sea capaz de proporcionar servicios eficientes y de calidad, que es tanto como procurar que el paciente reciba el servicio adecuado, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes; cuando la mayoría de la atención se produzca cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados..

La AP estará más cerca del liderazgo social cuando sea capaz de poner en marcha programas para afrontar las desigualdades de salud de manera sistemática y generalizada.

La AP estará mas cerca de la sociedad cuando sea capaz de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, sobre todo a aquellos que padecen dolencias crónicas.

#### **5. Autonomía organizativa**

El modelo estructural de centro de salud que tenemos en España no parece haber encontrado otra alternativa que mejore sus resultados. Las experiencias conocidas hasta ahora tampoco son concluyentes, tanto por escasas, como por aplicarse sobre criterios funcionales parciales o sobre medios geográficos y poblacionales particulares. Unos y otros

modelos tienen ventajas e inconvenientes y las evaluaciones de la fundación Avedis Donabedian, del Sindic de Greuges y de la literatura científica así lo atestiguan.

Sin embargo, frente al uniformismo burocrático, sería deseable favorecer experiencias selectivas destinadas a superar los baches de ineficiencia que tiene el sistema, sin poner en peligro su universalidad y accesibilidad. Deberían favorecerse formas de organización adaptadas a la realidad social (no puede ser igual la organización en un centro urbano que en uno rural; en una zona deprimida y mal comunicada que en un barrio obrero urbano), y criterios de contratación y de incentivación diferenciados, dando progresivamente más peso a los ingresos por cumplimiento de actividades que al salario.

Las tendencias en la organización de los equipos de atención primaria apuntan hacia grupos humanos de tamaño medio (entre 4-6 unidades asistenciales que se agrupan voluntariamente), bien dotados técnicamente, polivalentes, autónomos en su funcionamiento, con buenos sistemas de información y con elevada capacidad de intersustitución.

En cualquier caso, para cualquier iniciativa es esencial el liderazgo de los Gestores, que deben difundir con vehemencia la misión y los valores que sustentan la organización asistencial.

## **6. Integración socio-sanitaria**

Si queremos que sea AP la que lidere y coordine la incorporación de la atención a la dependencia, será necesaria una reordenación de la estructura de Cuidados de la Salud como una prioridad básica, ya que sin cambios en su categorización y en las prioridades de los Cuidados no será posible superar el modelo curativo, individual y hospitalario que actualmente distorsiona al Sistema Sanitario. La configuración de las políticas de cuidados en función de las necesidades de los pacientes no solo reside en organizar un “viaje integrado del paciente” a través de todo el sistema (con independencia de la ubicación de los recursos; incluso si “el dinero

sigue al paciente”), sino que precisa una revisión del papel de la AP y de su relación y jerarquía dentro del conjunto del sistema sanitario.

El liderazgo de la atención integral corresponde a AP. Desde la Gestión también se pueden tomar iniciativas para incorporar en estructuras funcionales a todos los organismos y centros implicados en la atención socio-sanitaria, desde hospitales y centros de salud públicos, hasta farmacias comunitarias o residencias de ancianos privados. Las Organizaciones Sanitarias Comunitarias Integradas (OSCI) lo han hecho posible en otras latitudes con éxito.

## Paradigmas y hegemonías

¿Qué hubiera pasado si con la reforma de la AP se hubiera apostado por conseguir para los centros de salud y para los equipos de atención primaria, especialmente para los médicos, herramientas clínicas potentes: medios diagnósticos y facilidades en el seguimiento del paciente, urgencias incluidas?. En primer lugar, los logros en la salud de la población no habrían sido distintos de los alcanzados con el modelo hospitalocentrista actual; se habría mantenido una mayor responsabilidad sobre los individuos; los hospitales no se habrían hipertrofiado; las derivaciones habrían sido más contenidas; los profesionales de AP habrían adquirido más prestigio; proporcionalmente, habría una relación de médicos de primaria/hospital más equilibrada; los costes asistenciales habrían sido menores, etc...

La pérdida de poder de la AP frente al hospital se traduce en una diferencia creciente en la financiación de uno y otro nivel asistencial, porque el hospitalocentrismo es hegemónico en una sociedad que prima la innovación, prima la tecnología dura, prima la espectacularidad de los resultados (trasplantes, emergencias), prima la superespecialización y, en general, prima el intervencionismo (“que me hagan...”).

Además, en España, en comparación con otros países, hay mayor proporción de médicos con ejercicio hospitalario que generalistas; hay tres

sociedades profesionales, frecuentemente enfrentadas, cuando el hospital no necesita representación unitaria, porque no hay límites al crecimiento basado en el determinismo tecnológico y los colegios de médicos están más cerca de los intereses de los especialistas hospitalarios que de primaria.

Por otro lado, en AP, ampliar el campo de acción a terrenos no clínicos, como la participación comunitaria, la promoción de la salud y otros, ha traído poder del discurso eminentemente clínico hegemónico y ha diluido la figura del médico en el equipo de AP, dando protagonismo a otras profesiones. Aunque este discurso hacia lo comunitario haya tenido más retórica que práctica (actividades voluntaristas, poco profesionalizadas, escasa continuidad, poca penetración social porque el EAP y sus miembros están poco incardinados/relacionados con la vecindad); y hay otros medios que tienen más capacidad de influencia sobre comportamientos comunitarios: educación, televisión, políticas públicas industriales, alimentarias o legales.

Está comprobado que los hábitos saludables poblacionales (no fumar, no beber alcohol, hacer ejercicio físico, dieta rica en vitamina C) pueden incrementar la supervivencia en 14 años frente a poblaciones con estilos de vida poco saludables (9). Para fomentar estos hábitos en la población son más efectivas que el consejo médico individual o grupal en la consulta, la implicación de otros sectores como los educativos y los medios de comunicación, pero sobre todo son efectivas las políticas públicas que los favorecen: medidas legales para disminuir la utilización de grasas animales y sal de los alimentos fabricados industrialmente, adicción de yodo a la sal, restricciones al consumo de alcohol y de tabaco, fomento del uso del cinturón de seguridad y del casco en la conducción, estímulos al ejercicio físico (como el programa “el ejercicio te cuida”, implantado en Extremadura).

Una muestra de cómo los médicos no se sienten incumbidos por reclamos que no tengan que ver con un profesionalismo clínico y técnico estricto, cuanto más hospitalocentrista mejor, lo demuestra que la especialidad de MFYC es la última en elegirse en las convocatorias MIR, es,

por tanto, elegido por los números más bajos y, entre los que la eligen, son frecuentes los cambios de especialidad en años sucesivos; o la fascinación/preferencia de los MIR que terminan la especialidad por plazas de urgencias o de atención a emergencias y atención continuada (si bien, hay pocas posibilidades de colocarse establemente en atención normal); o la poca asistencia a actividades formativas que no tengan que ver con su especialidad o con el dominio de una técnica. Por ejemplo, en las actividades de formación continuada sobre temas genéricos y transversales (seguridad del paciente, interacciones medicamentosas, escritura científica, habilidades directivas, estadística), los médicos son minoría en relación a enfermería y a otras profesionales sanitarias (incluso sin problemas de sustitución o financiación).

La inducción de la demanda asistencial es inevitable en un sistema sanitario orientado al hospital, así como el anclaje de cada vez más pacientes a las consultas externas. Esa creación de demanda es interesada, porque es la única forma de justificar la viabilidad del nuevo servicio en términos económicos, ya que al crecer la producción (asistir más pacientes, realizar más procedimientos) disminuye el coste por procedimiento realizado (rendimientos crecientes); así los pacientes se convierten en el combustible del sistema hospitalario, siendo el médico de AP el fogueño que lo alimenta mediante las derivaciones. La AP tiene la clave de su propio poder y del desarrollo del hospital en el control mayor o menor de las derivaciones. Para eso necesita desarrollar contenidos basados en un elevado profesionalismo, en un acceso amplio a medios diagnósticos y en la potenciación de la longitudinalidad asistencial.

Por otro lado, en lo que a la conceptualización de lo que es enfermedad, desde AP no podemos perder la oportunidad de intervenir en la creación de las definiciones de “salud, enfermedad, factor de riesgo y pre-enfermedad”, que hasta ahora estamos dejando a los “expertos” sin mucha resistencia de nuestra parte.

En el fondo, la disyuntiva está en identificar la tendencia dominante y seguirla, o en tratar de cambiarla si la dependencia de senda con-

duce a la ineficiencia y a la desigualdad. Entre los ciudadanos, ¿qué clase de médico prefieren?: un médico equitativo que hace por ello algo más de lo que piden, pero no más de lo que necesitan (10), polivalente, competente, seguro de sí mismo y disponible, o un médico cualquiera, con tal de que me de lo que pido: la receta, el volante, la consulta con el hospital. Y el colectivo médico, ¿qué tipo de profesional quiere imitar?: al que hace una labor clínica con plena dedicación, actualizado, que maneja con destreza técnicas y procedimientos, disponible, vinculado al hospital, conector de los recursos socioasistenciales, interesado por los problemas de equidad social, o al que cumple con los mínimos burocráticos que le exige su pagador.

Como de costumbre, son los administradores, los políticos, los gestores quienes pueden favorecer o dificultar los cambios estructurales necesarios para que la mejor elección sea la más fácil de tomar. Los datos muestran que las decisiones políticas no son inocentes en materia de recursos asistenciales, al menos en la potenciación mayor o menor de la AP (11), por eso son las decisiones políticas las que pueden otorgar otra dimensión a las estructuras de los equipos de AP, dotarles de mayores competencias, favorecer organizaciones más autónomas, relacionarse con ellas en base a la confianza mutua y estimular los cambios legales necesarios para que sea posible una AP más profesionalizada y más identificada con las necesidades individuales de los ciudadanos y con los retos que plantea la salud de las poblaciones.

## **Bibliografía**

1. Gispert R, Torné MM, Barés MA. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit.* 2006 ; 20 (supl. 1) : 117-26
2. OECD Health Data 2007. OECD Indicators. Disponible en: <http://puck.sourceoecd.org>. Acceso: 12-04-08
3. Urbanos R. Equidad horizontal en la provisión pública de servicios de salud: un análisis aplicado al caso español. II Asamblea General de la

- Asociación Española de Economía Pública; Madrid, 18-19 de diciembre de 1997
4. Gérvas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008; 10(1): 8-12
  5. Simó J, Gérvas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con la Europa desarrollada, 1985-2001. *La Atención Primaria española Cenicienta europea*. *Aten Primaria*. 2004; 34:472-81
  6. Palomo L. Uso y disfrute de los incentivos en atención primaria. *Salud 2000*. 2007; 114: 22-27
  7. Innerarity D. La política en una sociedad postheroica. *CLAVES de razón práctica*. 2008; 180: 7-13
  8. Royal College of General Practitioner. The future direction of general practice. A roadmap. Accesible en: [www.rcgp.org.uk/pdf/roadmap](http://www.rcgp.org.uk/pdf/roadmap). Acceso: 12-04-08
  9. Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, Day N. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PloS Medicine*. 2008, 5: 39-46
  10. Palomo L, Pastor R. Sobre el buen médico. *JANO* 1999 (carta); 67(1322): 2047-9
  11. Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008 ; 40 (6): 277-84

**PRIMERA PARTE**

**FINANCIACIÓN Y GASTO**



# CAPÍTULO I

## LA FINANCIACIÓN SANITARIA

*Marciano Sánchez Bayle*

*Presidente de la Asociación para la Defensa  
de la Sanidad Pública de Madrid*

### Resumen

Aunque no existe una manera fiable de establecer el gasto sanitario deseable/ necesario para cada país, suelen utilizarse las comparaciones con otros países, bien en % sobre el PIB, bien en unidades paritarias de compra. En España, el gasto sanitario (en % sobre el PIB, en \$ por habitante y en % de gasto público) está por debajo del promedio de la OCDE, lo que también sucede con el gasto social respecto a la media de la UE. El reparto de este gasto entre las CCAA ofrece amplias variaciones. Se propugna un aumento del gasto sanitario público en España y un carácter finalista de la financiación sanitaria de las CCAA.

### Introducción

La financiación sanitaria siempre es un tema controvertido en el que parece haber dos posturas apriorísticas difíciles de compatibilizar, la de quienes creen que siempre es escasa y la de los que piensan todo lo contrario.

Conocer el gasto sanitario deseable es una tarea que raya en lo imposible. El motivo tiene que ver tanto con el hecho de que no se conoce cual es la cantidad necesaria/deseable para atender las necesidades de salud de la población, como con el hecho bien demostrado de que la influencia del sistema sanitario sobre la salud de las personas es limitado, y que existen multitud de factores sociales, económicos, ambientales, etc., que tienen una capacidad muy importante para influir en ella. Los ejemplos de las redes de transporte y la contaminación ambiental son bien claros y abren siempre el interrogante de si no es más importante unos medios de transporte seguros y un medio ambiente menos contaminado que construir muchos hospitales, y de si la inversión en aquellas áreas no sería más rentable en cuanto a sus resultados de salud.

Ya en 1974 Lalonde señaló la incongruencia que existía entre los determinantes de la salud y el gasto sanitario, debido a que éste se dedica de una manera predominante a los servicios sanitarios, que tienen un impacto menor sobre la salud de la población, y en cambio se desatienden áreas de prevención y promoción que podrían influir de manera relevante, como los estilos de vida o el medio ambiente, que tienen un influencia mucho mayor. Posteriormente, los informes de la OMS sobre determinantes de salud han abundado en la misma línea, y aunque la polémica sobre cuánto influyen los servicios sanitarios sobre la salud sigue abierta (aunque está claro que intentar establecer cifras exactas es seguramente estéril), sin embargo es obvio que existen muchos otros condicionantes de la salud que en nada tienen que ver con los servicios asistenciales y que, sin modificarlos, los resultados de los servicios sanitarios serán necesariamente limitados, por más que se incrementen éstos.

Como suele suceder, la polémica ha sido utilizada de manera interesada, desvirtuándola en gran medida, desde quienes se basan en este limitado poder del sistema sanitario para modificar la salud para oponerse a cualesquiera incrementos de los recursos sanitarios, hasta quienes, posicionándose en el lado opuesto, presionan para una política de incrementos exponenciales, independientemente del impacto sobre la salud de

estos incrementos. Se han producido muchos esfuerzos por delimitar el impacto real sobre la salud de intervenciones sanitarias utilizando algunos indicadores como la mortalidad evitable, los años de vida potencialmente perdidos o los años de vida potenciales libres de incapacidad, pero hasta hora sus resultados se mueven en el terreno de la investigación.

## Gasto sanitario y su relación con la riqueza de los países

Tradicionalmente se ha utilizado para la comparación del gasto sanitario entre países el porcentaje del PIB dedicado al mismo. La idea es que se mide el esfuerzo de cada país en relación con su capacidad económica, porque es obvio que ésta limita la posibilidad de utilizar recursos en el sistema sanitario. Otra versión es la utilización del gasto *per capita* en unidades paritarias de compra.

Existe la teoría, popularizada en España tras el Informe Abril, de que lo deseable es que un país gaste lo que corresponde con su riqueza, desarrollada a partir del hecho de que en la recta de regresión realizada en ese momento, con los datos de gasto sanitario y PIB *per capita*, casualmente, España se encontraba justamente en la línea, lo que por cierto no sucedía con el resto de países incluidos. Un estudio mas detallado desvelaba que los intervalos de confianza de la misma eran muy amplios y que la capacidad de predicción del modelo estadístico era bajo, lo que evidenciaba los fines propagandísticos de esta afirmación.

El problema es que no se han establecido claramente las necesidades de gasto sanitario para ningún país, y menos aún las necesidades de eficiencia de este gasto, por lo que es obvio que es un tema en el que nos movemos ante una gran indeterminación y en el que las comparaciones que se utilizan con otros países tienen básicamente un efecto estimativo que hay que observar con prudencia.

Tampoco debe olvidarse que una gran parte de las intervenciones de los sistemas sanitarios son consideradas ineficaces y que hay una gran

presión hacia una política incrementalista del gasto por parte de las multinacionales de la tecnología. Por fin, que parece haber un grado de evidencia razonable sobre el hecho de que existe una relación entre una mayor presencia del mercado en la prestación de servicios sanitarios y un mayor gasto sanitario.

La figura 1 recoge la relación entre esperanza de vida al nacimiento y el gasto sanitario *per capita* en \$ (valor paritario de compra) con los últimos datos de la OCDE. Existe una relación con el gasto sanitario (medido en PIB *per capita* y en gasto *per capita*) con coeficientes de correlación significativos, pero en la regresión múltiple sólo se mantiene la significación para el gasto *per capita* con un elevado coeficiente de determinación (0,529 con una  $p < 0,0001$  en la regresión logarítmica), pero la curva resultante parece indicar que por encima de un determinado nivel de gasto *per capita* los resultados marginales en aumento de la esperanza de vida son cada vez menores.

## Gasto sanitario en España

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, las tablas 1,2 y 3 recogen la evolución entre 1993 y 2007 de la media del gasto sanitario y la situación de España, medido en poder paritario de compra/ habitante, % de gasto sanitario público sobre el total, y % del gasto sanitario total sobre el PIB. También se recoge el % del gasto sanitario español sobre la media de los países de la OCDE.

En ellas se observa que el gasto sanitario, tanto *per capita* como en relación con el PIB, ha tenido un incremento mantenido en los países de la OCDE (un 122% y un 19,05% respectivamente), en los que además se ha observado una disminución del porcentaje del gasto público (1,05%). En España el gasto *per capita* ha aumentado más que en la media de la OCDE (146,17%), no así el porcentaje de gasto total sobre el PIB, aunque si se ha experimentado un incremento (14,86%), y en cuanto al porcentaje de gasto sanitario público, éste ha disminuido de una manera más notable

que en la media de la OCDE (6,27%), si bien sigue estando muy ligeramente por encima de la media OCDE (0,5%).

Es de destacar que fue durante los gobiernos del PP cuando se produjo una mayor reducción del porcentaje del gasto sanitario público sobre el total (un 5% en 2000 sobre 1993), y en ese mismo año también un 0,2% de retroceso del gasto sanitario total sobre el PIB. Merece la pena señalar que en los 3 parámetros evaluados España se mantiene por debajo de la media de la OCDE en 2007.

Otro aspecto importante es que la OCDE reúne un grupo muy heterogéneo de países que van desde EEUU y Canadá hasta Turquía, México, Republicas Checas y Eslovaca y Corea, con sistemas sanitarios y situaciones socioeconómicas muy diferentes, por lo que los datos, aunque seguramente expresan una tendencia general, deben ser valorados con prudencia en cuanto a los valores concretos, así por ejemplo el % de gasto sanitario público en 2007 se encuentra entre el 85,2% de la Republica Checa y el 45,2% de México, y el gasto sanitario *per capita* entre 7.290 \$ (EEUU) y 823 \$ (México).

**Tabla 1. Evolución del gasto sanitario total en los países de la OCDE y comparación con España (\$ poder paritario de compra /habitante)**

	OCDE MEDIA (IC 95%)	ESPAÑA
<b>1993</b>	1.452,75 (1156,7-1748,2)	1.085 (74,68%)
<b>2000</b>	2.062,04 (1.665-2.468)	1.536
<b>2007</b>	3.138 (2.565,9- 3.710)	2.671 (85,11%)

Fuente: ODCE Health Data 2009

**Tabla 2. Evolución del gasto sanitario público en los países de la OCDE y comparación con España (% sobre gasto sanitario total)**

	<b>OCDE MEDIA (IC 95%)</b>	<b>ESPAÑA</b>
<b>1993</b>	72,1 (64,6-79,5)	76,6 (106,24%)
<b>2000</b>	71,77 (65,6-76,8)	71,6
<b>2007</b>	72 (66,4 – 77,5)	71,8 (99,72)

Fuente: ODCE Health Data 2009

**Tabla 3. Evolución del gasto sanitario total en los países de la OCDE y comparación con España (% sobre PIB)**

	<b>OCDE MEDIA (IC 95%)</b>	<b>ESPAÑA</b>
<b>1993</b>	7,97 (7,21-8,74)	7,4 (92,84%)
<b>2000</b>	8,41	7,2
<b>2007</b>	9,12 (8,3-9,9)	8,5 (93,2%)

Fuente: ODCE Health Data 2009

No debe olvidarse que hay otro aspecto a considerar, como es el bajo gasto social de nuestro país, que es inferior a la media de la Unión Europea, tanto en % sobre el PIB como en unidades paritarias de compra, tal como puede verse en la tabla 4 (datos de 2005), lo que lógicamente repercute sobre la disponibilidad real de recursos para la atención sanitaria (es bien conocido que una parte de la presión asistencial en realidad es demanda de atención social no cubierta).

Tabla 4. Gasto social en la Unión Europea

	% PIB	UNIDADES PARITARIAS DE COMPRA <i>PER CAPITA</i>
UE 27 (media)	27,2	6.087
UE25 (media)	27,4	6.367
UE 15 (media)	27,8	7.005
España	20,8	4.776
Máximo	32 (Suecia)	12.946 (Luxemburgo)
Mínimo	12,4 (Letonia)	1.088 (Rumania)

Fuente: Eurostat

Otra cuestión importante a tener en cuenta al analizar el gasto sanitario público en España es la capacidad que tienen las CCAA para decidir los presupuestos sanitarios, independientemente del sistema de financiación y de los presupuestos generales autonómicos. Este hecho ha facilitado una gran dispersión en el presupuesto sanitario público *per capita* en nuestro país, tal y como puede verse en la tabla 5, donde se observa una diferencia importante en el presupuesto *per capita* entre el máximo (País Vasco; 1.607,34 €) y el mínimo (Valencia; 448,71 €).

Tabla 5. Presupuestos sanitarios de las CCAA para 2009

CCAA	PRESUPUESTO <i>PER CAPITA</i> 2009 (EUROS)
Andalucía	1215,62
Aragón	1451,12
Asturias	1354,30
Baleares	1217,33
Canarias	1364,05
Cantabria	1381,57
Castilla y León	1335,34
Castilla la Mancha	1381,70

CCAA	PRESUPUESTO <i>PER CAPITA</i> 2009 (EUROS)
Cataluña	1282,39
Comunidad valenciana	1158,63
Extremadura	1580,84
Galicia	1366,25
Madrid	1170,56
Murcia	1299,17
Navarra	1490,67
País Vasco	1607,34
La Rioja	1445,47

Fuente: Presupuestos CCAA e INE

La tabla 6 evidencia que estas diferencias, lejos de haberse reducido, se han incrementado entre 2002 (primer año en que todas las CCAA tenían transferidos los servicios sanitarios) y 2009.

**Tabla 6. Evolución de los presupuestos *per capita* de las CCAA**

	2002	2009
Media	836,90	1351,57
Máximo	943,80	1607,34
Mínimo	752,44	1158,63
Diferencia entre máximo y mínimo	191,36	448,71
% de diferencia sobre la media	22,86	33,19

Fuente: Elaboración propia, a partir de los Presupuestos CCAA e INE

La tabla 7 refleja que las diferencias presupuestarias están influidas por el signo político de los gobiernos de las CCAA, de manera que aquellas que se consideran como progresistas (gobierno con mayoría o coalición con algún partido de izquierdas) tienen un presupuesto *per*

*capita* superior, y han incrementado de manera más importante el presupuesto sanitario en 2009 respecto a 2008 que las consideradas como conservadoras.

**Tabla 7. Comparación del presupuesto *per capita* para 2009 según tipo de gobierno de las CCAA**

	TIPO DE GOBIERNO	N	MEDIA
Presupuesto 2009	Conservador	7	1323,4129
	Progresista	10	1383,8460
% aumento	Conservador	7	1,4757
	Progresista	10	3,1610

Fuente: Elaboración propia con datos de la tabla 4

## Procedencia de la financiación sanitaria

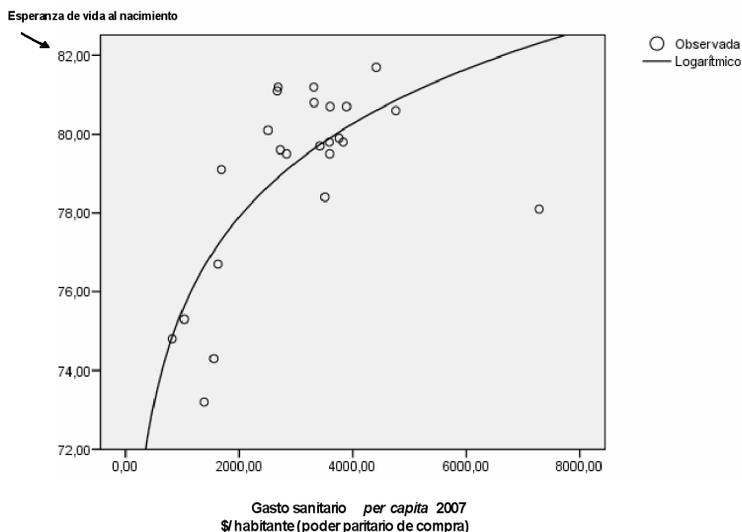
Una cuestión distinta es la procedencia de los fondos que se utilizan en el gasto sanitario público. Como es conocido, hay dos modelos de financiación en los sistemas sanitarios europeos, el basado en la Seguridad Social y el financiado por los impuestos generales, aunque en la práctica se encuentran una gran variedad de sistemas con presencia de ambas vías de financiación, que dependen sobre todo de las circunstancias históricas en las que cada sistema sanitario se ha desarrollado en cada país, a lo que hay que unir muchos sistemas de copagos, generalmente mas amplios en los países con sistemas basados en la Seguridad Social y menores en los que tienen sistemas del tipo Servicio Nacional de Salud.

En España, a partir del Pacto de Toledo, la financiación sanitaria procede de los impuestos, aunque se trata de una “prestación sanitaria de la Seguridad Social”, y los copagos son poco relevantes (prestación farmacéutica de los no pensionistas y prestaciones ortoprotésicas). No obstante, la procedencia de los fondos ha ido evolucionando desde un peso mayoritario de los impuestos directos (IRPF) hasta un modelo como el actual, en

que son preponderantes los impuestos indirectos como el IVA y los impuestos especiales, lo que hace el modelo más regresivo (es decir las personas con menos ingresos aportan proporcionalmente más que las que tienen ingresos más elevados)

Las conclusiones de todo lo dicho son obvias: no está clara la relación entre gasto sanitario y resultados en salud de la población, entre otras cuestiones porque hay muchos factores de confusión (nivel socioeconómico, modelo sanitario, etc.), y tampoco existe un nivel óptimo de gasto sanitario establecido, por ello se utilizan comparaciones entre países. Si tenemos en cuenta estas consideraciones, España tiene un gasto sanitario que podría/debería incrementarse entre 0,5 y 1 punto sobre el PIB, probablemente a expensas del gasto sanitario público, que ha sufrido una contracción porcentual en los últimos años. Otro tema a resaltar es la gran disparidad de los presupuestos sanitarios *per capita* entre las CCAA, cuya única solución es que se establezca una financiación sanitaria con carácter finalista.

**Figura 1. Resultados de la regresión entre esperanza de vida y gasto sanitario per capita**



## Bibliografía

- OECD Health Data 2009 - Version: June 09
- Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. 2008. Accesible en: [www.who.in](http://www.who.in)
- Sánchez Bayle M, Martín García M, Reverte Cejudo D. Limitaciones de la relación entre gasto sanitario y producto interior (PIB) *per capita*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. 2005; 4: 21-26
- FADSP. El sistema sanitario en España, análisis de la situación y alternativas para su mejora. Accesible en: [www.fadsp.org](http://www.fadsp.org)
- Eurostat: Social protection in the European Union. Eurostat. Statistics in focus 46/2008
- Sánchez Bayle M. El acuerdo de financiación sanitaria. ¿Hemos avanzado?. Rev Adm Sanit. 2005; 3: 581-90



## CAPÍTULO II

# FINANCIACIÓN DEL HOSPITAL Y DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLES

*Juan Simó Miñana*

*Médico de familia. Centro de salud Altabix (Elche).*

*Plataforma 10 minutos*

### Resumen

Mediante estudio longitudinal retrospectivo, se pretende conocer el reparto del presupuesto sanitario público entre 1995 y 2006 según sectores (atención hospitalaria, primaria, personal y fármacos de receta) por Comunidades Autónomas (CC.AA.) y las eventuales diferencias que pudieran relacionarse con la riqueza de las regiones o su envejecimiento poblacional. Se describe el crecimiento de los gastos y se analiza la relación de los mismos con la renta y el envejecimiento poblacional de las regiones. Entre los resultados más relevantes destaca que las variables de gasto en atención especializada crecen más (o decrecen menos) que las de atención primaria. La participación de la atención primaria en el gasto sanitario público se reduce 12 veces más que la participación de la especializada. Aumenta anualmente un 1,180% la parte del PIB que se destina a sanidad pública, un 0,952% la destinada a atención especializada, un 1,591% la destinada a medicamentos de receta, pero disminuye un 0,011% -en la práctica se estanca- la destinada a atención primaria. En

términos reales y per cápita, el gasto en atención especializada crece un 36% más que el de primaria y el gasto en personal de atención especializada crece un 44% más que el de personal de atención primaria. Las variables de gasto en atención especializada se relacionan positivamente con la renta de las CC.AA. pero apenas, o negativamente, con el envejecimiento. Las variables de gasto en atención primaria se relacionan positivamente con el envejecimiento pero no, o negativamente, con la renta. Las regiones más ricas gastan menos per cápita en fármacos ( $r = -0,576$ ,  $p = 0,016$ ), más en atención especializada ( $r = 0,440$ ,  $p = 0,077$ ) pero no más en atención primaria ( $r = 0,006$ ). Las regiones más envejecidas gastan más per cápita en atención primaria ( $r = 0,401$ ,  $p = 0,110$ ) y en fármacos ( $r = 0,492$ ,  $p = 0,045$ ) pero no más en atención especializada ( $r = 0,144$ ). La renta y el envejecimiento apenas se correlacionan ( $r = -0,179$ ). Entre 1995 y 2006 se constata un hospitalocentrismo presupuestario en el sistema sanitario público en detrimento del presupuesto de atención primaria, especialmente notable en las regiones más ricas y en el gasto de personal.

## Introducción

La reforma de la atención primaria iniciada en 1984 sembró el país de centros de salud y prometió hacer de nuestro primer nivel de atención el eje del sistema sanitario, y de nuestro médico de familia la figura fundamental del mismo (1, 2). En buena lógica, tales propósitos explicarían que nuestro ámbito sanitario ambulatorio público se hubiera aproximado, desde la perspectiva de los recursos comprometidos, al promedio de los países europeos más desarrollados, precisamente desde el inicio de la reforma o durante los años siguientes. Ya sabemos que esto no ha sido así (3). Comparado con el de los países de nuestro entorno socioeconómico, nuestro gasto sanitario, especialmente el público, es inferior al que nos correspondería por renta (3, 4). Pero lo verdaderamente destacable es que dicha infrapresupuestación relativa respecto a la Europa desarrollada no se distribuye por igual entre los tres grandes sectores del sistema (atención especializada, primaria y fármacos de receta): los datos

sitúan a la atención primaria en el epicentro de dicha infrapresupuestación (3). Nuestra atención primaria es el único sector funcional del sistema que se ha presupuestado siempre, en relación con Europa, muy por debajo de nuestra renta y del esfuerzo europeo medio sobre el PIB (3). Por el contrario, desde el presupuesto, nuestro hospital y fármaco públicos alcanzan, cuando no superan, los promedios europeos, especialmente desde 1995 (3). Por ello, cabría esperar que precisamente desde mediados los 90 se hubiera potenciado presupuestariamente nuestra atención primaria respecto a etapas previas y respecto a los otros dos grandes sectores de la sanidad pública. Por otro lado, el poblacional ha sido el criterio utilizado durante las dos últimas décadas para el reparto de fondos públicos sanitarios entre las Comunidades Autónomas (CC.AA.), y a partir de 2002 se incluye también el envejecimiento poblacional (porcentaje de población con 65 o más años) (5). A pesar de ello, conocemos desigualdades interregionales en España en el nivel de gasto sanitario público per cápita (6) y las investigaciones señalan que la renta per cápita es la variable con un mayor poder explicativo de las diferencias encontradas en el gasto sanitario per cápita entre países (7,8). Por lo tanto, importa conocer, especialmente desde 1995, el reparto de fondos públicos para la sanidad y su crecimiento entre los diferentes sectores (atención especializada, primaria y fármacos de receta) en las CC.AA. y las eventuales diferencias que al respecto pudieran relacionarse con la riqueza de las regiones o su envejecimiento poblacional. Al analizar ello para el periodo 1995-2002 (9) se comprobó que durante el mismo creció mucho más el gasto real per cápita en atención especializada que el de atención primaria. Este hospitalocentrismo presupuestario fue más intenso en las CC.AA. más ricas, pues en ellas fue mayor el gasto en atención especializada (per cápita y como parte del sanitario) que en las Comunidades más pobres. En cambio, el gasto en atención primaria (per cápita y como parte del sanitario) fue mayor entre las CC.AA. más envejecidas (con una mayor proporción de población de 65 o más años) (9). Disponemos actualmente de datos oficiales desagregados por CC.AA. que abarcan un mayor espacio de tiempo (desde 1995

hasta 2006) y que nos permitirán detectar si los resultados del periodo 1995-2002 se mantienen o acentúan o si, por el contrario, se detecta algún cambio positivo en la financiación de nuestra atención primaria.

## Objetivos del trabajo

1. Conocer, para el periodo 1995-2006, el reparto de los fondos públicos para la sanidad de cada Comunidad Autónoma entre sus diferentes sectores (atención primaria, especializada, medicamentos de receta, personal, etc.) y su relación con la renta (PIB per cápita) y el envejecimiento (proporción de población de 65 o más años) de las CC.AA.
2. Conocer el crecimiento (variación anual) de los diferentes sectores del gasto sanitario público en el conjunto de las 17 CC.AA. en el periodo 1995-2006.

## Procedencia de los datos y método

Los datos de gasto sanitario proceden de la Estadística del Gasto Sanitario Público publicada por el Ministerio de Sanidad (10, 11). El gasto sanitario público que se analiza en este trabajo incluye únicamente el de las CC.AA. Esto es, el gasto sanitario ocasionado por la asistencia sanitaria transferida a las CC.AA. y que representa actualmente más del 90% del gasto sanitario público. Por lo tanto, no se incluye el gasto sanitario público de la Administración Central del Estado, el de las Mutualidades de funcionarios, el de las Mutualidades de Accidentes de Trabajo, el de las Corporaciones Locales ni el de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Proceden del Instituto Nacional de Estadística (INE) los datos de población, Producto Interior Bruto (PIB) y la renta (PIB per cápita) (12). Tienen la misma procedencia, el Índice de Precios de Consumo (IPC) general (13), el IPC del medicamento (14) y el porcentaje de población de 65 o más años (15). Los gastos per cápita y la renta per cápita se expresan en euros corrientes. Para estimar el crecimiento real anual de la renta y de

los gastos per cápita de cada CC.AA. se utiliza como deflactor el Índice de Precios de Consumo (IPC) general de cada CC.AA. durante el periodo de estudio (variación anual), salvo para deflactor el crecimiento anual del gasto farmacéutico per cápita, que se utiliza la variación anual del IPC del medicamento de dicho periodo para el conjunto de España (0,95%). Los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov aplicado a las variables permiten asumir su distribución normal y, por tanto, utilizar el coeficiente de correlación de Pearson para determinar asociaciones entre ellas.

## VARIABLES ANALIZADAS

Las variables expresan el promedio entre 1995 y 2006 para cada CC.AA. y son las siguientes:

1. Población: número de habitantes de cada Comunidad (Población)
2. Renta: PIB per cápita (Renta)
3. Envejecimiento: porcentaje de población con 65 o más años (ENV)
4. Gasto sanitario público per cápita (GSpc)
5. Gasto sanitario público como porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) ( $GS\%PIB$ ) Gasto en atención primaria per cápita (GAPpc)
6. Gasto en atención primaria como porcentaje del gasto sanitario público ( $GAP\%GS$ )
7. Gasto en atención primaria como porcentaje del PIB ( $GAP\%PIB$ )
8. Gasto en atención especializada per cápita (GHpc)
9. Gasto en atención especializada como porcentaje del gasto sanitario público ( $GH\%GS$ )
10. Gasto en atención especializada como porcentaje del PIB ( $GH\%PIB$ )
11. Gasto farmacéutico público en recetas del SNS per cápita (GFpc)

12. Gasto farmacéutico público en recetas del SNS como porcentaje del gasto sanitario público (GF%GS)
13. Gasto farmacéutico público en recetas del SNS como porcentaje del PIB (GF%PIB)
14. Gasto de personal per cápita (GPpc)
15. Gasto de personal como porcentaje del gasto sanitario público (GP%GS)
16. Gasto de personal de atención primaria per cápita (GPAPpc)
17. Gasto de personal de atención primaria como porcentaje del gasto en atención primaria (GPAP%GAP)
18. Gasto de personal de atención primaria como porcentaje del gasto de personal (GPAP%GP)
19. Gasto de personal de atención especializada per cápita (GPHpc)
20. Gasto de personal de atención especializada como porcentaje del gasto en atención especializada (GPH%GH)
21. Gasto de personal de atención especializada como porcentaje del gasto de personal (GPH%GP)

## Resultados

*Crecimiento de la población, del envejecimiento poblacional y del PIB destinado a sanidad*

La **tabla 1** muestra la distribución de las variables del estudio entre las CA.AA. La **tabla 2** muestra la variación anual de la población, del envejecimiento y de la participación en el PIB de los principales sectores del gasto sanitario público. Entre 1995 y 2006 la población española se incrementó en 4.672.634 habitantes (un incremento acumulado del 12%). La proporción de habitantes con 65 o más años se incrementó un 9,3% (del 16,11% en 1995 al 17,61% en 2006). La población crece anualmente un

0,968% y el porcentaje de población de 65 o más años lo hace un 0,818%. Para atender la demanda generada por este aumento de la población y del envejecimiento, aumenta un 1,180% anual la parte del PIB que se destina a sanidad pública. Aumenta tanto la parte del PIB destinada a la atención especializada (AE) (un 0,952% anual) como la destinada a medicamentos (un 1,591% anual), pero se reduce un 0,011% anual, en la práctica se estanca, la parte del PIB destinada a la atención primaria (AP).

#### *Variación de la participación de algunos sectores en el gasto sanitario público*

La tabla 2 también muestra la variación anual de la participación en el gasto sanitario público de algunos sectores funcionales del mismo. Entre 1995 y 2006, tanto la atención primaria como la especializada reducen su participación en el gasto, pero la parte del gasto sanitario destinada a la AP se reduce 12 veces más que la destinada a la AE (-0,091% vs. -1,075%). El gasto de personal reduce su participación en el gasto sanitario, pero esta reducción es más intensa en los centros de salud: la parte de personal del gasto en AP se reduce un 46% más que la parte de personal del gasto en AE. Por otro lado, mientras que la parte del gasto de personal destinada a la AE aumenta anualmente un 0,408%, la parte del gasto de personal destinada a la AP se reduce un 0,597%. El gasto en medicamentos de receta aumenta anualmente un 0,492% su participación en el gasto sanitario público.

#### *Crecimiento de la renta y de algunos gastos per cápita*

La **tabla 3** muestra el crecimiento anual nominal (euros corrientes) y real (deflactado por el IPC) de la renta per cápita (PIB pc) y de algunos gastos per cápita durante el periodo de estudio. Los gastos per cápita en AP y, sobre todo, en personal de AP son los que menos crecen. Mediante el IPC se estima el crecimiento anual real de estos gastos. El crecimiento anual real del gasto per cápita en AP es del 3,308% mientras que el de AE es del 4,490% (un 36% más que el de AP). El crecimiento anual real del gasto per cápita en personal de AP es del 2,741% mientras que el de su homónimo de AE es del 3,940% (un 44% más que el de primaria). El

gasto sanitario público per cápita aumenta más que la renta. Aumentan más que la renta, los gastos per cápita en AE, en personal, en personal de AE y el de medicamentos de receta; pero el gasto per cápita en AP y, especialmente, el gasto per cápita en personal de AP crecen menos que la renta.

### *Renta, envejecimiento y gasto sanitario público*

La **tabla 4** muestra las correlaciones de algunos gastos sanitarios públicos referidos a los tres principales sectores con la renta y con el envejecimiento. El nivel de renta de las CC.AA. se correlaciona positiva, aunque débilmente, con un mayor gasto sanitario público per cápita ( $r=0,176$ ), pero muestra una correlación más importante con algunos de sus componentes. Así, a mayor renta encontramos un menor gasto per cápita en medicamentos de receta ( $r= -0,576$ ,  $p= 0,016$ ) y un mayor gasto per cápita en AE ( $r= 0,440$ ,  $p= 0,077$ ), pero la renta no se correlaciona con el gasto per cápita en AP ( $r= 0,006$ ). Las CC.AA. más ricas también muestran como parte de su gasto sanitario público un mayor gasto en AE ( $r= 0,535$ ,  $p= 0,027$ ) y un menor gasto farmacéutico ( $r= -0,631$ ,  $p= 0,007$ ), pero las regiones más ricas no muestran un mayor gasto en AP como parte de su gasto sanitario público ( $r= -0,118$ ). En cambio, las CC.AA. más envejecidas muestran un mayor gasto per cápita sanitario ( $r= 0,395$ ,  $p= 0,117$ ), un mayor gasto per cápita en AP ( $r= 0,401$ ,  $p= 0,110$ ), en personal de AP ( $r= 0,497$ ,  $p= 0,043$ ) y en medicamentos de receta ( $r= 0,492$ ,  $p= 0,045$ ), pero apenas un mayor gasto per cápita en AE ( $r= 0,144$ ).

## **Discusión**

### **Limitaciones del estudio**

*Tamaño muestral y significación estadística.* En principio, el pequeño tamaño muestral (las 17 CC.AA.) podría afectar al nivel de significación estadística de los resultados. Pero no hablamos estrictamente de una muestra pues se estudian todas las CC.AA., por lo que podemos conside-

rar tan relevante, o más en algunos casos, la intensidad de la asociación entre variables como su significación estadística.

*Estimación del crecimiento real del gasto.* Se ha propuesto la utilización de un deflactor específico del gasto sanitario público nominal en lugar del IPC (16). Aunque la construcción de un deflactor específico para el gasto sanitario público nominal no está exenta de dificultades metodológicas, disponemos en la literatura de una propuesta (17) en la que sus autores estimaron un deflactor específico del gasto sanitario público español para el periodo 1986-1994. El deflactor específico del gasto sanitario público estimado por los autores creció durante este periodo a una tasa anual media del 4,91% (17) mientras que el IPC lo hizo a una tasa del 5,47% (13). Por tanto, la deflación mediante el IPC infraestimaría levemente el crecimiento real del gasto sanitario público durante el periodo 1986-1994. No disponemos de un deflactor específico del gasto sanitario público para el periodo de estudio del presente trabajo (1995-2006). No obstante, como ocurría durante el periodo 1986-1994, es posible que la utilización del IPC infraestime levemente el crecimiento real del gasto sanitario público durante el periodo 1995-2006. Esa eventual infraestimación no invalidaría los principales resultados y conclusiones de este trabajo.

## **El envejecimiento se asocia a más gasto sanitario público sólo en primaria y fármacos**

El poblacional ha sido el criterio utilizado durante las dos últimas décadas para el reparto de fondos públicos sanitarios entre las Comunidades Autónomas (CC.AA.), y a partir de 2002 se incluye también como criterio de reparto el envejecimiento poblacional (porcentaje de población con 65 o más años) (5). Durante el periodo 1995-2002, el gasto sanitario público per cápita apenas se correlacionaba ( $r=0,13$ ) con el envejecimiento poblacional (9). Sin embargo, la incorporación de los datos de los últimos años hace que dicha correlación aumente en el periodo 1995-2006 ( $r=0,395$ ) (tabla 4). Parece, pues, que el envejecimiento poblacional es

efectivamente considerado desde 2002 como criterio de reparto. Pero al desglosar por sectores comprobamos que los gastos per cápita en atención primaria, en personal de atención primaria y en medicamentos de receta se correlacionan clara y positivamente con el envejecimiento. Algo que apenas ocurre con los gastos per cápita en atención especializada y en personal de este nivel de atención (**tabla 4**). La atención primaria y el medicamento de receta son los sectores que más contribuyen al cumplimiento del criterio de reparto referido al envejecimiento poblacional mientras que la contribución de la atención especializada es prácticamente nula.

### **Maltrato presupuestario de la atención primaria**

Entre 1995 y 2006, la atención primaria soporta una reducción de su participación en el gasto sanitario público 12 veces más intensa que la de especializada (**tabla 2**). El fármaco ha ocupado parte de ese espacio y aumenta su participación en el gasto. Pese a ello, las CC.AA. más ricas destinan menos parte de su gasto sanitario a fármacos ( $r = -0,631$ ,  $p = 0,007$ ) y más a atención especializada ( $r = 0,535$ ,  $p = 0,027$ ) pero no a atención primaria ( $r = -0,118$ ) (**tabla 4**). Los gastos per cápita en atención primaria y en personal de atención primaria son los que menos crecen y, en términos reales, crecen menos que la renta y mucho menos que sus homónimos gastos de especializada (**tabla 3**). Además, el gasto per cápita en personal de especializada y el gasto de especializada como parte del gasto sanitario son mayores en las regiones más ricas; un comportamiento contrario del que muestran sus homónimos gastos de primaria (**tabla 4**). Paradigmático del maltrato presupuestario es lo ocurrido con la parte del gasto de personal que se destina a la atención primaria, el cual decrece anualmente un 0,597%, mientras que la parte del gasto de personal que se destina a la atención especializada crece anualmente un 0,408% (**tabla 2**). Pero lo llamativo es que el crecimiento de estos últimos gastos es diferente según la riqueza de las regiones: la parte del gasto de personal destinada a la atención especializada ha crecido mucho más en las regiones más ricas ( $r = 0,509$ ,  $p = 0,037$ ), las cuales muestran, por el contrario, un menor

crecimiento de la parte del gasto de personal destinada a la atención primaria ( $r = -0,408$ ,  $p = 0,104$ ) (**figura 1**).

## Traducción en el número de efectivos y su crecimiento

Los últimos datos disponibles de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (18) y del Sistema de Información en Atención Primaria (19) permiten una comparación de los datos de personal en ambos niveles asistenciales para el trienio 2004-2006. Se presentan datos referidos al personal médico (pediatras y no pediatras) y de enfermería de ambos niveles asistenciales, y también al tamaño de los cupos de los médicos de familia, pediatras y enfermeros de los centros de salud, en ningún caso se incluye personal en periodo de formación (**tablas 5 y 6**). Para determinar la relación del número de efectivos con la renta y con el envejecimiento (**tabla 5**), además del personal de los centros de especializada dependientes del Sistema Nacional de Salud (SNS), se tiene en cuenta el personal de aquellos centros privados con concierto de hospitalización, diagnóstico o tratamiento con el SNS y la Red de Utilización Pública en Cataluña. Las CC.AA. más ricas cuentan con más personal de enfermería y médico (pediatras y no pediatras) por 10.000 habitantes en su atención especializada (del SNS o concertada) pero con menos en su atención primaria (salvo, curiosamente, pediatras) (**tabla 5**). Así, el personal de enfermería y, sobre todo, los médicos de familia presentan unos cupos significativamente más masificados en las CC.AA. más ricas (**tabla 5**). En cambio, las CC.AA. más envejecidas tienden a tener más efectivos por 10.000 habitantes en atención primaria (salvo, lógicamente, pediatras), con el resultado de unos cupos significativamente menos masificados en el caso de medicina de familia y enfermería (**tabla 5**). En la determinación del incremento del número de efectivos únicamente se considera el personal propio de los centros dependientes del SNS (**tabla 6**). Se comprueba que, durante el trienio 2004-2006, el personal médico y de enfermería de especializada por 10.000 habitantes aumenta anualmente un 48% más que el personal médico y de enfermería

de atención primaria (1,850% vs. 1,252%). Además, los médicos de familia son los profesionales sanitarios que menos se incorporan al SNS, con un incremento anual de su número por 10.000 habitantes del 0,505%. El número de médicos de especializada por 10.000 habitantes crece anualmente el triple (un 1,517%) que el de médicos de familia y, curiosamente, el número de efectivos de enfermería de atención primaria por 10.000 habitantes aumenta cuatro veces más (un 2,100% anual). Por tanto, la desventaja presupuestaria del gasto de personal de atención primaria respecto del de especializada se debe en mayor medida a una menor contratación de médicos de familia que de pediatras o de personal de enfermería en los centros de salud.

### **Deterioro presupuestario de la atención primaria y universalización efectiva de la misma**

El deterioro presupuestario de la atención primaria es, entre otros, uno de los elementos que juega en contra de la universalización efectiva de este nivel de atención (20). La figura 2, elocuente al respecto, muestra como aquellas CC.AA. que más han invertido per cápita en atención primaria durante el periodo 1995-2006 presentan en 2006 un menor porcentaje de personas que visitan a un médico privado entre las que han realizado alguna visita médica ambulatoria durante el último mes, según la Encuesta Nacional de Salud (21). La relación entre ambas variables muestra una correlación alta, inversa y significativa ( $r = -0,57$ ,  $p = 0,016$ ). Sin embargo, este porcentaje de personas que visitan al médico privado apenas se relaciona con el gasto sanitario público per cápita de las regiones ( $r = -0,13$ ), ni con su gasto per cápita en atención especializada ( $r = -0,06$ ), ni con su gasto per cápita en medicamentos de receta ( $r = 0,01$ ), ni con la renta de las mismas ( $r = 0,06$ ). Esto se confirma mediante un modelo forzado de regresión lineal múltiple que incluye, como variable dependiente, el porcentaje de personas que visitan a un médico privado entre las que lo hacen a algún médico en el último mes y, como variables independientes, la renta per cápita, el gasto sanitario público per cápita, el gasto per

cápita en AP, en AE y en medicamentos de receta. Sólo el gasto per cápita en atención primaria conserva su relación inversa y significativa con la variable dependiente al controlar por el resto de gastos y la renta (**tabla 7**). Así, en el contexto actual, la mejora de la financiación de la atención primaria aumentaría su universalización efectiva y, con ello, la del SNS.

### **Hospitalocentrismo presupuestario en el sistema**

Durante el periodo 1995-2006, las variables relacionadas con el gasto hospitalario público crecen mucho más (o decrecen mucho menos) que las relacionadas con el gasto en atención primaria (**tablas 2 y 3**). Incluso en algunos casos, crece la variable de gasto referida a la atención especializada mientras decrece la de atención primaria, como ocurre con la variación de la parte del gasto de personal destinada a cada uno de los dos sectores (**tabla 2**). Comprobamos, además, que las variables de gasto hospitalario se correlacionan positivamente con la renta de las regiones pero las de gasto en atención primaria no, o lo hacen negativamente (**tabla 4 y figura 2**). Las regiones más ricas muestran una ligera tendencia a gastar más per cápita en sanidad pública, pero sobre todo muestran un menor gasto per cápita en medicamentos de receta y destinan a este capítulo también una menor parte de su gasto sanitario (**tabla 4**). Esta situación les ha permitido “liberar” recursos que hubieran podido destinar tanto a la atención primaria como a la especializada. Pero no ha sido así, y la tendencia a favorecer presupuestariamente al hospital en detrimento del centro de salud es especialmente notable entre las regiones más ricas, que han destinado a su hospital parte de los recursos “liberados” por su menor gasto farmacéutico, pero no han actuado así con su atención primaria. La desventaja presupuestaria de la atención primaria frente al hospital detectada durante el periodo 1995-2002 (9) empeora al incluir en el análisis los datos de los últimos años y se agudiza en el caso del gasto de personal (**tabla 3**), especialmente a la hora de la contratación de médicos de familia (**tabla 6**).

## Recursos financieros para atención primaria: en las antípodas de lo deseable

Pese a que nuestro hospital público alcanzó hace más de 10 años el promedio europeo en esfuerzo presupuestario sobre el PIB, con un gasto per cápita ajustado a nuestra renta (3), las evidencias prueban desde 1995 hasta 2006 la preferencia general y creciente de los Gobiernos Autonómicos por la inversión en el hospital en detrimento de la inversión en el centro de salud. No se ha aprovechado el crecimiento económico de los últimos años para reflotar presupuestariamente una atención primaria muy infradotada de recursos. Una anemia inversora que no han sufrido los otros dos grandes sectores del sistema (hospital y medicamento). Nos encontramos, pues, en las antípodas de lo que se propugna en la estrategia nº 36 del Proyecto AP-21 de 2007: *“Incrementar los recursos financieros destinados a Atención Primaria de salud por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos, de manera que permita dotar a la Atención Primaria de los recursos y herramientas necesarias para reforzar su papel en el Sistema Nacional de Salud”* (22). Al menos desde 1995, ha ocurrido justo lo contrario de lo que tal estrategia propugna. Y aunque siempre es posible empeorar, sólo el paso del tiempo permitirá comprobar si el Proyecto AP-21, aprobado por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, es o no papel mojado en lo referente a los recursos que se destinen a partir de entonces a nuestra atención primaria.

## Bibliografía

1. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE nº 27 (1-2-1984).
2. Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la Medicina Familiar y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE nº 29 (2-2-1979).

3. Simó Miñana J, Gérvas Camacho J, Seguí Díaz M, De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, *Cenicienta europea. Aten Primaria* 2004; 34: 472-481.
4. Puig-Junoy J. ¿Es la financiación sanitaria suficiente y adecuada? *Gac Sanit* 2006 (Supl 1): 96-102.
5. Utrilla de la Hoz A, López Rodríguez RM. Financiación y gasto sanitario. Anexo III. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 207-255.
6. Cantarero Prieto D. Descentralización y gasto sanitario: evidencia en las regiones españolas. *Presupuesto y Gasto Público* 2004; 36: 99-123.
7. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. Cross-national comparisons of health systems using OECD Data, 1999. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:169-81.
8. Huber M. Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997. *Health Care Financ Rev* 1999; 21: 99-117.
9. Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, *Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria* 2007; 39: 127-32.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gasto Sanitario Territorializado por Comunidades Autónomas (1988-2005). Serie histórica. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Serie\\_1988\\_2005\\_Nuevo.xls](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Serie_1988_2005_Nuevo.xls). [consultado el 10 de enero de 2009]
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Gasto Sanitario Público. Principio de devengo (2002-2006) Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/EGSP\\_Gasto\\_Real\\_Nuevo.xls](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/EGSP_Gasto_Real_Nuevo.xls). [consultado el 10 de enero de 2009]

12. Instituto Nacional de Estadística. Cuentas económicas. Contabilidad regional de España. Principales resultados. [http://www.ine.es/daco/daco42/cre00/c08m\\_cre.xls](http://www.ine.es/daco/daco42/cre00/c08m_cre.xls). [consultado el 10 de enero de 2009]
13. Instituto Nacional de Estadística. Índice de Precios de Consumo. ¿Cuánto ha variado el IPC desde? Disponible en: <http://www.ine.es/cgi-bin/certi>. [consultado el 10 de enero de 2009]
14. Instituto Nacional de Estadística. Índice de precios de consumo. Base 1992 y base 2001. Medias anuales por subgrupos. Medicamentos, otros productos farmacéuticos y material terapéutico. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25/p138&file=inebase&L=0>. [consultado el 10 de enero de 2009]
15. Instituto Nacional de Estadística. Explotación estadística del Padrón Municipal. Datos nacionales por CCAA y Provincias. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245&file=inebase&L=0>. [consultado el 10 de enero de 2009]
16. Murillo C, Baró E. Los deflatores sanitarios públicos: construcción y seguimiento de las variaciones en las prestaciones sanitarias medias. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999. Madrid.
17. Blanco A, De Bustos A. El gasto sanitario público en España: diez años de Sistema Nacional de Salud. Hacienda Pública Española 1996; 3 (138): 3-27.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas Sanitarias. Banco de datos. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/EstabSanitReginInternado/home.htm>. [consultado el 10 de enero de 2009]
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas sanitarias. Recursos y actividad. Sistema de Información en Atención Primaria-SIAP. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>. [consultado el 10 de enero de 2009]

20. Simó Miñana J. El “techo de cristal “ de la Atención Primaria española. *Aten Primaria* 2009 (en prensa)
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadísticas Sanitarias. Salud. Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>. [consultado el 10 de enero de 2009]
22. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.



**Tabla 2. Variación anual de la población, del envejecimiento y de la participación en el PIB y en el gasto sanitario público de los principales sectores del mismo. Comunidades Autónomas. Promedio periodo 1995-2006.**

	1995	2006	VARIACIÓN INTERANUAL (%)1995-2006
Población	39.257.051	43.929.685	0,968
Envejecimiento	16,11	17,61	0,818
Gasto sanitario público como porcentaje (%) del PIB	5,03	5,70	1,180
Gasto en atención especializada como % del PIB	2,78	3,07	0,952
Gasto en atención primaria como % del PIB	0,77	0,76	- 0,011
Gasto farmacéutico (recetas) como % del PIB	1,02	1,20	1,591
Gasto en atención especializada como % del GS	55,35	54,39	-0,091
Gasto en atención primaria como % del GS	15,35	13,33	-1,075
Gasto farmacéutico como % del GS	20,04	20,83	0,492
Gasto de personal como % del GS	51,06	45,61	-0,947
Gasto de personal como % del gasto en atención especializada	60,25	56,87	-0,339
Gasto de personal como % del gasto en atención primaria	87,88	82,96	-0,494
Gasto de personal de atención especializada como % del gasto de personal	64,87	67,42	0,408
Gasto de personal de atención primaria como % del gasto de personal	26,90	24,75	-0,597

Población: número de habitantes; Envejecimiento: porcentaje de población con 65 o más años; PIB: Producto Interior Bruto; GS: Gasto sanitario público.

**Tabla 3. Incremento anual nominal y real de algunos gastos per cápita y de la renta. Comunidades Autónomas. Promedio periodo 1995-2006.**

	1995	2006	INCREMENTO ANUAL NOMINAL (%) 1995/2006	INCREMENTO ANUAL NOMINAL (%)* 1995/2006
Renta	11323	22059	6,277	3,332
Gasto sanitario público	550	1214	7,515	4,569
Gasto en atención especializada	305	658	7,436	4,490
Gasto en atención primaria	84	161	6,254	3,308
Gasto farmacéutico	110	252	7,953	6,998
Gasto en personal	281	552	6,409	3,463
Gasto en personal de atención especializada	184	374	6,885	3,940
Gasto en personal de atención primaria	74	134	5,687	2,741

Renta: Producto Interior Bruto per cápita

\* Incremento anual real = incremento anual nominal – incremento anual del IPC.

**Tabla 4. Correlaciones de algunos gastos sanitarios públicos referidos a los 3 principales sectores con la renta y con el envejecimiento. Comunidades Autónomas. Promedio periodo 1995-2006. (N = 17).**

		RENTA	ENVEJECIMIENTO
Renta	r	1	-0,179
	p		0,492
Gasto sanitario público (GS) per cápita (pc)	r	0,176	0,395
	p	0,500	0,117
Gasto en atención especializada pc	r	0,440	0,144
	p	0,077	0,582
Gasto en atención primaria pc	r	0,006	0,401
	p	0,983	0,110
Gasto farmacéutico pc	r	-0,576	0,492
	p	0,016	0,045
Gasto en personal de atención especializada pc	r	0,154	0,186
	p	0,555	0,475
Gasto en personal de atención primaria pc	r	-0,164	0,497
	p	0,529	0,043
Gasto en atención especializada como % del GS	r	0,535	-0,190
	p	0,027	0,464
Gasto en atención primaria como % del GS	r	-0,118	0,288
	p	0,653	0,262
Gasto farmacéutico como % del GS	r	-0,631	0,190
	p	0,007	0,465

Envejecimiento: porcentaje de población con 65 o más años; Renta: Producto Interior Bruto per cápita; r: coeficiente de correlación lineal de Pearson; p: nivel de significación estadística.

**Tabla 5. Correlaciones de efectivos de personal sanitario por 10.000 habitantes\* y del tamaño de los cupos con la renta y con el envejecimiento. Comunidades Autónomas. Promedio periodo 2004-2006. (N = 17).**

		RENTA	ENVEJECIMIENTO
Renta	r	1	-0,164
	p		0,529
Médicos de especializada	r	0,611	0,238
	p	0,009	0,358
Médicos de especializada no pediatras	r	0,596	0,251
	p	0,012	0,332
Pediatras de especializada	r	0,570	-0,104
	p	0,017	0,692
Enfermeras de especializada	r	0,437	0,229
	p	0,079	0,378
Médicos de familia de atención primaria	r	-0,299	0,751
	p	0,243	0,001
Pediatras de atención primaria	r	0,295	-0,665
	p	0,250	0,004
Enfermeras de atención primaria	r	-0,215	0,676
	p	0,408	0,003
Cupo de medicina de familia	r	0,511	-0,566
	p	0,036	0,018
Cupo de pediatría	r	-0,167	-0,152
	p	0,521	0,561
Cupo de enfermería	r	0,314	-0,604
	p	0,220	0,010

Envejecimiento: porcentaje de población con 65 o más años; Renta: Producto Interior Bruto per cápita; r: coeficiente de correlación lineal de Pearson; p: nivel de significación estadística.

\* El personal de especializada incluye el de los centros dependientes del SNS más el de aquellos centros privados con concierto de hospitalización, diagnóstico o tratamiento con el SNS y la Red de Utilización Pública en Cataluña. No se incluye el personal en periodo de formación especializada.

**Tabla 6. Incremento medio anual del número de efectivos de personal médico y de enfermería por 10.000 habitantes durante el trienio 2004-2006.**

	EFFECTIVOS POR 10.000 HABITANTES		INCREMENTO MEDIO ANUAL (%)
	2004	2006	
<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>			
Médicos	11,815	12,174	1,517
Médicos no pediatras	11,260	11,600	1,511
Pediatras	0,555	0,573	1,641
Enfermeras	21,741	22,625	2,031
Médicos y enfermeras	33,556	34,799	1,850
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>			
Médicos de familia	5,879	5,938	0,505
Pediatras	1,305	1,326	0,822
Enfermeras	5,868	6,116	2,100
Médicos y enfermeras	13,052	13,380	1,252

\* El personal de especializada incluye únicamente el de los centros dependientes del SNS. No se incluye el personal en periodo de formación especializada.

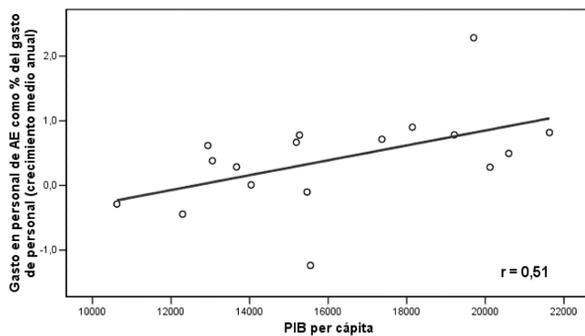
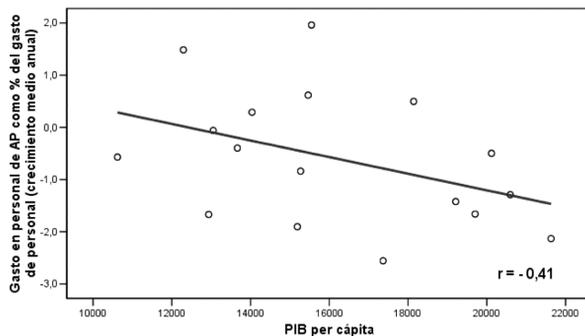
**Tabla 7. Modelo de regresión lineal múltiple forzado para determinar la relación entre el gasto per cápita en atención primaria y el porcentaje de personas que visitan al médico privado entre las que han visitado a algún médico durante las últimas 4 semanas, controlando por el resto de gastos per cápita y la renta. Comunidades Autónomas. N=17. \***

VARIABLE DEPENDIENTE: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VISITAN A UN MÉDICO PRIVADO ENTRE LAS QUE HAN VISITADO A ALGÚN MÉDICO DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS (R= 0,641; R <sup>2</sup> = 0,411; F= 1,536; P=0,257)					
Variables independientes	B	EE(B)	Beta	t	p
Constante	4,580	9,408		0,487	0,636
Renta	0,000	0,000	0,240	0,764	0,461
Gasto en atención especializada <i>per cápita</i> (pc)	-0,016	0,027	-0,345	-0,595	0,564
Gasto en atención primaria pc	-0,097	0,037	-0,759	-2,593	0,025
Gasto farmacéutico pc	0,021	0,039	0,178	0,537	0,602
Gasto sanitario público pc	0,016	0,023	0,443	0,725	0,484

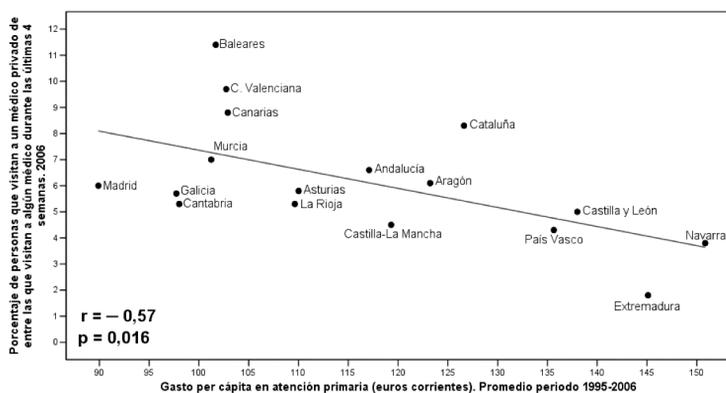
\* Los gastos per cápita y la renta corresponden al promedio del periodo 1995-2006. El porcentaje de personas que visitan a un médico privado de entre las que visitan a algún médico durante las últimas 4 semanas corresponde al año 2006.

Renta: Producto Interior Bruto per cápita.

Figura 1. Relación entre renta per cápita y crecimiento medio anual de la parte del gasto de personal destinada a la atención primaria y de la destinada a la atención especializada. Comunidades Autónomas. Periodo 1995-2006. N=17.



**Figura 2. Relación entre gasto per cápita en atención primaria y porcentaje de personas que visitan a un médico privado de entre las que visitan a algún médico durante las últimas 4 semanas\*. Comunidades Autónomas. N=17.**



\* El gasto per cápita en atención primaria corresponden al promedio del periodo 1995-2006. El porcentaje de personas que visitan a un médico privado de entre las que visitan a algún médico durante las últimas 4 semanas corresponde al año 2006.



## CAPÍTULO III

# LA DIFUSIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. REPERCUSIONES ECONÓMICAS

*Beatriz González López-Valcárcel  
Patricia Barber Pérez*

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.  
Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión*

### Resumen

Para tener capacidad resolutive, que es una de sus grandes ventajas, la atención primaria necesita apoyo diagnóstico y usar eficiente y prudentemente las tecnologías médicas ¿Cuál sería el nivel adecuado de acceso y uso de esas tecnologías por la atención primaria y cuán lejos estamos de ese nivel? Entre los criterios de adecuación están los económicos. Aunque no son los únicos, constituyen el telón de fondo de este capítulo, en el que nos preguntamos qué consecuencias tienen las restricciones tecnológicas para la eficiencia de gestión; ¿Hasta qué punto inducen a la externalización de costes hacia la atención especializada? ¿Hasta qué punto afectan a la crisis de prestigio de la AP?, ¿Podría tal vez un cambio de estrategia contribuir a salir de esa crisis?.

Uno de los criterios para las decisiones de ubicación y uso de tecnologías, si producir o comprar, es el *coste-efectividad*. El contexto en el que se aplica una tecnología hace cambiar radicalmente tanto costes como efectividad. Sin embargo, muchos estudios de evaluación económica con

perspectiva del financiador no lo tienen en cuenta. Posiblemente no hay una respuesta universal, ni siquiera regional, al *¿Quién debe hacer qué y dónde?* Dependerá del contexto: quien mejor lo haga, con menor coste y deje al paciente más satisfecho. Aumentar el acceso de la AP a determinadas tecnologías podría mejorar su capacidad resolutive, pero también podría inducir demanda innecesaria de pruebas de especialidad, y terminar desvirtuando el papel de la propia AP, creando especialidades y especialistas dentro de la medicina general. Sobre el papel, en España hay notables desigualdades territoriales en el acceso directo de los profesionales de AP a pruebas diagnósticas de segundo nivel y algunas diferencias en los equipamientos (tecnológicos) estándar de los centros de salud.

## **¿Será por la tecnología?**

Resulta chocante la crisis de la atención primaria (AP) (1, 2), porque está bien documentado que países con una AP fuerte tienen mejor salud, con menor coste (2-4) y más equidad (5). La AP es resolutive y sabe convivir con la incertidumbre sin dejarse subyugar por la “tiranía del diagnóstico” (6, 7).

El médico de familia es el principal capital tecnológico del proceso clínico, y a la vez es parte activa de dicho proceso: la confianza cura (8). En un contexto de fascinación tecnológica (8), en el que también la población valora la falta de medios tecnológicos como uno de los aspectos más negativos de la AP (9), nos preguntamos hasta qué punto la crisis de prestigio de la atención primaria se debe a la falta de medios sofisticados que aporten en tiempo real datos “duros” al diagnóstico, y terapias contra la enfermedad. El propio y genuino método de diagnóstico de la AP constituye una tecnología socialmente valiosa (10) que evita iatrogenias y falsos positivos asociados al uso excesivo e inapropiado de las pruebas diagnósticas (11). El colegio de médicos de EEUU propone estrategias comprensivas para la AP (inventar nuevos modelos de práctica), reconociendo la crisis y enfrentándola (4). Aunque ese país necesita la AP más que nunca, está en grave riesgo de supervivencia.

Las ventajas de la AP se basan en la comprehensividad y capacidad resolutive, en la longitunalidad del cuidado –seguir al paciente a lo largo de su ciclo de vida–, en la consideración de la persona como un todo, sin deconstruirla en órganos, y de su entorno familiar y comunitario. Sin embargo, frente a la disyuntiva entre accesibilidad (inmediatez) y longitudinalidad, muchos, particularmente los jóvenes sin enfermedades crónicas, optan por la primera y acuden a urgencias hospitalarias, pátina de brillo tecnológico, en vez de ir al centro de salud (12). Aunque los resultados discrepan según la filiación de los autores, en general hay evidencia de que cuando los problemas de salud son tratados por médicos de familia se consiguen mejores resultados de salud global percibida y satisfacción de los pacientes, aunque no necesariamente más adherencia a los protocolos y guías aprobados por los especialistas (2, 3).

La comprehensividad de la AP es una de sus grandes ventajas, pero para tener capacidad resolutive necesita apoyo diagnóstico y usar eficiente y prudentemente las tecnologías médicas. El acceso del médico de familia a ellas podría condicionar el acceso del ciudadano a una medicina de calidad en tiempo y forma, así que el acceso y el uso de las tecnologías médicas en AP merecen ser investigados ¿Cuál sería el nivel adecuado y cuán lejos estamos de ese nivel? Entre los criterios de adecuación están los económicos, aunque no son los únicos. El lema de la AP, “hacer lo máximo con lo mínimo”, concuerda con los principios básicos de la economía en su búsqueda de la optimalidad. Los criterios y argumentos económicos serán el telón de fondo de este capítulo, en el que nos preguntamos qué consecuencias tienen las restricciones tecnológicas para la eficiencia de gestión; ¿Hasta qué punto inducen a la externalización de costes hacia la atención especializada? ¿Hasta qué punto afectan a la crisis de prestigio de la AP?, ¿Podría tal vez un cambio de estrategia contribuir a salir de esa crisis?

## Adopción, difusión y dotación de tecnologías en la atención primaria: ¿Producir o comprar?

A modo de marco conceptual conviene diferenciar entre el *dónde* y el *quién*. Tener consulta de obstetricia en un centro de salud (criterio ubicación) no es lo mismo que incentivar a los médicos de familia para que atiendan consultas obstétricas (comprehensividad del cuidado, capacidad resolutive). La cuestión *¿Quién usa qué?* es relevante, y se relaciona con *¿Quién trata qué?*. Por ejemplo, entre el equipamiento estándar de los centros de salud de Canarias hay un ecógrafo (13), pero ¿quién lo usa, para qué indicaciones, con qué resultados?. Así como la oferta de médicos crea demanda (donde hay mas densidad de cardiólogos se hacen más cateterismos), la disponibilidad tecnológica predispone al uso de la tecnología, salvo que la falta de entrenamiento, de incentivos o de liderazgo para establecer criterios de uso impongan restricciones. En España, la tecnología más usada por el médicos de familia es el bolígrafo, o su versión moderna de teclado de ordenador –prescripciones de medicamentos, derivaciones- porque es la que tienen a mano.

Los problemas de coordinación entre niveles asistenciales y la indefinición técnica de las fronteras entre especialidades (14) se reflejan, por ejemplo, en el hecho de que el tratamiento de la osteoporosis (*¿Quién trata qué?*) depende más de las circunstancias organizativas locales que de la evidencia sobre la efectividad (15-20). La gran mayoría de los internistas españoles considera que son ellos quienes deben tratarla (21). Sin embargo, ginecólogos, traumatólogos, reumatólogos y médicos de familia también lo hacen. Resulta que menos de la tercera parte de las mujeres postmenopáusicas tratadas en Valencia tienen osteoporosis densitométrica (por tanto, hay problemas de sobreutilización), pero sólo el 20% de las mujeres con osteoporosis reciben tratamiento (22) (por tanto, también hay problemas de infrautilización), que ha sido prescrito por traumatólogos (36,7%), ginecólogos (31,7%), médicos de familia (16,7%) o reumatólogos (11,7%). La diferencia entre estilos de práctica se pone de manifiesto en la asociación significativa entre tipos de fármacos y especialidad médica (23).

Comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia ofrecen menos comprehensividad. No atienden a los menores de 14 años ni suelen seguir a las embarazadas, derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender, y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario.

Una cosa es adoptar una nueva tecnología (por ejemplo, un nuevo medicamento, o un nuevo dispositivo diagnóstico) y otra bien distinta es decidir cómo, dónde y por quién se usará, si los propios profesionales de AP harán la ecografía, o tendrán libre acceso a su prescripción, o bien tendrán que enviar al paciente a consulta del especialista para que éste haga o mande hacer la prueba. En España, las asociaciones para la defensa de la sanidad pública emplean el criterio de accesibilidad a las pruebas y tecnologías especializadas para enjuiciar las «capacidades» de resolución de los médicos de AP (24). Es posible, sin embargo, que ese mayor acceso pudiera conllevar un uso excesivo de pruebas con la consiguiente iatrogenidad, haciendo con esas tecnologías, “demasiado de algo bueno” (25). Con el tiempo, los equipamientos estándar de los centros de salud se han ido dotando de espirómetros (26, 27), ecógrafos y equipamiento cardiaco (electrocardiogramas, carros de parada, Holter, MAPA) (28), pero no se acaba de lograr la debida coordinación con la atención especializada a pesar de encomiables esfuerzos y experimentos, de cuyos resultados no hay evaluaciones sistemáticas (29) .

La ecografía cambió el diagnóstico de más de la mitad de los casos de dolor abdominal agudo en niños y jóvenes adultos en EEUU (30), y sobre todo, aumentó la confianza del médico en su diagnóstico, y cambió el plan de tratamiento del 42% de los pacientes, en la mayor parte de los casos a menor intensidad, (ahorro de costes). Hay evidencia para el Reino Unido de que las ecografías realizadas en AP, con profesionales entrenados, mejoran el acceso y las tasas de respuesta, y consiguen niveles de calidad similares a los de atención especializada, aunque posiblemente sea menos coste-efectiva por causa de la mayor disponibilidad. Los cos-

tes por anomalía detectada fueron un 39% más altos en AP que en atención especializada (31).

## **Criterios económicos: el coste-efectividad con perspectiva social y las consideraciones contextuales**

Uno de los criterios para las decisiones de ubicación y uso de tecnologías, si producir o comprar, es el *coste-efectividad* con perspectiva de la sociedad. En principio, sería recomendable incorporar aquellas tecnologías que consigan Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) a un coste social “razonable”, entendiendo por tal el que esté por debajo de cierto umbral, y sea compatible con las restricciones presupuestarias. Además, las consideraciones de equidad recomendarían incorporar las tecnologías que no discriminaran entre personas arbitrariamente o por motivos ajenos a la salud, o incluso que mejoraran la situación a ese respecto.

Pero los estudios de coste-efectividad para incorporar (o no) una nueva tecnología generalmente no se paran en *consideraciones contextuales*: si debe estar disponible solo en los centros de referencia, también en los hospitales comarcales y en los centros de salud. Sin embargo, los costes sociales serán bien diferentes, y según donde se ubique la tecnología podrían producirse o evitarse fenómenos de infra y sobreutilización, dado el potencial de inducción de demanda que tienen los profesionales.

Este tipo de consideraciones *contextuales*, son determinantes clave para las decisiones, porque el contexto en el que se aplica una tecnología hace cambiar radicalmente tanto costes como efectividad. Sin embargo, muchos estudios de evaluación económica se circunscriben a la perspectiva del financiador del servicio sanitario (sea el hospital o el servicio regional de salud), sin considerar la parte de los costes sociales asumida por las familias (tiempos de desplazamiento, coste de las esperas, coste de oportunidad del tiempo perdido por la enfermedad) y sin considerar los efectos externos en otro nivel de la red asistencial. Por ejemplo, cuando un especialista prescribe un medicamento caro y el médico de familia

recibe esa inducción de demanda y la tiene que incorporar a sus prescripciones futuras, el especialista está externalizando costes en AP. En sus consideraciones, no tendrá en cuenta que al prescribir ese medicamento aumentará el gasto farmacéutico de la AP, salvo que tenga incentivos para hacerlo porque trabaje, por ejemplo, en una organización asistencial integrada con sistemas de incentivos bien resueltos. Los costes sociales incluyen todos, los internos y los externos del sistema de salud, las familias y la sociedad en general (tabla 1).

**Tabla 1. Enumeración de tipos de costes a considerar en las decisiones de incorporación de tecnologías en AP**

NIVEL DEL COSTE	EJEMPLO
Interno al profesional o EAP (Centro de Salud)	Facturación farmacéutica SNS recetas
Efecto inducido a otro nivel asistencial de la red sanitaria (perspectiva del financiador del Servicio)	Inducción de demanda de pruebas diagnósticas de atención especializada y consultas de especialista
Paciente y familia	Costes de espera; costes de desplazamiento; co-pago de medicamentos; costes de oportunidad del tiempo de trabajo perdido por enfermedad
Otros externos (sociedad)	Contagios de infecciones; congestión de listas de espera pruebas diagnósticas y consultas

Los costes a considerar incluyen directos (sanitarios y no sanitarios) e indirectos, a corto y a largo plazo (convenientemente descontados a una tasa que debería estar consensuada), y hay que gestionar científicamente la incertidumbre sobre los costes con análisis de sensibilidad y modelizaciones estocásticas más o menos sofisticadas. Pero así como de la eficacia a la efectividad se produce un gran salto, de la consideración abstracta, general de la decisión de incorporar nuevas tecnologías, a la específica del aquí y ahora hay un abismo, el del contexto organizativo de los cuidados. En este sentido, habría que tener en

cuenta que los costes –y ahorros de costes- están afectados por economías de escala, de alcance y de red.

*Economías de escala* son las que se relacionan con el tamaño. Los laboratorios de análisis clínicos han abaratado sus costes gracias a la automatización, con nuevas máquinas capaces de procesar grandes cantidades de muestras a un coste medio muy inferior al de los pequeños laboratorios preexistentes en algunos centros de salud, que fueron cerrando por motivos de eficiencia, pero eso no implicó que el acceso a los resultados analíticos empeorara.

*Las economías de alcance* consisten en que producir varios tipos de bienes o servicios cuesta menos que producir uno solo porque hay costes fijos que se comparten. Una de las grandes ventajas de costes de la AP se debe a este tipo de economías, por ejemplo, una sola historia clínica sirve para atender múltiples problemas de salud del paciente, y cuidar a toda la familia genera economías de alcance respecto a parcelar la asistencia médica en sus miembros aislados.

*Las economías de red* se producen por compartir. Si solo yo tengo un aparato de fax, o acceso a e-mail, no me servirá de nada. Cuando mas amplia sea la red que comparte esos dispositivos, más ventaja sacamos todos. El potencial de economías de red en AP es enorme.

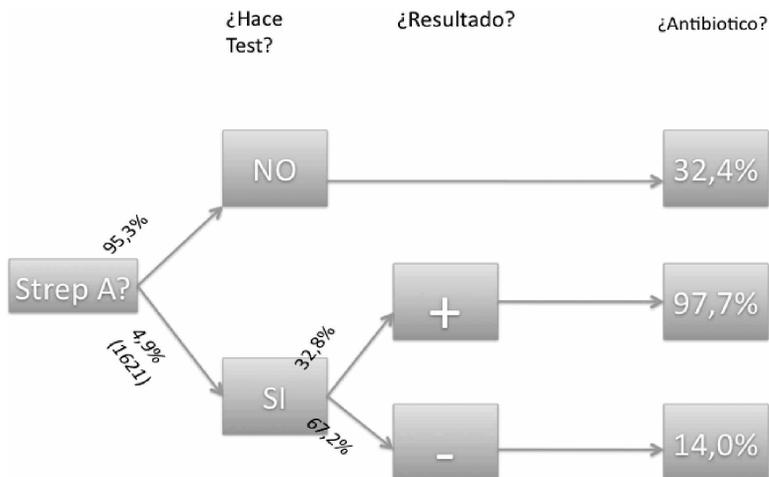
Posiblemente no hay una respuesta universal, ni siquiera regional, al *¿Quién debe hacer qué y dónde?* Dependerá del contexto: quien mejor lo haga, con menor coste y deje al paciente más satisfecho. Por el lado positivo, aumentar el acceso de la AP a determinadas tecnologías podría mejorar potencialmente su capacidad resolutive, con lo que esto supone de mejora de costes y de salud. Además, tal vez haga crecer el prestigio de la AP dentro y fuera de la profesión, al ungir a sus profesionales con el brillo de la pátina tecnológica. Pero también existe el riesgo de inducción de demanda innecesaria de pruebas de especialidad, y terminar desvirtuando el papel de la propia AP, creando especialidades y especialistas dentro de la medicina general. La respuesta no es universal ni teórica. Es preciso aplicar el método científico para analizar en cada caso dónde está el

óptimo. Y muy poco se ha hecho de momento, pues hay pocas publicaciones que evalúen el coste-efectividad del uso de tecnologías en AP, y menos en España. En cualquier caso, la solución pasa por cambios organizativos que incluyen financiación capitativa y posiblemente soluciones novedosas de integración y coordinación asistencial (32-34). Y los estudios requieren de sistemas de indicadores de resultado final de los que carecemos.

## **Un ejemplo: los test rápidos de ayuda al diagnóstico de problemas respiratorios del tracto superior**

Desde los años ochenta hay en el mercado test de detección rápida del antígeno estreptocócico. Su uso en AP en España todavía es limitado. Actualmente hay un proyecto europeo de investigación en marcha (35) que interviene sobre 607 médicos de atención primaria de seis países (Dinamarca, Suecia, España, Argentina, Rusia y Lituania), a modo de *audit* clínico, para la correcta prescripción de antibióticos en infecciones respiratorias, facilitando, entre otras cosas, dichos tests para su uso en consulta. El resultado ayuda a la decisión diagnóstica (¿virus o bacteria?) en caso de faringitis y amigdalitis. Algo similar ocurre con el test de la proteína C reactiva para diferenciar entre exacerbación de bronquitis crónica y neumonía. El uso de esos test en la consulta del médico de familia reduce los tratamientos antibióticos (figura 2). Son tecnologías relativamente baratas cuyo coste-efectividad todavía no está estudiado y que podrían mejorar el prestigio del médico y la satisfacción de los pacientes.

**Figura 1. Prescripción antibiótica en AP en caso de faringitis y amigdalitis según uso en consulta del test de detección de estreptococos (StrepA)**



Fuente: Proyecto Happy Audit

## El caso español

La adopción y difusión de tecnologías sanitarias son procesos complejos, no porque tengan una parte real y otra imaginaria, sino porque responden a múltiples estímulos. En España tienen problemas propios de tipo organizativo e institucional (36, 37). Las limitaciones y deficiencias en la incorporación de nuevas tecnologías a nuestra sanidad proceden de tres causas: 1) limitaciones del conocimiento sobre coste-efectividad, por evaluación insuficiente o por problemas de difusión; 2) problemas institucionales, las reglas del juego de la cadena de decisión, la regulación y de incentivos; y 3) problemas con la aplicación clínica de las novedades. También las decisiones sobre tecnologías en sentido amplio, medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos y cambios organizativos, se han descentralizado en el proceso general de la descentralización sanitaria. No hay una agencia central, del tipo NICE, y las decisiones sobre autorización y sobre precios pertenecen a esferas administrativas diferen-

tes y mal coordinadas. Los grandes huecos se rellenan voluntariosamente con iniciativas de coordinación transversal oficiosa, por ejemplo, la red del proyecto GENESIS para los medicamentos hospitalarios.

Sobre el papel, en España hay notables desigualdades territoriales en el acceso directo de los profesionales de AP a pruebas diagnósticas de segundo nivel (38) y algunas diferencias en los equipamientos (tecnológicos) estándar de los centros de salud. Algunas CCAA limitan la petición de ciertas pruebas, bien imponiendo restricciones o protocolos, bien especificando que solo un tipo de profesional puede solicitarla (ejemplo, el pediatra o el odontólogo del centro). En algunas CCAA hay que escribir el diagnóstico para poder solicitar pruebas. Hay más homogeneidad en el menú de determinaciones de laboratorio a libre disposición del médico de familia que en el diagnóstico por imagen y en otras exploraciones con técnicas específicas. En Baleares y Cataluña, los médicos de AP tienen mayor rango de acceso libre –no requiere justificación ni protocolo-. Pueden pedir resonancias magnéticas de rodilla y de columna, TAC abdominal, craneal, lumbar y torácico y ecografías. En el otro extremo se encuentran Canarias y Andalucía, donde los médicos de AP solo pueden pedir a su libre criterio radiografías sin contraste. TAC, RM y ecografías les están vedadas o tienen algún tipo de restricción o cortapisa. Algo similar ocurre con el acceso a otras exploraciones con técnicas específicas (tabla 2), algunas de las cuales se excluyen de la lista de servicios accesibles desde la AP porque están en los propios centros, según los criterios autonómicos de dotación estándar. Es el caso, por ejemplo, de la Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y la espirometría en el País Vasco (39). Solo en dos CCAA los médicos de familia pueden pedir pruebas vestibulares, en tres, pruebas del sueño y en cuatro, densitometrías óseas sin restricciones.

**Tabla 2. Libre acceso desde la AP a pruebas de atención especializada en España 2008 (entre paréntesis, número de CCAA con libre acceso desde la AP)**

Prueba	Prueba
Rx Abdomen (19)	Ecografía Prostática (10)
Rx Mamografía (13)	Ecografía Testicular (9)
Rx Ósea (19)	Ecografía Tiroidea (8)
Rx Tórax (19)	Ecografía Urológica (11)
Rx Tele Rx Columna (15)	RMN rodillas (3)
Rx Tele Rx MMII (14)	RMN columna (patología discal) (4)
Rx Ortopantomografía (10)	Anatomía Patológica (12)
Enema opaco (12)	Audiometría (6)
CUMS (Cistouretrografía miccional seriada) (2)	Cariotipo (5)
Rx contraste Gastroduodenal (14)	Colonoscopia (6)
Tránsito intestinal (13)	Densitometría (4)
Urografía (5)	Electroencefalograma (7)
TAC Abdominal (3)	Electromiograma (5)
TAC Craneal (7)	Endoscopia Digestiva Alta (9)
TAC Lumbar (3)	Espirometrías (11)
TAC Torácico (3)	Holter (5)
Ecografía Abdominal (17)	MAPA (7)
Ecografía Caderas (10)	Prueba de Esfuerzo (6)
Ecografía Cardíaca (3)	Prueba de Sueño (3)
Ecografía Gine/Obstétrica (8)	Pruebas vestibulares (2)
Ecografía Mama (6)	Retrosigmoidoscopia (8)
Ecografía Musculoquelética (5)	Test del sudor (8)

Fuente: SIAP, MSC [www.msc.es](http://www.msc.es)

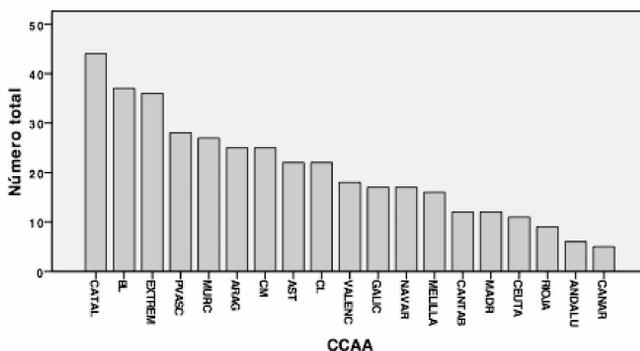
Se incluyen las 17 CCAA, Ceuta y Melilla

“Libre acceso” significa que la prueba puede solicitarse directamente desde AP sin restricciones ni obligatoriedad de ser incluidas en un protocolo. Incluimos como de “libre acceso” aquellas en las que el profesional de AP tiene que escribir el diagnóstico en el formulario.

Cataluña, Baleares y Extremadura representan la opción de una AP con poder de acceso a una amplia gama de pruebas (más de 30 sobre un total de 44; véase figura 2). En el extremo opuesto están Canarias,

Andalucía y La Rioja, con menos de 10. Pero ¿qué implica este hecho diferencial para la calidad de la atención, incluyendo la satisfacción de los ciudadanos y la salud poblacional?; ¿qué implica para la capacidad resolutoria de la AP y a sus costes?. Desafortunadamente, hay muy poca evaluación, lo que podría deberse a dificultades metodológicas –no tenemos instrumentos validados y estandarizados- y sobre todo a lo paupérrimo de los datos.

**Figura 2. Cartera de Servicios en AP. Comparación entre CCAA en el acceso a pruebas de diagnóstico por imagen y otras exploraciones con técnicas específicas de atención especializada**



Fuente: SIAP ([www.msc.es](http://www.msc.es)). Datos de 2008

En España, el uso de las TIC en AP, empezando por la informatización de las historias clínicas, es decepcionante. Las economías de red se dilapidan. Aunque no se ha evaluado su coste-efectividad, la informatización es muy costosa y sus resultados clínicos son paupérrimos (40). Se señalan como causas del fracaso problemas técnicos y falta de estándares y de liderazgo, pero sobre todo la falta de un modelo conceptual y de estrategia de cambio organizativo. No hay evidencia de mejoras de resultados en salud ni de los flujos de comunicación entre niveles asistenciales. Se priorizó el control de gestión –agendas, citas, controles de carteras y de la formalidad de cumplimiento de programas- sobre la gestión clínica y la clí-

nica a secas, y tampoco aportó valor añadido para la investigación en AP. Es un ejemplo de oportunidad de tecnológica perdida.

Algunas tecnologías de uso corriente, como el teléfono o el correo electrónico, no están todavía en uso para la comunicación médico-paciente en atención primaria, y ello a pesar de que gran parte de las consultas en España se hacen por persona interpuesta (24). Un uso incipiente de la telemedicina en AP es prometedor, particularmente en el caso de los estudios de la retina con cámara digital y asesoramiento oftalmológico a distancia, para controlar las retinopatías diabéticas de la población (24).

## **Recomendaciones y conclusiones**

Aun teniendo dificultades, evaluar el coste-efectividad de nuevos tratamientos o procedimientos quirúrgicos es más fácil y requiere menos asunciones “contextuales”, que evaluar pruebas diagnósticas. Los estudios suelen omitir el contexto de aplicación. Muy pocos se dedican a evaluar una tecnología en el contexto de la AP. Hay gran necesidad de evaluación, pero también de incorporar el contexto en la evaluación.

La atención primaria en España tiende a externalizar el diagnóstico y a emplear el bolígrafo – prescripción de medicamentos- como principal arma terapéutica. Las tecnologías diagnósticas sofisticadas están relativamente poco implantadas en los centros de salud, en comparación con otros países. La espera por los resultados de las pruebas ralentiza los procesos diagnósticos. Tal vez esta apuesta tácita por la simplicidad tecnológica sea uno de los motivos de la crisis de vocaciones hacia la medicina de familia, dada la fascinación tecnológica que caracteriza a los profesionales. Frente a la tentación de la “barbarie de implantar nuevas tecnologías sin evaluar” (41), tal vez sería recomendable cambiar la pirámide tecnológica, como la nutricional, poniendo la historia clínica y la exploración física en la base y los TAC, PET y similares en el vértice, y recordar que la historia clínica también es tecnología sanitaria (42). La lógica, la prudencia y la eficiencia aconsejarían que antes de hacer una endoscopia se haga

una “exoscopia”, como en estadística recomendamos hacer descripciones univariantes antes de meternos con las multivariantes.

En España, el sistema de información de AP (SIAP) aporta el retrato de las tecnologías vedadas y vetadas en AP. La dispersión entre CCAA es llamativa en diagnóstico por imagen (TAC y RM) y en otras pruebas complementarias: colonoscopia, densitometría ósea, electroencefalograma, electromiograma, endoscopia Digestiva Alta, Holter, MAPA, Pruebas de Esfuerzo o Retrosigmoidoscopias. Hay suficiente geodiversidad para que merezca la pena evaluar comparativamente logros y costes, y urge hacerlo.

## Bibliografía

1. Ortun V, Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Barber Perez P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc)* 2008; 131:180-3.
2. American College of Physicians. How Is A Shortage of Primary Care Physicians Affecting the Quality and Cost of Medical Care? A Comprehensive Evidence Review. October 2008.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
4. American College of Physicians. Solutions to the Challenges Facing Primary Care Medicine. Philadelphia: American College of Physicians; 2009: Policy Monograph.
5. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006; 174:177-83.
6. Gervas Jea. Innovación tecnológica y conductual en el proceso diagnóstico en atención primaria. Resumen del segundo seminario de innovación en Atención Primaria 2008.
7. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002; 80:237-60.

8. Fuchs V. *The Health Economy*. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1986.
9. CIS Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro Sanitario. Accesible en la página web del MSC: [www.msc.es](http://www.msc.es).
10. Heneghan C, Glasziou P, Thompson M, Rose P, Balla J, Lasserson D, Scott C, Perera R. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ* 2009; 338:b946.
11. Lumbreras B, Hernandez Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnosticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit* 2008; 22 Suppl 1:216-22.
12. Casajuana Brunet J, Romea Lecumberri S. Resultados clínicos en atención primaria. In: Navarro López V, Martín-Zurro A, editors. *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC ediciones, 2009.
13. Servicio Canario de Salud. Guía de Planificación y Diseño de los Centros de Atención Primaria en Canarias [http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6\\_1/pdf/capitulo5.pdf](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pdf/capitulo5.pdf). 2008.
14. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). In: Consumo MdSy, editor. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007*.
15. Arana-Arri E, Gutierrez-Ibarluzea I, Gutierrez Ibarzabal ML, Ortueta Chamorro P, Gimenez Robredo AI, Sanchez Mata AM, Asua Batarrita J, Fernandez Diaz E. Analisis comparativo frente a la evidencia del manejo de la osteoporosis en una comarca de atencion primaria. *Aten Primaria* 2008; 40:549-54.
16. Roig Vilaseca D, Valero C. Proporción de individuos con criterios de indicación de densitometría ósea y frecuencia de los factores de riesgo de baja masa ósea en consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 2006; 38:435-42.

17. Reyes Balaguer J, Moreno Olmos J. Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopausicas. *Aten Primaria* 2005; 35:342-5.
18. Gonzalez-Macias J, Marin F, Vila J, Diez-Perez A, Abizanda M, Alvarez R, Gimeno A, Pegenaute E. Prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporoticas en una serie de 5.195 mujeres mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:85-9.
19. Perez-Edo L, Ciria Recasens M, Castelo-Branco C, Orozco Lopez P, Gimeno Marques A, Perez C, Manasanch Dalmau J. Management of osteoporosis in general practice: a cross-sectional survey of primary care practitioners in Spain. *Osteoporos Int* 2004; 15:252-7.
20. Aragonés Fores R, Orozco Lopez P. Abordaje de la osteoporosis en la atención primaria en España (estudio ABOPAP-2000). *Aten Primaria* 2002; 30:350-6.
21. Sosa M, et al. ¿Qué opinan los internistas españoles de la osteoporosis? *Rev Clin Esp* 2005; 205.
22. Reig Malla BSG, G; Peiró Moreno, S; Aparisi Rodríguez, F Tratamiento antiosteoporótico en mujeres postmenopáusicas ¿qué y por quién? *Aten Primaria*.2006;38(Supl 1):135-71, 2006.
23. Sanfelix Gimeno GRM, B; Sanfelix Genovés, J; Peiró Moreno, S; Aparisi Rodríguez, F. Concordancia poblacional entre diagnóstico densitométrico de osteoporosis y tratamiento antiosteoporótico. *Aten Primaria*.2006;38(Supl 1):135-71, 2006.
24. Gervas J. Atención Primaria, 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro López V, Martín-Zurro A, editors. *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Barcelona: SEMFYC ediciones, 2009.
25. Tonks A. Too much of a good thing. *BMJ* 2007; 334:978-80.

26. Schermer T, Eaton T, Pauwels R, van Weel C. Spirometry in primary care: is it good enough to face demands like World COPD Day? *Eur Respir J* 2003; 22:725-7.
27. Schermer TR, Jacobs JE, Chavannes NH, Hartman J, Folgering HT, Bottema BJ, van Weel C. Validity of spirometric testing in a general practice population of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Thorax* 2003; 58:861-6.
28. Day A, Oldroyd C, Godfrey S, Quinn T. Availability of cardiac equipment in general practice premises in a cardiac network: a survey. *Br J Cardiol* 2008; 15:141-4.
29. Ojeda Feo J, Freire Campo J, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?
30. Carrico CW, Fenton LZ, Taylor GA, DiFiore JW, Soprano JV. Impact of sonography on the diagnosis and treatment of acute lower abdominal pain in children and young adults. *AJR Am J Roentgenol* 1999; 172:513-6.
31. Pallan M, Linnane J, Ramaiah S. Evaluation of an independent, radiographer-led community diagnostic ultrasound service provided to general practitioners. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27:176-81.
32. Gervas J, Ortun V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81:589-96.
33. Ortun V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106:97-102.
34. Gervas J, Ortun V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16:501-6.
35. Project HA. <http://www.happyaudit.org/>. 2007-2010.

36. Gonzalez-Lopez-Valcarcel B. Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Barcelona: Ed. Masson, 2005.
37. Gonzalez-Lopez-Valcarcel B. La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Coste-efectividad y presiones sobre el gasto sanitario. *Presupuesto y Gasto Público* 2007; 49:87-.
38. MSC. M.S.P.S. Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Oferta de servicios de Atención Primaria. Madrid: MSC, 2008.
39. Osakidetza. Acceso a pruebas complementarias desde la Atención Primaria <http://osatzen.blogspot.com/2009/03/acceso-pruebas-complementarias-desde.html>. 2009.
40. Bravo Toledo R. Impacto de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales: una visión personal documentada. *Aten Primaria* 2008; 40:11-62.
41. Gervás Camacho J. La historia clínica electrónica: muchas promesas y pocos hechos. *Aten Primaria* 2008; 40:11-62.
42. Summerton N. The medical history as a diagnostic technology. *Br J Gen Pract* 2008; 58:273-6.



## CAPÍTULO IV

# GASTO FARMACÉUTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN HOSPITALES

*Lourdes Girona Brumós*

*Farmacéutica Hospital Vall d'Hebrón.  
Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública*

### Resumen

Las políticas de contención del gasto han conseguido que el incremento de la factura farmacéutica de los medicamentos dispensados en oficina de farmacia sea de un 5-7% interanual, aunque el de los dispensados en hospitales sea de un 13%.

De las causas que originan estos incrementos, la innovación es la más importante. Los nuevos medicamentos tienen precios superiores a los registrados, y gracias a una política comercial agresiva, reemplazan a los ya existentes, en muchos casos fármacos similares, los denominados “*me too*”. Dos claros ejemplos los tenemos en la utilización de la atorvastatina y del esomeprazol. Una tabla recoge información sobre los nuevos medicamentos comercializados desde 2002 a 2008.

En los hospitales el incremento de la oncología y los precios de los nuevos fármacos marcan el aumento de la factura hospitalaria. Las ofertas, en ocasiones a precio cero, y la rápida incorporación de las novedades terapéuticas, dibujan un peculiar y complejo escenario.

Pero la innovación no siempre se traduce en mejora terapéutica. Según un estudio de la revista *Prescrire* sólo el 10,5% de los nuevos medicamentos registrados en Francia o de las nuevas indicaciones aprobadas desde 1981 a 2003 presentaban algún beneficio terapéutico.

Los conflictos de interés de los expertos y de los profesionales sanitarios con la industria farmacéutica se consolidan como una amenaza para la prescripción independiente, para la sostenibilidad del sistema público, e incluso para la salud del paciente.

Las administraciones sanitarias deberían ser conscientes de los riesgos que conlleva la situación actual y ejercer un papel de liderazgo en la formación de sus profesionales, en potenciar las estructuras de soporte y de gestión y en favorecer la transparencia de las decisiones y de los resultados de los indicadores de salud, y primar los intereses sanitarios de los ciudadanos frente a los económicos de la industria.

## Introducción

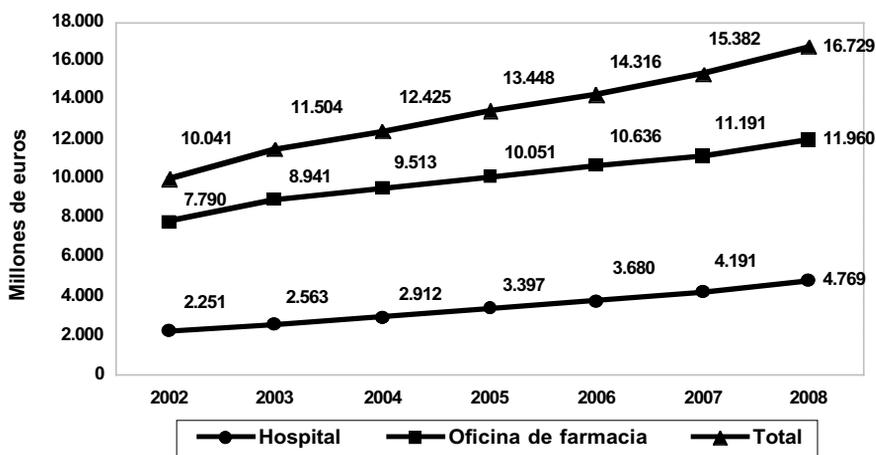
La factura farmacéutica es desde hacia varias décadas un tema recurrente en la información económica sanitaria. Las políticas de contención del gasto farmacéutico aplicadas desde el Ministerio de Sanidad y desde las Comunidades Autónomas han conseguido reducir en los últimos cinco años el comportamiento alcista del gasto de los medicamentos dispensados mediante receta del Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque sigue siendo superior al del PIB.

Esta ligera contención del gasto, con aumentos del 5-7% interanual, tras el pico del 14,77 % del año 2003, podría hacernos creer que la batalla se está ganando. Pero si incluimos los datos de los hospitales, vemos que no es así, ya que es una cifra nada despreciable, cada vez menos despreciable. En la figura 1 se puede ver la evolución del gasto de medicamentos financiados por el SNS.

En el año 2003, el 77,72% de la factura farmacéutica correspondía a los medicamentos dispensados mediante receta del SNS en oficina de far-

macia, y el 22,28% a los dispensados desde los hospitales, tanto para los pacientes ingresados como para los externos. En el año 2008, el porcentaje mediante receta descendió al 71,49%, y el de hospitales alcanzó el 28,51% del total.

Figura 1. Evolución del gasto de Medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Datos publicados por la Dirección general de Farmacia y Productos Sanitarios, y datos cedidos por IMS

En los hospitales los incrementos han sido mayores, situándose en valores próximos al 13% interanual. Así se explica que la factura farmacéutica hospitalaria haya aumentado, en el periodo comprendido desde 2002 a 2008, un 111,86%, y el de la primaria un 53,53%.

Varias causas contribuyen al aumento del gasto en medicamentos: la innovación farmacéutica y la comercialización de nuevos productos más caros que los anteriores, que los sustituyen gracias a una agresiva política comercial, la creciente medicalización de la vida, para mejorar la calidad de vida o para intentar paliar los signos del envejecimiento, el aumento de población, el envejecimiento de la población, especialmente si va acom-

pañado de un aumento de enfermedades crónicas que precisen tratamientos farmacológicos, y en general la consolidación de una cultura sanitaria que tiene al medicamento como una panacea para casi todos los males.

De todas ellas, la innovación es la causa más importante del encarecimiento farmacéutico. Sin duda es básica para el avance de la terapia farmacológica, pero los precios que se autorizan hacen temer por la sostenibilidad del sistema público de prestación farmacéutica.

Los esfuerzos realizados para la contención del gasto, y los resultados económicos, comentados anteriormente, podrían hacernos creer que las medidas aplicadas han sido más eficaces en la primaria que en la hospitalaria, y desde luego, así ha sido, aunque el sistema es tan complejo y hay tantos factores implicados que no sabemos si las medidas han sido eficaces por sí mismas, o si lo ha sido por el mayor papel que se ha dado a la dispensación hospitalaria, frente a la de oficina de farmacia.

## La innovación en España

En los últimos siete años, en España, se han comercializado 183 nuevos principios activos, 14 se han excluido de la financiación del Sistema Nacional de Salud, 70 son de prescripción en primaria con receta y de dispensación en oficina de farmacia (AP), 23 de Diagnóstico Hospitalario (DH)<sup>1</sup> y 76 de Uso Hospitalario (UH)<sup>2</sup>. Significa que sólo el 38% de los nuevos medicamentos pueden prescribirse en los centros de atención primaria y el

---

<sup>1</sup> Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario. Se prescriben por médicos de centros especializados que dispongan de los medios adecuados para realizar determinados diagnósticos, aunque su administración y seguimiento pueda realizarse fuera del hospital o centro, por lo que se dispensan en las oficinas de farmacia. Estas especialidades farmacéuticas se identifican por llevar las siglas DH al lado del Código Nacional del envase (RD 1345/2007, art. 24 y Circular 12/91 de la DGFPFS).

<sup>2</sup> Medicamentos de Uso Hospitalario: Son los que requieren la atención del equipo multidisciplinar de atención a la salud; generalmente sólo se dispensarán en los servicios de farmacia de estos hospitales. Se identifican por llevar la sigla H junto al Código Nacional en el envase (RD 1345/2007, art. 24 y Circular 12/91 de la DGFPFS).

54% en los hospitales y que el 42% sólo pueden dispensarse en los hospitales. Y, sin pretender realizar un análisis detallado ni riguroso, sólo para dar una idea de las implicaciones económicas que la utilización de estos medicamentos puede suponer en la factura farmacéutica, decir que el precio medio de los envases elegidos que precisan receta médica para su dispensación en oficina de farmacia es de 83 euros, el de los de DH es de 1.267 euros, y el de los de UH 1.616 euros. En la tabla 1 se detallan las características de una de las especialidades comercializadas de los nuevos principios activos, elegidas del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas<sup>3</sup>.

De estos datos, se pueden plantear dos hipótesis, que no tienen porque ser excluyentes: una, que la investigación y la innovación se dirige a patologías que precisan atención especializada en los centros sanitarios, especialmente en los hospitales, y dos, que por ser medicamentos nuevos y más caros, la administración sanitaria quiere controlar su prescripción, y en ocasiones su dispensación, en los centros hospitalarios. En este escenario, la falta de transparencia de los datos de dispensación y consumo en hospitales juega un papel importante.

El encarecimiento se debe fundamentalmente a la utilización de los nuevos medicamentos, como veremos más adelante. Esto es posible por el papel hegemónico que ha adquirido la gran industria farmacéutica en la estructura político-sanitaria. La aprobación en 1994 del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), con el reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual para los medicamentos, y más concretamente el de patente de producto, que impide la competencia hasta pasados los 20 años de protección, ha sido la base en la que se ha sustentado el modelo.

La exclusividad en la comercialización de los nuevos medicamentos durante los años en que se mantiene la patente, la permisividad con que

---

<sup>3</sup> Se ha elegido una de las primeras especialidades que aparece en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas, que hemos considerado representativa.

las administraciones sanitarias dejan a la industria la promoción de sus productos a los profesionales sanitarios y ya, tímidamente, a los pacientes y a las asociaciones de enfermos, ha permitido que la industria innovadora cree necesidades terapéuticas y pueda imponer unos precios, justificados para recuperar las inversiones realizadas para la investigación y desarrollo de nuevas especialidades farmacéuticas, aunque considerados por algunos expertos como excesivos.

Un ejemplo de ineficiencia del sistema lo tenemos en la sustitución de viejos medicamentos, muchos de ellos ya con genéricos, por otros similares. La investigación de medicamentos similares, los llamados “me too”, suponen un coste de inversión mucho menor que el de medicamentos que abren nuevas líneas terapéuticas, ofrecen un escaso beneficio terapéutico, si lo ofrecen, y sin embargo son frecuentes ya que, ante un mercado consolidado, el éxito, con una buena promoción comercial, está asegurado.

## **La promoción de los nuevos medicamentos**

Sin entrar en una descripción exhaustiva, el caso del esomeprazol puede ser un buen ejemplo de la ineficiencia que supone este tipo de sustituciones, logradas gracias a una agresiva campaña promocional. El esomeprazol es el isómero S del omeprazol, la parte farmacológicamente activa del omeprazol, medicamento de referencia del grupo de Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP). En el año 2008 se vendieron 66,91 millones de envase de IBP, por un importe de 723,78 millones de euros. Por ser datos de ventas en oficina de farmacia, podemos suponer que en su mayoría son medicamentos para administrar por vía oral. Los 50,88 millones de envases de omeprazol generaron unas ventas por valor de 255 millones de euros, y los 2,71 de esomeprazol, 114 millones de euros<sup>4</sup>. ¿Cómo puede aceptarse ese volumen de ventas, cuando en algunos hospitales, como en el Hospital Universitari Vall d’Hebron, sólo se aceptó su

---

<sup>4</sup> Datos cedidos por IMS

inclusión en la Guía Farmacoterapéutica para su administración por sonda nasogástrica?

Y no somos los únicos, ya que en 2007 el esomeprazol fue el fármaco número 3 en volumen de ventas a nivel mundial<sup>5</sup>.

Otro ejemplo de cómo con una buena campaña comercial las compañías farmacéuticas pueden conseguir grandes beneficios económicos es el de las estatinas, que lideradas por la atorvastatina, es uno de los grupos farmacológicos de mayor consumo. El Lipitor<sup>6</sup>, atorvastatina de Pfizer, es el número uno en ventas a nivel mundial, un verdadero “blockbuster”<sup>7</sup>, con ventas, en 2007, de 13,5 mil millones de dólares<sup>8</sup>.

En España, en el año 1998, la primera estatina (medicamentos utilizados para la reducción del colesterol) en la lista de los más vendidos era la simvastatina, con unas ventas que alcanzaron los 77,99 millones de euros (12.976 millones de pesetas), y la segunda, la atorvastatina con 64,87 (10.793 millones de pesetas). La simvastatina era ya el 10º principio activo por facturación y la atorvastatina ocupaba el número 16 de la lista<sup>9</sup>. En 2004, ya con genéricos de simvastatina, la atorvastatina fue el medicamento líder del ranking, con ventas por valor de 344,11 millones de euros. El subgrupo de los hipolipemiantes inhibidores de la HMG CoA reductasa (las estatinas) era ya el número uno, con ventas por valor de 677,80 millones de euros, el 6,86% del total<sup>10</sup>. Durante el año 2008, las estatinas

---

<sup>5</sup> Datos de IMS. En URL: <http://www.imshealth.com> (consultado el 10 de noviembre de 2008)

<sup>6</sup> En España está comercializada con los nombres de Cardyl y Zarator, ambas de Pfizer, y Prevencor con licencia a Almirall, por lo que el consumo aún es mayor

<sup>7</sup> Un blockbuster es un fármaco con ventas anuales superiores a los 1.000 millones de dólares

<sup>8</sup> Datos de IMS. En URL: <http://www.imshealth.com> (consultado el 10 de noviembre de 2008)

<sup>9</sup> Anónimo. Informaciones de interés: Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1998. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 1999;23:145-148

<sup>10</sup> Anónimo. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29:49-53

alcanzaron unas ventas de 941,44 millones de euros, siendo la atorvastatina, la primera con ventas por valor de 616,45 millones de euros<sup>11</sup>.

¿Cómo se consiguen estas ventas? Pues sencillamente, gracias a potentes campañas comerciales, en las que se han asociado los niveles sanguíneos de colesterol con el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, y a la reducción cada vez mayor de los valores de colesterol considerados “peligrosos”, reducción en la que la industria farmacéutica no es ajena.

Según las directrices de los años 90 sobre colesterol de los National Institutes of Health de EEUU, 13 millones de americanos necesitaban tratamiento. En la revisión de 2001, una junta de expertos amplió el número a 36 millones (5 de los 14 expertos tenían relación con uno o más fabricantes). En la revisión de 2004, el número ascendió a 40 millones (8 de los 9 expertos tenían relación con uno o más fabricantes), y ello gracias a la reducción de los valores del colesterol considerados como potencialmente perjudiciales. Los responsables de marketing no redactan las normas de diagnóstico de una enfermedad, pero sí pagan a los que lo hacen<sup>12</sup>.

Henry Gadsden, director de Merck, poco antes de jubilarse confió a la Revista Fortune su desesperación al ver que el mercado potencial de su empresa estaba confinado sólo a los enfermos. Gadsden declaró que desde hacía tiempo soñaba con producir medicamentos destinados a... los sanos. Porque, en ese caso, Merck tendría la posibilidad de “vender a todo el mundo”. Tres décadas más tarde, el sueño de Henri Gadsden se ha visto cumplido<sup>13</sup>, y la medicalización de la vida es ya una realidad.

Con estos ejemplos, podemos ver la gran rentabilidad de los “me too”, y la importancia de la promoción comercial. Si no fuese así,

---

<sup>11</sup> Datos cedidos por IMS

<sup>12</sup> Moynihan Ray, Cassels Alan. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. Contrapunto. Barcelona 2005

<sup>13</sup> Moynihan Ray, Cassels Alan. Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. Contrapunto. Barcelona 2005

¿sería la atorvastatina el número 1 en ventas, y el esomeprazol el número 3?. Recordemos que no son más que medicamentos que surgen tras pequeñas modificaciones de moléculas originales, lovastatina (seguida por la simvastatina) y omeprazol. El éxito comercial de estos fármacos, animaron a las grandes compañías a desarrollar productos similares y a poner en marcha grandes campañas promocionales, que los han colocado donde están.

En los hospitales, la política de sustitución de medicamentos similares y las promociones económicas para medicamentos con competencia (pueden llegar a ofertarse medicamentos a precio cero), especialmente si tienen un consumo posterior en primaria, hace que el perfil sea diferente.

Los fármacos que más han aumentado su consumo en la factura farmacéutica hospitalaria, han sido los oncológicos. Muchos de ellos se administran en el hospital de día, no precisando el ingreso hospitalario. Hay un factor que influye y es que es uno de los sectores en donde la industria farmacéutica dedica más I+D. Según la Clasificación Anatómica de los medicamentos (ATC), la mayoría de los comercializados desde 2002 a 2008 pertenecen al grupo L (Terapia Antineoplásica y Agentes Inmunomoduladores). Sólo dos, el aminolevulinato de metilo, indicado para la queratosis actínica, y el fulvestrant, para el cáncer de mama, pueden prescribirse en atención primaria y dispensarse en oficina de farmacia, 14 se prescriben en hospitales y dispensan en oficina de farmacia, y 19 se prescriben y dispensan en hospitales.

Los medicamentos oncológicos tuvieron en el año 2007 un crecimiento respecto al año anterior del 16,2%, superando en el año 2007 los 41,4 mil millones de dólares<sup>14</sup>. La elevada mortalidad por cáncer en los países desarrollados, y el hecho de que sea una de las enfermedades diana de la investigación mundial explica, aunque no justifica, este incremento.

---

<sup>14</sup> Datos de IMS. En URL: <http://www.imshealth.com> (consultado el 10 de noviembre de 2008).

Porque este aumento no siempre se traduce en un aumento similar de la supervivencia o de la calidad de vida de los pacientes tratados. Un caso significativo es el del tratamiento del cáncer colorectal, que se ha disparado en los últimos años. En España, un ciclo de 14 días de la quimioterapia estándar del cáncer de colon costaba entre 187 y 210€, según los fármacos utilizados, antes de añadir los anticuerpos monoclonales cetuximab (CTX) o bevacizumab (BVC) en los protocolos. Al añadir CTX como tratamiento de segunda línea, el coste de un tratamiento de 6 meses aumentaría en 21.750€, y con BVC en 14.926€. El conseguir un mes adicional de supervivencia libre de enfermedad supondría un coste de 24.166€ con el CTX, y de 16.507€ con el BVC. Teniendo en cuenta que en un hospital de nivel 3, con servicio de oncología de referencia, pueden tratarse 30 pacientes al año, el impacto presupuestario de la nueva terapia sería de 652.500€ o de 447.780 €, según se eligiese CTX o BVC, y si la duración del tratamiento fuese de 6 meses<sup>15</sup>.

Los precios elevados, justificados por la industria como necesarios para mantener la investigación, nos conducen a la triste paradoja de excluir a amplios sectores de la población actual de los medicamentos innovadores. ¿Pero cómo es posible que se produzca esta paradoja? La promoción es sin duda una pieza clave en este complejo engranaje. Los laboratorios pueden dedicar un porcentaje del precio a publicidad, y a mayor precio, mayor publicidad, lo que permite una mayor promoción de los medicamentos más caros. Con el dominio que de la información tiene el laboratorio fabricante, se facilitan las nuevas incorporaciones, algunas de escaso valor terapéutico, permitiendo la renovación de medicamentos antiguos por nuevos, generalmente mucho más caros y no más eficaces o seguros.

Para ello se realizan estudios teniendo en cuenta las alternativas ya existentes. Estos estudios suelen realizarse a partir de los datos de eficacia y de seguridad de los ensayos clínicos, estudios que ofrecen el mejor perfil, tanto de seguridad como de eficacia del nuevo fármaco, ya que la población elegida suele estar en una franja de edad de 18 a 65 años y en

ellos se excluye a la población frágil y a los pacientes con morbilidad asociada que no sea objeto del estudio. De igual forma, los efectos adversos son mayores a los esperados cuando el medicamento se utiliza fuera de las condiciones ideales de los ensayos clínicos.

Interesados en el tema, la revista *Prescrire* publicó un estudio donde se valoraban los medicamentos registrados en Francia desde 1981 a 2003, incluyendo a los que se les aprobó una nueva indicación. Sólo el 10,5 % de los nuevos productos o nuevas indicaciones aportaban un cierto beneficio, clasificados como excelentes el 0,24% y como interesantes el 2,68%<sup>16</sup>.

## Los conflictos de interés

Existe una concienciación y una preocupación creciente en algunos ámbitos sanitarios de la extensión y complejidad de la relación financiera entre la industria farmacéutica y los profesionales e instituciones sanitarias, y de que estas relaciones ejercen una gran influencia en los médicos, que pueden afectar y comprometer las decisiones médicas, los resultados en la salud de los pacientes, la sostenibilidad del sistema sanitario y el prestigio de los profesionales.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud propone limitar la promoción inapropiada y no ética de medicamentos, la presencia de la industria en el mundo sanitario es constante y notoria. Además de las relaciones directas con los expertos, subvencionan las inscripciones a los congresos, financian conferencias y debates, extienden su presencia en los hospitales y centros de atención primaria, no sólo por la presencia de

---

<sup>15</sup> Cetuximab y Bevacizumab. Informes para la Comisión de Fármaco terapéutica. Cetuximab utilizado en primera línea de tratamiento y Bevacizumab en 2ª línea. Consultado en [http://genesis.sefh.es/Enlaces/Informes Hospitalares.htm](http://genesis.sefh.es/Enlaces/Informes%20Hospitalares.htm) (Septiembre 2008)

<sup>16</sup> Anónimo. Prix et remboursement des médicaments: la course aux prix délirants. *La Revue Prescrire*. Febrier 2004;42(247):142-147.

los visitantes médicos, sino también por la organización de conferencias incluidas en los programas de formación continuada. Estas prácticas están tan extendidas que ya se consideran normales.

La realidad es que los regalos ocupan un papel importante en la relación entre la industria y los médicos. Permite crear una relación de amigabilidad entre el visitador médico y el profesional y de agradecimiento hacia la industria. Su objetivo no es otro que el perder la objetividad necesaria para realizar un análisis crítico, y favorecer el aumento de las ventas.

Las advertencias son cada vez más numerosas, y las administraciones sanitarias deberían ser conscientes de la situación y ejercer un papel de liderazgo en la formación de sus profesionales. Deberían también potenciar las estructuras de soporte y de gestión y favorecer la transparencia de las decisiones y de los resultados de los indicadores de salud, así como los de consumo de medicamentos, y primar los intereses sanitarios de los ciudadanos frente a los económicos de la industria.

## Anexo

**Tabla 1: Nuevos principios activos comercializados en España desde 2002 a 2008**

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2002	Pioglitazona	A	AP	Actos, 15 mg, 38 comp	36,68	Antidiabético oral
2002	Fenilbutirato	A	UH	Ammonaps, 500 mg, 250 comp	780,38	Metabolopatía congénita
2002	Agalsidasa beta	A	UH	Fabrazyme, 35 mg, 1 vial	3.553,00	Metabolopatía congénita
2002	Esomeprazol	A	AP	Nexium, 20 mg, 28 comp	35,76	Antiulceroso
2002	Insulina aspart	A	AP	Novorapid, 100U/ml, 5 plumas	46,97	Antidiabético
2002	Agalsidasa alfa	A	UH	Replagal, 3,5 mg, 1 vial	1.800,38	Metabolopatía congénita
2002	Nateglinida	A	AP	Starlix, 120 mg, 84 comp	36,2	Antidiabético oral
2002	Racecadotriilo	A	AP	Tiorfan, 100 mg, 20 cáps	10,9	Antidiarético
2002	Fondaparinux	B	AP	Arixtra, 1,5 mg, 7 jer	65,35	Antitrombótico
2002	Proteína C humana	B	UH	Ceptotin, 1000UI, 1 vial	2.000,53	Antitrombótico
2002	Levosimendán	C	UH	Simdax, 2,5 mg, 1 vial	701,69	Inotrópico
2002	Tacrolimus tópico	D	AP	Protopic, 0,03%, 30 g	36,47	Inmunosupresor tópico
2002	Dienogest/Estradiol	G	AP	Climodien, 2/2 mg, 28 comp	12,46	Progestágeno/Estrógeno
2002	Etonogestrel	G	EXO	Implanon, 68 mg, 1 impl	208,95	Anticonceptivo
2002	Atosiban	G	UH	Tractocile, 37,5 mg, 1 vial	118,85	Parto prematuro inminente
2002	Ganirelix	H	DH	Orgalutran, 0,25 mg, 1 jer	48,27	Reproducción asistida
2002	Tenofovir	H	UH	Viread, 245 mg, 30 comp	347,99	Antiviral: antirretroviral
2002	Caspofungina	J	UH	Cancidas, 50 mg, 1 vial	514,46	Antifúngico
2002	Telitromicina	J	AP	Ketek, 400 mg, 2x5 comp	33,66	Antibacteriano macrólido
2002	Voriconazol	J	UH	Vfendf, 200 mg, 14 comp	567,2	Antifúngico
2002	Glatiramer acetato	L	UH	Copaxone, 20 mg/ml, 28 jer	860,25	Inmunomodulador
2002	Imatinib	L	DH	Glivec, 100 mg, 60 comp	1.279,35	Antineoplásico
2002	Alemtuzumab	L	UH	MabCampath, 30 mg/ml, 3 viales	1.293,26	Antineoplásico
2002	Bexaroteno	L	DH	Targretin, 75 mg, 100 cáps	1.298,55	Antineoplásico
2002	Eptotermína alfa	M	UH	Osigraft, 3,5 mg, 1 vial	3.994,34	Tratamiento fracturas óseas
2002	Apomorfina	N	DH	Apo-Go Pen, 10 mg/ml, 3ml	171,38	Antiparkinsoniano
2002	Levetiracetam	N	AP	Keppra, 1000 mg, 30 comp	94,46	Antiepiléptico
2002	Eletriptán	N	AP	Relpax, 20 mg, 2 comp	9,32	Antimigrañoso

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2002	Amisuprida	N	AP	Solian, 100 mg, 60 comp	33,93	Antipsicótico
2002	Atovacuona/Proguanilo	P	AP	Malarone, 100/250 mg, 12 comp	44,1	Antimalárico
2002	Atovacuona	P	AP	Wellvone, 750 mg/5ml, sol 226ml	417,76	Antiprotozoario
2002	Óxido Nítrico	R	UH	Inomax, 400 ppm mol/mol, 10 L	179,56	Vasodilatador pulmonar
2002	Bimatoprost	S	AP	Lumigan, 0,03%, col 3ml	20,51	Antiglaucoma
2002	Travoprost	S	AP	Travatan, 0,004%, col 2,5ml	20,01	Antiglaucoma
2002	Tirotopina alfa	V	UH	Thyrogen, 0,9 mg, 2 viales	796,89	Agente diagnóstico
2003	Insulina Glargina	A	AP	Lantus, 100U/ml, 5 plumas 3ml	76,95	Antidiabético, insulina
2003	Rifaximina	A	AP	Zaxine, 200mg, 12 comp	8,82	Antidiarreico, antibiótico
2003	Paricalcitol	A	DH	Zemplar, 1mcg, 18 caps	133,52	Vitamina D
2003	Drotrecogin alfa (act)	B	UH	Xigris, 20mg, 1vial	973,00	Antitrombótico Antihipertensivo,
2003	Manidipino	C	AP	Artedil, 10mg, 20 comp	14,78	dihidropiridina
2003	Bosentán	C	UH	Tracleer, 125mg, 56 comp	2.366,69	Antihipertensivo
2003	Zofenopriolo	C	AP	Zofenil, 30mg, 28 comp	14,56	Antihipertensivo, IECA
2003	Pimecrolimus	D	AP	Elidel, 1%, 30 g	38,68	Antipruriginoso
2003	Beclapermina	D	AP	Regranex, 0,01%, gel, 15g	337,05	Cicatrizante
2003	Tadalafilo	G	EXO	Cialis, 20mg, 4 comp	59,21	Tratamiento disfunción eréctil
2003	Norelgestromina /Etinilestradiol	G	EXO	Evra, 3 parches	16,50	Anticonceptivo
2003	Vardenafilo	G	EXO	Levitra, 10mg, 2 comp	33,98	Tratamiento disfunción eréctil
2003	Pegvisomant	H	DH	Somavert, 10mg, 30 viales	2.068,88	Tratamiento acromegalia
2003	Enfuvirtida	J	UH	Fuzeon, 90mg/ml, 60 viales	1.634,12	Antiviral
2003	Adefovir	J	UH	Hepsera, 10mg, 30 comp	466,03	Antiviral
2003	Ertapenem betalactámico	J	UH	Invanz, 1g, 1 vial	65,96	Antibacteriano
2003	Brivudina	J	AP	Nervinex, 125mg, 7 comp	116,82	Antiviral
2003	Valganciclovir	J	DH	Valcyte, 450mg, 60 comp	1.365,87	Antiviral
2003	Anakinra	L	UH	Kineret, 100mg, 7 jer	243,03	Inmunosupresor selectivo
2003	Pegfilgrastim	L	UH	Neulasta, 6mg, 1 jer	1.052,26	Inmunomodulador
2003	Arsénico, trióxido	L	UH	Trisenox, 1mg/ml, 10 amp	3.646,74	Antineoplásico
2003	Parecoxib	M	UH	Dynastat, 40mg, 10 viales	98,58	Antiinflamatorio no esteroideo
2003	Diacerefina	M	AP	Galaxdar, 50mg, 30 caps	10,85	Antiinflamatorio no esteroideo

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2003	Memantina	N	DH	Ebixa, 10mg, 112 comp	208,71	Tratamiento Alzheimer
2003	Frovatriptan	N	AP	Forvey, 2,5mg, 4 comp	21,40	Antimigrañoso
2003	Ziprasidona	N	AP	Zeldox, 20mg, 56 caps	131,91	Antipsicótico
2003	Rupatadina	R	AP	Rupafin, 10mg, 20 comp	11,63	Antialérgico
2003	Tiotropio, bromuro	R	AP	Spiriva, 18mcg, 30 caps	52,76	Broncodilatador
2003	Levocetirizina	R	AP	Xazal, 5mg, 20 comp	10,27	Antialérgico
2003	Olopatadina	S	AP	Opatanol, 0.1% col 5ml	11,07	Antialérgico oftálmico
2003	Rimexolona	S	AP	Vexol, 1%, col 5ml	5,45	Antiinflamatorio oftálmico
2004	Carglúmico, ácido	A	UH	Carbaglu, 200 mg, 5 comp	412,92	Terapia de enzimopatía congénita
2004	Aprepitant	A	UH	Emend, 125 + 80 mg, 3 cáps	90,9	Emesis por quimioterapia
2004	Miglustat	A	UH	Zavesca, 100 mg, 84 cáps	6.843,74	Terapia de enzimopatía congénita
2004	Ezetimiba	C	AP	Ezetrol, 10 mg, 28 comp	51,41	Hipolipemiente
2004	Olmesartan	C	AP	Olmotec, 10 mg, 28 comp	22,28	Hipertensión arterial
2004	Dutasterida	G	AP	Avidart0, 5 mg, 30 cáps	33,5	Hiperplasia prostática
2004	Laronidasa	H	UH	Aldurazyme, 500U/1 vial	785,62	Terapia de enzimopatía congénita
2004	Teriparatida	H	AP	Forsteo, 20mcg/80mcl, 3ml	399,13	Hormona paratiroidea
2004	Emtricitabina	J	UH	Emtriva, 200 mg, 30 cáps	199,94	Infección VIH
2004	Atazanavir	J	UH	Reyataz, 100 mg, 60 cáps	500,75	Infección VIH
2004	Cefditoreno	J	AP	Spectracef, 200 mg, 20 comp	40,01	Infecciones bacterianas
2004	Adalimumab	L	UH	Humira, 40 mg, 2 jer	1.116,12	Antirreumático
2004	Bortezomid	L	UH	Velcade, 3,5 mg, 1 vial	1.211,64	Mieloma múltiple
2004	Etoricoxib	M	AP	Arcoxia, 60 mg, 28 comp	32,5	Inflamación
2004	Dibotermina alfa	M	UH	Inductos, 12 mg/KIT	2.798,54	Proteína osteogénica
2004	Escitalopram	N	AP	Cipralext, 10 mg, 28 comp	23,93	Depresión
2004	Oxicodona	N	AP	Oxycontin, 10 mg, 28 comp	15,27	Dolor
2004	Epinastina	S	AP	Relestat, 0,5 mg/ml, col	10,71	Antialérgico oftalmológico
2005	Insulina detemir	A	AP	Levemir, 300UI, 5 plumas	78,52	Diabetes mellitus
2005	Bevalirudina	B	UH	Angiox, 250 mg/vial, 10 viales	4414,7	Intervención cutánea percutánea
2005	Delapril	C	AP	Beniod, 30 mg/28 comp	13,11	Hipertensión arterial

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2005	Eplerenona	C	AP	Inspra, 25 mg, 30 comp	88,9	Profilaxis secundaria de infarto
2005	Icosapento/Doconexento	C	AP	Omacor, 28 cáps	24,18	Profilaxis secundaria de infarto
2005	Eberconazol	D	AP	Ebernet, 1%/ crema 30 g	10,46	Infecciones dermatofíticas
2005	Eflornitina	D	EXO	Vaniqa, 11,5%, crema 30 g	50,73	Hirsutismo facial femenino
2005	Solifenacina	G	AP	Vesicare, 10 mg, 30 comp	80,05	Incontinencia urinaria
2005	Cinacalcet	H	UH	Mimpara, 30 mg, 28 comp	234,49	Hiperparatiroidismo
2005	Vibrio cholerae	J	AP	Dukoral, 2 dosis	32,31	Profilaxis cólera
2005	Fosamprenavir	J	UH	Telzir, 700 mg, 60 comp	376,26	Infección VIH
2005	Pemetrexed	L	UH	Alimta, 500 mg, 1 vial	1.294,7	Mesotelioma pleural maligno
2005	Bevacizumab	L	UH	Avastin, 400 mg, 1vial	1370,5	Cáncer colorectal
2005	Everolimus	L	DH	Certican,0,1 mg, 60 comp	70,37	Profilaxis de rechazo de órganos
2005	Cetuximab	L	UH	Erbix, 100 mg, 1 vial	246,69	Cáncer colorectal
2005	Fulvestrant	L	AP	Faslodex, 1250 mg/jer, 1 jer	454,38	Cáncer de mama
2005	Mitotano	L	DH	Lysodren, 500 mg, 100 comp	670,7	Carcinoma corteza suprarrenal
2005	Aminolevulinato de metilo	L	AP	Metvix, 160 mg/g, crema 2 g	281,46	Queratosis actínica
2005	Celecoxib	L	DH	Onsenal, 400 mg, 60 cáps	163,5	Poliposis adenomatosa familiar
2005	Efalizumab	L	DH	Raptiva, 100 mg/ml, 4 viales	1.045,02	Psoriasis
2005	Anagrelida	L	DH	Xagrid, 0,5 mg, 100 cáps	480,02	Trombocitemia
2005	Ibritumomab-tiuxetano	L	UH	Zevalin, 1,6 mg/ml, 4 viales	10.378,33	Linfoma no Hodgkin
2005	Ranelato de estroncio	M	AP	Protelos, 2g, 28 sobres	49,39	Osteoporosis
2005	Aripiprazol	N	AP	Abilify, 1 mg, 28 comp	140,59	Esquizofrenia
2005	Rasagilina	N	AP	Azilect, 1 mg, 30 comp	148,1	Enfermedad de Parkinson
2005	Pregabalina	N	AP	Lyrica, 150 mg, 56 cáps	96,83	Dolor neuropático
2006	Palonosetron	A	UH	Aloxi, 250mcg/vial	104,59	Emesis por quimioterapia
2006	Insulina glulisina	A	AP	Apidra, 100U/ mg, 5 PL DE 3ml	31,32	Diabetes mellitus
2006	Alfaglicosidasa alfa	A	UH	Myozyme, 50 mg, 1 vial	592,7	Enfermedad de Pompe
2006	Nitisinona	A	UH	Orfadin,10 mg, 60 cáps	3.114,62	Tirosinemia hereditaria 1
2006	Sildenafil	G	UH	Rebatio, 20 mg, 90 comp	558,05	Hipertensión pulmonar
2006	Tipranavir	J	UH	Aptivus, 250 mg, 120 cáps	779,9	SIDA

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2006	Daptomicina	J	UH	Cubicin, 500 mg, 1 vial	150,71	Infecciones bacterianas
2006	Posaconazol	J	UH	Noxafil, 200 mg/5ml, 105ml	700,95	Micosis invasiva
2006	Tigeciclina	J	UH	Tyagacil, 50 mg, 10 viales	525,1	Infecciones bacterianas
2006	Erlotinib	L	DH	Tarceva, 100 mg, 30 comp	1.773,16	Cáncer de pulmón
2006	Duloxetina	N	AP	Cymbalta/Xeristar, 30 mg, 28 comp	30,99	Depresión
2006	Oxibato sódico	N	UH	Xyrem, 500 mg/ml, 180ml	389,9	Cataplejía
2006	Zonisamida	N	AP	Zonegran, 100 mg, 56 cáps	129,3	Epilepsia
2006	Omalizumab	R	DH	Xolair, 150 mg, 1 vial	430,74	Asma
2006	Pegaptanib	S	UH	Macugen, 0,3 mcg, 1 jer	695,97	Degeneración macular
2006	Palifermina	V	UH	Kepivance, 6,25 mg, 6viales	4.923,26	Mucositis por quimioterapia
2007	Betaína	A	UH	Cystadane, 1g/fco	512,62	Hemocistinuria
2007	Idursulfasa	A	UH	Elaprase, 6 mg, 1 vial	3088,7	Mucopolisacaridosis II
2007	Sitagliptina	A	AP	Januvia 100, mg, 28 comp	55,95	Diabetes tipo 2
2007	Galsufasa	A	UH	Naglazyme, 5 mg/5ml, 1 vial	1.550,79	Mucopolisacaridosis VI
2007	Epoetina delta	B	UH	Dynepo, 1000U, 6 jer	83,71	Anemia insuficiencia renal
2007	Midodrina	C	EXO	Gutron, 5 mg, 50 comp	78,05	Hipotensión ortostática
2007	Ivabradina	C	AP	Procoralan, 5 mg, 56 comp	70,4	Angina estable
2007	Sitaxentán	C	UH	Thelin, 100 mg, 28 comp	2.365,64	Hipertensión pulmonar
2007	Testosterona (parche)	G	EXO	Intrinsic, 300mcg, 8 parches	49,83	Trastorno del deseo sexual hipactivo
2007	Hormona paratiroidea	H	AP	Preotact, 100 mcg/dosis, 14 dosis	399,13	Osteoporosis
2007	Entecavir	J	UH	Baraclude, 0,5 mg, 30 comp	452,3	Hepatitis B
2007	Vacuna papilomavirus	J	EXO	Gardasil, 1 jer	154,86	Vacuna viral
2007	Darunavir	J	UH	Prezista, 300 mg, 120 comp	733,1	Infección por VIH
2007	Vacuna rotavirus	J	EXO	Rota Tec, 2ml	69,5	Vacuna viral
2007	Vacuna rotavirus	J	EXO	Rotarix, aplicador	93,66	Vacuna viral
2007	Oseltamivir	J	EXO	Tamiflu, 75 mg, 10 cáps	31,57	Gripe
2007	Clofarabina	L	UH	Evoltra, 20 mg, 4 viales	7014,7	Leucemia linfoblástica aguda
2007	Sorafenib	L	DH	Nexavar, 200 mg, 112 comp	3.738,7	Cáncer renal
2007	Lenalidomida	L	DH	Revlimid, 10 mg, 21 cáps	5.688,49	Mieloma múltiple
2007	Dasatinib	L	DH	Sprycel, 20 mg, 56 comp	1.922,98	Leucemia mieloide crónica
2007	Sunitinib	L	DH	Sutent, 12,5 mg, 30 cáps	1.372,7	GIST. Cáncer renal
2007	Natalizumab	L	UH	Tysabri, 300 mg, 1 vial	1.762,7	Esclerosis múltiple

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (€)	Indicación principal
2007	Vareniclina	N	EXO	Champix, 0,5 mg, 56 comp	122,39	Deshabitación tabáquica
2007	Bupropion	N	EXO	Elontril, 150 mg, 30 comp	30,99	Depresión
2007	Rotigotina	N	AP	Neupro, 4 mg, 28 parches	105,19	Enfermedad de Parkinson
2007	Ziconotida	N	UH	Prialto, 500mcg/5ml 1 vial	1.989,17	Dolor crónico intenso
2007	Atomoxetina	N	AP	Strattera, 10 mg, 28 cáps	121,45	Déficit de atención TDAH
2007	Ranibizumab	S	UH	Lucentis, 10 mg, 1 vial	1.212,05	Degeneración macular
2007	Desrazoxano	V	UH	Cardioxane, 500 mg/vial	144,46	Prevención cardiotoxicidad
2007	Deferasirix	V	DH	Exjade, 125 mg, 28 comp	207,22	Sobrecarga férrica
2008	Exenatida	A	AP	Byetta, 10mcg/dosis, 60 dosis	133,47	Diabetes tipo 2
2008	Vildagliptina	A	AP	Galvus, 50 mg, 28 comp	34,97	Diabetes tipo 2
2008	Antitrombina alfa	B	UH	Atryn, 1.750UI, 10 viales	14.371,67	Deficit antitrombina
2008	Dabigatran	B	AP	Pradaxa, 110 mg, 60 cáps	158,19	Trombosis venosa profunda
2008	Epoetina zeta	B	UH	Retacrit, 1000 UI, 6 jer	58,59	Anemia
2008	Aliskiren	C	AP	Rasilez, 150 mg, 28 comp	26,54	Hipertensión arterial
2008	Retapamulina	D	AP	Altargo, 1%/5 g	11,71	Infecciones bacterianas cutáneas superficiales
2008	Fesoterodina	G	AP	Tobías, 4 mg, 28 comp	47,64	Incontinencia urinaria
2008	Carbetocina	H	UH	Duratobal, 100 mcg, 5 amp		Hemorragia postparto
2008	Mecasermina	H	UH	Increlex, 40 mg, 1 vial	701,9	Deficiencia de IGF-1
2008	Miraviroc	J	UH	Celsentri, 150 mg, 60 comp	878,71	Infeccion por VIH
2008	Vacuna papilomavirus divalente	J	EXO	Cervarix, 10jer	1.076,3	Prevención cáncer cervical
2008	Anidulafungina	J	UH	Ecalta, 100 mg, 1 vial	462,7	Candidiasis invasiva
2008	Raltegravir	J	UH	Isentress, 400 mg, 60 comp	890,15	Infección por VIH
2008	Telbivudina	J	UH	Sebivo, 600 mg, 28 comp	426,31	Hepatitis B
2008	Nelarabina	L	UH	Atriancce, 250 mg/vial, 6viales	2.057,64	Leucemia linfoblástica aguda
2008	Abatacept	L	UH	Orencia, 250 mg, 1 vial	394,91	Artritis reumatoide
2008	Eculizumab	L	UH	Soliris, 300 mg, 1 vial	4674,7	Hemoglobinuria paroxística
2008	Nilotinib	L	DH	Tasigna, 200 mg, 112 cáps	3.800,31	Leucemia mieloide crónica
2008	Temserolimus	L	UH	Torisel, 25 mg/ml, 1 vial	996,92	Cáncer renal
2008	Lapatinib	L	DH	Tyberb, 250 mg, 140 comp	2.157,49	Cáncer de mama
2008	Panitumumab	L	UH	Vectibix, 200 mg, 1 vial	879,75	Cáncer colorectal
2008	Trabectedina	L	UH	Yondelis, 0,25 mg/vial	597,9	Sarcoma de tejidos blandos

AÑO	P. ACTIVO	ATC	USO	PRESENTACIÓN	PVP (x)	Indicación principal
2008	Rufinamida	N	DH	Inovelon, 200 mg, 60 comp	96,58	Síndrome de Lonnox-Gastaut
2008	Paliperidona	N	AP	Invega, 3 mg, 28 comp	140,75	Esquizofrenia
2008	Hidromorfona	N	AP	Jumista, 16 mg, 30 comp	107,96	Dolor
2008	Lantano carbonato	V	AP	Fosrenol, 1000 mg, 90 comp	265,56	Hiperfosfatemia

**ATC: Anatomical Therapeutic Chemical (Clasificación Anatómica Terapéutica y Química); A: Aparato Digestivo y Metabolismo; B: Sangre y Órganos Hematopoyéticos; C: Aparato cardiovascular; D: Terapia Dermatológica; G: Terapia Genitourinaria; H: Terapia Hormonal; J: Terapia Antiinfecciosa; L: Terapia Antineoplásica y Agentes Inmunomoduladores; M: Sistema Musculoesquelético; N: Sistema Nervioso; P: Antiparasitarios Insecticidas y Repelentes; R: Aparato Respiratorio; S: Órganos de los Sentidos; V: Varios; AP: Medicamentos de receta del Sistema Nacional de Salud, prescritos en atención primaria. DH: Medicamentos de diagnóstico Hospitalario. EXO: Medicamento no financiado por el Sistema Nacional de Salud; UH: Medicamentos de Uso Hospitalario**

Fuente: Panorama Actual del Medicamento. Editado por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos



**SEGUNDA PARTE**

**GESTIÓN DEL PERSONAL**



## CAPÍTULO V

# DOTACIÓN DE MÉDICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: MÁS ES MEJOR

*Patricia Barber Pérez*

*Beatriz González López-Valcárcel*

*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

*Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión*

### Resumen

La evidencia científica es contundente en mostrar que los niveles de desarrollo de la AP marca las diferencias en los niveles de salud de las poblaciones. Igual de contundentes son las investigaciones que demuestran cómo mejores dotaciones en recursos humanos en AP reducen las desigualdades en salud entre los grupos de población, según criterios demográficos o geográficos.

Comparando ratios poblacionales de médicos generales con otros países del entorno, España ocupa una posición intermedia-alta en el ranking. No obstante, en un reciente informe del Ministerio de Sanidad, Medicina de Familia y Pediatría son dos de las especialidades en las que mayor escasez de médicos existe en estos momentos. Las estructuras organizativas y las tasas de productividad suelen ser los argumentos esgrimidos para explicar esta aparente paradoja de que, teniendo tantos, “necesitemos” más. El déficit de especialitas en MFyC es especialmente preocu-

pante, tanto por ser resultado de un exceso de demanda como también por ser fruto de una restricción sistemática de la oferta, casi un 14% de las plazas MIR ofertadas de Medicina Familiar y Comunitaria han quedado vacantes en 2007, y el 58% de las plazas de formación “abandonadas” son de MFyC. Para potenciar el desarrollo profesional de la atención primaria no bastan medidas salariales, sino que hacen falta otros incentivos profesionales, oportunidades de formación, mejores condiciones de trabajo y un cambio cultural, inevitablemente lento.

La tasa de empleo público de Medicina de Familia en España es de 85 por 100.000 hab., con una ratio max/min entre CCAA de 2,81. La tasa de empleo pública de Pediatría es de 138 facultativos por menor de quince años. Con menor variabilidad entre CC.AA. con una ratio max/min de 1,92. Son especialidades con perfil joven y con un grado alto de feminización.

## Introducción

La aportación de la Atención Primaria (AP) a los niveles de salud de las poblaciones está ampliamente demostrada, tanto para los países en desarrollo como en aquellos con menores niveles de progreso socioeconómico.

Son principalmente tres las razones que hacen de la AP un pilar fundamental en cualquier organización sanitaria: su aportación marginal a los niveles de salud de la población, su capacidad para reducir las inequidades en salud y su menor consumo de costes respecto a otros niveles de atención sanitaria.

Son abundantes las investigaciones internacionales que demuestran cómo mejores dotaciones en recursos humanos en AP reducen las desigualdades en salud, relativas y absolutas, entre los grupos de población con mayores diferencias sociales, demográficas o geográficas (1-4).

También son frecuentes, aunque no referidos a nuestro país, los estudios que asocian mayor número de médicos de AP *per cápita* con resulta-

dos específicos de mejoras en salud. En la detección precoz de cáncer de mama, cada percentil de aumento de médicos de atención primaria está asociado con un incremento estadísticamente significativo del 4% en la probabilidad de diagnóstico en estadio temprano (5); las tasas de incidencia de cáncer cérvico - uterino en fases avanzadas son menores en áreas que están mejor dotadas en médicos de familia, aunque no en aquellas con mayor número de especialistas o de ginecólogos y obstetras (6). La detección de melanomas en etapas iniciales, está asociada significativamente a aquellas áreas con mayor número médicos de familia, tanto en áreas rurales como urbanas. Esta relación no es significativa, sin embargo, con el número de dermatólogos existente en el área (7).

Es significativa la relación entre la dotación de recursos humanos en AP y los indicadores generales de salud. En Gran Bretaña, cada médico de AP adicional por 10.000 habitantes (que supone un incremento entre el 12 y el 20%) está asociado con un decremento en la tasa de mortalidad, ajustadas por características sociodemográficas y socioeconómicas, entre el 3 y el 10%. En Estados Unidos existe evidencia de que cada incremento unitario en el número de médicos de AP determina una reducción de 1,44 muertes por cada 10.000 habitantes (8).

En España, se ha evaluado el impacto de la reforma de la AP en zonas de bajo nivel socioeconómico de la ciudad de Barcelona, observándose una clara relación entre “la velocidad” del proceso de reforma y el decremento en las tasa general de mortalidad (9).

Entre los determinantes de los niveles de utilización de los servicios sanitarios en AP, la edad se ha revelado como variable altamente influyente. La pirámide de edad puede llegar a explicar el 86,1% de la variabilidad en la carga asistencial media (10). Las poblaciones adultas, tanto por su mayor morbilidad como por su inclusión en programas de control (hipertensión, diabetes, etc.) utilizan los servicios de AP más que el resto de la población. Otros grupos de edad, como los menores de 2 años, mayores de 75 o mujeres entre 40 y 64 tienen unos índices de utilización mayores a los de la población general (11).

Otros factores explicativos de la utilización en AP, como el socioeconómico, puede llegar a explicar un 24% de las diferencias de utilización (10) y el case mix podría explicar hasta el 50% (12) de las diferencias en la presión asistencial.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, en España, el 35% de los adultos realizó, al menos, una consulta en AP en las cuatro últimas semanas, porcentaje que duplica al de las visitas al médico especialista (16,4%).

A pesar de las múltiples evidencias que demuestran mejores resultados en salud en los sistemas sanitarios que se acoplan sobre una AP desarrollada, y más equidad en la utilización (13), las experiencias de reforma de la AP y las referencias al término crisis, como necesidad de reafirmar su vocación de motor del Sistema Sanitario, han sido continuas. El National Health Service (NHS), ejemplo de sistema de salud basado en una AP-filtro fuerte, ha vivido múltiples reformas como respuesta a tensiones e incertidumbres protagonizadas en gran medida por la propia AP. En Estados Unidos, el gran descenso del número de aspirantes a formarse en medicina familiar (solo se ocupan la mitad de las plazas de AP; casi el 30 % de los que inician la residencia la abandonan en el segundo año y hasta el 60 % de los que finalmente la concluyen derivan a la larga hacia otra especialidad), la frustración de los médicos de familia y la insatisfacción de los ciudadanos, provocaron que las siete organizaciones vinculadas a la medicina familiar aprobaran en 2002 un ambicioso plan destinado a transformar la especialidad y reponer su liderazgo<sup>1</sup>.

España no ha sido ajena a esta trayectoria. A pesar de que sus avances como especialidad médica y columna vertebral de la AP desde la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978<sup>2</sup>, la

---

<sup>1</sup> Ceitlin J. Atención primaria y medicina familiar: en un callejón sin salida  
[www.camfic.org/comunicacio/docs/.../MF\\_callejon\\_sin\\_salida.pdf](http://www.camfic.org/comunicacio/docs/.../MF_callejon_sin_salida.pdf)

<sup>2</sup> Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades medicas.

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y otras 40 organizaciones reconocen actualmente serias dificultades, «...con estancamiento de presupuestos, demanda asistencial creciente, excesiva burocracia, sueldos bajos, incentivos perversos, proliferación de contratos basura, excesiva preponderancia de la gestión política sobre la clínica, pérdida de control, prestigio y autoestima»<sup>3</sup>.

## **Dotación de recursos humanos en AP en España. Del ¿mito? a la ¿realidad?**

El Real Decreto 1575/93, de 10 de septiembre, que fijó las bases para la libre elección del médico en los servicios de AP del Instituto Nacional de la Salud estableció en sus artículos 6 ,7 y 9 los cupos óptimos en AP. El artículo 6 recoge que “los facultativos de medicina general tendrán un número óptimo de personas, que estará comprendido entre 1.250 y 2.000, ...”. Por su parte, el artículo 7 hace lo propio para la atención pediátrica: “ Los facultativos de pediatría tendrán un número óptimo de personas asignadas que estará comprendido entre 1.250 y 1.500, ...”. El artículo 9 establece cierta flexibilidad en estos óptimos atendiendo a las características propias de la zona de salud: “En virtud de las características de las zonas básicas de salud, ..., el número máximo de personas asignadas a los médicos generales y pediatras podrá rebasar hasta un 20 por 100, respectivamente, el número óptimo, siempre que se mantenga la calidad en los servicios de atención primaria,...”. Este mismo decreto sentó las bases, aunque referidas a las zonas básicas de salud, del uso de criterios de ajuste que pretenden ordenar los recursos según las características poblacionales, epidemiológicas, geográficas o de necesidad.

En general, las propuestas y criterios más aceptados de corrección en la asignación de cupos en AP han sido la edad, la dispersión y ruralidad,

---

<sup>3</sup> “El Compromiso de Buitrago” por la calidad y dignidad de la atención primaria.  
[www.semfy.org/Noticias/doc/Noticia44.pdf](http://www.semfy.org/Noticias/doc/Noticia44.pdf)

la existencia de zonas desfavorecidas, la atención a desplazados y la población inmigrante, aunque también se han propuesto otros criterios, como las altas hospitalarias, la oferta asistencial del equipo de AP (EAP), la morbilidad atendida, la existencia de turnos de tarde o la disponibilidades horarias del EAP (14).

El Marco Estratégico para la mejora de la AP en España: 2007-2012 (15), recoge en su estrategia 3 la necesidad de “adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en atención primaria” con el propósito de asegurar un tiempo suficiente para la atención de los pacientes y fijando, las siguientes líneas de actuación de carácter muy genérico:

1. Adecuar los recursos de personal sanitario y no sanitario, adaptándolos al perfil de actividad de los profesionales y basándose en criterios demográficos, de frecuentación, sociales (nivel socioeconómico, inmigración), dispersión geográfica e insularidad, e implementando la utilización de clasificaciones de pacientes según el consumo previsible de recursos (“*casemix*”).
2. Gestionar la organización de las consultas y el tamaño de los cupos de forma que permita a los profesionales disponer del tiempo necesario para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.
3. Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante estrategias de redistribución de las cargas de trabajo.

En los últimos años, las sociedades científicas y profesionales en diversos informes y documentos de trabajo han propuesto reducciones en los criterios de asignación. El Grupo de Consenso de Atención Primaria (CESM, SEMFYC, SEMERGEN), propone un máximo de 1.200 personas por cupo de medicina de familia como criterio para posibilitar una atención de calidad (16). La Asociación Española de Pediatría, para garantizar “la calidad de la asistencia pediátrica de atención primaria en

los sistemas sanitarios públicos españoles”, fija el máximo del cupo óptimo en 1.000 niños por pediatra (17).

La cifra de 1.500 tarjetas por médico sigue siendo utilizada de forma recurrente, como punto de partida, en la mayoría de los actos de planificación, gestión o regulación de los recursos humanos en AP en cualquiera de nuestras CC.AA.

Un estudio actual de la Sociedad Española de Pediatría destaca que 1 de cada 10 pediatras está por encima de 1.400 niños y 1 de cada 3 están por encima de 1.200 niños (21), cuando considera el cupo máximo ideal entre 800-1.000 menores (17), cupo sensiblemente inferior a los 1.250-1.500 establecidos en el RD 1575/93.

La Sociedad Española de Medicina General en un reciente informe (22), señala que “contrariamente a los acuerdos establecidos, que apuntaban al descenso por debajo de 1.500 tarjetas sanitarias por profesional, cerca del 50% continúan por encima de las 1.500, según datos indirectos”.

El SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria) ofrece información sobre el cupo medio por zonas de salud, pero no lo individualiza por facultativo. Lógicamente, estos valores medios pueden ocultar información relevante para conocer el alcance de la situación real. A pesar de ello y con las reservas lógicas, las tablas 1 y 2 muestran como, efectivamente, la situación actual dista mucho de la propuesta por el Real Decreto 1575/93, y, mucho más de las recomendaciones de las sociedades profesionales. Describen también una situación desigual por CCAA. Baleares, País Vasco, Madrid, Murcia y Canarias tienen más del 50% de sus áreas de salud con cupos medios superiores a 1.500 tarjetas en Medicina de Familia. Andalucía, Baleares, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia y Navarra tienen un cupo por pediatra superior a 1.200 tarjetas en el 50% de Áreas de sus Salud.

Tabla 1. Análisis de cupos de AP por áreas de salud. Plazas Medicina de Familia

	Nº ÁREAS SALUD	Nº ÁREAS SALUD CON CUPO MEDIO EN 2007 MAYOR QUE EN 2004	% ÁREAS SALUD CON CUPO MEDIO SUPERIOR A 1500 TIS EN 2007	% ÁREAS SALUD CON CUPO MEDIO SUPERIOR A 1200 TIS EN 2007
Andalucía	33	14	15%	85%
Aragón	8	5	25%	37,5%
Asturias	8	0	37,5%	75%
Baleares	3	2	100%	100%
Canarias	7	0	57%	71%
Cantabria	4	0	0%	75%
Castilla León	11	8	0%	18%
Castilla Mancha	8	5	25%	75%
Cataluña *				
C.Valenciana	22	17**	82%	95%
Extremadura	8	7	0%	25%
Galicia	7	0	28,5%	71%
Madrid	11	0	72%	100%
Murcia	6	2	83%	100%
Navarra	3	1	33%	100%
País Vasco	7	2	100%	100%
La Rioja *				
Ceuta	1	0	100%	100%
Melilla	1	1	0%	100%

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP 2004 – 2007

\* No hay información

\*\* Respecto a 2005

Tabla 2. Análisis de cupos de AP por áreas de salud. Plazas Pediatría.

	Nº ÁREAS SALUD	Nº ÁREAS SALUD CON MAYOR CUPO MEDIO EN 2007 MAYOR QUE EN 2004	% ÁREAS SALUD CON CUPO MEDIO SUPERIOR A 1000 TIS EN 2007	% ÁREAS SALUD CON CUPO MEDIO SUPERIOR A 850 TIS EN 2007
Andalucía	33	22	54%	70%
Aragón	8	4	12,5%	62,5%
Asturias	8	1	0%	25%
Baleares	3	2	100%	100%
Canarias	7	2	57%	72%
Cantabria	4	1	25%	100%
Castilla León	11	1	55%	82%
Castilla Mancha	8	5	75%	87,55
Cataluña *				
C.Valenciana	22	14**	27%	90%
Extremadura	8	2	37,5%	75%
Galicia	7	7	57%	86%
Madrid	11	11	55%	86%
Murcia	6	1	83%	100%
Navarra	3	2	67%	100%
País Vasco	7	1	0%	71%
La Rioja *				
Ceuta	1	0	100%	100%
Melilla	1	0	0%	100%

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria, SIAP 2004 – 2007

\* No hay información

\*\* Respecto a 2005

## Retrato del empleo público español en Atención Primaria

Comparando ratios poblacionales de médicos generales con otros países del entorno, España ocupa una posición intermedia-alta en el ranking. No obstante, en el reciente informe del Ministerio de Sanidad (23), Medicina de Familia y Pediatría son dos de las especialidades en las que mayor escasez de médicos existe en estos momentos. En ambas especialidades, según las proyecciones de necesidad realizadas en el mismo informe en el horizonte 2008-2025, tiende a agravarse el déficit de especialistas. Las estructuras organizativas y las tasas de productividad suelen ser los argumentos esgrimidos para explicar esta aparente paradoja de que, teniendo tantos, “necesitemos” más. Por ejemplo, el número y ratio de enfermeras por 1.000 habitantes es sensiblemente menor en España (531) que la media de la UE (808) y que en la mayoría de los países de la OCDE (24, 25). Esto puede estar indicando que hay diferente reparto de tareas entre médicos y enfermeras y que la función de producción de asistencia sanitaria en España es muy intensiva en trabajo del médico, que no es lo mismo que trabajo médico.

El déficit de especialistas en MFyC es especialmente preocupante, tanto por ser resultado de un exceso de demanda como también por ser fruto de una restricción sistemática de la oferta (plazas MIR sin adjudicar, abandono de la especialidad una vez iniciada, etc.).

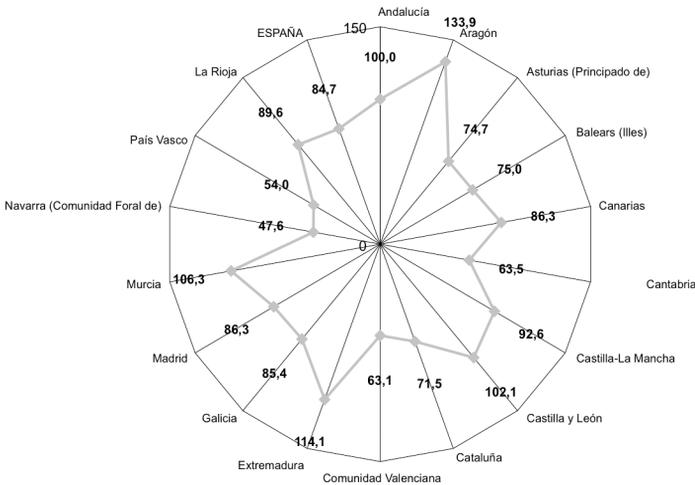
Si la demanda de plazas MIR es un termómetro preciso del “prestigio” de una especialidad, debemos leer objetivamente que casi un 14% de las plazas MIR ofertadas de Medicina Familiar y Comunitaria han quedado vacantes en 2007, representando el 85% del total de vacantes, o que el 58% de las plazas de formación “abandonadas” son de Medicina de Familia. El escaso entusiasmo de los médicos jóvenes por la AP y la alta incidencia de “transfuguismo” desde la Medicina de Familia hacia especialidades hospitalarias suscita dudas: ¿cómo se puede construir un sistema sanitario de calidad sobre un pilar tan débil y precario?. No se ha mejorado su reconocimiento social y profesional.

Para potenciar el desarrollo profesional de la atención primaria no bastan medidas salariales, sino que hacen falta otros incentivos profesionales, oportunidades de formación, mejores condiciones de trabajo y un cambio cultural, inevitablemente lento.

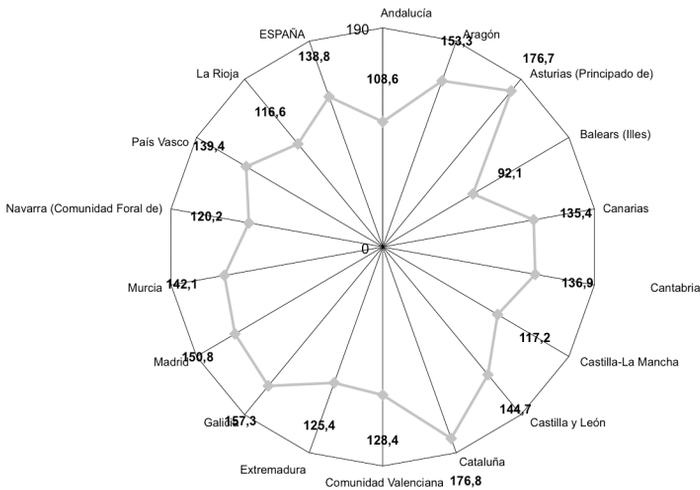
Si tomamos referencias internacionales, no parece que las diferencias territoriales en la densidad de médicos sean en España más notables que en otros países desarrollados (26) (23), si bien el análisis podría ser sustancialmente distinto dependiendo de la especialidad. La tasa de empleo público de Medicina de Familia en España es de 85 por 100.000 hab., con una ratio max/min de 2,81. La Comunidad Autónoma con mayor tasa por cien mil habitantes (Aragón, 134) tiene aproximadamente 3 médicos de familia más, *per cápita*, que la Comunidad Autónoma con menos (Navarra, 48). La tasa de empleo pública de Pediatría es de 138 facultativos por menor de quince años. Con menor variabilidad entre CC.AA. con una ratio max/min de 1,92.

**Figura 1. Dotación de recursos médicos *per cápita***

**Pediatría y Áreas específicas. Especialistas por 100.000 menores 15 años. Red Asistencial Pública del SNS 2007**



Medicina Familiar y Comunitaria. Empleo por 100.000 hab. Red Asistencial Pública del SNS 2007



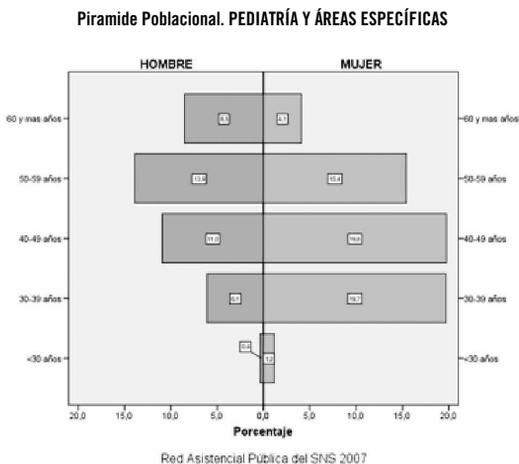
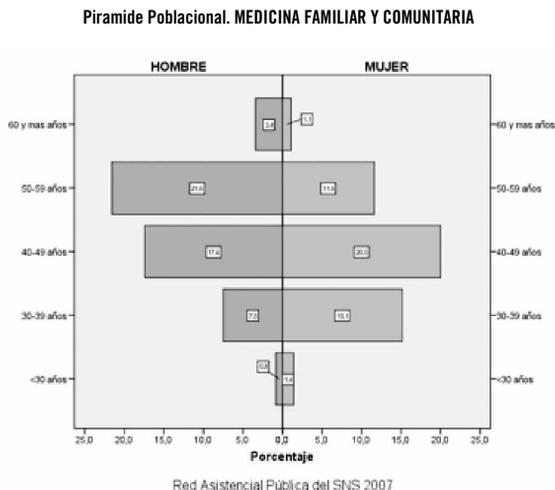
Fuente: ECO-Salud OCDE 2008

Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo

La figura 1 muestra el perfil demográfico del empleo público en Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría<sup>4</sup>. Ambas representan casi un 50% del empleo total en la red asistencial pública en España en 2007. Son especialidades con perfil joven y con un grado alto de feminización, especialmente Pediatría (Figura 2).

<sup>4</sup> Pediatría, incluye empleo público en Atención Primaria y Especializada

Figura 2. Pirámides poblacionales empleo Red Asistencial Pública del SNS



Fuente: González y Barber (2009). Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025).  
Ministerio de Sanidad y Consumo

## Conclusiones

Mientras que en la mayoría de los sectores económicos de responsabilidad pública los eufemismos son constantes a la hora de utilizar términos como desequilibrio, desajustes, etc..., con la AP no se ha tenido pudor para referirse a ella frecuentemente en términos de *crisis*. Desde hace muchos años, muchas economías desarrolladas peregrinan sobre continuos procesos de reformas y re-reformas con el fin de ubicar a la AP como motor y pilar de los sistemas sanitarios.

La evidencia científica es contundente en mostrar que los niveles de desarrollo de la AP marcan las diferencias en los niveles de salud de las poblaciones. También, que el nivel de desarrollo de la AP está íntimamente ligado al de la medicina familiar, siendo, además, abundantes las investigaciones internacionales que demuestran cómo mejores dotaciones en recursos humanos en AP reducen las desigualdades en salud, relativas y absolutas, entre los grupos de población según criterios de diferencias sociales, demográficas o geográficas.

Aún a riesgo de utilizar “más” y “mejor” como sinónimos y dadas las estructuras organizativas y tasas de productividad actuales, las señales de escasez de recursos humanos en AP en nuestro país son claras. MFyC y Pediatría están entre las especialidades con mayor déficit de recursos humanos según un informe reciente del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (23). La atracción de profesionales pasa por el reto de potenciar la AP en un abordaje necesariamente más amplio. En este sentido, “El Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012” nace con el objetivo de orientar las actuaciones que puedan mejorar la AP en España.

## Bibliografía

1. Politzer RM YJ, Shi L, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Med Care Res Rev.* 2001;58(2):234-48.

2. Shi L RJ, Politzer RM, Luo J. Community Health Centers and racial/ethnic disparities in healthy life. *Int J Health Serv* 2001;31(3):567-82.
3. Shi L, Green LH, Kazakova S. Primary care experience and racial disparities in self-reported health status. *J Am Board Fam Pract.* 2004 Nov-Dec;17(6):443-52.
4. Stevens GD, Shi L. Effect of managed care on children's relationships with their primary care physicians: differences by race. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002 Apr;156(4):369-77.
5. Ferrante JM GE, Pal N, Roetzheim RG. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 2000;13(6):408-14.
6. Campbell RJ RA, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med.*35(1):60-4.
7. Roetzheim RG PN, Van Durme DJ, Wathington D, Ferrante JM, Gonzalez EC et al. Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:211-8.
8. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med.* 2005 Jul;61(1):65-75.
9. Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. [An evaluation of the impact of primary care reform on health]. *Aten Primaria.* 1999 Nov 15;24(8):468-74.
10. Brugos L, Guillen, F. Mallor, F. Fernández, C. . Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta Atención Primaria. 2003;32(1):23-9.
11. Salud. INdl. LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Propuestas de mejora.Documento de consenso. Madrid2001.

12. Orueta J, López-de-Munain, J. Báez, K. et al. . Application of the Ambulatory Care Groups in the Primary Care of a European National Health Care System Does It Work. *Medical Care*. 1999;37(3):238-48.
13. Doorslaer EM, C.; Koolman, X. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83.
14. Blanquer J. Criterios consensuados de adecuación de los cupos de Atención Primaria en Medicina Familiar 2007.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España
16. Grupo de Consenso de Atención Primaria, SEMFYC, SEMERGEN, CESM . Un modelo de atención en crisis. 2000.
17. Asociación Española de Pediatría, CESM. La calidad de la asistencia pediátrica de atención primaria en los sistemas sanitarios públicos españoles, 2001.
18. Servicio Andaluz de Salud. Pacto Andaluz por el desarrollo de estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI 2006.
19. APEPA;CECOVA CdSSSSS. Líneas estratégicas de mejora en Atención Primaria Comunidad Valenciana. 2006.
20. DECRETO 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio vasco de salud, para los años 2007, 2008 y 2009, (2007).
21. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. La falta de pediatras de Atención Primaria está provocando un deterioro en la asistencia sanitaria de la población infantil madrileña. 2009 [cited 2009]; Available from: [http://www.aepap.org/notprof\\_nov2008.htm](http://www.aepap.org/notprof_nov2008.htm).
22. SEMG Sociedad Española de Medicina General. El estado de salud actual de la Atención Primaria en España 2008.
23. González, B. , Barber, P. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Gobierno de España Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009.

24. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2007.
25. Varios. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Fors CV, editor. Barcelona: Semfyc; 2009.
26. Goodman, D. Twenty-year trends in regional variations in the U.S. physician workforce. Health affairs (Project Hope). Suppl Web Exclusives: VAR90-7. 2004.



## CAPÍTULO VI

# LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA: PROYECCIÓN EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PROFESIONALES PARA LOS SISTEMAS SANITARIOS DEL SIGLO XXI EN ESPAÑA

*Josefa García Gil*

*Enfermera Comunitaria y de Atención Primaria.  
Área 3 AP Madrid*

### **Resumen**

Existen necesidades en la población cuya respuesta pasa por el cuidado profesional a través de una oferta de servicios enfermeros específica que permita a las personas salir de la medicalización y del consumo de servicios médicos, y que potencie la autonomía, la participación y la capacidad de autocuidado de las personas, tanto sanas como enfermas, con el objetivo de que tomen decisiones informadas acordes a sus posibilidades.

Este es el modelo de la enfermería del siglo XXI, en el medio comunitario y también en el medio hospitalario, donde los enfermeros juegan un papel clave en el acompañamiento, la supervisión y la seguridad de los pacientes. Por tanto, está claro qué servicios deberían ser liderados y gestionados por los enfermeros asumiendo responsabilidades en este complejo sistema que es el sanitario. Hay un gran potencial para la innovación

centrada en los aspectos cotidianos y rutinarios, y una oportunidad para la sostenibilidad. La dependencia, la fragilidad y la vulnerabilidad deben estar centradas en servicios apoyados en prestar mejores cuidados. Esto significa también que no sólo trabajaremos desde la promoción y el fomento del autocuidado, sino que es preciso adecuar la sustitución de las personas porque carecen de la fuerza que requiere el cuidar de uno mismo, pero a su vez, y de forma simultánea, se deben potenciar todas las capacidades individuales para desarrollar al máximo las acciones autónomas de las personas. Un trabajo que debe ser proactivo, personalizado, continuo e integrado. Estos condicionantes afectan al número y distribución de enfermeros para poder cumplir con su cometido. Para ello, es preciso reorientar la tendencia en el incremento de los recursos, reflexionando sobre los ratio de población, que debe girar, en enfermería, alrededor de los 1.500-1.600 usuarios, teniendo en cuenta la necesidad del tiempo para trabajar y gestionar los cuidados desde las actitudes.

## Introducción

Las necesidades de los ciudadanos en materia de salud han cambiado. Algunos denominan a esos cambios la *Nueva Era Epidemiológica del siglo XXI* y la razón es clara: la salud posee hoy en día un marco de definición mas allá de lo que son los aspectos de la biología y también, mas allá de lo que esperamos desde un punto de vista de ciudadanos como prestación de los servicios sanitarios.

Una Era donde el concepto de salud ha superado la ausencia de enfermedad e incluso la idea de bienestar, centrando el fenómeno de la salud y de los servicios sanitarios en posiciones mas próximas a la percepción que tienen las personas de su capacidad de autonomía, o de proporcionarse cierta independencia mediante su participación activa en la auto-gestión de sus recursos, claves para tomar decisiones con información suficiente. La sanidad pública española se enfrenta, como refieren los profesores Beltrán y cols.,” a importantes retos, intentando hacer compatibles la satisfacción de necesidades de salud del común de los ciudadanos

mediante atenciones de calidad (cada vez más seguras, efectivas y útiles) con otros principios normativos, como la ética, que reconoce la importancia de la participación ciudadana en el establecimiento de prioridades moralmente aceptables, la equidad para la reducción de las diferencias injustas y evitables y el más racional y eficiente empleo de los recursos puestos a disposición del sector” (1).

En definitiva, ser capaz de adaptarse a nuevas circunstancias pudiendo afrontarlas con los recursos de los que uno dispone, tanto propios como comunitarios, siempre en busca de satisfacer requerimientos objetivos pero también desde el punto de vista de las propias emociones y de los valores. Una posición individual y propia, que es hoy la estrategia del trabajo en el autocuidado que plantean las enfermeras, tal y como lo expresan algunos líderes como la profesora Ferrer Arnedo (2).

Esta manera de enfocar la visión de las necesidades es lo que marca el antes y el después en la práctica de la práctica enfermera, que busca dar respuestas desde el ámbito de los cuidados, pero también responder a un Sistema que para ser sostenible necesita de la incorporación activa y creativa de los enfermeros como proveedores de servicios propios, que pueden resultar eficientes siempre y cuando estén basados en generar cuidados eficaces, y cuya base es satisfacer las necesidades emergentes que se fundamentan en el ejercicio de la autonomía de las personas desde la gestión de su autocuidado (2).

Este capítulo va a realizar una aproximación a estos hechos a partir de un análisis de los antecedentes, un acercamiento al escenario de las necesidades y de los cuidados enfermeros y una reflexión sobre la oferta de servicios enfermeros, servicios que, a nuestro entender, constituyen una oportunidad para los Sistemas Sanitarios, siempre y cuando realmente el Sistema consiga visualizarlos. Entendemos como Sistema no solo a las Autoridades Sanitaria y a los Gestores, sino también a los grupos de profesionales de otras disciplinas, como la medicina, asociaciones de pacientes y, en general, grupos de interés que con sus acciones, al menos hasta ahora, ponen sobre la mesa elementos de resistencia al cambio.

## Antecedentes

Si hay que plantear una fecha que marque la primera fase del cambio, sin duda puede servir la del 27 de Agosto de 1977, cuando se publica en el boletín Oficial del Estado, un Real Decreto sobre la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería a partir de la propuesta de una directiva Europea que regula la libre circulación de profesionales de enfermería y su adecuación curricular, del mes de junio del mismo año (3).

Se trata de un Decreto de transformación. Las Escuelas de ATS, dependientes de otros Departamentos Ministeriales o del Instituto Nacional de Previsión, se convirtieron en Escuelas Universitarias, con el único requisito de solicitarlo al Rectorado de la Universidad a la que debían quedar adscritas. Por decisión de los directores de las Escuelas de ATS, dependientes del INP y siguiendo el trámite de solicitud antes mencionado, se transforman 41 Escuelas de las 61 de ATS dependientes de este organismo

Hacer realidad el cambio educativo, fue sin ninguna duda uno de los retos más importantes que la enfermería ha afrontado en su evolución profesional. A partir de este cambio significativo se produce el comienzo de la transformación en las competencias de la enfermería en el ámbito laboral.

El entrar en la universidad como una titulación con espacio propio pero nivel de Diplomatura, abrió automáticamente una segunda y natural aspiración: conseguir desarrollar el conocimiento propio de la disciplina para poder acceder a un segundo ciclo, conseguir ser Licenciados, lo que daría el acceso al doctorado que hasta hoy no ha sido una realidad, casi 35 años después.

Ya en 1971, en las I Jornadas sobre estudios de enfermería, el grupo compuesto por Viola, Agell, Tey, Melendez y Llobet, empezó a hablar de la necesidad de una licenciatura en enfermería. La hipótesis era que para que la enfermería fuese una profesión con responsabilidad propia

reconocida, era necesario que las enfermeras pudieran optar a una formación que las capacitase para profundizar en el cuerpo de conocimientos específicos de su profesión y dirigirla en los niveles de la enseñanza, la administración y la investigación. Sin embargo desde 1971 a nuestros días han transcurrido 35 años y se ha necesitado una Directiva Europea, que habla del Espacio Europeo de Educación, en el Tratado de Bolonia, para que comience a ser una realidad a partir del curso 2009-2010. Hemos pasado así por un tiempo de invisibilidad social (4).

En relación con el mundo laboral, tradicionalmente, la enfermería desarrolló su rol de cuidado en el medio hospitalario, y en el campo extra hospitalario se caracterizó como una enfermería cuya función principal era la de dar “asistencia” o auxiliar al médico en la labor que desarrollaba. La colaboración que el personal de enfermería ha prestado al médico, unas veces ha sido de puertas adentro, como en el caso de la enfermería en los ambulatorios y consultorios y otras veces, la colaboración ha sido llevando a los domicilios de los enfermos la aplicación de tratamientos prescritos por el médico, como es el caso de los practicantes de zona. De este rol, en los años 80 se produce una transformación radical que obliga a reenfocar este modelo; muestra que hay que avanzar hacia una enfermería más participativa en la atención sanitaria, una enfermería que se transforme en el recurso que tiene la población para que le preste sus conocimientos y experiencia y así pueda afrontar mejor la enfermedad, proteger su salud y aumentarla (4).

En el ámbito social, en 1986, aprobada ya la Ley General de Sanidad, al crearse un Sistema Nacional de Salud y ampliar la cobertura a toda la población, se incluyen campos que hasta el momento no cubría el antiguo sistema sanitario, como son la salud mental, la prevención y la promoción de la salud, y también se establecen mecanismos más racionales de Administración y Gestión.

Igualmente, el Decreto sobre estructuras básicas publicado en 1984 confiere a las enfermeras unas actividades específicas dentro del equipo de Atención Primaria, así como unas responsabilidades en cuanto a la ejecución y evaluación de las actividades del equipo.

Dentro de la reforma hospitalaria, la orden del 28/2/85, en la que se establecen los órganos de dirección de los hospitales, crea la Dirección de Enfermería, reconociéndose así la función del cuidado, todo lo cual amplía el rol de la enfermera y hace necesario una profundización en conocimientos propios, así como en la administración de servicios y docencia e investigación.

La Reforma que apareció en la década de los años 80, giró sobre tres ejes básicos e interdependientes, tal y como han planteado la Dra. De la Cuesta y la profesora Cames (5). El primero y más importante: el desarrollo de unos servicios de enfermería a la población en los centros de salud y en los ambulatorios. Así, se establecieron mecanismos para que el personal de enfermería brindase atención directa a la población; segundo: la creación de las direcciones de enfermería, un elemento que para algunos fue considerado como una pérdida en la capacidad de gestión de los enfermeros, al perderse la figura de las adjuntas de consultorio, pero que significó el adecuar y fortalecer la gestión de las jefaturas de enfermería y que éstas cada vez actuasen más como gestores de los servicios enfermeros, planificando, programando, apoyando y evaluando las prestaciones del personal a su cargo; y tercero, impulsar planes de formación continuada, cruciales para poder llevar a cabo los dos puntos anteriores (5).

El resultado: una línea maestra que determinó la actividad de los enfermeros en los centros de salud y que quedó articulada a través de la Circular 5/90, de organización de la actividad de enfermería para los centros dependientes del INSALUD (6).

El personal de enfermería que trabaja en estos centros forma parte de los equipos de atención primaria con espacio propio. El papel de auxiliar del médico, como se había venido realizando, se transforma en un papel de colaboración con los distintos miembros del equipo en la puesta en marcha de los programas de salud. Su trabajo se centra en la comunidad, a través de la visita domiciliaria y las distintas actividades de educación sanitaria a grupos; en el centro de salud atiende a la población a través de la consulta de enfermería. El centro de su actuación gira en torno a la pre-

vención de las enfermedades y accidentes y a la promoción de la salud. Consecuentemente, este personal estaba designado a un número de población y no a un número de médicos, como se había realizado con anterioridad en el modelo tradicional: cada tres médicos, una enfermera de zona y una enfermera de consulta (7).

Desde el punto de vista de la gestión de los servicios de enfermería, se ha de garantizar la independencia respecto a otros servicios. Esto es, que en cuestiones de enfermería sea la propia enfermera quien opine, quien tenga autoridad y la responsabilidad para planificar estos servicios, evidentemente, en coordinación con los otros servicios que se oferten desde el centro. Un trabajo en equipo no impide un trabajo autónomo dentro de un campo, sino que lo ha de garantizar, y es más, lo exige.

Para dotar al personal de enfermería de un marco legal que le permita desarrollar el trabajo descrito, se modificó el Estatuto de Personal Auxiliar, por Orden Ministerial de 14 de Junio de 1984. En esta Orden se creó la modalidad de Enfermería de Atención Primaria; de la definición que se da, se desprenden 3 puntos: a) que ha de brindar una atención integral; b) que trabaja fundamentalmente en la comunidad, y c) que debe tener una población asignada. Se crea también la figura de la responsable de servicios de enfermería con la misión fundamental de planificar, organizar y evaluar estos servicios (8).

Este nuevo rol tuvo una fortaleza en el marco que determinó la estrategia internacional. Así la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, en su estrategia para intentar que todos los habitantes de la región accedieran a un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva hasta el año 2000, elaboró 38 objetivos fijados en cuatro dimensiones fundamentales:

- Asegurar igualdad en salud.
- Añadir vida a los años: asegurando el total desarrollo y la utilización de las capacidades de la gente para afrontar la vida en un ambiente saludable.

- Añadir salud a la vida: al reducir la enfermedad y la incapacidad.
- Añadir años a la vida: evitando muertes prematuras y aumentando la esperanza de la vida.

Estas cuatro dimensiones trataron de afrontar todos los aspectos del bienestar humano, relacionado con la salud y el desarrollo de la sociedad. (9).

La OMS a su vez recomendó en su documento 86.3 que para la consecución de las metas era conveniente y de utilidad adoptar un modelo de enfermería en el desarrollo de la práctica habitual, en cada centro según sus circunstancias y su entorno.

Desde entonces se han realizado intentos de adopción de modelos, incorporar la aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería sistematizado, pero quizás, como opinaba la profesora Mompert (10), en un primer momento *“con demasiada lentitud, probablemente por falta de una idea rectora que oriente con los mismos criterios a todos los grupos de enfermeras que vienen trabajando en este tema”*. Lo que hoy en día nadie cuestiona es que se trata de la manera de sistematizar la planificación de los cuidados, tal y como se expresa en el documento del Papel de la enfermera en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (11,12). Hoy estos modelos son herramientas que se encuentran incorporadas en los formatos de historia clínica informatizada tanto en AP como en el medio hospitalario, sistematizando su contenido con las clasificaciones de NANDA, NIC y NOC.

Quizás sea éste todavía un reto importante para el personal de enfermería que trabaja en los hospitales del Sistema, con un desarrollo algo menos homogéneo que en Atención Primaria. La importancia y necesidad de definición y elaboración de un modelo asistencial propio donde emerja la visibilidad de los cuidados y las Organizaciones perciban que su calidad depende de la definición de criterios y estándares de lo que son buenas prácticas de cuidados. Si no es así, se pierde la oportunidad de mejorar y se incurre en el riesgo de falta de seguridad para los pacientes.

No obstante, el documento de la OMS, dejó clara la necesidad de que esté asegurada la representación equilibrada de todas las disciplinas universitarias que tengan relación con la salud y la elaboración de políticas y programas de salud; así como estimular la investigación multidisciplinaria pertinente y proporcionar los recursos necesarios para su desarrollo.

Si bien, a nivel formal, las direcciones de enfermería tanto en el ámbito hospitalario como de la Atención Primaria, han trabajado por encontrar un espacio en la gestión, no es menos cierto que lo han hecho con grandes dificultades por resistencias dentro del propio Sistema, que no visualiza la necesidad de que los enfermeros ocupen ese espacio de participación. Una prueba de ello es la apenas existencia de direcciones generales de cuidados en las Comunidades Autónomas o la inexistencia de enfermeros en puestos relevantes de la toma de decisiones a nivel ministerial o autonómico con capacidad real de decidir. Es más, emerge nuevamente el término *dirección asistencial*, que parece busca eliminar la dirección enfermera, sin entender que detrás de una función debe de existir una dirección, donde los enfermeros por tanto quedarían nuevamente bajo un término de invisibilidad y de falta de reconocimiento a la necesidad del cuidado como una línea de función específica que genera producción propia e independiente.

Lo que si parece cierto es que en este complejo panorama que comenzó a mediados de los años 70 del siglo XX en la revisión total de las finalidades y estrategias de la atención de salud marcadas en los años 80, las enfermeras no han jugado, por lo general, un papel protagonista. Como muchos analistas y teóricos de la profesión han señalado, la posición subordinada de las enfermeras ha marcado la orientación de su actuación a lo largo de la historia que ha pesado mucho en su intento de generar cambio tanto dentro como en el entorno, con la identificación de este rol de subordinado que hoy por hoy carece de sentido en unas Organizaciones que buscan satisfacer necesidades de las personas, a un coste razonable en términos de seguridad y eficiencia (13).

Como se señalaba anteriormente, estas propuestas de cambio radical se han encontrado con algunas barreras que es necesario enumerar para comprender las razones de la lentitud en que se asienta esta propuesta de cambio. Por un lado, la barrera con que se enfrenta la profesión de enfermería para la gestión del cambio es la de falta de líderes profesionales con capacidad de influir en los demás, y de aportar esa base reflexiva y de orientación hacia un cambio, apoyado en la misión de los servicios enfermeros para la sociedad, con una clara visión basada en los valores propios de la disciplina del cuidado dentro de las Organizaciones. Un liderazgo que debe adquirirse por la enfermería en dos sentidos: el de la influencia que puede ejercer sobre las actitudes de la comunidad y el del propio liderazgo dentro de la profesión, que está inmersa en unas Organizaciones que han conseguido invisibilizar los cuidados enfermeros, a sus proveedores, es decir, a las enfermeras, y a no respetar a sus líderes, negándoles su responsabilidad y participación activa como parte de la sostenibilidad del sistema (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo cita como un elemento imprescindible para obtener las metas fijadas para el año 2000, afirmando, en palabras de Mahler, que *“el lugar de la enfermería para producir los cambios esenciales en los cuidados de salud primarios, está claro”* y que las enfermeras *“pueden ser una importante fuerza social en la comunidad”*.(9)

También dentro de la profesión es necesario este liderazgo. Todo grupo precisa de líderes que proporcionen motivación y dirección y le animen para realizar esfuerzos en el progreso. En España, la profesión de enfermería no se ha distinguido precisamente en este terreno y casi nunca hemos dispuesto de dirigentes “oficiales” adecuados, con las características de auténticos líderes. Otra barrera vinculada a ésta es la falta de consideración hacia la profesión de enfermería por parte de la Administración y de la sociedad en general (10). Tanto una como otra tienen una imagen de la enfermería que, en ocasiones, difiere profundamente de cómo nos vemos los propios profesionales. No hay más que escuchar

conversaciones de ciudadanos de la calle o usuarios de los servicios, leer los periódicos o, incluso, contemplar en la televisión algunos anuncios, para constatar que muchas veces no somos para la sociedad el grupo profesional digno, altamente cualificado y con responsabilidades propias que nosotros mismos tratamos de ser. Y qué decir de la administración que, si bien en grandes declaraciones afirma la importancia del personal de enfermería en el sistema de salud, se resiste a otorgarnos una legislación que enmarque nuestra actividad: la tan deseada Ley de funciones, y nos mantiene en estatutos y convenios bajo la denominación de auxiliares sanitarios y con actividades totalmente subordinadas.

Además, otra clara barrera es que todavía hay un escaso desarrollo científico profesional, es decir, que afecte al cuerpo de conocimientos propio, que pueda identificarse como exclusivo y determinante de la, por decirlo de alguna manera, “ciencia de la enfermería”. Para el desarrollo de esta ciencia son precisos la investigación, la discusión intragrupo, el estudio, la incorporación de valores y creencias y la delimitación de otros conocimientos científicos necesarios. Ciertamente, este trabajo ha de realizarse principalmente en la Universidad, donde se dispone de más medios, relaciones y tiempo, pero no puede aislarse del contexto del servicio y la práctica, allá donde cualquier investigación ha de ser contrastada y donde en realidad, se observará que es realmente útil.

Estas barreras enunciadas no son, naturalmente, insalvables. La enfermería es una profesión joven, vital y muy numerosa que debe afrontar estos retos con creatividad y entusiasmo (10).

Hasta aquí el resumen de los antecedentes que nos permita entender la realidad y el futuro.

## **Cambio en las necesidades de los pacientes: conceptos de salud y autocuidado**

La profesión enfermera ha fundamentado su tarea a lo largo de la historia en el cuidado de las personas. Pero ese cuidado ha estado condicio-

nado por el concepto de salud-enfermedad y las necesidades sociales de cada momento histórico, pasando de estar vinculada a instituciones religiosas, militares o de beneficencia, a adquirir conocimientos técnicos acordes con los avances biotecnológicos, ya en el siglo XX, que la convierten en una profesión capacitada para ofrecer unos cuidados profesionales basados fundamentalmente en la recuperación de la salud y la atención a los enfermos.

En el momento actual se dan una serie de circunstancias que condicionan profundamente las necesidades de cuidados de la población, entre las que se podría destacar, en primer lugar, el aumento considerable de la población anciana como consecuencia de una mejor calidad de vida, de los avances en tecnología sanitaria y una mayor eficacia de los sistemas sanitarios, lo que tiene como consecuencia el incremento considerable de la cronicidad y de las situaciones de dependencia, que son un reto sin precedentes para las sociedades industrializadas (14)

La llegada de la mujer al mundo laboral, la complejidad de la vida actual en el desarrollo de las relaciones familiares y de los grupos en general, la sofisticación cada vez mayor de la asistencia sanitaria, la soledad y el aislamiento en que viven muchas personas, así como la creciente demanda y oferta de información y de servicios, hacen que la población de hoy reclame una atención sanitaria de calidad, de confortabilidad y de seguridad, demanda a la que la enfermería puede y debe dar respuesta.

En toda esta complejidad cabe señalar también las necesidades de atención de los colectivos de población *migrante*, procedentes de otras culturas, con otras formas de entender el cuidado y el uso de los recursos del sistema sanitario, colectivos especialmente vulnerables en un mundo cada vez más globalizado y donde afloran problemáticas personales, tanto sociales como psicológicas, en definitiva de salud, para las que actualmente no existen de forma institucionalizada y sistemática un abordaje integral de atención, si bien hay que reconocer el trabajo que en este caso desarrollan las enfermeras transculturales, (15,16) preocupadas por investigar y aprender cómo dar respuesta a estos nuevos problemas.

Así pues, existen hoy día en nuestra sociedad nuevas necesidades y demandas de cuidados que exigen un reajuste y una adaptación permanentes, además de un cambio en las prácticas tradicionales de la Atención Primaria que se demuestran superadas en el momento actual.

Durante los primeros momentos de la reforma sanitaria, el enfoque de la actividad de enfermería se orientó principalmente en la atención a los pacientes que padecían enfermedades crónicas, y se focalizó fundamentalmente en el desarrollo de consultas de enfermería y en aspectos de prevención a través de la oferta de exámenes de salud y de los planes de vacunaciones. Sin embargo parece que esta manera de abordar los problemas ha sido superada o ya está consolidada. El enfoque inicial de trabajar el conocimiento y el consejo unidireccional ha dado su fruto y ha demostrado también sus limitaciones. Una nueva forma de entender los servicios enfermeros en el medio comunitario debe emerger para dar respuesta adecuada a las nuevas demandas y a las necesidades latentes. Hoy se asienta en desarrollar un enfoque más centrado en las personas en particular, en el análisis de su entorno próximo, en la comprensión de su mundo, para trabajar en la actitud orientada al asentamiento profundo de prácticas cotidianas de autocuidado. Para generar este enfoque es imprescindible alcanzar visibilidad como agente con especificidad en el cuidado. Significa cada usuario con su enfermera, trabajando desde la gestión del caso, uno a uno, garantizando que existen recursos en las personas que van a ponerse en marcha para trabajar políticas de autocuidado y de autonomía personal.

Según Collière (17), *cuidado* es lo íntimo, lo cotidiano de las personas. La acción que les permite a éstas atravesar el proceso de la vida, desde el nacer hasta el morir. La enfermera de hoy interviene en situaciones reales o potenciales de vulnerabilidad y fragilidad, estando en una situación privilegiada no sólo porque está cerca del paciente y conoce y actúa sobre sus necesidades físicas, técnicas, etc. de cuidado, sino porque su formación actual le permite valorar otros aspectos igualmente importantes de su vida familiar, social y cultural que inciden y condicionan su capacidad de autocuidado.

Y no sólo eso. La enfermera *acompaña y cuida*, como dice Collière, en todo el proceso vital de las personas, en el medio hospitalario y residencial, que suponen un desarraigo y un gran estrés y que requieren una experta formación técnica y humana de las enfermeras; también lo hace en el medio comunitario, donde debe dar continuidad a esos cuidados conociendo y valorando el medio en el que vive el paciente y las limitaciones y apoyos con los que cuentan este y su familia, además de los recursos profesionales y sociales de su entorno, que la capacitan para ejercer el papel de gestor de casos tan en boga en estos tiempos y por otro lado tan necesario (18).

La enfermera cuida al recién nacido y a su madre, enseña y promueve conductas saludables en el medio familiar, en la escuela, en asociaciones de jóvenes, en hogares de mayores; atiende también demandas en el centro de salud realizando acciones de cuidado, promoción y educación. Realiza el seguimiento de los pacientes crónicos, tanto en el centro como en el domicilio, acompaña y ayuda a afrontar los duelos y las pérdidas que pueden conllevar la enfermedad y la muerte.

Por todo ello, la enfermería es una disciplina holística tal y como propone el profesor Bermejo Higuera: *Acompañar, cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual. Entendemos por estilo de acompañamiento holístico a la persona, aquel que pretende generar "salud holística" y ésta sería la experiencia de la persona de armonía y responsabilidad en la gestión de la propia vida, de los propios recursos, de sus límites y disfunciones en cada una de las dimensiones de la persona ya citadas: física, intelectual, relacional, emocional y espiritual.*

En este sentido, ha sido el desarrollo extraordinario de la enfermería comunitaria el que mejor ha permitido a las enfermeras ampliar y profundizar en sus competencias profesionales propias, autónomas, al valorar las necesidades del individuo y su familia estableciendo planes de cuidados e interactuando con su entorno en actividades de prevención y educa-

ción para la salud; pero también le ha permitido propiciar y valorar el trabajo en equipo con todas las profesiones de su medio, que son a su vez imprescindibles, en beneficio del bienestar del usuario, su familia y su comunidad.

Decía al principio que la enfermería se ha adaptado a través de los tiempos para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, y que esas necesidades han sufrido profundas transformaciones. Es en las primeras décadas del siglo XX cuando comienzan a surgir las principales teorías de la profesión que, acordes con los tiempos, consideran que el ser humano es una interacción permanente entre su cuerpo, su mente y el medio en el que se desarrolla, y donde la salud ya no es sólo ausencia de enfermedad.

En ese contexto, Orem (19) considera que todas las personas tienen su propio concepto de autocuidado, de acuerdo con la sociedad en la que viven, orientado a mantener su vida, su salud y su bienestar. Cuando los individuos no pueden asumir ese autocuidado es cuando se necesita la intervención de la enfermera que debe suplir total o parcialmente al individuo o bien enseñarle cómo realizarlo o cómo adaptarse a las consecuencias de su enfermedad o su pérdida.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud; hace necesaria además la individualización de la atención y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambios de comportamiento; hace de la educación para la salud una de las herramientas principales de trabajo.

Muchas son hoy día las enfermeras teóricas, las asociaciones y colectivos enfermeros que tratan de aportar conocimiento, reflexión e investigación, a esta profesión en continuo desarrollo que tiene, como eje de su acción, al ser humano como un todo y en el que no se pueden separar los

acontecimientos de enfermedad y pérdida de los condicionantes culturales, sociales y personales.

## La situación actual

Se ha tratado de hacer en este artículo un breve repaso a la evolución del colectivo enfermero en cuanto a su formación, sus competencias, las necesidades de la población a las que ha tratado de dar respuesta y los cambios más importantes que se han ido produciendo en esas necesidades en el momento actual, que son un reto para las sociedades de nuestro entorno y para los sistemas sociosanitarios. Las enfermeras pueden contribuir a satisfacer muchas de esas necesidades de una forma decisiva, entendiendo siempre que la atención a la población debe ser multidisciplinar y en equipo.

Sin embargo, aún siendo manifiesta la importancia que las organizaciones como la OMS y los sistemas sanitarios y sociales reconocen a la atención a la dependencia, a la educación para la salud, a la búsqueda de estilos de vida más saludables, a la equidad, eficacia y eficiencia en las prestaciones, en nuestro país los servicios enfermeros se encuentran todavía en el lado invisible de la planificación y oferta de los mismos tanto para la población como para la administración socio sanitaria (20).

Nuestro sistema sanitario dedica muchos más recursos a *curar* que a *cuidar, prevenir y educar*, lo que entre otros factores ha ocasionado la excesiva medicalización y el excesivo valor que la población da a la asistencia médica. Baste para ello recordar, como veíamos en la primera parte de este artículo que, en los años 80, con la creación de los Equipos de Atención Primaria y los nuevos cometidos encomendados a enfermería, los ratios por población eran de un médico y una enfermera. A día de hoy, con unas competencias y unas responsabilidades mucho mayores y mucha más población, el ratio de enfermeras se sitúa por encima de los 1.900 usuarios por enfermera. En proporción una enfermera por cada 2-3 médicos. Los mismos que hace 35 años, cuando para 3 médicos de cupo

había una enfermera de zona y otra de consulta. Sin embargo, cuando se compara capacidad de resolución y de oferta de servicios resulta como mínimo sorprendente y poco justificable el proceso de descapitalización sufrido por el Sistema en lo que a profesionales de enfermería se refiere.

Existe un gran ruido mediático en nuestro país sobre la falta de recursos humanos sanitarios que se centran, casi en exclusiva, sobre la escasez de médicos, lo que hacen pensar en que el sistema sanitario es el sistema médico. Según datos del Instituto de Información Sanitaria 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo), la proporción de médicos de familia es un 20% menor a la media europea y la de enfermeras un 43% menor, mientras que la OCDE señala en su informe del año 2000 que países como Australia tenía 228 médicos por 1.000 enfermeras, Dinamarca 359, Francia 448, Alemania 339, Irlanda 159, Reino Unido 228 y España 883.

Sin embargo, en número de médicos por 100.000 habitantes ocupamos uno de los primeros lugares de la Unión Europea, lo que hablaría de una inadecuada distribución de los recursos en detrimento de la Atención Primaria. Todos los trabajos consultados hablan además de una desigual distribución del número de profesionales de enfermería en nuestro país, con la consiguiente variabilidad en la oferta de servicios ofertada en cada Comunidad Autónoma (21).

Existen numerosos estudios de organismos oficiales sobre recursos humanos de Enfermería en la Unión Europea (22), de difícil comparabilidad entre los distintos países, ya que cada uno utiliza estadísticas y criterios diferentes (23). A pesar de lo cual, parece evidente en todos ellos que en nuestro entorno sanitario la proporción de profesionales de enfermería es inferior a la media Europea.

Teniendo en cuenta lo anterior, no parece que tengamos un nivel mayor de salud que Dinamarca, Irlanda, Francia, Suiza o Alemania, pero en cambio tenemos listas de espera, espectacular aumento del gasto farmacéutico, masificación y variabilidad en la práctica clínica. Y cada vez más estudios internacionales señalan que unos ratios adecuados de enfermeras por pacientes contribuyen de manera decisiva a la mayor seguridad

de los mismos y a la prevención de eventos adversos; es decir: que a mayor número de enfermeras se mueren menos pacientes (24).

Curiosamente, somos un país exportador de profesionales enfermeros, lo que hablaría del poco reconocimiento social y profesional del colectivo y de peores condiciones laborales que en países de nuestro entorno, además del desequilibrio entre la formación recibida y las competencias que se requieren en el ejercicio de la profesión.

Para terminar, con este trabajo pretendemos llamar la atención sobre un problema que no es sólo cuantitativo, es decir: si se aumenta el número de enfermeras y se mantienen los mismos modelos de prácticas profesionales propios del siglo XX y no se hace una reflexión seria, ¿para qué queremos a estos profesionales?. Poco se avanzará si no adecuamos su capacidad resolutoria y sus capacidades a las necesidades de la sociedad (25). Y sobre todo, es preocupante la escasa alineación con lo que debe ser una preocupación de todos: ayudar a la sostenibilidad del sistema siendo eficientes, es decir, a que se realicen los servicios por lo profesionales competentes pero también menos costosos, dentro de los parámetros de la seguridad

## Bibliografía

1. Rubio González B, Rubio Cebrián S, Repullo Labrador JR. En busca de nuevas herramientas de análisis de la eficiencia en el sector público sanitario. *Rev Adm Sanit.* 2007; 5: 659-72.
2. Ferrer Arnedo C. La Responsabilidad de los Cuidados. Tesela [Rev Tesela] 2008; 4. Disponible en: <<http://www.index-f.com/tesela/ts4/ts0348.php>
3. CEE: Directiva del Consejo de 27 de Junio de 1977: “Sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos del enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y libre prestación de servicios” (77/452/CEE). Diario Ofi-

- cial de las Comunidades Europeas, Nº L 176/1, 06/Vol./02. 2.-CEE: Directiva del Consejo de 27 de Junio de 1977: “Sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos del enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y libre prestación de servicios” (77/452/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas, Nº L 176/1, 06/Vol./02.
4. Mompert, M.P: “La sociedad del 2000, un reto para la enfermería” en “La enfermería para el 2000, un reto, unas soluciones”. Séptimas sesiones de Trabajo de la AEED. Madrid, 1987, pág.20-22.
  5. Cames Martín M<sup>a</sup> V. Jornada de Avances de Enfermería de AP en el Siglo XX. Ponencia: “La reforma del Insalud en enfermería de Atención Primaria”. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990
  6. Circular 5/90 del INSALUD.
  7. López Amarante ML, Martínez de Salas Cayuela B. Jornada de Avances de Enfermería de AP en el Siglo XX. Ponencia: “La gestión para el cambio de enfermería en el año 2000”. INSALUD. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990
  8. Estatuto Básico del personal sanitario no facultativo.de los trabajadores de INSALUD 1973
  9. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de salud para todos. Consecuencias para enfermeras y matronas. Documento NURS/EURO 86.1 Traducido y distribuido por AEED.
  10. Mompert Garcia, M.P. El reto en los cuidados. Revista Iberoamericana de Comunitaria. . (2008).1,1,1.
  11. Avanzando en la Enfermería de Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud, 2003. [hptt// semap.org](http://semap.org)
  12. Papel de la Enfermera en AP. Consejería de Sanidad. Dirección General de AP. Madrid 2009

13. Girbés Fontana M, José Jurado Balbuena JJ, Rodríguez Escobar J, Esteban Paredes F, Aréjula Torres JL, Fontova Cemeli T, García Real J, Herrera García M, Ruiz Hontangas A. Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población (experiencia del área 9) Rev Adm Sanit. 2005; 3:49-65.
14. Rodríguez Rodríguez P. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Madrid. Editorial Fundación Alternativas. 2006. ISBN 978-84-96653-12-2
15. Chamizo Vega, C. “La enfermería transcultural en España”. Cultura de los cuidados. Año IX, nº 18, 2. semestre 2005,
16. Leininger M. (1995) Transcultural Nursing. New York: McGraw-Hill.
17. Collière MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993
18. Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):313-22
19. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería (1980)
20. Ferrer Arnedo C Los cuidados enfermeros: una fortaleza invisible para las organizaciones sanitarias y una oportunidad para atención primaria. 30 de Septiembre del 2008. Revista e-RAS [hptt//e-RASopinion](http://e-RASopinion)
21. Lluís F. Sanjuan i Nebot. “Recursos Humanos de Enfermería en España”. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Vol. 7, Nº 2, Abril-Junio 2009. Pág.: 231-42
22. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea; 2007
23. Lluís F. Sanjuan i Nebot. “Algunas consideraciones al informe del Consejo General de Enfermería sobre los recursos humanos de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud”. Revista e-ras. 14 enero 2009.

24. Consejo Internacional de Enfermeras (2006). Personal fiable, vidas salvadas: conjuntos de instrumentos de información y actuación. Disponible en el sitio web del CIE: <http://www.icn.ch/indkit2006sp.htm>
25. Morales Asencio J.M., Morilla Herrera J.C., Martín Santos F.J.. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones?. Index Enferm [revista en la Internet]. 2007



## CAPÍTULO VII

# LOS MÉTODOS DE INCENTIVACIÓN EN EL HOSPITAL Y EN ATENCIÓN PRIMARIA

*Miguel A. Ripoll*

*Médico. Centro de Salud Ávila Rural*

*Luis Palomo*

*Médico. Unidad de Docencia e Investigación.*

*Área de Salud de Cáceres*

### Resumen

El sistema de incentivos debería formar parte de una estrategia global de motivación de los profesionales para mejorar los objetivos del sistema sanitario y la salud de la población. Los incentivos deberían basarse en indicadores extraídos de registros consustanciales a la práctica clínica de calidad, para evitar la generación de datos artificiales mediante una “ingeniería documental”.

Estos sistemas de incentivación difieren entre atención primaria y hospital. En atención primaria están vinculados al ahorro (farmacéutico, incapacidad temporal) y en menor medida a la calidad y a otras variables. En hospital se relacionan principalmente con la estancia media y con las listas de espera, y se ha señalado un incentivo no financiero perverso, al menos inicialmente, como es el de la “fascinación tecnológica”.

En general, los incentivos son de poca cantidad en relación a las retribuciones fijas. Su aceptación y utilidad en relación a lo que se pretende estimular es muy variable. Existe dificultad para definir y medir lo que se quiere incentivar, y en ocasiones las actividades o su registro se orientan hacia los aspectos incentivados en menoscabo de los demás.

Existen pocas evidencias de los resultados de las distintas propuestas motivacionales y de los sistemas de incentivos, por lo que su implantación debería hacerse con prudencia, porque se pueden producir inequidades, al ejercer más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios. Y por supuesto, deberían ser objeto de evaluación continua. En todo caso, el disfrute de los incentivos externos no debe comprometer la motivación intrínseca del profesional.

Finalmente, si es importante que los incentivos favorezcan la coordinación e integración asistenciales, resulta tremendamente contradictorio pagar a los médicos de atención primaria por no hacer: no derivar, no prescribir, no pedir pruebas, y a los médicos hospitalarios por hacer cuanto más mejor: más visitas, más pruebas, más ingresos, más intervenciones.

## Introducción

El objetivo fundamental de la atención sanitaria es disminuir la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento sanitariamente evitable, y hacerlo a un coste razonable. Existe una brecha entre los resultados en salud que se obtienen con la actividad sanitaria en la práctica cotidiana (efectividad), y la que teóricamente se podría obtener (eficacia). Además, el coste al que se obtienen los resultados es variable. En estas variaciones influyen múltiples motivos, entre los que destaca la incertidumbre respecto a qué es lo mejor que podemos hacer (1), situación que es frecuente en la práctica cotidiana.

Para llevar a cabo una buena actuación profesional es necesario tener una buena formación y estar motivado. La motivación es la acción y efecto de motivar, de dar causa o motivo para algo. La incentivación es el

mecanismo por el que se estimula a desear o a hacer algo. Según la Real Academia Española, los incentivos son el estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía para elevar la producción. La motivación se considera el principal motor para el correcto desempeño del trabajo; la incentivación pretende estimular la realización de actuaciones concretas. Existen diversos tipos de motivación y diversas posibilidades de incentivación.

## Motivación

La motivación es un fenómeno complejo que no responde a causas únicas. Varía según las personas y según las circunstancias a lo largo del tiempo. Lo que hoy nos motiva o desmotiva puede que mañana nos deje indiferentes. El comportamiento en general depende de varios motivos simultáneos; a menudo no somos conscientes de lo que motiva nuestra actuación; un mismo motivo puede provocar conductas diferentes; una conducta puede responder a motivos distintos.

La motivación se clasifica en trascendente, intrínseca y extrínseca. La motivación trascendente se refiere a un conjunto complejo de conceptos vinculados a los valores; en medicina tiene bastante que ver con la vocación de ser médico. La motivación intrínseca se refiere a la satisfacción que se obtiene por el trabajo bien hecho, la gratificación de la propia ejecución de la conducta. La motivación intrínseca se basta a si misma: la buena atención a los pacientes produce satisfacción por si misma.

La motivación extrínseca es originada por las expectativas de obtener recompensas o de evitar consecuencias no deseadas; es instrumental, orientada a obtener un fin, y tiene bastante que ver con los incentivos. La motivación puede ser positiva (obtención de recompensa, interna o externa) o negativa (evitar una consecuencia desagradable).

La motivación no tiene una relación directa con el desempeño. Para hacer bien las cosas, además de motivación, hacen falta capacitación, conocimiento de lo que se espera de uno, disponer de los recursos necesari-

rios e identificarse con la organización y sus objetivos (2). En general existe un mecanismo de retroalimentación entre motivación, desempeño y satisfacción.

En los últimos años se habla mucho de la desmotivación de los profesionales del sistema sanitario, desmotivación que tiene que ver con múltiples factores, como la no satisfacción de las expectativas, la pérdida de prestigio y reputación, las condiciones y sobrecarga de trabajo, la insuficiencia retributiva, la no identificación con los objetivos de la organización, los problemas de relación con los pacientes o con la pérdida de confianza, y afecta a todos los componentes de la motivación.

## Incentivación

Los programas de incentivos para los médicos responden a dos objetivos: 1/ Motivación para el logro de objetivos del sistema (prioridades de la política sanitaria, orientados tanto al logro de resultados sobre los pacientes como sobre la institución, intentando armonizarlas); 2/ Evitar la aparición de incentivos perversos y comportamientos inadecuados, como el incumplimiento horario, la ausencia de cooperación, la escasa implicación, la mala calidad asistencial y relacional o la búsqueda y/o aceptación de incentivos externos ajenos al sistema público (3).

Los incentivos pueden ser positivos o negativos, financieros o no financieros (tiempo libre, condiciones de trabajo, flexibilidad, facilidad para la formación, docencia e investigación, promoción profesional, reconocimiento), tangibles o intangibles. El sistema de incentivos debería formar parte de una estrategia global de motivación de los profesionales para mejorar los servicios sanitarios y la salud de la población, con una eficiencia en la utilización de los recursos, en la que no se contemple sólo el aspecto económico, sino el de carrera profesional, la mayor autonomía, reconocimiento e involucración de los profesionales (4).

Existen múltiples mecanismos de incentivación en sanidad. Entre los incentivos más importantes se incluye la estabilidad laboral y la retribu-

ción. Las formas habituales de pago al médico son: salario, per cápita y por acto, cada uno con sus ventajas e inconvenientes, por lo que se considera conveniente que sea mixto, como suele ocurrir. Los sistemas de pago no son neutros, y afectan al comportamiento clínico. El pago por salario sería el menos incentivador (en principio hagas lo que hagas cobras tu sueldo); el pago por acto tiende a favorecer la accesibilidad, la continuidad y la longitudinalidad, con el fin de aumentar el número de actos, a veces por encima de la necesidad; el pago per cápita también favorece estos últimos aspectos, con el fin de mantener o incrementar el cupo asignado, base de los ingresos. No obstante, no existen evidencias del impacto de las formas de pago en el estado de salud de los pacientes (5). Además del salario se han introducido otros pagos en relación al rendimiento, a la calidad, sin que conozcamos bien su impacto, duración, ni como implantarlos (6). El pago por calidad parece insuficiente por sí sólo para mejorarla. Se precisan cambios de comportamiento en otros actores, apoyo computerizado a las decisiones clínicas, publicación y transparencia en resultados, incentivos a usuarios, así como evitar la distorsión de la actividad y el registro hacia lo que se premia, la selección de pacientes (o de los denominadores) y, lo que es más importante, la erosión de la motivación intrínseca y la pérdida de auto-estima y de autonomía profesional (7).

Los contratos de incentivos se utilizan cuando se asume que los trabajadores son potencialmente oportunistas y pueden no actuar ni esforzarse tanto como el propietario o directivo les ha exigido contractualmente, cuando los empleados son sensibles a las recompensas financieras, y cuando otros tipos de motivadores se consideran insuficientes por sí solos (8). Se ha señalado que no siempre más dinero conlleva mayor calidad, sobretodo en médicos contratados (9).

Para incentivar actuaciones o resultados hay que ser capaz de medirlos. Los criterios de aplicación deberían ser claros, explícitos y evaluables de forma objetiva. Y esto no es fácil en sanidad, donde el producto es difícil de definir y medir. Peor que tratar igual a los desiguales es tratar desigualmente sobre bases equivocadas (7). La función multitarea de los sanitarios

hace difícil la incentivación de la actuación en su conjunto, siendo más frecuente incentivar aspectos concretos, que no siempre reflejan la actuación global del profesional y pueden influir en orientar la actividad hacia los componentes que se incentivan, en menoscabo de los demás (10).

Los incentivos deberían basarse en indicadores extraídos de registros consustanciales a la práctica clínica de calidad (11), para evitar la generación de datos artificiales mediante una “ingeniería documental” tendente a poner de manifiesto actividades que pueden o no haberse realizado acordes con los objetivos prefijados. Se considera que la medida del rendimiento sanitario respecto a problemas y servicios concretos va contra la integralidad de la atención (12). Para paliar en parte este problema, existen algunos índices compuestos para medir la calidad asistencial global de la atención primaria (AP), como el EQA-17 (engloba 17 subindicadores), que requiere de un buen sistema informático (13). En esta misma línea van algunas propuestas de incentivación en AP, que abogan por la evaluación individual de diversas facetas de la actividad profesional, como la calidad clínico-asistencial, el uso racional del medicamento y de los genéricos, el rendimiento asociado a la actividad asistencial, la formación continuada y la docencia e investigación (14).

Existen médicos a los que los incentivos económicos que se contemplan no les motivan a realizar mayores esfuerzos para conseguir los objetivos fijados. No siempre los médicos pujan por maximizar el beneficio posible, conformándose con posiciones inferiores pero más cómodas. Esta situación puede deberse al desacuerdo con los incentivos como tales, a su cuantía, a los esfuerzos que conllevan, o a desacuerdo con los objetivos.

Los sistemas de incentivos que más probablemente resultarán eficaces y sostenibles deben tener las siguientes características: 1/ Ser un conjunto bien elaborado y sostenido (tanto en términos financieros como de recursos humanos), adaptado a las necesidades; 2/ Tener en cuenta en su diseño las aportaciones de los principales interesados; 3/ Basarse en los principios de transparencia, equidad y coherencia; 4/ Adaptarse a la finalidad que pretenden; 5/ Conservar los efectos estratégicos de sus elementos; 6/

Combinar incentivos financieros y no financieros; 7/ Revisables periódicamente y evaluables su impacto y consecuencias; 8/ Motivar a la población a la que van dirigidos; 9/ Evitar generar conflictos de interés y/o éticos en relación a lo incentivable.

Los planes de incentivos bien elaborados son el medio más fiable para mejorar la motivación, y contribuir a adecuar la calidad de las prestaciones con una contención del gasto. Los incentivos tienen tanto sentido cuando promueven la adopción de nuevas intervenciones eficaces como cuando evitan la introducción o persistencia de actividades innecesarias (11).

Además de los incentivos para promover o disuadir de determinadas actividades o comportamientos, no se pueden olvidar medidas disciplinarias o punitivas para evitar situaciones no deseadas. Y aunque puedan ser excepcionales, algunas situaciones deben evitarse, y castigarse, incluso con finalidad ejemplarizante.

## **Incentivación en Atención Primaria**

Tradicionalmente el pago de los médicos de AP en España ha sido por salario con una corrección per cápita, que tiene en cuenta algunas características de la población a la que se atiende (principalmente número de habitantes y distribución por edades, sin tener en cuenta morbilidad o necesidad de cuidados). Existen algunos componentes retributivos relacionados con la ruralidad y la dispersión de la población.

Tras la reforma de la AP, además de las retribuciones fijas, entre los años 1989 y 1992 se estableció un sistema de incentivos económicos denominado “Productividad Variable”, sin criterios claros para su acceso y distribución, escasa repercusión en el trabajo diario y poco motivador (4). En 1994 se estableció el sistema de incentivación en AP que, con algunos cambios, ha llegado hasta nuestros días, basado en los “Contratos Programa” entre las Gerencias de AP y la Subdirección General de AP del Insalud. En dichos contratos se pretendía implicar a los profesionales en la consecución de los objetivos que la organización

consideraba primordiales, previa acreditación de diversos instrumentos de gestión orientados a la descentralización (base de tarjeta sanitaria individual, sistema de información, cartera de servicios, asignación de recursos, contabilidad de farmacia, etc.). Inicialmente para percibir incentivos era necesario el cumplimiento presupuestario por parte de la Gerencia en su conjunto y su distribución era bastante discrecional. Para acceder a los incentivos, en los años siguientes se incluyeron los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario y la Cartera de Servicios en el conjunto del Área, que se consideró como el “paradigma del desarrollo evaluativo en AP”, sin prestar mucha atención a la falta de involucración de los profesionales ni a las perversiones del proceso evaluativo (15). Se establecieron sistemas de comparación entre profesionales y centros, y de competencia entre ellos. La cantidad a recibir como incentivos variaba en función de lo que se hacía (a nivel individual, de equipo y de Gerencia), de la comparación con otros y de un sistema de “torneo” entre gerencias. En los últimos años noventa, el sistema fue mejorando, vinculando los incentivos a la consecución de objetivos previamente establecidos, independizando su cobro a nivel de EAP respecto a que la Gerencia respectiva cumpliera o no a nivel global. Posteriormente, con el objetivo de contener y mejorar el gasto farmacéutico se incluyó un incentivo económico individual relacionado con la prescripción de genéricos, que se ha ido modificando, pero que en general guarda relación con la contención del gasto en farmacia, la prescripción por principio activo (DOE), y el bajo uso de “novedades” terapéuticas.

Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas conllevó diversos cambios en los sistemas de pago a los profesionales, poco o nada coordinados, que ha supuesto en general una subida de los componentes fijos y algunos cambios en los sistemas de incentivos, en los que se tiene en cuenta la contención de costes (sobre todo en farmacia y en incapacidades temporales) y la calidad prestada, medida de muy diversas formas, en función de la disponibilidad de sistemas de información. También ha habido una evolución de la incentivación grupal, a nivel de centro de salud, hacia la individual (por ejemplo en farmacia). En general las canti-

dades destinadas a incentivación variable son bajas en relación a las retribuciones fijas totales.

Existen pocas iniciativas de incentivación en Atención Primaria orientadas a estimular lo que le es más propio, como la longitudinalidad, la accesibilidad, la capacidad de resolución, la atención integral centrada en la persona (cada vez es más frecuente su parcelación), la atención a la comorbilidad o la coordinación inter e intraniveles asistenciales.

La implicación de los médicos en estos pactos y sistemas de incentivos es muy dispar (desde los que orientan en gran medida su actividad hacia su consecución, hasta los que los ignoran por completo). En algunos casos se pueden generar dilemas éticos entre el objetivo de contención de costes y las consideradas necesidades de la población.

Las repercusiones de los incentivos orientados al ahorro farmacéutico no deberían medirse sólo en función de las variaciones en el gasto, sino que se deberían relacionar con la calidad real de la prescripción, en función de los problemas de los pacientes y con los resultados que se obtienen. Además, debería evaluarse su influencia en las relación entre los médicos de AP y 1/ los especialistas, porque se generan tensiones entre médicos de AP y especialistas por no asumir las prescripciones del otro, el cambio de marca, el uso de principio activo o tratamientos que se consideran equivalentes. Estos desencuentros pueden influir negativamente en la relación e incluso en la inhibición de algunas derivaciones; 2/ con otros médicos de AP, por discrepancias entre ellos relativas a la forma de prescripción y la orientación o no hacia el cobro de incentivos; 3/ con la relación médico-paciente (si la población percibiese que el médico tiene intereses económicos en relación a la prescripción que le realiza podría minarse de forma importante la confianza); 4/ con la industria (repercusión negativa de cara a participar en actividades profesionales o formativas financiadas por ella); y 5/ con la organización sanitaria: falta de objetivos comunes, incomprensión, falta de colaboración, o colaboración orientada exclusivamente a percibir unos incentivos que pueden considerarse perversos, pero interesantes (16). Un problema importante en AP es

la prescripción inducida desde especializada, que a menudo contradice muchas de las iniciativas promovidas desde la propia AP.

Como pasa con el incentivo al ahorro en gasto farmacéutico, con el incentivo a la reducción del número y duración de las bajas laborales se prima la cantidad, no la calidad. De hecho, los médicos que ejercen un control constante e intenso sobre sus pacientes en incapacidad temporal, logrando una duración media estable, recibirán un incentivo mucho menor que aquellos médicos que controlan menos las bajas y que, conociendo los criterios de incentivación, se aplican a la tarea de reducir su duración cuando se acerca el momento de la evaluación.

## **Incentivos y carrera profesional**

La carrera profesional había generado bastante expectativa en cuanto a una posible forma de incentivación a los profesionales, tendente a promover procesos de cambios continuos de mejora de calidad asistencial, posibilitar políticas de personal que compatibilicen el desarrollo individual y la corresponsabilidad con los objetivos del sistema de salud, valorar la calidad de la actividad y reconocer los méritos personales, lograr una mayor identificación entre los modelos retributivos y la estrategia y valores de la organización y, finalmente conseguir un modelo de incentivación equitativo que relacione lugar de trabajo, aportaciones del profesional, resultados individuales y del equipo y que vincule las retribuciones con las actividades que añaden más valor (17). Al final, cada comunidad autónoma ha puesto en marcha su propia carrera profesional, pero en general basada principalmente más en el tiempo de ejercicio profesional que en otras cuestiones.

Algunos inconvenientes de los modelos de carrera profesional son: 1/ La carrera profesional se concibe como un mero medio de incentivación económica desigual; 2/ Introduce elementos variables en concepto en un proceso en sí mismo irreversible; 3/ Introduce elementos de incertidumbre en valoraciones que deberían ser más concretas; 4/ Introduce elemen-

tos de alta discrecionalidad cuando no de arbitrariedad (el 26% de la puntuación máxima es de índole valorativa subjetiva); 5/ Introduce elementos negativamente discriminatorios entre profesionales urbanos/rurales y los docentes/no docentes, cuando el acceso a dichas posiciones no son igualitarios (más bien son altamente selectivos); 6/ Se obvia intencionalmente la posibilidad de circulación de los profesionales por los diferentes ámbitos profesionales y el impulso y valoración de posibles trayectorias diversificadas en base a una carrera profesional (18).

## **Incentivación en el hospital**

En los sistemas de incentivos en el hospital tienen gran influencia algunos indicadores de gestión como la estancia media y las listas de espera. Las listas de espera son uno de las grandes preocupaciones a nivel hospitalario y de atención especializada (y también lo empieza a ser en algunos lugares en atención primaria). Para evitarlas o reducirlas se han establecido diversos mecanismos de incentivación, como son: 1/ aumento de la actividad y de la capacidad resolutive en horario normal y 2/ concertación, que puede ser interna (auto-concertación, por la que los médicos “de plantilla” aumentan su actividad fuera del horario habitual, retribuyéndoles por acto o por tiempo de dedicación—las conocidas como “peonadas”—), o externa (los pacientes son atendidos por otros equipos, bien en el propio hospital al que vienen a actuar equipos externos, o desplazando a los pacientes a otros hospitales). Si tenemos en cuenta la actual demanda de servicios sanitarios, la concertación es frecuente que sea necesaria, pero debe vigilarse que no sea a expensas de una baja productividad en horario normal.

Un incentivo no económico señalado como importante en relación a la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud, ha sido el denominado de la “fascinación tecnológica”, hipótesis según la cual serían incentivos de tipo profesional, asociados a la innovación y complejidad de la atención prestada, los que determinarían la utilización sanitaria, favoreciendo la atención de los procesos complejos o realizados con tec-

nologías innovadores e instrumentales brillantes o deslumbrantes. La probabilidad de que se de respuesta a un problema sanitario dependería menos de su importancia que de su atractivo. Ejemplo, se priorizaría una artroplastia de rodilla frente a un juanete (1). Este tipo de estímulos puede tener unos incentivos secundarios vinculados al mayor prestigio y desarrollo profesional, que además conllevan una repercusión positiva en otros aspectos, como la actividad privada en caso de que se tenga.

Además de los sistemas institucionales de incentivos en AP y Hospital, pueden existir otros sistemas de incentivación desde la industria farmacéutica y tecnológica, habitualmente poco explícitos y poco transparentes, orientados a promover un mayor consumo de sus productos, que a veces interfieren o chocan con los intereses y objetivos del sistema público.

En otros ámbitos organizativos, como la medicina privada vinculada a las aseguradoras, se suele incentivar en base principalmente a la atención rápida (lista de espera de pocos días), la satisfacción de los pacientes, y el consumo de recursos adecuado (no generación de gastos excesivos en pruebas, tratamientos, etc.). En otros casos la principal incentivación va vinculada a una mayor actividad, a más actos médicos.

En los últimos años se ha introducido con fuerza en la gestión sanitaria el concepto de pago por calidad (*pay for performance*, P4P), un conjunto de estrategias que tratan de estimular la mejora de la calidad asistencial remunerando a los proveedores de atención sanitaria según sus resultados en el cumplimiento de objetivos de calidad o productividad predefinidos. Aunque no hay muchas evidencias sobre su efectividad y capacidad para mejorar la calidad, el P4P tiene la ventaja de su plasticidad para modificarse según tipo de incentivos, cantidades, indicadores y criterios, facilitando la adaptación continua entre retribuciones y mejora de la calidad.

En España, además de resolver la información sobre desigualdades, los indicadores de P4P deberán orientarse realmente hacia la mejora de la calidad, y no sólo a los costes en atención primaria, y al acortamiento de las estancias y a las mejoras del rendimiento quirúrgico en el hospital.

Para ello se requiere fomentar la investigación en servicios de salud, favorecer estructuras de análisis inteligentes, y más transparencia y facilidad en el acceso a la información (19).

## **Algunas propuestas y una reflexión desde la ética**

Se debería elaborar un sistema de incentivos integrado a nivel de Área de Salud, atendiendo a las peculiaridades del hospital y de la AP, que sea complementario, no independiente, orientado a mejorar la salud global de la población a un coste asumible para el sistema. No se puede pretender incentivar a AP por el ahorro farmacéutico sin que el hospital vaya en la misma línea. O incentivar al hospital por reducir listas de espera sin que atención primaria contribuya a ello, derivando menos y resolviendo más.

Debe haber incentivos de carácter individual y grupal, dependiendo de a quién corresponda el esfuerzo de los logros buscados. La cuestión está en si el incentivo individual sirve de ejemplo y estímulo para que los compañeros adopten comportamientos similares, o si el incentivo grupal hace que se trabaje en equipo para el logro de objetivos individuales y de grupo.

Habría que involucrar a la población en el logro de los objetivos del sistema, utilizando incentivos positivos y/o negativos (se han propuesto la entrega de facturas sombra por el importe de los servicios recibidos, copagos, visados, etc.).

A nivel nacional existen muchas experiencias en relación a los incentivos que convendría evaluar y comparar, para optar por las mejores prácticas.

Una revisión sistemática sobre sistemas de incentivos basados en la calidad de los resultados asistenciales en el mundo, que analiza los efectos en la calidad de la motivación extrínseca sin tener en cuenta los efectos sobre la calidad intrínseca (satisfacción profesional), concluye con algunas recomendaciones: 1/ Frecuentemente lo que se consigue no es lo que se esperaba, por ejemplo, mejora más el registro o la documentación que la propia calidad asistencial de los servicios, por eso es recomendable

un diseño cuidadoso de los incentivos; 2/ Los servicios con niveles peores de calidad son los que más mejoran, por lo que recomiendan mezclar los incentivos al aumento de la calidad con incentivos por lograr niveles pre-establecidos; 3/ Son más recomendables los incentivos de proceso de atención que guardan una relación proporcional con mejoras en los resultados (puede servir de ejemplo la medición de la hemoglobina glicosilada como criterio de control de la diabetes); por otra parte, algunos indicadores de resultados pueden verse modificados por el entorno y no siempre indican mejor calidad; 4/ La cuantía de la compensación que hace efectivo un incentivo debería situarse por encima del 5 % del sueldo anual; 5/ Los incentivos mensuales recuerdan mejor que los anuales la necesidad de incorporar comportamientos de calidad, y 6/ Los incentivos colectivos tienen menor efecto que los individuales (6). Con unos incentivos y con otros se pueden producir inequidades, porque se ejerza más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios.).

En el Reino Unido, los efectos del pago de incentivos por calidad a los médicos de atención primaria confirma la hipótesis de que un efecto claro de los sistemas de incentivos es que mejoran la calidad de los registros, sin embargo, por una parte, con unas tasas de cumplimiento superiores a las esperadas, pueden amenazar la sostenibilidad financiera, y por otra, los casos excepcionales atendidos en consulta fueron el predictor de calidad más potentes. En todo caso, se reafirma la necesidad de buenos indicadores y de buenos sistemas de información antes de introducir incentivos monetarios potentes (20).

La idea que subyace a la introducción de incentivos es que, como en España la organización de la asistencia primaria está bastante burocratizada, y en las organizaciones burocráticas los alicientes internos de los médicos no promueven la eficiencia, ya que éstos no soportan la responsabilidad económica de sus decisiones, ni son compensados por los ahorros que puedan conseguir (21), son necesario estímulos externos para conseguir la eficiencia económica.

Sin embargo, la persecución obsesiva de la eficiencia económica en el uso de recursos sanitarios, mediante la búsqueda de las causas de variabilidad ineficiente, o la identificación de los sistemas de pago e incentiva- ción más estimulantes, en aras de la calidad, puede encontrar algunas limitaciones: 1/ No existe una norma científica para definir la importancia de la variabilidad, y no está claro si las variaciones indican uso inapro- piado por exceso en las áreas de utilización elevada o por defecto (sub- provisión de cuidados) en las áreas de baja utilización; 2/ Los médicos no intentan lograr los máximos beneficios económicos que les permiten la aplicación de incentivos (“maximalizar sus ingresos”), si no que se acom- odan a las prácticas en las que tienen más capacidad de decisión, como el número de servicios diagnósticos y terapéuticos por consulta o las deri- vaciones (22); 3/ Pueden aumentar las desigualdades (o la ley de cuida- dos inversos) porque se busca el cumplimiento en los sectores de pobla- ción más accesible, o se centran en los criterios más fáciles de medir, o en aspectos que no influyen directamente en cambios de salud (23).

A la vista de las consideraciones expuestas en este texto sobre ventaj- as, inconvenientes y precauciones sobre la introducción de incentivos externos, y teniendo en cuenta las características de los incentivos comúnmente aplicados en nuestro país, podemos concluir que el incen- tivo más potente es el ligado a la carrera profesional (puede alcanzar más del 5 % del salario anual en los niveles más altos de carrera), puesto que el resto de incentivos, por separado (ahorro farmacéutico, control de las incapacidades temporales: IT y cumplimiento de cartera), no llegan a ese porcentaje en los cupos habituales, salvo, quizá, en el primer año de apli- cación y para aquellos equipos (cartera de servicios) o médicos con malos indicadores de partida (caso de la IT o de la factura farmacéutica).

Despiertan más interés los incentivos individuales (IT, fármacos) que los colectivos (cartera), porque los primeros pueden ser más cuantiosos, con lo cual se resiente la cohesión de los equipos humanos. Además, y lamentablemente, se acaba prestando menor atención a los objetivos de cartera de servicios, mediante el simple relleno de datos, aunque este

incentivo esté más vinculado a la calidad que el control de la IT o del gasto en medicamentos - que son más económicos- por cuanto algunos de los indicadores de proceso sí pueden estar relacionados a largo plazo con mejoras en los resultados. Con unos incentivos y con otros se pueden producir inequidades, porque se ejerza más presión sobre los pacientes más vulnerables (pobres, incultos) que sobre los que hacen un uso más autónomo de los servicios.

Sólo en algunas comunidades autónomas y para el caso de la carrera profesional se reparten los incentivos mensualmente, método éste más estimulante de la calidad que el pago anual.

Quizá el efecto perverso más notorio achacable a estos incentivos, de forma muy clara al pago por control de las IT y por el ahorro farmacéutico y en menor medida al incentivo de carrera y al cumplimiento de cartera, es el efecto desincentivador sobre los buenos médicos clínicos que mantienen unos estándares de calidad uniformes, ya que las formas de cálculo actuales o no les compensa como se merecen, porque se premia sobre todo la mejora en quienes parten de indicadores peores (IT, gasto farmacéutico e indicadores de prescripción), o se utilizan criterios discutibles, porque no se corresponden con las buenas prácticas clínicas, o están desfasados, o no reflejan con fidelidad resultados asistenciales, como en el caso de las normas técnicas (NT) de la cartera de servicios.

En el caso de la carrera profesional, los buenos médicos, los que se mueven sobre todo por los bienes internos a la profesión, desearían que la recompensa por sus buenos oficios y años de dedicación no se redujese a un estímulo económico, si no que pudiera intercambiarse por otros criterio de incentivación, como disponibilidad de horas para dar o para recibir formación, tiempo exento de asistencia para otras tareas (docencia, tutorías MIR, interconsultas con hospital, actividades de gestión, investigación), o por tiempo ganado para la vida privada.

Hay que tener mucho cuidado con la posible expulsión de la motivación intrínseca (como el gusto por el trabajo, el profesionalismo y la reciprocidad) al introducir incentivos explícitos externos, y más cuidado

todavía en sustituir normas sociales o profesionales correctas (reglas de juego que compatibilicen intereses sociales e individuales) por transacciones de mercado (24). No deja de ser preocupante la tendencia de algunos servicios de salud a incentivar por el cumplimiento de actividades que tradicionalmente han sido propias de la profesión, con la anuencia de las sociedades profesionales y de los sindicatos del sector, cuando estas actividades deberían realizarse como parte inherente de la práctica habitual y como señas de identidad profesional.

Finalmente, si es importante que los incentivos favorezcan la coordinación e integración asistenciales, resulta tremendamente contradictorio pagar a los médicos de AP por no hacer: no derivar, no prescribir, no pedir pruebas, y a los especialistas hospitalarios por hacer cuanto más mejor: más visitas, más pruebas, más ingresos, más intervenciones (19). Resulta difícil entender cómo nuestro sistema sanitario es capaz de soportar este trato tan diferente, cómo es posible que no haya desembocado en fuertes tensiones profesionales.

## Bibliografía

1. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit.* 2006; 20(Supl 1):110-6
2. Romero D. Aproximación a la motivación en el trabajo. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales5/ger/aproxitraba.htm>
3. Del Llano Señaris J. Sobre médicos e incentivos. *El País* 01/07/2008
4. Kloppe P. Incentivos en Atención Primaria. *Centro de Salud*, 2001 (Febrero):81-82
5. Gosden D, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Salary, fee-for service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software

6. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care?. *Ann Intern Med.* 2006;145:265-272.
7. Ortún V. (Nuevas) formas de incentivación en Atención Primaria. En: *Innovación en Atención Primaria. La organización de los servicios de Atención Primaria.* Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008. pags 69-87.
8. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3(1):111-30.
9. Morgan CL, Beerstecher HJ. Primary care funding, contract status, and outcomes. *Br J Gen Pract.* 2006;56:825-9.
10. Lipman T. Singing from the QOF hymn sheet: starway to heaven or Mephysto waltz? *Br J Gen Pract.* 2006; 56:819-20.
11. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA: Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81(6): 589-596.
12. Werner RM, Asch DA. Clinical concerns about clinical performance measurement. *Ann Fam Med.* 2007; 5:159-163.
13. Vila A, Ansa X, Gómez A, Fort J, Grifoll J, Pascual I. EQA-17: Propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 80:17-26.
14. Martín V, Cermeño PC, Baos V, Ezquerro J. Incentivos para Médicos de Familia de Atención Primaria. Razones para el cambio y propuesta de un nuevo modelo. *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(1):119-53.
15. Ripoll MA: ¿Es eficiente la Cartera de Servicios como herramienta de mejora de calidad? *Medicina General.* 2000; 27: 794-796.
16. Ripoll MA. Nuevas formas de incentivación en Atención Primaria. En: *Innovación en Atención Primaria. La organización de los servi-*

- cios de Atención Primaria. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008. pags. 103-116
17. Palomo L. Uso y disfrute de los incentivos en atención primaria. *Salud 2000*. 2007; 114:22-27
  18. Capacete LD. La carrera profesional en Cataluña. *Salud 2000*. 2006; 105: 14-17
  19. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (Supl 1): 143-55
  20. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*. 2006; 355: 375-84
  21. Ortún V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge, 1990
  22. Krasnik A, Groenewegen PP, Pedersen V, Scholten P, Mooney G, Gottschau A et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *Br Med J*. 1990; 300: 1698-1701
  23. Elkan R, Robinson J. The use of targets to improve the performance of health care providers: a discussion of government policy. *Br J General Practice*. 1998; 48: 1515-18
  24. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22 (1): 1-6



## CAPÍTULO VIII

# PARTICIPACIÓN E INFLUENCIA DE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES Y SINDICALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. MECANISMOS DE REPRESENTACIÓN: SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y SINDICALISMO SANITARIO

*Alberto del Pozo Robles*

*Médico del equipo de Atención Primaria de La Robla.  
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (León)*

*“La verdadera traición es seguir al mundo tal y como marcha, y utilizar el entendimiento para justificarlo”. Jean Guehenno.*

### Resumen

La atención primaria de salud es un complicado subsistema integrado en el complejo mundo del sistema sanitario público español. La representatividad de sus profesionales a través de las organizaciones de tipo sindical, profesional o colegial, no ha sido suficientemente analizada hasta este momento, y al hacerlo ahora nos encontramos con una serie de singularidades que las caracterizan y que podrían justificar la escasa participación de los profesionales en dichas organizaciones.

La procedencia en España de un modelo de asistencia en el que todavía se encuentran claros vestigios de un ejercicio profesional liberal; la

dispersión de sus centros de trabajo en múltiples consultorios y centros de salud; las aisladas y atomizadas poblaciones que poseen su propio dispositivo sanitario, por otra parte fuertemente centralizado; la peculiar percepción que los profesionales albergan respecto a la vertebración y participación profesional en general y al mundo sindical en concreto; la herencia adquirida de un modelo de trabajo individual y en solitario y la escasa atención que las organizaciones colegiales y sindicales vienen prestando a la atención primaria, en comparación con los esfuerzos que éstas realizan para el ámbito hospitalario, son, en síntesis, algunas de las coordenadas en las que centramos este análisis.

La situación actual de envejecimiento de los recursos humanos; la asfíxia burocrática que obscurece y adultera el desarrollo de una verdadera atención primaria; el olvido que la administración sanitaria estatal y autonómica dedican a este ámbito, generando desmotivación y desencanto profesional, y el escepticismo que se apodera de sus profesionales son las circunstancias que dilatan aún más la ya existente distancia entre las organizaciones mencionadas y sus profesionales, y las que quizá explican la escasa tendencia a la participación que estos profesionales exhiben respecto a los dispositivos creados para su vertebración como sistema.

## **Introducción**

En un mundo tan complejo como el de la sanidad pública, que engloba diversos subsistemas sometidos a diferentes dinámicas internas, el aspecto de la representación de sus profesionales no puede ser sino igualmente complejo. El primer nivel de asistencia en el modelo sanitario público español, la atención primaria, tampoco se sustrae a esta complejidad e, incluso, adorna dicha situación con algunas peculiaridades que más adelante trataremos.

Una cosa parece evidente y es que el ámbito sanitario es, seguramente, el sector más desregulado laboralmente de todos los que conforman el grueso del sector público, y así lo pueden constatar en un ejercicio com-

parativo un buen número de trabajadores y funcionarios de la administración que, procediendo de otra *cultura* o sector, por razones diversas, han entrado en contacto con éste ámbito y con su penosa realidad. En un sector como el sanitario, tan prestigiado socialmente, muchos y muchas trabajadores soportan las arbitrariedades a las que la administración y sus gestores les someten: en materia de horario de jornada, conceptos retributivos, asignación de complementos o incentivos económicos, libranzas, derecho a vacaciones, coberturas de ausencias, contrataciones eventuales, interinidades, cargas de trabajo, vulneración de unos mínimas condiciones en salud laboral, exposición a riesgos diversos, etc...

## Marco de representatividad

En el plano de la representatividad en materia de condiciones de trabajo en atención primaria, la presencia de tres regímenes laborales diferentes cual son el personal estatutario, el personal funcionario, y el personal laboral propiamente dicho, no hacen sino ilustrar esa complejidad. Los tres regímenes mencionados precisan tres marcos normativos específicos y diferentes entre sí, viéndose expresada esta diversidad en la necesidad de distintos órganos de representatividad acordes con el amplio marco jurídico legislativo en materia de órganos de representación vigentes en nuestro país, es decir, acordes con el contenido en el ET (Estatuto de los Trabajadores), LORE (Ley de Órganos de Representación), LOLS (Ley Orgánica de Libertad Sindical), Ley General de Sanidad, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, normativas de aplicación obligada de la OIT (Organización Internacional del Trabajo), así como en cuantas disposiciones legislativas se han promulgado con posterioridad en cada CCAA.

Así, es comprensible, por ejemplo, que en un mismo centro de trabajo, sus profesionales, o sea unos trabajadores que comparten espacio, ámbito, planes de trabajo, tareas y responsabilidades, objetivos, medios, dirección y gerencia, todos ellos aludan, para designar el ámbito de representación de sus reivindicaciones laborales, ó bien a la Junta de Personal Estatutario, ó bien al Comité de Empresa, ó bien a la Junta de Personal de

Funcionarios. Si bien es verdad que, llegado el caso, en el nivel de las negociaciones globales y de carácter general todo ello confluye en Mesas Generales, Sectoriales y/o Territoriales de negociación comunes; y también que los representantes legales de estos colectivos deberán saber que según a qué régimen laboral afecten los problemas a tratar, ellos deberán manejar herramientas normativas y jurídica diferentes.

## **Modelos de representatividad. Diferencias y singularidades**

Los sindicatos corporativos o también llamados *gremiales* (bien de personal médico, enfermería, auxiliares, celadores, farmacia, funcionarios/as sanitarios, administrativos, etc...), que en opinión de muchos profesionales responden exclusivamente a corporativismos, se sitúan bajo la sospecha de fijar su atención más en la servidumbre clientelar de sus afiliados que en el conjunto del personal sanitario. Históricamente, estas organizaciones se han caracterizado por adoptar posiciones conservadoras dentro del mundo sanitario, posturas que tienen más que ver con la política sanitaria y con el papel ideológico con que ésta debe responder ante una sociedad democrática y sometida al estado de derecho. En momentos puntuales, su oposición a medidas de carácter general en el plano social, promulgadas por el poder legislativo, han definido a algunas de estas organizaciones como auténticos grupos de presión ideológica, de claro matiz conservador (1), como en el caso, por ejemplo, del pronunciamiento de estas organizaciones en temas como el consentimiento informado, los tratamientos paliativos a enfermos terminales, y muy recientemente, en su posición ante las medidas legislativas sobre el aborto y la liberalización de acceso a la píldora del día después.

Lo mismo cabe decir respecto a las organizaciones colegiales, propias de determinados colectivos profesionales antes considerados profesiones liberales, y en ese sentido baste recordar cómo muchos de los dirigentes de las organizaciones colegiales provinciales o regionales son, simultáneamente, los presidentes o altos cargos de esos sindicatos cor-

porativos que mencionábamos anteriormente. El propio Consejo General de Colegios de Médicos, en fechas muy recientes, ha cuestionado el hecho de que sus propios cuadros dirigentes puedan compatibilizar su representatividad colegial con las tareas propiamente sindicales de alguna organización sindical (caso, por ejemplo, de la CEMS y el Colegio de Médicos en Castilla y León, en que ambas organizaciones son presididas por la misma persona).

Pero en cualquier caso, sea o no una cuestión de aceptar o no esa compatibilidad, lo que sí se extrae de esta situación es que tanto las organizaciones colegiales, como las organizaciones sindicales corporativas, se constituyen en férreos frentes de oposición ante ciertas medidas progresistas en política social y sanitaria, y que muy poco tiene que ver con la defensa de los derechos laborales de sus representados, llegando a constituirse en grupos corporativos de presión de poder político contra el gobierno del estado o de CCAA, y sustrayendo así el legítimo derecho que la sociedad, por medio de sus representantes políticos elegidos, tiene a expresar su opinión en los parlamentos de cada comunidad autónoma o del propio estado.

Por su parte, los sindicatos considerados *de clase* trabajadora, UGT, CCOO, CGT, etc, también presentes en las mesas de negociación y en los órganos de representación de los trabajadores de la sanidad, son los únicos sindicatos que al menos desde un punto de vista teórico y doctrinal defienden las características sociales del dispositivo sanitario público, tal y como entendemos el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde la promulgación de la Ley General de Sanidad (LGS) hasta hoy. Por el contrario, dichas organizaciones están, en opinión de no pocos profesionales, bajo la sospecha de haber entregado su genuino rol de defensa de los derechos colectivos y generales de los trabajadores sanitarios a cambio de numerosas liberaciones sindicales y de cuantías dinerarias importantes provenientes de cursos de formación u otros conceptos, lo que les permitiría la financiación necesaria para subsistir en este escenario sanitario donde la afiliación es escasa. Por ello, esa sospecha generalizada sugiere que por

ese bíblico *plato de lentejas* y de esas formas de financiación de sus recursos humanos y materiales, estas organizaciones pueden tener que aceptar algún *trágala* que les plantea el Gobierno de turno o de las CCAA, y todo ello eludiendo lo que debería tenerse que decidir en las pertinentes y obligadas asambleas de los trabajadores, como correspondería a organizaciones jerarquizadas pero aún consideradas asamblearias. Y todo esto sin descartar cómo, en la búsqueda de mayores cuotas de representatividad y afiliación, estas organizaciones también desprenden cierto tufillo clientelar al auparse más por la lógica aritmética de los votos de los afiliados a quienes representan, que por el interés general de todos los trabajadores de la sanidad. Con todo lo mencionado, y teniendo o no razón las críticas que se vierten contra los sindicatos de clase, lo único cierto es que serían estas organizaciones, por su historia y compromiso ideológico, las elegidas para recuperar la fortaleza de un discurso sindical reivindicativo, democrático y progresista, tal y como recuerdan sus respectivos estatutos fundacionales, abandonando algunos sesgos y requiebros que en las últimas décadas más corresponden a un modelo de sindicalismo de *servicios* que al de clase trabajadora.

En lo relativo a otras formas de representación, cuales son las propias de el ejercicio de cada profesión y la asunción de funciones en materia de investigación y docencia de cada especialidad, así como en la elaboración de protocolos técnico-científicos de actuación en el ejercicio diario, debemos mencionar el caso de las muchas y diversas asociaciones y sociedades profesionales existentes, las cuales desarrollan su trabajo en el campo de la investigación clínica-asistencial pero también corporativa, pretendiendo incidir en la administración para que las directrices a seguir en la gestión y planificación sanitarias reconozcan el destacado papel que su especialidad tiene de manera protagonista en el conjunto de las políticas sanitarias. Aunque mayoritariamente estas sociedades desempeñan un importante papel en el avance de estrategias a implementar en la política sanitaria, también es verdad que en ocasiones no deja de ser una manera de asegurarse y garantizar el mantenimiento de un importante trozo en la tarta del mercado de trabajo, más que a objetivos estrictamente científicos.

Que en no pocos casos, muchas de estas sociedades estén siendo financiadas por la industria farmacéutica, bien para sus respectivos congresos y asambleas o bien para editar sus correspondientes publicaciones, es lo que cuestiona su verdadera independencia a la hora de establecer diagnósticos y propuestas de mejora en lo concerniente a aspectos clave del sistema, como pueden ser la política del medicamento y/o el gasto farmacéutico.

## Origen y arraigo

Aunque Virchow, como otros higienistas de su época, también hacía del trabajo con las clases marginadas su centro de atención, debe resaltarse que dio un paso cualitativo importante al considerar la estructura política y social como origen de los males de los más desfavorecidos y, sobre todo, al considerar que la acción política entraba dentro del campo de la medicina, y las reformas sociales dentro del interés y obligaciones del médico. Su célebre enunciado: *“la medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en una escala más amplia”*, supuso el comienzo de una ruptura con el encorsetamiento cientificista y biologicista que el ejercicio de la medicina venía adoptando hasta el momento, con lo que la medicina pasaba a ser una ciencia social, y la política pasaba a ser un instrumento médico, en tanto principal herramienta de prevención de múltiples problemas de salud colectiva y de etiología social. Por ello, en nuestros días puede ser que se cuestione que *“la política sea algo más que medicina en una escala más amplia”*, pero lo que ya nadie cuestiona es que *“la medicina sea una ciencia social”* (2).

Así, las actividades de los trabajadores de la salud pública incluirían el activismo promocional tanto como el cuidado médico directo, y los trabajadores de la salud se convertirían en *“abogados naturales de los pobres”*. La prevención de las enfermedades y epidemias era básicamente un problema político y la salud pública parte de *“la cuestión social”*, resultando necio esperar que los trabajadores de la salud pudieran lograr la prevención solamente con actividades dentro de la esfera

médica. Como las responsabilidades del estado incluían proveer trabajo para los ciudadanos “sanos”, en tanto que la enfermedad deriva de las condiciones sociales, el médico científico debe estudiar estas condiciones como parte de la investigación clínica, y el *trabajador de la salud* deberá comprometerse en la acción política, siendo éste el sentido de las conexiones que vinculan la medicina, la ciencia social y la política, lo que explica la necesidad de una mayor implicación de los profesionales en la vida social y política y sindical.

Cuando en 1948 se constituye en el Reino Unido el National Health Service (NHS), inspirándose en las teorías económicas de Keynes y del enfoque estructural que para el edificio social de protección iban a impulsar Beveridge y Bevan (3), nadie podía sospechar que la dinámica del ejercicio profesional sanitario iba a cambiar de manera sustancial respecto a lo que se venía entendiendo hasta ese momento como atención médica. Podríamos afirmar que ese momento supuso un hito en la historia del ejercicio profesional, pues se abrían las puertas a otra forma de entender la relación entre la sociedad y el mundo sanitario, pasando también a modificarse radicalmente la relación existente hasta ese momento entre el enfermo y el profesional sanitario. Fue el momento en que nace un dispositivo público de asistencia y en el que, como consecuencia de ello, el profesional se ve abocado a transformar su rol, desde el del ejercicio como profesión liberal, a otro definido en un nuevo marco de relaciones contractuales propias de otras profesiones asalariadas, naciendo así, como consecuencia lógica, la confrontación de intereses entre patronal/administración y sus trabajadores, y surgiendo por lo tanto la necesidad de articular *dispositivos de representación* en el juego de balanza de contrapesos y de relaciones de poder.

## Atavismos

A pesar del tiempo transcurrido, aún se observan reminiscencias del antiguo antagonismo conceptual entre liberalización-asalarización, y su debate es mucho más que una determinada postura moral o un enfoque

estrecho de la sanidad, que sólo afecta secundariamente a ésta por tratarse aparentemente de un aspecto exclusivamente laboral, sino que, muy por el contrario, dependiendo del *compromiso político* con que los poderes públicos han abordado esta disyuntiva, así es como se ha ido desarrollando todo el actual modelo de Sanidad en el mundo occidental en general y en nuestro país en particular. Y ante ese debate aún hoy encontramos fervientes y nostálgicos defensores del modelo de medicina *liberal*, para los que su argumentación es sencilla: oponen un mito rodeado de cualidades, como son las que caracterizan ese modelo liberal, a otro mito rodeado de defectos que sirve de espantapájaros, de piedra de contraste, llamado modelo estatizado o medicina *funcionarizada* o, llanamente *servicio nacional de sanidad* (4).

Así pues, hasta mediados del siglo pasado el médico era (centrándonos en los aspectos económicos y de representación laboral que nos ocupan) el propietario de sus medios de producción, y éstos eran tan simples como un estetoscopio, una probeta de análisis, unas tijeras y poco más, debiendo financiar a su costa incluso los instrumentos más elementales para su ejercicio profesional. Así, quien era el único propietario de los medios de producción era también el único que tenía derecho a negociar libre y directamente con sus clientes el precio del “producto” en cuestión. Hoy casi nadie defiende ya que con la *estatización o asalarización* el profesional sanitario haya perdido más libertad real que en el modelo liberal, en el cual, el ejercicio profesional se encontraba cautivo de meras cuestiones mercantiles, aunque pudieran parecer legítimas pretensiones de mejoras laborales.

## **El empuje de la tecnologización**

Paralelamente a la creación de ese dispositivo público asistencial mencionado, el progreso tecnológico de las ciencias, incluida la medicina, ha hecho estallar en mil pedazos toda esa concepción liberal de la profesión. Los medios de producción de la medicina han dejado de ser un fonendoscopio o incluso un aparato de rayos X, para convertirse en unos

complicadísimos aparatos e instalaciones, todos ellos de coste astronómico, de los que ningún médico puede ser ya propietario en solitario.

En ese contexto, e incapaz de ser dueño de sus propios instrumentos de trabajo, el médico tiene que resignarse a no pactar nunca más directamente las condiciones económicas con su paciente, y someterse a un poderoso patrono que le retribuirá su trabajo con un sueldo, y un patrono que no es otro que el propio estado a través de sus diferentes instancias y herramientas administrativas. Es decir, el médico deja de ser un profesional liberal para convertirse en un asalariado, y a lo único que puede aspirar es a organizarse para obtener de su patrono el mejor sueldo posible y las condiciones de trabajo más dignas, al igual que cualquier otro trabajador. Esta evidencia puso en crisis la figura tradicional del médico, y muchos de los profesionales de la salud aún no se han dado cuenta de que hemos asistido a una progresiva asalarización y socialización de la medicina y de sus profesionales.

En concreto, y en lo que respecta a los médicos, éstos son considerados aún hoy día por la sociedad como un tipo de trabajadores intelectuales, cuya valoración y prestigio social son muy elevados, pero sin embargo, la *clase médica* conforma una clase social heterogénea que por un lado puede parecer dominante pero que también resulta alienada como corresponde a clase trabajadora por cuenta ajena.

## **Necesidades adaptativas**

El médico asalariado se ve abocado a recobrar su ancestral sentimiento de libertad al no tener que vivir necesariamente de la enfermedad para asegurar sus rentas, sino que a partir de ahora vive de la salud y de los dispositivos que para ella diseña el estado, lo que supone una categorización completamente diferente de su profesión.

Y es precisamente, es la actual y excesiva especialización y tecnificación, en una ciega entrega a esa irresistible seducción por la tecnología y el consumo, la que desemboca en un secuestro de la capacidad crítica de los

profesionales (5), haciendo posible que la forma convencional de trabajar en el sector de la sanidad se convierta en un paradigma irrefutable (6).

Como reminiscencias de un ejercicio profesional que antaño fue vocacional (en términos judeocristianos), parece estar “fuera de tono” el esgrimir las necesidades de un incentivo económico, y así el “buen hacer” en la “praxis médica” implica que no es de “buen gusto” el ejercitar la reivindicación laboral, sino que parece esperarse que el trabajador de la salud se mantenga en un plano casi anacoreta. Hoy, sin embargo, se debe dejar claro que si el salario es justo, suficiente y negociado coherentemente, puede y debe cubrir todas nuestras aspiraciones económicas, para lo cual es imprescindible el despojarnos de prejuicios liberalizadores y comenzar a imbuirnos de un genuino sentimiento de “*clase trabajadora por cuenta ajena*”. Dejando claro que no es aceptable que el factor económico sea “eldorado” como motor de la profesión, no podemos olvidar que en una sociedad donde todos los reclamos consumistas incitan a todas las capas sociales de un cierto status profesional a hacer ostentación de un determinado “nivel” de vida, los profesionales de la salud también se ven incitados a permutar los antiguos estímulos vocacionales por los actuales más estrictamente materiales y garantes de una mínima “*calidad*” de vida. De manera que la profesión sanitaria también resulta víctima de una alienación colectiva, impulsada por los estímulos al consumo y a un determinado modo de vivir según los modelos culturales propagados por la publicidad mediática (prensa, radio, cine, TV) y por la ideología dominante, y en base a la cual parece necesitar *demostrar* un cierto *standing* de vida.

Se hace necesario pues, reactivar una nueva motivación del ejercicio médico, sin que los trabajadores sanitarios tengan que pasar por altruistas, y que les devuelva el verdadero sentido de la profesión así como la pasión con que merece la pena ejercerla. Esta motivación no puede sino encajarse en la actual organización de la sanidad con una renovación del papel social del médico de nuestros días. Y en este marco hay que explicar el necesario compromiso del personal sanitario, no sólo en favor de la asalariación, sino de la dignificación social, científica, y también material del

trabajo en el sector salud, pues los profesionales que optan por integrarse en el modelo público, y se convierten en asalariados por cuenta ajena, no por ello deben someterse a criterios de gestión de personal arbitrarios, esclavistas y que se apoyan en conceptos tan anacrónicos como los de esa idea de *vocación* tan escurridiza y perversamente utilizada.

## Socializados

En la actual política de salud, que no es una “socialización de la medicina”, en el sentido preciso de ser la medicina del socialismo, sino que se considera así por tratarse de un sistema social de salud pública aún perfectamente integrable en un país capitalista, el que la inserción profesional en dicho sistema se haga con la agrupación en equipo y en contra de la fragmentación individual y artesanal de la medicina, implica que las reivindicaciones deben ser colectivas e interdisciplinarias, pues al margen de cualquier razón moral, el optar técnicamente por la eficacia y racionalidad del trabajo en equipo debe suponer el entender que no es posible aspirar a mejoras profesionales y laborales tipo “franja”, dado que lo contrario conduciría a distorsiones del sistema que, como ocurre ahora, sólo benefician a los detractores del modelo público.

## Singularidad en atención primaria

Más allá de las peculiaridades que caracterizan los mecanismos de representación, sus organizaciones y las tracciones a que el sistema les somete, sí debemos señalar que el ámbito de la atención primaria, en tanto nivel recientemente estructurado y jerarquizado a partir del momento de su reforma, nunca contó con el *ensayo general* que para el sindicalismo hospitalario supuso el episodio de las movilizaciones de los hospitales de 1979 en España. De manera que podríamos decir, en términos de sociología sindical y sin que esta consideración contenga reflexiones nostálgicas sino exclusivamente históricas o descriptivas, que la atención primaria nunca tuvo su 1979.

Las organizaciones sindicales del sector sanitario en el ámbito estatal, tanto las denominadas *gremiales* (CEMS, SATSE, CSIF, etc) como las llamadas *de clase trabajadora* (CCOO, UGT, USO, CGT), responden de diferente manera al reto de la representatividad formal en este ámbito, y mientras los primeros se dejan llevar en la priorización de sus actuaciones por la hegemonía de objetivos identificados por su mayor peso en el ámbito hospitalario, los segundos mantienen un cierto autismo para con las demandas de los profesionales de atención primaria, expresando y dudando implícita o explícitamente de que estos profesionales también pudieran ser considerados trabajadores por cuenta ajena, habida cuenta de su procedencia y dependencia aún reciente de un modelo sanitario asistencial en el que, como decíamos anteriormente, dichos profesionales eran considerados *profesiones liberales* (en algunas regiones y CCAA, hasta 1990 existía la percepción de las llamadas “iguales”) y, no sujetos a las directrices, normas y condiciones laborales propias del trabajo por cuenta ajena, y susceptibles de ser negociadas por sus representantes legales ante la patronal correspondiente.

Pero no solamente se ha transcurredo, como decíamos, desde una concepción liberal del ejercicio profesional médico a otro concepto de asalariado por cuenta ajena (en este caso para el propio Estado), sino que en el ámbito de la atención primaria se ha sufrido además otro cambio sustancial, cual ha sido el paso de un modelo de ejercicio individual, individualista y aislado, a otro que, producto de la reforma de esta atención primaria propuesta en las conclusiones de la Conferencia de Alma-Atá, ha permitido convertir aquél modelo en otro muy diferente y en el que prevalece el trabajo en equipo, con presencia e interacción de diversos tipos de profesionales que ahora debutan en este sector y cuya presencia era impensable hace sólo un par de décadas. Este cambio, categorizado o expresado en ocasiones como un simple proceso de tardía *jerarquización*, ha provocado que en la atención primaria se hayan introducido innovaciones organizativas para las que no todos los profesionales del sector estaban dispuestos o capacitados, generando que en algunos casos esos mismos profesionales se enroquen en posiciones poco permeables al

cambio, desarrollando una percepción de acoso del externo, y reaccionando con actitudes de rechazo y de escepticismo ante su posible participación en movimientos colectivos de naturaleza reivindicativa sindical.

El potente componente ideológico derivado de las tesis convenidas en la Declaración de Alma-Ata, y en las que más allá de la importancia de los aspectos propiamente clínico-asistenciales de la atención primaria en su clásica concepción de actuación sobre el individuo, a esta “nueva atención primaria” surgida de allí se le otorgaba una clara capacidad de intervención social y sociocomunitaria, implicó un justo y atractivo reto, pero también un largo listado de peligrosos abismos que a la postre podrían hipotecar la esencia misma por la que aquella reforma de Alma-Ata nació.

En el costoso proceso de implantación del nuevo modelo de atención primaria hasta nuestros días, debe mencionarse el liderazgo confuso y la aparición de intereses de clase o élite, identificados más con los intereses particulares de grupos que ejercen estrategias de presión en el plano ideológico, y expresado por la emergencia de una nueva forma de hegemonía jurídica, que se constituyó en aquellos días por la herida falsamente cerrada de la *cuestión* de la colegiación profesional, con la acobardada complacencia del gobierno respecto a la *obligatoriedad de colegiación*, y que en aquella primera legislatura de F. González fue respaldada de una forma más que implícita.

Mucho se ha escrito sobre la dudosa legitimidad con que en algunas CCAA aún se respalda la obligatoriedad en la colegiación de aquellos profesionales que trabajan de forma exclusiva para la administración pública (caso de la mayoría de los profesionales de Atención Primaria), así como de los perjuicios que esta obligatoriedad entraña para la viabilidad, sostenibilidad, desarrollo y dinámica de un sistema sanitario público, pero en cambio se olvida destacar el negativo impacto que esa presumible distorsión administrativa provoca sobre la capacidad de representación de los trabajadores sanitarios y sobre su derecho a reivindicar mejores condiciones de trabajo que fidelicen al profesional con su propia empresa, empresa que no es otra que la administración pública al

servicio de la sociedad. Más allá de otras negativas consecuencias sobre la esencia misma del modelo sanitario, parece incuestionable que la colegiación obligatoria se convierte en un obstáculo para la inserción y militancia de los profesionales en otro tipo de organizaciones representativas más acordes con el mundo laboral en la actualidad.

## Percepción sindical

La desidia que las organizaciones sindicales han dedicado a la atención primaria ha generado una negativa percepción del sector hacia los sindicalistas que utilizan horas sindicales. De nuevo, la percepción que los profesionales sanitarios reciben de las tareas propias de representación no obedecen sino a dictados ancestrales, más propios de la percibida desde una cierta atalaya de clase privilegiada, que identifican con cierto menosprecio esa función, jurídica y socialmente legitimada, con habilidades obreristas menores y por tanto hasta posiblemente denostables desde esa perspectiva de clase hegemónica. No son pocos los profesionales que, enrocados en su burbuja de hipertecnologización y nutriéndose de grandes dosis de escepticismo, expresan un profundo desinterés por gregarizarse (en un sentido despectivo) ante las propuestas de esas organizaciones sindicales que, en definitiva, “*siempre parecen tener intereses ocultos, sectarios ó políticos*”.

A la particular percepción que los sanitarios de atención primaria tienen respecto de la dinámica sindical o de representatividad, distante de cualquier forma de “obrerismo”, deberíamos añadir que estos profesionales exhiben un singular pragmatismo en lo que concierne a la eficacia de cualquier medida de presión o movilización, mostrándose escépticos respecto a si esas posturas de fuerza lleguen a traducirse en una efectiva mejora de sus condiciones de trabajo. Excepcionalmente, sólo en las ocasiones en que se defienden planteamientos corporativos y muy diferentes de los relativos a la mejora general de las condiciones laborales, es cuando muchos profesionales suelen verse concernidos por las organizaciones gremiales para involucrarse y adoptar posiciones más o menos

radicales. Como exponente de esta circunstancia baste recordar la forma masiva en que muchos profesionales se suelen adherir a propuestas de huelga cuando ésta se lanza contra el propio modelo público o contra alguna de sus “atrevidas” prestaciones, atentando así frontalmente contra un dispositivo que supuso una verdadera conquista social de todo el conjunto de la sociedad española desde finales del siglo pasado hasta hoy, y observando por el contrario cómo paradójicamente no se esgrime ninguna discriminación en esas medidas de fuerza hacia la propia estructura organizativa patronal ó hacia su gestión, con lo que a la postre lo que se consigue es poner en solfa la propia esencia del dispositivo público en beneficio de un sector privado que así recoge los frutos.

## **Rompiendo moldes**

Históricamente, las huelgas y las medidas de fuerza empleadas por las organizaciones legítimamente designadas para defender los derechos de los trabajadores se planteaban contra la patronal en sus múltiples formas, pero las medidas de fuerza empleadas en ocasiones por algunas organizaciones corporativas y gremiales sanitarias se diseñan hoy como un pulso contra ciertas conquistas sociales muy apreciadas por el conjunto de la sociedad, lo que deslegitima la movilización en sí misma y predispone en contra a la propia sociedad, que no comprende el juego en esta dinámica de relaciones de poder. Como ejemplo para la reflexión de la sociedad ante este tipo de movilizaciones por parte del personal sanitario, resulta oportuno recordar cómo la huelga de médicos de los hospitales psiquiátricos franceses en la década de los sesenta, convocada para reformar sus condiciones laborales, propició como consecuencia la mejora ostensible en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos institucionalizados.

Si a esa mencionada áspera percepción social que provocan estas movilizaciones en sanidad le añadimos que dentro de la propia administración existen directivos - altos cargos frecuentemente- con intereses particulares muy proclives a la privatización de servicios, entonces se comprenderá perfectamente cómo en ocasiones esas movilizaciones

parece que se facilitan complacientemente para cortar el suministro de legitimación que posee y necesita el dispositivo público, con la intención de allanar el camino a intereses particulares y privados. Una expresión de la insólita lógica que se observa en el sector sanitario, ante las movilizaciones promovidas por organizaciones gremiales, la encontramos en cómo la doble dedicación, aceptada y fomentada por la propia administración pública no exigiendo la dedicación exclusiva, se convierte en el instrumento más válido y eficaz con el que algunos *huelguistas* cuentan, habida cuenta de que en no pocos casos, durante las jornadas de huelga, suelen poseer otra vía de entrada de recursos económicos distinta de su ejercicio en el dispositivo público.

Así resulta que el sector privado no sólo es el beneficiado por las movilizaciones en la sanidad pública al recoger frutos puntuales, sino que, en ocasiones, dichas movilizaciones pueden encontrar cierta explicación como estrategia perfectamente diseñada y premeditada para la búsqueda de mayores cuotas de mercado por parte de grupos de empresa del propio sector privado, o de personas que encuentran intereses en ambos sectores, como pueden ser los profesionales que simultáneamente trabajan para el SNS y paralelamente mantienen abiertas consultas privadas o al servicio de mutuas o compañías de seguros.

Más allá de ahondar en lo devastador que es para la consolidación del SNS la *doble dedicación*, lo que aquí pretendemos expresar es que esa doble dedicación, o la *ausencia de exclusividad*, es la que actúa como elemento desmovilizador del necesario afán solidario que debe inspirar la afiliación en organizaciones con capacidad legal de representatividad y de movilización.

## **Representatividad en atención primaria**

Y lo evidente es que en atención primaria no pueden ni deben menospreciarse las dificultades del trabajo sindical, especialmente en este sector fuertemente atomizado, fragmentado en múltiples centros y consulto-

rios (más aún en los rurales), en algunos casos muy distantes geográficamente de las sedes de las centrales sindicales, y donde se hace muy difícil la detección y la transmisión de las necesidades y, por ello, también la credibilidad en los sindicalistas.

Son pocos los profesionales sanitarios que conocen la legislación que dota de cobertura jurídica a la existencia de los órganos legales de representación en la administración patronal (Juntas de Personal y Comités de Empresa). También es cierto que esos órganos suelen olvidar la atención primaria para centrarse sólo en los hospitales, pues es en éstos donde está más concentrado ese voto ciertamente clientelar que en las elecciones sindicales (EESS) va a nutrir la mayor o menor capacidad de representatividad de cada sindicato, su poder, y también sus posibilidades de financiación, crecimiento y penetración, olvidando así que, como irónicamente se afirma *“fuera del hospital,...también existe vida inteligente”*.

## **Se produce el divorcio**

Como consecuencia de ese abandono de los profesionales respecto a sus propios órganos de representación, éstos responden con una llamativa ausencia de estudio y compromiso en temas tan dispares como el origen sociolaboral, las condiciones de trabajo o la contaminación atmosférica y electromagnética, temas en que la atención primaria, como forma de entender la atención en salud despojada de su servidumbre biomédica, debería desenvolverse. Ese desencuentro entre los profesionales de atención primaria y los órganos de representatividad se expresa en la ausencia de sensibilidad de éstos y de las organizaciones sindicales respecto a los trastornos derivados de la actividad profesional y al mundo de las enfermedades de etiología laboral.

Y el divorcio se acentúa aún más, pues cuando las organizaciones representativas se pronuncian en algún sentido, entonces surge una actitud de incredulidad por parte de los profesionales, como por ejemplo ocurre respecto a iniciativas tipo Plataforma 10 Minutos (tildados frecuente

y frívolamente como de *políticos*, escaladores, arrivistas, pisamoquetas, vagos, abstencionistas,...*sindicalistas* en suma).

El contragolpe no se hace esperar, y así las organizaciones profesionales y sindicales exhiben una frontal renuncia a adentrarse en la problemática del sector, quedándose algunos de sus líderes estancados y a veces visualizados como entronizados popes patricios de alguna dependencia de la administración sanitaria y sacerdotes de nuestras asociaciones representativas, absolutamente impermeables al devenir de los problemas que se producen en la atención primaria. Prueba de ello es, por ejemplo, el no plantearse con contundencia el deber, casi moral, de negociar algo tan obvio como es el derecho a la libranza post-guardia, lo que resulta una dejación ética de los representantes sindicales, así como también quizá una cierta incoherencia de las propias sociedades científicas de atención primaria.

## Un escenario singular

Por otra parte, y coadyuvando al fenómeno de distanciamiento entre el mundo sanitario y el sindical, no podemos olvidar la singularidad de la normativa legal en materia de *derecho a la huelga* de aplicación en el sector sanitario. Al ser la sanidad un sector catalogado como *servicio esencial para la comunidad*, las movilizaciones tipo “huelga legal” resultan ser muy recortadas en este sector, ya que la designación de los *servicios mínimos* suele ser tan abusiva por parte de las administraciones sanitarias, que se ha llegado a dar la paradoja de que durante una jornada de huelga algunos servicios gozan de mayor plantilla que durante una jornada ordinaria normal. En este escenario, no es extraño encontrar profesionales que renuncian a apoyar y adherirse a alguna forma de movilización, pues con independencia de los perjuicios obvios de tipo económico que ello implica para el profesional, es frecuente observar cómo subyace en ellos la convicción de que será igual adherirse a una huelga o no, ya que el destinatario *diana* de la movilización (que en sanidad pública es la administración sanitaria) dispondrá de la mayoría de sus efectivos, y además gra-

tis, en base a la reducción salarial que conlleva el adherirse a una jornada de huelga. En esta tesitura, un importante número de profesionales sanitarios renuncian a esta forma legal de presión que es la huelga, en tanto mecanismo de lucha por los legítimos derechos de los sanitarios como trabajadores por cuenta ajena que son.

El reciente episodio vivido en nuestro país, en el que se ha producido una polémica y controvertida huelga de jueces y magistrados, debería hacernos reflexionar sobre las formas y modos éticos en que los profesionales de determinados sectores deberían acceder a este derecho contemplado en nuestro ordenamiento jurídico como ley orgánica, y muy en particular, intentar avanzar en esta cuestión referida al sector sanitario, para así intentar recobrar el derecho a ejercer esta forma de reivindicación, delimitando por medio de normativas diáfanas y transparentes cuáles deberán ser los servicios mínimos y cuáles otros son simples herramientas perversas de desmovilización por parte de la administración sanitaria que, paradójicamente, ante estos conflictos ejerce como juez y parte, pues interviene simultáneamente como patronal y como autoridad laboral competente. Urge pues, trasladar el “coloquio singular” (médico-paciente) que decían los defensores del modelo liberal, al “pacto social” (sanitario-administración) para, respetando las necesidades y demandas objetivamente urgentes de la sociedad, avanzar así en la recuperación y regulación de los derechos laborales del personal sanitario.

## **La vertebración y participación social**

A todo lo dicho debemos añadir la ausencia de planteamientos reivindicativos, tanto por parte de la mayoría de los Equipos de Atención Primaria como de la propia la población (para mejorar la calidad asistencial), y todo ello a ejercer en el seno de los Consejos de Salud del ámbito de las Zonas Básicas de Salud, lugar cuyo marco debería convertirse en el escenario apropiado donde confluyesen los intereses de una mejor calidad asistencial para la población, con los reivindicativos laborales de los profesionales, siendo aquí donde procedería recordar de nuevo la experien-

cia francesa por las consecuencias positivas que para la población tuvo aquella huelga de médicos de hospitales psiquiátricos.

En general, y con excepción de alguna asociación en concreto, tanto la organización colegial como los sindicatos gremiales corporativos y también la ingente cantidad de sociedades que existen en el ámbito de la atención primaria, casi todas se han pronunciado de forma manifiestamente ambigua, por no decir complaciente, con la introducción de formas mixtas de gestión, tales como las Entidades de Base Asociativa, los institutos clínicos, las fundaciones, los consorcios, o las Iniciativas de Financiación Privada (PFI), con lo que ese mosaico de organizaciones compiten por mayores cuotas de clientelismo a costa de enunciar con descaro lo que sugieren los discursos paradigmáticos de *otras formas* de entender el ejercicio profesional y orientados a recrear otros modelos *diferentes* de sistema sanitario. La complicidad con que muchas organizaciones, sociedades, o sindicatos gremiales aceptan la *colegiación obligatoria*, la *doble dedicación*, o la desaparición de complementos de *exclusividad*, en un abanico de oferta según categorías profesionales, ideología, posicionamiento ante la sanidad pública o ante las reformas implantadas o a implantar, demuestran cuan lejos se está de que estas organizaciones luchen por mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios del SNS español, y de que éste progrese en sus planteamientos doctrinales.

A pesar de que la LGS del 1986 así como las distintas legislaciones autonómicas de ordenación de los servicios regionales de salud de las CCAA, han puesto un cierto énfasis legislador en crear los marcos jurídicos necesarios para la participación social y profesional en la gestión de sus recursos y en la defensa de un modelo sanitario, resulta manifiesto que esa intención ha quedado reducida a unos planteamientos retóricos en un marco teórico y formal, sin que realmente haya existido interés político en catapultar una auténtica dinámica de participación y vertebración.

En la actualidad, ningún servicio regional de salud de las CCAA demuestra especial interés en dinamizar y dar contenido de participación

activa y deliberativa a las decisiones de la comunidad propietaria de sus servicios sanitarios, y así, los excepcionales casos en los que aún se observa un cierto atisbo de funcionamiento de estos órganos de participación, la triste realidad es que sólo se mantienen por inercia, de manera testimonial, y en una dinámica pasiva y exclusivamente receptiva de las absurdas estrategias que los vocales representantes de la administración en esos Consejos proponen, casi siempre en cuestiones domésticas y de gestión, pero sin ningún calado en materia de reformas importantes para la mejora del servicio asistencial o en materia de salud pública, y mucho menos en todo aquello que pueda afectar a las condiciones de calidad en el trabajo de los profesionales.

Ante esta burla, símil de participación, que se percibe en las reuniones ordinarias y trabajo de estos órganos de participación, los vocales representantes de la población, así como los de los profesionales del ámbito, acaban perdiendo cualquier esperanza en la utilidad de dichos órganos, mostrando una indiferencia y desmotivación para seguir manteniendo la presencia en los mencionados órganos, lo que viene a explicar el porqué muchos Consejos han cesado en su actividad por falta de *quorum*.

En el escenario concreto de la atención primaria, algunas asociaciones, agrupaciones y organizaciones surgidas transversalmente con vocación y objetivos diversos, como SESPAS, REAP, Grupo CESCA, FADSP, etc, y acaso puntualmente también algunos sindicatos de clase, han sido las únicas organizaciones que han prestado atención a los problemas laborales que padecen los profesionales y que se encuentran estrechamente vinculados con aspectos estructurales y organizacionales derivadas de la desidia de los poderes políticos por mejorar el sistema público.

## **Sociedades Científicas**

Las sociedades científicas en atención primaria no difieren demasiado del resto de sociedades medico-científicas (7). Nacidas para cumplir objetivos de tipo científico, de investigación y asistenciales, pues los otros

objetivos profesionales y de formación deberían ser asumidos por las organizaciones sindicales y las colegiales, las sociedades, tal y como se conciben originariamente, reúnen a un buen número de profesionales y, en muchas ocasiones, se arrojan una representatividad pseudo-sindical, sin disponer para ello del necesario marco jurídico que justifique tal actividad.

En el horizonte de las sociedades científicas para el ámbito de la atención primaria encontramos diversas sociedades de médicos, de enfermería, de farmacéuticos, de pediatría, de psicólogos, de trabajadores sociales, etc, y así, entre las más destacadas o que reúnen a un mayor número de profesionales podemos mencionar a la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (SMFyC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, la Sociedad Española de Medicina General, la Sociedad Española de Farmacéuticos de AP, la Sociedad de Enfermería de AP, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria, la Sociedad Española de Pediatría de AP, la Sociedad Española de Directivos de AP, etc...

La que más intervenciones realiza en el ámbito de congresos y publicaciones de atención primaria, así como más menciones merece en el mundo mediático profesional, es la SMFyC. Esta sociedad, arrancando su existencia a partir de la creación de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, ha venido desarrollando un trabajo en la defensa de un nuevo modelo de atención primaria en la línea de lo propugnado por la Conferencia de Alma-Atá, pero también es verdad que está sometida a ciertos vaivenes doctrinales derivados de la línea de dirección que predomine en cada momento, y hoy es el día en que, según de qué comunidad autónoma hablemos, parece que va deslizándose hacia posiciones más en la línea del discurso neoliberal en materia de política sanitaria, adoptando marcos de operatividad reducidos a lo estrictamente asistencialista, y olvidando otros postulados relacionados con la promoción y con el trabajo comunitario.

La deriva consumista, y la tendencia a la medicalización de la vida de la población (8), va provocando que tanto la SEMFyC como otras socie-

dades presten acogida a las propuestas de congresos, jornadas o talleres que son financiados por la industria farmacéutica y de tecnología médico-quirúrgica. Es por ello que estas actividades así *franquiciadas* no pueden abstraerse de su dudosa calidad metodológica, así como de una credibilidad cuando menos cuestionada en sus conclusiones y resultados.

Otros colectivos profesionales, como es el caso de la enfermería, se encuentra organizado en diversas asociaciones, y entre ellas, la mas destacada puede ser la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria, que conformada por profesionales críticos respecto al escaso papel e influencia que viene desarrollando el sindicato SATSE en el desarrollo de su profesión, cree que desde esta sociedad puede encontrar un espacio específico y merecido para los profesionales de una enfermería *nueva* y distinta, con más parcela de intervención, más responsabilidad clínica, más peso en la toma de decisiones, y más capacidad autónoma en la resolución de problemas. En los últimos meses, algunas de estas asociaciones de enfermería vienen defendiendo la capacitación para ejercitar la conocida *prescripción de enfermería*, como modo *simbólico* de acceso a mayores responsabilidades desde su nueva cualificación según el Plan Bolonia, En nuestra opinión, este aspecto de sus reivindicaciones debe ser analizado cuidadosamente, pues la concesión de tal *capacidad de prescribir* podría buscar simplemente no un mayor mérito, o reconocimiento profesional de la enfermería, sino la interesada legitimación de la transferencia a la enfermería de las muchas y pesadas cargas burocráticas que tan asfixiado mantiene actualmente al colectivo médico. Por lo tanto, al actual debate sobre la prescripción de enfermería habría que distraerle del simple marco dialéctico o deontológico sobre competencias, o del de la resistencia a la pérdida de poder de algún colectivo hegemónico, ya que podría tratarse de un *debate-trampa* respecto a la mayor o menor capacidad de la enfermería en la resolución del trabajo en atención primaria.

Mas ambiguos y opacos resultan los objetivos para los que nacen las sociedades de farmacéuticos de atención primaria, que agrupa a todo tipo

de farmacéuticos y que, precisamente por ello, antes de constituirse en genuinos defensores y colaboradores del sistema sanitario público debería saber discriminar cuales de sus actuaciones van realmente encaminadas a la colaboración con el dispositivo sanitario público, no olvidando que en este escenario no se puede “soplar y sorber” simultáneamente, y que los farmacéuticos propietarios de oficinas de farmacia difícilmente van a apoyar iniciativas de política sanitaria que en el plano del gasto farmacéutico puedan perjudicar la contabilidad de su caja registradora.

Sin entrar en detalle respecto al resto de sociedades de menor implantación en atención primaria, sí merece especial atención la agrupación Plataforma Diez Minutos, que simbolizando su objetivo en la consecución de un mínimo de *10 minutos por paciente en consulta*, intenta así sintetizar una serie de propuestas estructurales de mejora en el plano organizativo del trabajo de primaria. El inicial mosaico de organizaciones que conforman esta Plataforma ha pasado de ser una esperanza de cohesión y aglutinación de reivindicaciones, a convertirse en un marco que enmascara diferentes tensiones y conflictos, y además, todo ello tanto más manifiesto según de que comunidad autónoma se trate. Quizá merezca la pena realizar un nuevo esfuerzo integrador para reformular los objetivos de la Plataforma, para que huyendo de estériles liderazgos y protagonismos, dicha plataforma suponga un verdadero lugar de encuentro de quienes buscan una mejora en la metodología, organización y gestión del trabajo en atención primaria. En nuestra opinión, no es posible ningún éxito en la implementación de otro modelo organizativo que no pase por el consenso de todos los agentes y componentes de esta plataforma, a sabiendas de que a este proyecto sólo se podrá concurrir cuando previamente se han despojado todos los intereses tribales y segmentarios de los diferentes componentes del grupo. Estamos convencidos de que, en lo que concierne exclusivamente al ámbito de la atención primaria, esta propuesta aún ofrece expectativas positivas y prometedoras si en ella se encuentran integradas asociaciones y grupos independientes (FADSP, REAP, SESPAS y otras).

## Recapitulando despropósitos

En un escenario de carencias a la hora de apostar por impulsar en toda su dimensión la atención primaria dentro de un SNS que prometía su *eldorado*, y de su actual *falta de desarrollo*, no es posible entender esta situación actual sin considerar el pobre papel que han jugado en este producto final las organizaciones de representación de los intereses de los profesionales, así como las diferentes organizaciones profesionales y los órganos e instrumentos de participación que la legislación dispone para ello.

Así, las organizaciones sindicales del sector, en la búsqueda de afiliación y de otras fuentes de financiación, se limitan a competir por ofrecer cursos y talleres de una mal considerada *formación continuada*, así como cursos para preparar pruebas de acceso y oposiciones, siendo estos cursos generalmente de escaso interés científico, carentes de pertinencia, con deficiente metodología pedagógica, nula capacidad de evaluación y ninguna credibilidad desde el punto de vista formativo, suponiendo además que ésta actividad paralela que “ofrecen” estos sindicatos resulta una usurpación de las labores propias de las organizaciones colegiales y, peor aún, de la propia administración pública, la cual, gracias a ello, se ve liberada de la tan pesada obligación de mantener una actividad continua de formación para sus profesionales, en la búsqueda de una mejor adecuación de sus conocimientos y habilidades a sus concretos puestos de trabajo.

No es comprensible el silencio y la nula intervención de los sindicatos, en la protesta y reivindicación del *deslizamiento* que está sufriendo la atención primaria por verse sometida a planteamientos de gestión que sólo buscan objetivos economicistas, partidistas, y/o electoralistas, mientras naufraga en un mar de burocracia que le asfixia el tiempo necesario para desarrollar las tareas propias de su campo. Esa misma presión burocrática y de medidas de gestión no hace sino configurar un clima laboral deteriorado que sólo provoca desmotivación y agotamiento físico, profesional y también moral.

Aunque es cierto que esa desmotivación profesional se agrava ante la demanda a veces injustificada de una sociedad entregada a un hiperconsumismo general, producto del modelo económico capitalista en el que estamos inmersos, en el caso de la sanidad se ve fomentada por la seductora imagen que se ofrece de una tecnología sanitaria a su vez hipertrofiada en unas expectativas que socavan la percepción del binomio biológico “salud-enfermedad” hacia un progresivo proceso de medicalización de la vida (8) y *neurotización* de la sociedad, y que es la propia impotencia y desmotivación de los profesionales la responsable de llevar a muchos de éstos a enrocarse en actitudes profesionales defensivas, no pudiendo obviar que en una gran proporción esa desmotivación profesional tiene su origen en problemas vinculados a cuestiones organizativas de las que la administración no parece querer entender, y de las que las organizaciones sindicales tampoco parecen saber integrar en sus reivindicaciones y propuestas de mejora en materia de salud laboral.

Tampoco puede ignorarse la complacencia con la que algunas organizaciones acatan planteamientos en materia de contrataciones, con formas de contrato basura e indignas. Estas contrataciones, en vez de priorizarse por una más adecuada asignación de efectivos y por el necesario ajuste de plantillas que va imponiendo la evolución migratoria, demográfica y de morbilidad de las diferentes regiones, van adecuándose hacia unas formas perfectamente *esclavistas*, sin seguridad ni garantías para los trabajadores ni sus familias, ni para su proyecto profesional o vital (como es el caso de las condiciones de trabajo ofertadas a sustitutos, eventuales y profesionales llamados de Área), y formas de contratación con las que la administración encuentra un considerable ahorro en el capítulo I de personal, aún a sabiendas de que fórmulas así ponen en evidencia su nula capacidad de planificación de recursos humanos y el desprecio que la administración dedica a sus profesionales y a aquellos objetivos no asistenciales que configuran la integralidad del trabajo en atención primaria.

El diseño de la propia legislación en materia de Órganos de Representación, aún siendo susceptible de ser revisada, es posible que pueda colmar las expectativas de los trabajadores y trabajadoras de otros sectores, pero no así de los empleados públicos del sector sanitario para el ámbito de la atención primaria, personal que se ve en franca indefensión por la ya mencionada escasa presencia que consiguen en las Juntas de Personal y Comités de Empresa, donde abundan de manera casi abrumadora el personal que trabaja en los hospitales y centros de especialidades. No podemos olvidar que la *escasa presencia* de profesionales de atención primaria en los órganos de representación depende, exclusivamente, de las propias organizaciones sindicales que concurren a los procesos electorales, y que es el resultado de la poca visibilidad que se les otorga a estos profesionales en los lugares destacados de las candidaturas presentadas.

Lugar aparte merece el caso de la atención primaria rural (predominante en algunas CCAA), donde las propias características del territorio (dispersión, incomunicación e inaccesibilidad de los lugares de trabajo) provoca que las organizaciones sindicales perciban muy pobremente los problemas y las precarias condiciones de trabajo en la que prestan sus servicios habitualmente estos profesionales, los cuales, por otro lado, tampoco van a figurar de manera influyente en las candidaturas a presentar en las elecciones sindicales, por lo que tampoco es esperable que salgan electos como delegados en los órganos de representación, con lo que el *círculo vicioso* de la falta de una representatividad específica que aborde y defienda la solución de sus problemas se cierra de manera inevitable. La necesaria dedicación horaria que el trabajo sindical exige, confronta radicalmente con la dificultad de sustitución que estos puestos de trabajo en el medio rural plantean ante la actual escasez de profesionales, por lo que la dedicación del profesional a determinadas tareas sindicales implica la asunción de una doble carga de trabajo por parte de los restantes compañeros del EAP en el que está incluido el supuesto sindicalista. Esto conduce a que con demasiada frecuencia los delegados sindicales en atención primaria rural renuncien a su responsabilidad o, sencillamente, no acepten responsabilizarse de la representatividad ofrecida por las organizacio-

nes sindicales, con lo que la distancia entre estos profesionales y sus organizaciones sindicales aumenta, y el desconocimiento de las necesidades y problemas del sector acaba siendo absoluto para esas organizaciones.

## El impacto de la cuestión de género

La mayor feminización de las profesiones sanitarias de las dos últimas décadas, con el pluriempleo de la mujer en su doble vertiente laboral y doméstica, y obligada por los dictados de una sociedad dominante y patriarcal en un modelo social aún con profundas desigualdades en materia de género, contribuye de manera determinante a que un gran número de profesionales (las mujeres) encuentren grandes dificultades para dedicar parte de su escaso tiempo a las múltiples reuniones y visitas a centros de trabajo que la actividad sindical requiere, ó dicho de otra forma, también en el sector sanitario las mujeres parecen supeditadas a su *techo de cristal*.

Es sabido que la historia del movimiento obrero europeo ha venido marcada por las dificultades de la participación de las mujeres. Salvo casos o episodios excepcionales y célebres (Flora Tristán, Rosa Luxemburgo, Clara Zetkin, Teresa Claramunt, o la misma Federica Montseny), el prototipo de sindicalista ha sido históricamente el de un varón, obrero, preferentemente industrial, de cualificación media, formación modesta y alta carga ideológica. En el sector sanitario, el carácter liberal de la profesión médica de antaño (todos o casi todos varones), y la dependencia y estrecha vinculación de la enfermería (todas mujeres) con el clero jerarquizado en órdenes religiosas, hizo muy difícil el acceso de la mujer al trabajo sindical.

Hoy, afortunadamente, existen multitud de mujeres en tareas sindicales, especialmente en los servicios sociales, administración pública, enseñanza y sanidad, pero ello no es expresivo de la necesaria operatividad que la mujer podría aportar al trabajo sindical en el ámbito de la atención primaria. Salvo excepciones, el trabajo sindical está diseñado

con métodos, modelos y horarios diseñados por hombres, y en el actual marco de desigualdad de género en la distribución del trabajo doméstico, no parece fácil que muchas mujeres puedan tener la disponibilidad necesaria para entregarse a la actividad sindical. Si a la progresión de la feminización entre el personal sanitario le añadimos la dificultad de la incorporación de la mujer a la actividad sindical, el resultado es que ésta es una cuestión añadida que incrementa la escasa inclinación del personal de atención primaria hacia el trabajo sindical, y la limitada disponibilidad que en él se observa.

Por todo ello, las organizaciones sindicales deberían cambiar enfoques organizativos internos hasta ahora inamovibles (horarios, lugares, extensión de las reuniones), para hacer posible un trabajo sindical más en sintonía con la necesaria conciliación laboral y familiar de hombres y mujeres, propiciando otras coordenadas tiempo/espacio (9) más favorables a la incorporación al campo sindical de la mujer que trabaja en atención primaria, y que aún *debe* simultanear su trabajo con las cargas derivadas de roles culturales hegemónico-patriarcales de claro perfil machista.

## **El impacto demográfico y de política territorial**

La administración sanitaria, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico, expresa una profunda incapacidad para la planificación de recursos y la renovación y reposición de efectivos. Y ello en un sector que, como el sanitario, está amenazado por la alta tasa de jubilaciones que se esperan para los próximos años, así como por la tan escandalosa como permitida fuga de profesionales a otros países de la UE.

En estos momentos de ataque frontal contra el modelo público sanitario, cuyo más diáfano exponente es la política de privatización llevada a cabo en la Comunidad de Madrid por el gobierno del Partido Popular, parece que es la atención primaria la que está sufriendo un proceso de reformulación de estrategias y objetivos que propenden a debilitar y

depauperar sus innegables fortalezas iniciáticas, al menos en el plano teórico. Los permanentes desajustes e insuficiencias presupuestarias en dotación de recursos, plantillas, organización, y la ambigua definición de responsabilidades y competencias no hacen sino conseguir dotar de un ambiente hostil al micromundo laboral sanitario, colmando de frustración y desaliento a sus propios profesionales, y convirtiendo a este colectivo en la diana de sus estrategias desvertebradoras.

El desprecio de muchas CCAA hacia los compromisos adquiridos en el proyecto *Estrategia 21*, y el que a todos esos aspectos ya mencionados debemos añadir la permanente eventualidad de muchos puestos de trabajo, la arbitraria movilidad de plantillas, la ausencia de codificación de puestos de trabajo, la inexistente planificación en la adscripción de recursos y la nula adecuación del perfil del puesto de trabajo a las necesidades sanitarias de cada ámbito, todo en su conjunto no hace sino contribuir a dimensionar la desincentivación de los profesionales.

Esta situación, que por sí sola debería provocar un repunte del movimiento reivindicativo de los profesionales, deviene paradójicamente en un alejamiento de estos respecto de sus organizaciones sindicales, las mismas organizaciones que precisamente deberían enarbolar la defensa de un mejor clima laboral, y hacia las que los profesionales, imbuidos de una miopía y un individualismo alarmantes, profesan un militante escepticismo.

Las transferencias de las competencias asistenciales, gestionadas apresurada y deficientemente por el gobierno de Aznar en el año 2001, y que se saldó con la desarticulación formal del extinto INSALUD en favor los Servicios Regionales de Salud de cada CCAA, ha puesto de manifiesto que mientras la tendencia de las estructuras económicas del sector productivo y financiero tiende a las fusiones, el sector sanitario se fragmenta en parcelas regionales, lo que lo convierte en más *vulnerable* para la voracidad desreguladora contenida en el discurso neoliberal y privatizador de la sanidad. En este proceso de transferencia de la gestión sanitaria a las CCAA, también, paralelamente, la fuerza sindical ha disminuido al parcelarse la capacidad de respuesta de las organizaciones que, ahora más locales, regiona-

les y domésticas, se convierten en más dóciles y vulnerables, y que por ubicarse excesivamente próximas a la administración patronal, permite que ésta, sin remilgo alguno, ejerza su *abrazo del oso* y ofrezca subvenciones, financiación, liberaciones, cursos, congresos, etc, a las organizaciones de su ámbito local y territorial, desactivando así la capacidad de acción y respuesta que dichas organizaciones deberían exhibir.

## Una difícil pero posible reconstrucción

No podemos eludir la preocupante situación en que se ubica la credibilidad del sindicalismo en general, en unos momentos como los actuales en que la crisis económica y financiera en que se encuentra sumido el modelo global capitalista hace que los enunciados promulgados por altos tribunales, como el de las Comunidades Europeas por ejemplo, cuestione el peso o significado que el concepto de representatividad de la fuerza del trabajo ha tenido desde finales del siglo XIX hasta ahora, insinuándose así que dicha conceptualización vaya deslizándose hacia roles retóricos escasamente efectivos y mas bien simbólicos, sacralizando así lo que algunos han llamado el nuevo *Dumping Social* del Parlamento Europeo (10).

Los casos Viking en Finlandia, Ruffert en la Baja Sajonia, y el fallo Laval, en los que reiteradamente el Tribunal Superior de las Comunidades Europeas se pronuncia deslegitimando acuerdos adoptados previamente en las esferas de negociación entre sindicatos y empresas, no deja de ser preocupante. Amén de estas actuaciones genéricas en el mundo laboral, la forma en la que por parte de la CE se ha pretendido alargar la jornada laboral, que en el caso del sector sanitario podría erosionar la calidad de la asistencia sanitaria en aras de una rentabilidad extraña y poco entendible en éste ámbito, no deja de ser sino una amenaza para las futuras condiciones de trabajo de los profesionales de la salud en España y en el resto de Europa.

Así., y centrándonos en nuestro contexto, podríamos colegir que si en unos pocos años no se produce la necesaria adecuación y reforma de las

organizaciones sindicales de clase trabajadora, y no se fuerza un cambio político en la reorientación interna de éstos, los sindicatos de clase desaparecerán del sector sanitario (11).

Quizá haya que forzar y postular la exigencia de “*construir un bloque intelectual y moral*” que haga políticamente posible un progreso intelectual conjunto y de clase, y no solo de escasos grupos de élite sujetos a intereses de “*grupos de presión conservadores y en defensa de privilegios y prebendas*”. Si esa clase trabajadora del sector sanidad “*no tiene una clara conciencia teórica de su forma de obrar, esa misma conciencia teórica puede estar incluso en contraste con su forma de obrar*” (12). El profesional obra prácticamente, y al mismo tiempo que tiene una conciencia teórica heredada de su pasado como profesional liberal, cada día resulta más acogida de un modo acrítico (13). La verdadera comprensión crítica de nosotros mismos deberá exigir una lucha de hegemonías políticas, primero en el campo de la ética, luego de la política, para llegar luego a una elaboración superior de la propia concepción real como trabajadores por cuenta ajena del sector sanitario público.

La *conciencia política*, como parte de una determinante fuerza hegemónica, no es sino la primera fase para una ulterior y progresiva autoconciencia donde teoría y práctica finalmente confluyen (14). Y la aprehensión de esa *autoconciencia crítica* entre el personal sanitario implica la adhesión, creación y participación de una serie de profesionales intelectualmente independientes que necesitan organización, reconociendo que no puede existir tal organización sin un soporte teórico intelectual, y entendiendo por “*soporte intelectual*” no sólo un cuerpo doctrinal con un enunciado dialéctico puro, sino también a un colectivo de profesionales más o menos expertos en la elaboración conceptual y filosófica de sus propios intereses en un marco general como el de la atención primaria. En esta empresa, la clave estará en hacer partícipe a la sociedad de que la lucha reivindicativa laboral de los profesionales tiene mucho que ver con la calidad y adecuación del dispositivo sanitario público del que ella es su dueña y beneficiaria.

Sería ocioso sugerir que para esta tarea, y en beneficio de la imprescindible vertebración social y profesional que debe existir en el ámbito de la atención primaria, deberán ser las organizaciones sindicales las que trabajen en la dirección adecuada y con planteamientos necesariamente genuinos. Todo ello pasa, además, por la necesidad de *convicción* del conjunto de los profesionales de atención primaria de que es preciso sumarse de manera propositiva y activa en la militancia de las organizaciones descritas, militancia que debe implicarse en el seno de los sindicatos de clase trabajadora, en asociaciones independientes y en aquellas sociedades científicas que demuestren independencia de los poderes políticos y de la industria farmacéutica.

No existe mejor estrategia para la defensa de las adecuadas *condiciones de trabajo de los profesionales*, que la unión colectiva de todos ellos bajo una bandera común que no puede ser otra que la *defensa y mejora de la sanidad pública* en tanto valor social conquistado en nuestra inacabada transición política hacia esta incompleta e imperfecta democracia (15) delegada y formal que decimos disfrutar.

## Bibliografía

1. “La nueva organización del desgobierno”. Alejandro Nieto. Ed. Ariel. 1996
2. “Die medizinische reform”. Rudolph Virchow. 1848.
3. “La economía política de la sanidad. Perspectiva clínica”. J. Tudor. Ed. GPS 2009.
4. “La medicina impugnada”. Guy Caro. Ed. Laia. 1977
5. “Los usos sociales de la ciencia”. Pierre Bourdieu. Ed. Nueva Visión. 2000.
6. “La estructura de las revoluciones científicas”. Ed. Méjico. Thomas Kuhn. 1971

7. “Los profesionales de la salud en España”. J.Gonzalez Medel. Ed. GPS. 2008
8. “Medicalización de la vida”. D.Reverte Cejudo. Rev. Salud 2000. 2007
9. “Sindicadas”. Maria José Sánchez. Ed. M° de Igualdad.2008
10. “La travail du consommateur”.-M. Anne Dujarier. Le Monde diplomatique.2009.
11. “ La economía en sanidad y medicina”. V. Ortun. Ed. La Llar del Llibre. 1991
12. “Escritos políticos”. Antonio Gramsci. 1925. Editorial Siglo XXI.
13. “Contrafuegos”. Pierre Bourdieu. Anagrama. 2001
14. “Historia de una conciencia”. J. Guehenno. Ed. French & European Pubns. 2004
15. “Bienestar insuficiente, democracia incompleta”. V. Navarro. Ed. Anagrama. 2002



## CAPÍTULO IX

# LA FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

*Diego Reverte Cejudo*

*Especialista en Medicina Interna. Jefe de servicio jubilado,  
expresidente de la Comisión nacional de Especialidad*

*Mercedes Reviriego Díaz*

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Unidad Docente de Cáceres*

### Resumen

- Hasta los años sesenta del siglo XX, la formación de especialistas médicos era caótica y voluntarista. La ley de especialidades de 1955 contemplaba múltiples vías de obtención de títulos de especialista, sin establecer verdaderos programas de formación
- En la décadas de los sesenta y los setenta, un grupo de especialistas de algunos hospitales, crean el *Seminario de Hospitales con Programas de Formación de Residentes*, embrión de todo el sistema posterior, insistiendo en la formación práctica y estableciendo programas.
- Durante todo este periodo, la Atención Primaria se practicaba por médicos generales: licenciados sin formación de postgrado reglada.
- En 1978 se publica un decreto de alcance estatal que establece programas de formación reglados y contempla la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) como una especialidad más, destinada a pres-

tar atención primaria con una visión comunitaria e incluyendo lo preventivo y la promoción de la salud.

- En 1984, un segundo decreto perfeccionó el de 1978 y, aunque con excepciones, estableció la formación por la vía de la residencia como única forma de poder ser especialista.
- Este decreto tenía deficiencias, como contemplar las especialidades médicas como entidades totalmente aisladas, con lo que eso supone de fragmentación asistencial y de rigidez para poder cambiar de especialidad. En la práctica, algunas de las actividades de evaluación y control que el decreto contemplaba no se llevaban a cabo con el rigor necesario, principalmente por razones económicas.
- Con todos sus defectos, la aplicación de esta normativa, concretamente la especialización en MFyC han sido fundamentales en la positiva evolución de la sanidad española a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.
- La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003 y el R. D. 183/2008 que la desarrolla, aunque contemplan la corrección de los defectos del R. D. 127/84, no lo hacen, de hecho, estando la cuestión pendiente de ulteriores normativas.

## Introducción

La Medicina es una profesión eminentemente práctica, aunque, naturalmente, desde el siglo XIX, con bases científicas. Sólo practicándola se puede aprender. Pero el objeto de la Medicina son los seres humanos, generalmente enfermos. Estos dos hechos incontestables hacen que la formación de especialistas en Medicina sea completamente distinta a la de otras muchas profesiones universitarias.

Se atribuye a William Osler (1849 – 1919) la introducción del ejercicio de la Medicina con supervisión por expertos, lo que entendemos por “*Residencia*”, como método ideal para la formación de especialistas. Su frase: “*Estudiar el fenómeno de la enfermedad sin libros es como navegar*”

*por un mar sin mapas, mientras que estudiar libros sin enfermos es como no ir al mar en absoluto*”, expresa perfectamente esta realidad que, a pesar de los años transcurridos desde su muerte, sigue siendo válida.

Mucho antes, en España, ya en los estatutos de la Universidad de Salamanca se establecía como mínimo un período de dos años de lo que hoy llamaríamos “Formación de postgrado o especializada”; cuatrocientos cuarenta y ocho años antes de que la Unión Europea estableciese ese mismo período mínimo como imprescindible para poder ejercer en la Sanidad Pública de sus países miembros.

Es justo señalar que un pequeño grupo de centros hospitalarios, entre los que destacan el de Valdecilla en Cantabria, el Civil de Basurto en Vizcaya, el de la Santa Creu y Sant Pau en Barcelona, el de la Fundación Jiménez Díaz en Madrid y el General de Asturias, se convirtieron en verdaderos pioneros de la puesta en marcha de programas de formación de especialistas. Mediante residencia y en la década de 1960 a 1970, establecieron, sin ningún apoyo real oficial y considerando como algo absolutamente voluntario su integración en el mismo, el llamado “*Seminario de Hospitales con Programas de Formación de Especialistas*”. Este seminario pretendía ser un órgano coordinador y homogeneizador de los programas y, aunque es poco conocido, tuvo una importancia considerable.

En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que se transforma en 1964 en un sistema de Seguridad Social de más amplia cobertura; se produce el boom de los hospitales y residencias sanitarias. Es inicialmente en las instituciones de la Seguridad Social donde paulatinamente se instauran programas formativos basados en el trabajo clínico supervisado por expertos con responsabilidad creciente y supervisión cada vez menor. En esa etapa inicial, cada centro convocaba las plazas que consideraba pertinentes y para las que disponía de financiación y no había programas, como tales. Sin embargo, el hecho de que un buen número de verdaderos y entusiastas especialistas, muchos formados fuera de España, ocupasen las plazas de facultativos de las nuevas instituciones hospitalarias, dio gran vigor a la formación mediante residencia y ésta se convirtió en algo irreversible.

## Ejercicio y formación en medicina de familia

En este contexto, dentro de la medicina general española, el médico titular es una de las figuras más antiguas de la Administración del Estado (Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 por la que se obliga a los municipios a crear la Beneficencia Municipal) (1). En la asistencia primaria había dos sistemas muy diferentes: la Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que funcionaba básicamente en el medio rural y las plazas de cupo de Medicina general del SOE que se ocupaba de la atención primaria urbana. En esta situación la estructura y el prestigio históricos de la medicina general decayeron inclinándose la balanza profesional y social a la especialización cada vez más compleja.

Es en 1978 con la publicación del Real Decreto 2015/78 (2) y su posterior desarrollo en el Real Decreto 3303/78 (3) cuando se establece una normativa legal moderna reguladora de la formación, que incluye unos programas definidos; así como la creación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, como órgano colegiado asesor de la Administración. Mayor trascendencia supuso aún la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFYC), definiendo al médico de familia como *“la figura fundamental del sistema sanitario que tiene que realizar una atención integrada y completa a los miembros de la comunidad”*, y que coincidió con la celebración de la Conferencia de la OMS-UNICEF de Alma Ata que instaba a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes para desarrollar la Atención Primaria de Salud.

La creación de la especialidad de MFYC supuso un cambio cualitativo muy importante, se regulaba y reglaba la formación del médico general, sujeta anteriormente a las motivaciones e iniciativas de cada profesional.

Con el comienzo de la reforma sanitaria se publica el Real Decreto 137/84 (4) sobre Estructuras Básicas de Salud, a partir de ese momento el tercer año de la especialidad se realiza en equipos de atención primaria.

Así pues, en España la Medicina de Familia nace como consecuencia de tres factores esenciales: el resurgimiento del modelo biopsicosocial, la

creación de la especialidad de MFYC y la creación del Sistema Nacional de Salud y la reforma de la Atención Primaria (5). Las características de la formación y del ejercicio médico en Atención Primaria se reflejan en la tabla 1.

**Tabla 1. Características de la formación en atención primaria**

• Cercanía a la realidad del proceso salud-enfermedad
• Especial comunicación con los pacientes y sus familias en entornos reales y situaciones emocionales cotidianas
• Visión holística del paciente, en un modelo bio-psico-social, orientada a la comunidad y basada en la resolución de problemas
• Interrelaciona actividades de promoción, protección y restauración de la salud
• Facilita la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes en todas las áreas competenciales genéricas
• Razonamiento clínico en un contexto de alta incertidumbre diagnóstica y alta frecuentación
• Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles
• Trabajo en equipo

Un nuevo Real Decreto 127/1984 (6) que ha estado, en gran parte en vigor, aunque con algunas modificaciones de poca trascendencia hasta principios de 2008, perfeccionó el de 1978 y contemplaba la residencia como vía única de formación de especialistas, si bien su disposición transitoria cuarta y varias disposiciones normativas posteriores han permitido que un número importante de facultativos obtengan el título de especialistas por otras vías.

Un acontecimiento decisivo fue la publicación de la Directiva 457/86 (7) de la Comunidad Económica Europea que establecía la necesidad de una formación específica en medicina general de al menos 2 años de duración en todos los países miembros, y que se sería obligatoria a partir del 1/1/1995 (8) para ejercer en los sistemas públicos de los países de la Unión Europea. La entrada en vigor de esta directiva comunitaria reconoce la formación en MFYC (vía MIR) como la única posible de forma-

ción postgrado en Medicina de Familia. En este momento, había un gran número de licenciados en Medicina y Cirugía en muy diversas situaciones laborales y profesionales que no podían trabajar en la sanidad pública; para resolver este problema se concedió a los profesionales que habían terminado su licenciatura antes del 31/12/94 el reconocimiento de los derechos adquiridos mediante un certificado acreditativo. También se realizó desde el año 1995 al año 2000 dos convocatorias MIR; una exclusivamente para licenciados posteriores a 1995 con plazas de MFyC y otra general con plazas de MFyC en menor proporción.

En el año 1998 se publica el Real Decreto 1753/98 (9) de homologación para realizar las pruebas objetivas para acceso al título de MFyC. Desde el 2002 se realizan pruebas de evaluación clínica objetiva y actitudes (ECOE) anuales a las que ya se han presentado más de 4.000 médicos.

En el año 2001 se produce la reunificación de convocatorias MIR y se publica la Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo Europeo que establece la necesidad de formación específica en medicina general como esencial y que debe durar como mínimo 3 años (1).

En el año 2003 se actualiza la regulación de la formación médica especializada mediante el Real Decreto 139/2003 (10) y se publica la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (11) que plantea la mejora del sistema de formación especializada, que incluye una reforma del sistema de acceso, la creación de la troncalidad y el desarrollo de áreas de capacitación específica.

En el año 2005 mediante la Orden SCO/1198/2005 (12) se aprueba y publica el tercer programa oficial de MFyC de cuatro años de duración, incrementándose el período formativo en Atención Primaria. El 9 de junio de 2005 se publica la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los Requisitos Generales de Acreditación y Reacreditación de las Unidades Docentes para la formación de Médicos Especialistas en MFyC estableciéndose un plazo de tres años para presentar estas solicitudes; actualmente el Ministerio de Sanidad está en proceso de resolución de estas solicitudes.

En cumplimiento de lo previsto en la LOPS se publica el Real Decreto 183/2008 (13) por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. En él se da mayor protagonismo a las comunidades autónomas en la organización y convocatoria de las plazas de residentes y en los procesos de acreditación y de control.

La creación de un sistema de formación especializada que, con sus defectos, ha funcionado adecuadamente y la inclusión en el mismo de la Atención Primaria son las bases que han dado lugar al excelente nivel de que goza nuestra sanidad, como se reconoce a nivel internacional. Esencialmente, hay una serie de características del sistema formativo que son positivas:

1. El reconocimiento, en principio, de la residencia como único método de formación especializada.
2. La existencia de criterios definidos para la acreditación de los centros docentes (hospitales y centros de salud) y de las unidades docentes de las diferentes especialidades en el seno de los mismos.
3. La existencia de unos programas docentes detallados, que se han ido mejorando a lo largo de los años.
4. La obligatoriedad de que haya en los centros acreditados un tutor por cada especialidad que se imparta y una Comisión Local de Docencia, en principio, independiente de los órganos gestores del centro (14).
5. La práctica de auditorías docentes periódicas con protocolos concretos. Es preciso señalar que, en los últimos años, ha disminuido la frecuencia de las mismas.
6. La evaluación de los residentes tras cada rotación y al final de su periodo formativo (14), incluyendo la cumplimentación, al menos en teoría, de un libro de residentes.

## Ventajas y debilidades del sistema formativo

Si se cumplieran razonablemente las normas y las directrices previstas para el funcionamiento del sistema, la formación sería casi perfecta. Sin embargo, cuando contemplamos la realidad, observamos una serie de incumplimientos que hacen que la realidad sea menos positiva. En primer lugar, las evaluaciones de las rotaciones, tanto las anuales como la final, no se llevan a cabo con el rigor que la importancia de las mismas exigiría. Existe un importante componente subjetivo, ya que son los propios formadores quienes evalúan a los residentes, máxime cuando no existen protocolos bien definidos de evaluación. La cumplimentación del libro de residente ha sido muy irregular, en parte por la gran complejidad que supone una buena cumplimentación y, por otra parte, por la falta de entusiasmo por parte de los especialistas que supervisan la tarea de los médicos en formación. Dias y cols. (15), en un interesante análisis del sistema de evaluación actual, señalan la lógica falta de homogeneidad entre las diversas unidades docentes como otro factor que dificulta la evaluación objetiva. También merece la pena referir que, aunque el Real Decreto 127/1984 (6) contemplaba la evaluación final a nivel estatal con carácter voluntario, ésta no se ha desarrollado. Debería tratarse de una prueba de capacitación profesional que analizase las habilidades, los conocimientos aplicados y las actitudes; cuya calificación tendría que tener un valor primordial en el acceso al mercado laboral y así contribuiría probablemente también a disminuir la actual tendencia a la endogamia de los especialistas, que tienden cada vez más a buscar su futuro profesional en los propios centros en que se han formado, o en los del entorno próximo, empobreciendo al sistema, al no haber aportes de nuevas ideas y de diferentes enfoques profesionales a los equipos.

En relación al control del funcionamiento de las unidades y centros docentes, la acreditación de los mismos se hace con el preceptivo informe de las Comisiones Nacionales correspondientes en el caso de las unidades y del Consejo de Especialidades en el caso de los centros, sobre la base de los datos que remiten las propias unidades y centros solicitantes. Posteriormente se hacen auditorías a centros, aunque no se ha llegado a poner

en marcha un programa global de auditorías a unidades. El problema es que, generalmente por motivos presupuestarios, la frecuencia de esas auditorías es bastante menor que la prevista, que sería de una cada tres años. Por otra parte, la adopción de resoluciones sancionadoras es bastante lenta y existe una falta de flexibilidad ante los problemas concretos.

Otro aspecto negativo del control del sistema es la falta de una valoración de las unidades y los centros por parte de los residentes. Sería muy importante que, cada año, los residentes hiciesen una evaluación de sus unidades, mediante encuestas amplias, con protocolos bien elaborados y, naturalmente, confidenciales.

En resumen, como en cualquier análisis de calidad, tendría que haber un control de “la materia prima”, que estaría representado por la prueba de acceso que tendría que referirse a los conocimientos y habilidades que se suponen que ha de tener quien acaba su licenciatura en Medicina. Los criterios de acreditación de centros y unidades, junto con unas auditorías sistemáticas de los mismos, constituirían un control de calidad del proceso y una prueba final de competencia profesional, bien estructurada, sería el control de calidad del “producto”.

Además de estos defectos derivados de su funcionamiento inadecuado, la lentitud en la toma de decisiones para analizar y corregir estos defectos ha hecho que, en determinados aspectos, el sistema se encuentre un tanto anquilosado. La Administración ha delegado en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, concebido como un mero organismo asesor, demasiadas funciones decisivas y, por otra parte, el gremialismo ha tenido una excesiva influencia en los planteamientos.

Un aspecto importante, entre los aspectos negativos del sistema, es que la formación sigue centrada en los procesos biotecnológicos, muy estimulada por la industria farmacéutica y la tecnología sanitaria. Cada vez se enseña menos, incluso en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el método clínico. Por otra parte, se hace cada vez más hincapié en la medicina defensiva, que promueve un empleo injustificado de tecnología compleja, cuya influencia positiva en la evolución de los pro-

blemas médicos de los enfermos y en los niveles de salud de la población es, cuanto menos, dudosa.

Entrando en aspectos más concretos, entre las debilidades más importantes del sistema está la concepción de las especialidades como entidades aisladas las unas de las otras. Aparte de ignorar la realidad unitaria del ser humano y la historia del desarrollo de las especialidades médicas, ha dado lugar a que la única forma de cambiar de especialidad a lo largo de la vida sea iniciar un nuevo periodo de residencia, tras superar una nueva prueba selectiva. Es exagerado el número de especialidades existentes en España: 48 especialidades de las cuales sólo 18 de ellas tienen coordinación total en Europa (5), la rigidez entre ellas y la lucha por competencias, así como el prestigio de la subespecialización.

En lo que se refiere a la formación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, a partir de 2005 la duración de la formación en la especialidad ha pasado a ser de cuatro años en lugar de tres y, como no podía ser de otra manera, se ha incrementado el periodo formativo en la propia Atención Primaria. La MFyC es una de las 48 especialidades reconocidas en España con un peso específico importante, ya que forma más del 30% de los residentes de este país (16) y ya se plantea que 18 especialidades desarrollen estancias formativas en Atención Primaria (17). Asimismo la MFyC está considerada como una de las 18 especialidades universales reconocida en los 25 países de la Unión Europea.

Se calcula que en España trabajan 25.000 médicos de familia en AP, de ellos el 90% son especialistas en MFyC siendo el 60% especialistas vía MIR (1).

La especialización en MFyC junto con la reforma de la AP y la creación de los Equipos y Centros de Salud ha supuesto un salto cualitativo importantísimo siendo un elemento clave en la efectividad de la sanidad española reconocida internacionalmente.

En los últimos años estamos contemplando la aparición, al menos en teoría, de un nuevo problema: un déficit global de profesionales médicos,

unido a una carencia concreta de determinadas especialidades, como anestesiología y reanimación, cirugía general y del aparato digestivo, medicina de familia, pediatría y sus áreas específicas y radiodiagnóstico (18) y un exceso de otras. No ha habido una verdadera planificación sanitaria, con lo que es imposible hacer estimaciones de las necesidades globales de médicos y, aún menos, de la de cada tipo de especialistas. Tampoco hay que olvidar el hecho de que la mala remuneración de los especialistas en España, si se compara con la de sus colegas europeos, y la excesiva tendencia a la precariedad en el empleo, al no convocarse concursos de plazas con una periodicidad razonable, ha dado lugar a la emigración de un no despreciable número de especialistas, muchos en Medicina Familiar y Comunitaria, en cuya formación se ha invertido una importante cantidad de recursos económicos. Sería preciso plantearse qué tipo de Servicio Nacional de Sanidad se quiere tener para calcular y planificar las verdaderas necesidades de médicos de cada especialidad así como de enfermeros y otros profesionales.

Fijándonos en el terreno de la realidad cotidiana de la formación de los residentes, hay una serie de defectos que deterioran esta formación. La administración apenas ha reconocido la labor docente de los facultativos de plantilla, que no han tenido ninguna compensación económica ni curricular por su labor y ni siquiera se les ha reconocido un tiempo, naturalmente sustraído de sus tareas asistenciales, para llevar a cabo sus actividades de tutoría. Tampoco, en términos generales, se ha considerado esta actividad como un mérito baremable para concursos o progreso profesional. Por otra parte, la paulatina y creciente escasez de plantillas en los centros ha conllevado una excesiva carga de responsabilidad asistencial para los residentes.

El sistema MIR creado en España hace unos 30 años ha sido fundamental para la formación de médicos especialistas con un alto nivel de capacitación. Sin embargo, se están produciendo cambios en la sociedad, en sus necesidades sanitarias; en la organización del modelo sanitario o en las expectativas de los estudiantes en Ciencias de la Salud que hacen

necesarias modificaciones para que el sistema de formación especializada continúe mejorando. El sistema formativo debe contemplarse globalmente teniendo en cuenta el grado, la formación especializada y el desarrollo profesional como un proceso continuo para garantizar la eficiencia del funcionamiento del modelo sanitario (19).

## **La regulación de las especialidades médicas**

Actualmente nos encontramos en un momento crucial en la evolución de las especialidades marcado entre otros por el desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que prevé la formación de médicos con un nivel de competencias más homogéneo y superior al actual que permita la movilidad de los profesionales de cualquier estado de la Unión Europea; el desarrollo de la LOPS (11) que pretende reformar el sistema de acceso al sistema MIR, mediante la evaluación de las competencias y valores profesionales, y la introducción de la troncalidad y el Real Decreto formativo 183/2008 (13) que pretende potenciar las estructuras docentes y garantizar un alto nivel de calidad del sistema formativo.

La LOPS (11) prevé una reforma del examen MIR, antes de 2011, con el fin de atribuirle una orientación mixta teórico-práctica, mediante una prueba o conjunto de pruebas que permitan la evaluación no sólo de los conocimientos, sino también de habilidades clínicas y comunicativas, junto a la valoración de los méritos académicos y profesionales de los aspirantes. Contempla la posibilidad de pruebas específicas para las distintas titulaciones académicas que permitan acceder a las diferentes especialidades y pruebas específicas por especialidades troncales, cuando proceda agruparlas, con un período de formación común de una duración mínima de 2 años.

El reciente Real Decreto formativo (13) introduce algunas modificaciones: dispone que para ser adjudicatario de una plaza de formación sanitaria especializada se requerirá una puntuación mínima en el examen MIR, en los términos que se determine en cada convocatoria; además

establece un porcentaje del 10% de plazas para médicos provenientes de países que no pertenecen a la Unión Europea, la realización de una prueba de idioma para extranjeros y la obligación de la renuncia previa y expresa a la plaza en formación que se esté desempeñando en los casos en que se desee volver a participar en las pruebas de acceso.

Los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia y sus homólogos de las comunidades autónomas deberían considerar la MFyC y la AP un objetivo y una estrategia primordiales para mejorar el grado de salud de la población traduciéndose en la presencia de la MFyC en la troncalidad de los Planes de Estudios de Medicina, la incorporación de Médicos de Familia a la Universidad y la creación de Departamentos de Medicina de Familia como una disciplina más (16). Es necesario que los estudiantes en Ciencias de la Salud puedan acceder a la observación directa de la forma en que habitualmente es atendida la población por los servicios sanitarios.

Es preciso ajustar el número de especialidades a las necesidades de la población y a la coordinación con Europa pero con sistemas de capacitación que respondan a las necesidades del sistema y a los nuevos avances de la medicina. Estas especialidades deben ordenarse por troncos según las competencias comunes. Se proponen tres troncos (médico, médico-quirúrgico y procedimental) de dos años; 35 especialidades, dos años más; y 20-25 áreas de capacitación o subespecialidades, uno o dos años más. Finalizar la especialidad debería permitir acceder al mercado laboral o continuar con una subespecialidad. La incorporación al mercado laboral no supondría cerrar la posibilidad de iniciar una subespecialización o área de capacitación. Todo esto permitiría una mayor flexibilidad en la formación y en el ejercicio de los especialistas además de favorecer la motivación y las expectativas de los profesionales. La MFyC debe estar presente en todos los troncos y ser el eje principal del tronco médico (16). La formación troncal debe favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos y equipos sanitarios.

Según el Real Decreto formativo 183/2008 (13), en la planificación de la formación MIR es obligatoria la utilización del libro del residente que incluirá el registro de las rotaciones y las actividades (formativas, docentes e investigadoras) y servirá como elemento de autoaprendizaje y reflexión, y será un recurso de referencia en la evaluación formativa, anual y final.

Cuando la evaluación final del período de residencia sea positiva, la comisión nacional de la correspondiente especialidad procederá a la realización de una prueba a los residentes que lo hayan solicitado, para la obtención, de alguna de las siguientes calificaciones: destacado con mención o destacado con mención especial, que darán derecho a la expedición por el Ministerio de Sanidad y Consumo de un diploma acreditativo, que debería tener un valor curricular importante en el proceso de acceso a un puesto de trabajo, además de estimular el aprendizaje y la formación del residente.

Otro de los aspectos que refuerza este Real Decreto es la figura del tutor como primer responsable del proceso de enseñanza-aprendizaje del residente con el que mantendrá un contacto continuo y estructurado. Equipara la labor tutorial como funciones de gestión clínica y como tal debe ser evaluada y reconocida.

En el proceso de planificación del número de especialistas óptimo influyen múltiples variables, es imprescindible la coordinación de los responsables de sanidad y de educación y es fundamental plantearse que modelo sanitario queremos potenciar. Si se pretende desarrollar una atención orientada a los deseos de los consumidores de actos sanitarios de reparación de órganos o sistemas, se optará por reforzar las especialidades de órgano, tendiendo a la mercantilización sanitaria que domina en el mundo actual. Es evidente que si se decide una política sanitaria orientada a las necesidades reales de salud de la población, reconociéndola como un derecho fundamental de los ciudadanos, se priorizará la Atención Primaria y por tanto la especialización en MFyC y otras especialidades globales como la Medicina Interna y la Pediatría.

## Bibliografía

1. Martín Zurro A, Cano JF. Editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008.
2. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE núm. 206, de 29 de agosto de 1978; p. 20172-74.
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 núm. 29, de 2 de febrero de 1979; p. 2735-36.
4. Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984; p. 2574-77.
5. Casado V. La Medicina de Familia y Comunitaria. En: Casado V, Calero S, Cordón F, De Serdio E, Ezquerro M, Gálvez M, García L, García G, Guerra G, Saura J, Zarco J, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: Semfyc 2007; p. 3-13
6. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del Título de Médico Especialista. BOE núm. 26, de 31 de enero de 1984; p. 2524-28.
7. Directiva 86/457/CEE, de 15 de septiembre de 1986, relativa a la formación específica en medicina general. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (19/9/86).
8. Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina a partir de 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. BOE núm. 143, de 16 de junio de 1995; p. 18065-66.
9. Real Decreto 1753/98, de 31 de julio, sobre acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 205, de 27 de agosto de 1998; p. 29232-35.

10. Real Decreto 139/2003, de 7 de febrero, por el que se actualiza la regulación de la formación médica especializada. BOE núm. 39, de 14 de febrero de 2003; p. 6026-28
11. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003; p. 41442-58.
12. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE núm. 105, de 3 de mayo de 2005; p. 15182-225.
13. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE núm. 45, de 21 de febrero de 2008; p. 10020-35.
14. Orden de 22 de junio de 1995, por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y Farmacéuticos Especialistas. BOE núm. 155, de 30 de junio de 1995; p. 19793-99.
15. Días Silva JJ, Castro Beiras A: La evaluación en el proceso formativo de un especialista. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 418-421
16. Casado V. Presente y futuro del MIR de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2007; 39(8): 91-3.
17. Resolución de 15 de junio de 2006, de la dirección General de Recursos Humanos y servicios económico-presupuestarios, del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la incorporación progresiva de una rotación en atención primaria de salud, en los programas formativos de determinadas especialidades sanitarias.
18. González B, Barber P. Oferta y necesidad de médicos especialista en España (2006-2030), Gran Canaria: Universidad de las Palmas de Gran Canaria; 2007.
19. Francesc Cardellach MT, Bundó M, Capdevila JA. Sistema formativo MIR: propuesta de cambios para la adecuación a las necesidades del modelo sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(20):777-82.

**TERCERA PARTE**

**FUNDAMENTOS, ORGANIZACIÓN  
Y FUNCIONES**



# CAPÍTULO X

## EL DECLIVE DE LOS DISCURSOS COMUNITARIOS EN LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

*Juan Irigoyen*

*Departamento de Sociología,  
Universidad de Granada*

### **Resumen**

La atención primaria en España se configura en un contexto sociohistórico complejo en el que coexisten tres procesos: Una interpretación crítica de los sistemas sanitarios desde ámbitos internacionales de la salud pública que cristaliza en la propuesta de Alma Ata; la transición política que desorganiza temporalmente las relaciones entre los partidos y los grandes intereses, y el comienzo de una mutación global que incrementa el poder del mercado y favorece reformas del estado y de los sistemas sanitarios para reestablecer las coherencias con la nueva situación global.

El modelo inicial de la atención primaria de 1984 es un híbrido que contiene elementos procedentes de estos contextos contradictorios. La presencia de los discursos comunitarios provenientes del modelo salubrista se debilita progresivamente por la preponderancia del desarrollo de una reforma neoliberal.

Los elementos esenciales de la reforma neoliberal son: La incorporación por parte del sistema público estatal de modelos empresariales; la adopción de políticas que impulsan el desarrollo de las fuerzas del mercado y las empresas; la creación de un entramado de instituciones, exterior a los estados, donde se elaboran las cuestiones esenciales de las políticas públicas y se desarrollan presiones para su imposición; la aplicación de nuevas racionalidades de gobierno fundadas en dispositivos de información que configuran las subjetividades profesionales y establecen un sentido común adaptativo a una realidad que se sobrepone a los individuos.

La reforma neoliberal de la atención primaria en España se implementa gradualmente, se hace imperceptible y no encuentra oposición. La atención primaria resultante de la reforma neoliberal genera tensiones que en el presente son subterráneas. Las principales son la relegación de los generalistas en el conjunto del sistema y la escasa conexión entre el sistema sanitario y algunos problemas de salud inabordables desde un sistema sanitario fragmentado, tecnologizado y especializado. Los discursos comunitarios sólo pueden recuperar su sentido reinsertados en un sistema sanitario que opere con otra lógica.

## **Introducción**

La atención primaria en España es refundada sobre la antigua asistencia ambulatoria a principios de los años ochenta. El contexto sociohistórico en el que nacen los centros de salud presenta rasgos de gran complejidad. En este coexisten tres procesos diferenciados de signo contradictorio que se entrelazan generando una realidad singular. El presente de la atención primaria no se puede comprender sin remitirse tanto a su origen, como a los distintos elementos que lo conforman y a su propia historicidad, que la distingue de otros procesos de reformas sanitarias.

En los años setenta convergen distintas teorizaciones procedentes de campos de conocimiento vinculados a la salud pública principalmente, que adquieren una notable influencia en ámbitos académicos y organiza-

ciones internacionales. El núcleo central de estos planteamientos subraya la relación existente entre la salud y sus determinantes. La reunión de Alma-Ata sintetiza estas teorizaciones y formula una propuesta de reconversión de los sistemas sanitarios. El resultado es la Atención Primaria de Salud (APS), que supone una alternativa altamente incompatible con el núcleo duro del modelo biomédico tradicional y, además, su realización implica cambios económicos, políticos y sociales de gran profundidad. La propuesta de Alma-Ata se formula en términos universales, pero representa mejor la situación de los países en vías de desarrollo donde de los determinantes de la salud colectiva se derivan problemas de salud de mayor impacto. Las propuestas de Alma-Ata tienen distinta influencia en los años siguientes, pero los ámbitos desde los que se formulan – comunidad científica de salud pública y organizaciones internacionales– son exteriores a los de la biomedicina, organizaciones corporativas, profesionales, científicas, de especialidades y departamentos universitarios. La organización de las profesiones sanitarias y los servicios de salud apenas se ven afectados por la onda crítica salubrista.

La transición política constituye otro evento determinante en la comprensión del origen de la atención primaria. A principios de los años ochenta los nacientes partidos políticos presentan programas en los que se manifiestan algunos vacíos respecto a temas críticos en los que no existen consensos. Los canales de enlace con los grupos que representan los intereses sociales “fuertes” son muy endeble. Esta situación genera efectos de cierta desorganización, así como ambigüedades en las políticas públicas. Algunas decisiones estratégicas en esta época son revisadas con posterioridad cuando en el curso de los años ochenta se consolida la relación sólida entre los grupos de interés y presión y las instituciones y los partidos políticos, particularmente el PSOE. El decreto de 1984 que crea los centros de salud ilustra esta situación de cierta indefinición y provisionalidad. El espíritu y la letra de la reforma de atención primaria van a ser alteradas en los años siguientes. Se hace patente la envergadura y complejidad de los problemas heredados del franquismo y reformulados después de la transición (1). El curso de la reforma sanitaria iniciada en los años

ochenta se altera con posterioridad mediante la revisión de algunas decisiones iniciales.

Por último, en el final de los años setenta se producen acontecimientos críticos que tienen como efecto el comienzo de una mutación social global. El agotamiento del fordismo como paradigma tecno-organizativo y como modo de regulación social (2), junto con una ruptura tecnológica de gran profundidad, conmueven los pilares sobre los que se han asentado las sociedades industriales. Constituyen el comienzo de un conjunto de transformaciones tecnológicas, organizativas, económicas, sociales, culturales y de la subjetividad de gran alcance. Todos los cambios, cuyos efectos se manifiestan sectorialmente, se recombinan generando una nueva sociedad (3). El rasgo más característico de esta mutación general es la nueva globalidad. Ningún espacio social escapa a la espiral de estos cambios. Desde los años ochenta hasta el presente todas las reformas se articulan en torno a los objetivos transversales y sus sentidos correspondientes, que consisten en la adecuación a los imperativos del conjunto nucleado en torno al mercado. En este sentido se pueden definir las transformaciones ocurridas desde 1991 como un proceso de reforma radical de la atención primaria para su adecuación al nuevo sistema emergente. Quizás sería más riguroso con respecto a lo acontecido referirse a una nueva refundación, en el sentido de que la organización que resulta de las medidas aplicadas es totalmente nueva.

Los tres procesos generales apuntados coexisten e interactúan entre sí. Pero lo que los distingue es su signo. El proceso salubrista es menguante frente a la impetuosa emergencia global del proceso de reestructuración que construye las coherencias entre el sistema sanitario y el global. El juego entre todos los factores de los cambios imprime una dirección al sistema político nacido en la transición, subordinado a los procesos globales emergentes. Las políticas sanitarias actúan sobre una realidad organizacional caracterizada por su heterogeneidad y la complejidad (4), en tanto que incluye distintos elementos que coexisten complementándose o manifestando distintas formas de contradicciones o antagonismo. El con-

junto social resultante es altamente fragmentado y desintegrado, además dotado de una alta movilidad.

El decreto de 1984 que pone en marcha la nueva atención primaria es la consecuencia de la situación analizada hasta aquí. El modelo inicial resulta de un proceso de hibridación entre la propuesta APS y el modelo clínico tradicional. Este expresa el compromiso entre un “modelo máximo” que prioriza la salud colectiva e instituye los instrumentos para su realización: programas de salud, promoción de la salud, equipo de salud, participación comunitaria e intersectorialidad, y el “modelo mínimo” que resulta de la adecuación de este conjunto de instrumentos al modelo biomédico, de formato individual, determinismo biológico, enfermedades, diagnósticos y tratamientos (5).

El problema derivado de este modelo híbrido radica en que los elementos de la APS inscritos en un contexto biomédico, pierden su significación. El centro de salud construye una lógica asistencial a la que se subordina todo lo demás. De esta forma los apoyos iniciales a elementos tales como los programas de salud, la participación comunitaria y otros, van debilitando sus apoyos. Son integrados en el lenguaje y en el “contrato significativo” que constituye el fundamento de la cultura organizativa, así como al lenguaje compartido, pero son ubicados en los márgenes de los procesos productivos del centro de salud. De este modo, la defensa de estos elementos adquiere inevitablemente un carácter simbólico y defensivo.

La manifestación del proceso global en la atención primaria, se puede entender como una radical reforma de su concepción, de sus objetivos y de su forma de gobierno. En este contexto los elementos comunitarios procedentes de la APS quedan desplazados. No sólo se define el centro de salud como un centro productivo de servicios médicos, sino que se especifican sus productos, el contenido de los intercambios con las autoridades y se establecen sistemas de evaluación que implican una intensificación de las actividades en relación a los objetivos definidos. Los elementos de la APS son reciclados o adquieren una naturaleza fronteriza

en la cartera de servicios. Un ejemplo ilustrativo es el de la participación comunitaria reciclada para ser inscrita en el nuevo modelo resultante de la reestructuración. Para ello adopta seductores nombres que siempre terminan en “ciudadano” y que proceden del arsenal conceptual de los nuevos saberes gerenciales-empresariales.

En la atención primaria en España se han sucedido desplazamientos de racionalidades dominantes. Los modelos mentales compartidos han sido modificados en más de una ocasión. La problemática coexistencia de la racionalidad clínica y la salubrista se ha visto desplazada con el advenimiento de la racionalidad managerial que inspira la reestructuración. Entre 1984 y 1991 se mantiene una política que es bruscamente detenida y reemplazada después por las primeras medidas correspondientes a las nuevas políticas sanitarias. Los años siguientes al “informe Abril” se produce un alto grado de desconcierto y crisis cultural que conducen a un punto de inflexión. La implementación de las nuevas regulaciones tiene efectos graduales “normalizadores”. Pero es inevitable una cierta confusión en una organización sometida a orientaciones tan contrapuestas en un ciclo temporal tan corto.

La nueva atención primaria reestructurada sobre el molde empresarial refuerza un proceso de extrañamiento de los elementos de la APS presentes en el decreto de 1984. Ninguno de ellos es un campo de prácticas sobre el que se delibera, se ensaya, se evalúa y se reformula. En algunos casos se convierten en símbolos de resistencia a la nueva racionalidad productiva, tan extraña a la racionalidad profesional en algunos aspectos, en otros se han reconvertido mediante el vaciado de su significación original. Subsisten algunas actividades tangenciales a los procesos productivos, pero se puede pronosticar sus escasas posibilidades de expansión.

## **La mutación global y el ascenso del neoliberalismo**

En 1991 el “informe Abril” pone en marcha una reforma sanitaria de gran envergadura. Significa una reconducción y revisión drástica de la

iniciada en 1984. Pero esta no es una reforma que se pueda leer en clave interna o sanitaria, sino que se trata de una reforma global. Su origen es el entorno y su finalidad es readaptar el sistema sanitario a la sociedad global emergente. Tampoco se puede leer sólo en claves nacionales. Una de las dimensiones principales de todo el proceso de reestructuración social es la globalización. Así los supuestos, sentidos, códigos y finalidades que la inspiran, son comunes a una generación de reformas que coexisten en la época. Lo único que varía es la estrategia de su implementación, que se acomoda a las circunstancias singulares de cada esfera o país.

El origen de la gran mutación es una crisis radical en los años setenta que expresa el agotamiento del sistema tecnológico y productivo imperante. El indicador más elocuente de la misma es la crisis industrial. El sistema productivo industrial que ha logrado un crecimiento sin precedentes desde la segunda guerra, se bloquea dando lugar a un desplome de la industria. Simultáneamente a los procesos de desindustrialización, en el comienzo de los años ochenta, se produce la emergencia de un conjunto de nuevas tecnologías que impulsan un proceso de reindustrialización sobre nuevas bases organizativas. Se produce una ruptura tecnológica y una mutación tecno-organizativa de gran profundidad. La convergencia de ambas es conceptualizada como la transición entre el fordismo y el “postfordismo” (6).

La mutación tecno-organizativa desencadena una reestructuración productiva que constituye el elemento central de la nueva sociedad emergente. La reindustrialización se conforma como un factor instituyente de un nuevo orden social y generador de transformaciones en todos los espacios sociales. El nuevo modelo productivo genera cambios profundos en el sistema político, una reconfiguración de la estructura social, una metamorfosis de las teorías y saberes dominantes y la emergencia de un nuevo orden simbólico. Las instituciones y formas sociales características de la sociedad antecedente, no encajan con la sociedad naciente y se producen tensiones que concluyen en distintas reformas para adecuarse a los estándares que impone el nuevo sistema industrial. Se puede hablar en rigor de

varios procesos de reestructuración coexistentes de signo diferente, de lo que se deriva un conjunto desintegrado.

Una de sus dimensiones más significativas de esta mutación es la modificación de las bases de poder de los actores sociales. Los grandes intereses financieros, industriales y empresariales vinculados a la reindustrialización mejoran sustantivamente sus posiciones en la nueva situación tecno-organizativa. Por el contrario, estos cambios erosionan las posiciones de los trabajadores y una parte de las clases medias de la sociedad fondista, así como de las instituciones centrales de esta época: el estado de bienestar, el sector público y la concertación. La correlación de fuerzas se altera significativamente en favor de los intereses fuertes. Los equilibrios anteriores entre los intereses sociales y los actores que se conjugaban en la concertación corporativa como un dispositivo central del fordismo-keynesianismo, se debilitan por el fortalecimiento de los grandes intereses vinculados a la reindustrialización.

La mudanza general revaloriza el conocimiento. Las teorías y conceptos aceptados hasta el comienzo de la mutación se desploman. El vacío que generan es rellenado por el neoliberalismo. Este se entiende como un conjunto de teorías que amparan un proyecto correspondiente a los intereses “fuertes”. La reestructuración global se desarrolla bajo el auspicio de esta corriente ideológica. Las propuestas neoliberales apenas encuentran oposición y se postulan como única alternativa posible frente al desconcierto de las teorías predominantes en la era anterior. El vínculo entre la reestructuración global y el neoliberalismo constituye el vector esencial de la nueva era.

Pero el neoliberalismo no es sólo una propuesta teórica. Tampoco es una teoría de contenido económico. Se trata de una filosofía integral. Pero es aún más que todo eso. Es un proyecto que tiene la vocación de hacer historia y se encarna en un conjunto de actores e iniciativas vigorosas. El proyecto neoliberal necesita de una ruptura institucional y social para su realización, así como la renovación de los actores sociales y políticos. Le es necesario superar la trama de actores e instituciones entre los que se

encuentra limitado el mercado en el capitalismo organizado fordista. La nueva situación requiere trascender la red de compromisos con los actores convencionales. Es preciso superar las limitaciones legales o los consensos sociales que constriñen el desarrollo del mercado y el nuevo orden social emergente.

El neoliberalismo es un proyecto económico, organizativo, pero sobre todo político y cognitivo. Descansa sobre una notable fuerza discursiva fundada en el poder de su visión y sobre su capacidad de construir una realidad. Los intereses sociales “fuertes” necesitan expandir el cambio a todos los ámbitos sociales y reconvertir el estado. Las reformas del estado y del sector público, reconfigurándolos para dotarlos de un funcionamiento coherente con el desarrollo del mercado, constituyen uno de los eventos esenciales de la época. El antiguo estado de bienestar, institución reguladora esencial en el fordismo, es reemplazada gradualmente por una diversidad de instituciones, agencias y organismos reguladores después de la reindustrialización postfordista (7).

Las reformas neoliberales resultan imprescindibles para hacer avanzar su proyecto. Este necesita del debilitamiento de los antiguos consensos keynesianos y de la constitución de nuevos consensos acordes con su proyecto. Su avance requiere que ejerza la hegemonía de forma efectiva (8). Su fuerza descansa en el manejo de su superioridad cognitiva, discursiva y operativa. Con esta finalidad se han reconstituído un conjunto de saberes, prácticas, métodos, nuevos expertos, tecnologías de poder, instituciones y espacios relacionales para hacer operativas las reformas. Estas son visibles, pero su modo de operar se realiza en múltiples zonas opacas o grises.

## **Las reformas neoliberales**

El proyecto neoliberal necesita de un estado congruente con sus objetivos y con la lógica derivada del desarrollo del mercado. No se trata sólo de adelgazarlo, sino que le es imprescindible un estado que ejerza con efi-

cacia el papel requerido en la nueva situación. Las reformas del estado y del sector público constituyen una necesidad imperativa. Para ello se formula un marco conceptual que ampara una propuesta sólida que se manifiesta en todas las reformas de los últimos veinte años.

El principio axial que articula las reformas neoliberales es incorporar el modelo del mercado y la empresa. Se entiende que el sector privado es más eficiente y está dotado de un sistema organizativo más eficaz. De aquí se deriva una cuestión esencial: se redefine la naturaleza del sector público y el de la población adoptando el modelo del mercado. Así el estado pasa a ser un prestador de servicios y la población es la receptora de los mismos. Por consiguiente, la población es portadora de expectativas y requerimientos al estado. El papel de éste consiste en adecuar a estas exigencias y aspiraciones su oferta de servicios. La relevancia de la calidad de los servicios, que se entiende como satisfacción de los ciudadanos convertidos en clientes, es patente. La participación se entiende como un comportamiento “racional” de un cliente para exigir eficacia y calidad congruentes con las expectativas y evaluar los resultados de las prestaciones.

La rentabilidad es la segunda dimensión fundamental. La relación entre costo y beneficio es un principio rector de todo el sistema. La eficiencia adquiere una importancia determinante. Se asegura mediante un sistema de gestión que posea mecanismos transparentes de control de los resultados. La evaluación cierra el ciclo de los compromisos previos entre los agentes, los resultados y los costes. Los incentivos y la cultura de la evaluación desempeñan un papel fundamental.

Pero el aspecto más importante de las reformas es poner fin a la autarquía del estado para reconvertirlo en un organismo que interactúe con los entornos económicos produciendo sinergias y contribuyendo al crecimiento económico general. Fortalecer la economía de mercado es el objetivo prioritario al que debe contribuir el sector público. Las reformas del estado se inscriben en un conjunto de cambios necesarios para que la economía funcione con la productividad y competitividad óptima. De este

modo adquiere una importancia decisiva la gestión empresarial y la desburocratización, para permitir que las fuerzas del mercado proporcionen una cuota creciente de los servicios y bienes públicos. La gestión desempeña el papel de vínculo con el conjunto. Se trata de generar un sector público más especializado, descentralizado, técnico y eficiente, diversificando su oferta y con creciente privatización de la opción de demanda.

Todas las reformas se articulan sobre estos elementos que se introducen mediante una cadena de decisiones puntuales sobre la realidad del sector público. El problema de las reformas neoliberales es que no pueden ser introducidas en su totalidad. Se importan distintos elementos de la gestión empresarial – carteras de servicios, contratos-programa y otros- pero éstos son reinsertados en un entorno organizativo que conserva elementos burocráticos difíciles de remover en plazos de tiempo cortos. Así se generan lógicas contrarias a sus objetivos y se suscitan resistencias de grupos de funcionarios y profesionales a ser reconvertidos a un estatuto empresarial integral.

Las reformas neoliberales modifican los agentes y los procesos de toma de decisiones propios de las políticas públicas keynesianas. Para su realización construyen un espacio externo a las instituciones estatales. Este se articula mediante organizaciones cuyas escalas trascienden el estado nacional y se inscriben en lo que se ha definido como una nueva era global (9). Este espacio es heterogéneo, diversificado y se estructura en varios niveles. El primero es el que ha sido conceptualizado como “estado-mundo”. Este es definido como “una red de agencias internacionales cuya acción combinada ejerce un gran poder sobre la dirección de los eventos globales. La red está compuesta por una variedad de sistemas reguladores del orden supranacional que forman una internacional” (10). El estado-mundo es descentralizado y diverso. Su función principal definir un marco de referencia para las políticas públicas y establecer presiones sobre los estados nacionales. Sus directrices y recomendaciones son difundidas por poderosos grupos mediáticos y un conjunto de agentes que hacen circular sus diagnósticos, propuestas y soluciones disponibles. Las

instituciones que lo conforman – FMI, BM, OMC - detentan un rango elevado de legitimidad respecto a los estados nacionales así como un sistema de coherencias con las corporaciones y empresas transnacionales.

Un segundo nivel es el constituido por una red de instituciones privadas y públicas donde se producen, circulan y difunden ideas, informaciones, diagnósticos, investigaciones, etc. La red es transnacional y forman parte de ella fundaciones privadas, centros de investigación, think tanks, organismos multilaterales, empresas patrocinadoras, cursos de verano en universidades, empresas consultoras y otras organizaciones complejas. En esta trama de organizaciones transnacionales, financiada por las corporaciones, se elaboran los contenidos de las propuestas neoliberales, se construye la legitimidad tecnocientífica y se determina cuáles son los problemas y las soluciones. Las universidades convencionales quedan desplazadas del centro de los procesos de elaboración del conocimiento y los estados nacionales constituyen organizaciones de enlace con la trama influyente: observatorios, laboratorios y otros. Desde este espacio se vehiculan presiones sostenidas de gran intensidad a los decisores políticos convencionales.

En esta red de instituciones se genera una nueva élite social que altera los modos existentes de producción del conocimiento. Ahora se produce un saber aplicado a las decisiones. Las ideas y el conocimiento especializado que detentan, les facultan para una intervención efectiva en las reformas y agendas públicas produciendo los sentidos mediante los que se seleccionan los problemas y las soluciones. La consecuencia de este acontecimiento es una metamorfosis del gobierno (11). La nueva élite está compuesta por expertos que producen saberes especializados y de aplicación, que transitan por la trama de instituciones constituyendo entramados de relaciones personales, profesionales y políticas con distintas fuentes de poder, tanto estatales como transnacionales, sobre la que los estados carecen de control. Por el contrario éstos son presionados por el entramado invisible del estado-mundo y la red de organizaciones que lo acompaña.

La nueva élite tecnocrática es la constructora de la hegemonía neoliberal efectiva. Genera una visión de los problemas congruente con el proyecto neoliberal. Su contribución final es la de orientar y persuadir a los decisores. La subordinación de la política a la economía es la regla central. En el espacio gris de la trama institucional se encuentran los expertos con políticos, académicos, altos funcionarios, gerentes, representantes de grupos mediáticos, inversores y consultores de la más diversa naturaleza, es donde se construyen los nuevos consensos. Tanto el nuevo espacio institucional como la nueva élite de expertos, son los dos pilares básicos en los que se funda la expansión neoliberal. Cumplen el objetivo de modificar sustantivamente el tejido sociopolítico de las sociedades del presente (12). Aquí se ubica el punto de ruptura con las sociedades antecedentes.

Esta trama opaca se sobrepone sobre el espacio político tradicional. En esta se construye la hegemonía a partir de las definiciones técnicas de los problemas compatibles con las premisas neoliberales. En esta red se diseñan y validan programas políticos y estrategias. Sus resultados circulan por el espacio político tradicional configurando un “partido transversal” que encarna el pensamiento único y que comparece como “verdad técnica” de la nueva era. Los partidos políticos terminan aplicando sus ideas y soluciones mediante la interacción con el electorado. Pero la deliberación previa a las decisiones es escasa y determinada por la explosión de ideas, informaciones, encuestas, indicadores de coyuntura, proyectos de ley, informes técnicos y estudios de factibilidad que se materializan en el “partido transversal”. Tanto el estado como los grandes actores corporativos terminan cediendo disciplinadamente presionados por el torrente de “soluciones técnicas”. En algunas ocasiones las propuestas tienen que esperar su oportunidad para ser implementadas, cuando suscitan resistencias políticas en sectores de los partidos, los profesionales, los sindicatos o algún sector de la opinión pública. El efecto perverso de estos procesos es la simplificación radical de cuestiones de gran complejidad en el debate público. La verdadera deliberación se ha producido con anterioridad por parte de los expertos que circulan por las instituciones de la red influyente.

Así, el espacio público se descompone en dos áreas diferenciadas. El área gris del estado-mundo y su trama institucional supranacional a la que son desplazadas algunas formas de gobierno, y donde se elaboran, ponderan y calculan las grandes decisiones así como las estrategias de implementación, y un área correspondiente a la interacción entre las instituciones representativas estatales y los destinatarios, ahora transformados en opinión pública. El gobierno de la opinión pública en este contexto es lo que se ha conceptualizado como “gestión del poder diluido” (13). En este espacio declina la influencia de los actores corporativos.

En esta cuestión radica uno de los puntos oscuros del proyecto neoliberal. Se deslocaliza el estado transfiriendo funciones de diseño de las políticas públicas a un área externa opaca y sin control. Cuanto menos se pueden calificar como no democráticos estos procesos de construcción del conocimiento y vehiculización de las presiones a las autoridades. Estos operan por debajo del estado. Frente a la verdad técnica constituida como único posible, cualquier duda es relegada y calificada en términos de atraso y resistencia a la modernización. Las discusiones sobre opciones son eliminadas y los inconformistas frente al discurso unívoco sancionados y desplazados (14). Un politólogo tan acreditado como Dahl, identifica este fenómeno como “inteligencia especializada que nos somete a tutela” (15). El mismo autor apunta la cuestión fundamental del presente: las élites técnicas carecen de superioridad moral para determinar qué es el interés público. Frente a sus propuestas parece preciso incrementar la competencia cívica de la población, entendida como distintos estratos que se diferencian por sus intereses económicos, sociales y políticos.

El neoliberalismo no es sólo una teoría económica y política. También significa la emergencia de una nueva gubernamentalidad coherente con las condiciones del capitalismo postfordista deslocalizado y flexible. El concepto gubernamentalidad fue formulado por Foucault y se refiere a la diversidad de técnicas aplicadas a los individuos para gobernarlos (16). Cada modelo de gubernamentalidad implica una racionalidad política. El neoliberalismo conlleva la emergencia de una nueva gubernamentalidad

que coexiste con las propias de la etapa antecedente que se encuentran en declive. Junto a las mutaciones que se expresan en distintas esferas sociales tiene lugar una metamorfosis del propio poder. Las reformas neoliberales son el espacio donde se ensaya la nueva gubernamentalidad.

La gubernamentalidad neoliberal ha sido conceptualizada como “gobierno a distancia” (17). Se define como un modo de estimular a los individuos para que sus conductas puedan converger con los objetivos del gobierno. Se trata de producir conexiones múltiples entre los objetivos de las autoridades y los propios de los gobernados. El gobierno a distancia utiliza distintas técnicas aplicadas a los individuos para gobernarlos que se sustentan en el principio de que los gobernados son sujetos activos, autorresponsables y que deben gobernarse a sí mismos en función de su propio interés. El gobierno aprovecha la energía aportada por los propios gobernados. Así se reinventa lo social a partir de la autonomía de los individuos y grupos (18).

A pesar de que desde esta perspectiva se reconocen las capacidades de los individuos, no cabe duda de que se pone en movimiento un poder con mayor productividad que obliga a éstos a ser autorresponsables, a movilizar sus recursos personales y a maximizar sus aportaciones. El poder produce efectos de subjetivación sobre los individuos a los que se supone buscadores de su propia potenciación personal realizando sus previsiones y cálculos. Así, la antigua supervisión de las tareas es reemplazada por la obligación interior de la responsabilidad. Los poderes actúan desde el exterior para producir una subjetividad que se asiente sobre el vínculo entre las expectativas individuales de beneficio y los objetivos de la organización. La evaluación permanente y la generación de una cultura organizacional que favorezca las condiciones para el gobierno a distancia efectivo, se conforman como dispositivos articuladores del nuevo poder (19).

La adopción del discurso de la excelencia y la calidad se fundamentan en estas premisas. Todos los miembros de la organización son requeridos para poner la totalidad de sus capacidades a disposición de la misma, para

alcanzar la máxima eficacia y productividad. Estas se formulan como narrativas capaces de estimular a aquellos que aportan sus recursos. La gestión consiste en integrar estos elementos de modo que se logre la adhesión de cada uno al proyecto. El punto de ruptura con la empresa taylorista radica en esta cuestión (20). El núcleo del management integrado en las reformas neoliberales se sintetiza en la conducción de las personas al espacio común de beneficios compartidos.

Desde estas premisas se puede entender la importancia de los sistemas de información. Más allá de la lógica del rendimiento y de los resultados constituyen el núcleo de gobierno de la organización, de la individualización y del disciplinamiento de sus miembros. Son la expresión de un control abierto y continuo. Los sujetos y las unidades son constituídos como flujos de datos que son clasificados, comparados y valorados desde las bases de datos. Este es el fundamento de lo que se conceptualiza como sociedades postdisciplinarias o sociedades de control (21). En estas los individuos son modulados mediante el control de sus trayectorias. Nunca existe un momento final y todo se renueva permanentemente. Lo que se registra es su movimiento. La conducta es reconfigurada en redes de prácticas en ciclos sucesivos.

Los dispositivos de información crean dominios del saber, nuevos objetos, campos de relaciones de fuerza entre los actores y un espacio de visibilidad del poder. Constituyen el instrumento fundamental para definir, encauzar y dirigir. Su objetivo principal no consiste en sancionar, sino en estimular el juego de responsabilidades compartidas. Su filosofía se fundamenta no tanto calificar y castigar sino en producir la autoevaluación entendido como autoperfeccionamiento. Los sistemas de información tienen un poder extraordinario de definición. Toda realidad que se encuentre en el exterior de los indicadores no existe. Estos hacen posible el gobierno de los sujetos puesto que reconfiguran los dominios objetivos sobre los que opera el gobierno y los convierte en entidades observables y analizables. La auditoría deviene en mecanismo social central. El nuevo estado se reinventa como estado auditor (22).

La gubernamentalidad neoliberal tiene importantes efectos en las subjetividades de los individuos. El tejido de las organizaciones complejas del keynesianismo se debilita. Estas se fragmentan en múltiples unidades e individuos regulados por sus objetivos y concentrados en la renovación de sus compromisos adquiridos. Las técnicas de poder aplicadas en las sociedades de control operan vaciando el espacio público convencional. De esta situación resulta un nuevo arquetipo individual, el “homo prudens”, dotado de una subjetividad congruente con estas gramáticas del poder (23). Este trasciende el cálculo utilitarista del modelo de individuo construido desde las teorías de elección racional para buscar una vida activa en lo laboral y lo personal a partir de su autorresponsabilización y permanencia en estado de alerta frente a los riesgos. Su conducta se orienta no sólo al presente sino a prever el futuro y adaptarse a los sucesivos ciclos en los que se descompone su biografía.

Las reformas neoliberales crean un estado de relaciones sociales y un “sentido común” compartido en los ámbitos donde se aplican. Este puede ser definido en los términos que Bourdieu se coceptualiza como “doxa” (24). Son esquemas cotidianos no reflexionados que actúan automáticamente y que son considerados naturales. Se trata de “lo normal”, de aquello que no se cuestiona. La doxa neoliberal se funda en un principio: la ausencia de alternativas. El mundo vivido se sobreentiende como inevitable. No existe nada fuera del mismo. Todas las realidades externas al campo de visibilidad determinado por los indicadores se difuminan. Aunque se reconozcan formalmente el diálogo y la pluralidad, estos son poco factibles si no existen otras opciones factibles. Definida la realidad de este modo los individuos no pueden hacer otra cosa que adaptarse a un sistema que nos viene impuesto. Poco se puede aportar a la realidad construida por los nuevos expertos que se ubican “más allá” del estado y las autoridades transfiguradas en auditores. Así se genera una conciencia sobria y gris que empobrece el sistema de relaciones y constituye las bases de la no participación. La vida colectiva registra significativamente este hecho. Las organizaciones colectivas y el espacio público común tienden a reducirse. Cada individuo o unidad son portadores de su pass-

word mediante el que comparecen en las sucesivas evaluaciones. Los colectivos existentes en el keynesianismo pierden parte de sus apoyos. Cada cual tiene un campo de relación con las autoridades que concluye en la definición de sus objetivos.

## **La reforma de la atención primaria y el declive de los discursos comunitarios**

La reforma de atención primaria aplicada en los últimos veinte años es una reforma neoliberal según el modelo expuesto. La presencia de todos los elementos reseñados es patente. No obstante, ésta tiene características específicas determinadas por las realidades singulares del campo de la atención primaria en España. La reforma se manifiesta con los contratos programa, las carteras de servicios, los incentivos y la gestión. El modelo y la iniciativa proceden del estado-mundo y sus redes de instituciones y expertos. La reforma comparece lista para su aplicación excluyendo la deliberación con los profesionales. El papel de éstos consiste en aplicarla. Se presenta como un proceso de modernización y progreso inevitable frente al anticuado sistema burocrático-profesional. Los elementos procedentes del arsenal de la vieja atención primaria quedan en el exterior de lo que se configura como el eje de la reforma.

La reforma es ejecutada mediante en medidas sucesivas. Se construyen los dispositivos y los saberes necesarios para su implementación. Una vez aplicada en una secuencia de medidas es efectiva, en tanto que los centros de salud no son los mismos que con anterioridad. Los espacios organizacionales son reestructurados por reglas y procedimientos nuevos que responden a una racionalidad de gobierno neoliberal. Las transformaciones organizativas presentan coherencias con los cambios en el estado y la sociedad, realizados por reformas que comparten sus gramáticas.

El proceso de implementación de la reforma presenta algunos rasgos singulares. Los reformadores introducen el modelo con la colaboración de importantes sectores profesionales. Todos comparten la convicción de su

pertinencia y su significación de progreso y mejora frente al pasado inmediato confuso debido a la desorganización producida por la reforma salubrista. La aparición de la medicina basada en la evidencia, fundada en el mismo paradigma científico que las teorías gerencialistas, facilita la convergencia. Todo cambio en cualquier organización produce un juego entre las fuerzas impulsoras y las fuerzas restrictivas. En este caso ambas aúnan sus fuerzas. Las resistencias proceden de algunos sectores profesionales menos cualificados. A pesar de los efectos de desorganización y elementos de crisis cultural no se producen discusiones de fondo. El precio de la reforma se agota en un sumatorio de malestares no articulados en discursos.

Uno de los factores facilitadores de la reforma es la percepción de la calidad. La preocupación por la calidad de la atención médica ha favorecido la recepción de las retóricas neoliberales sobre la excelencia y la calidad. Aquí radica uno de los ejemplos que ilustra la complejidad del campo. El concepto de calidad que impulsa la reforma procede del nuevo sistema industrial y se articula en torno a la calidad percibida por el cliente. La preocupación por la calidad de la atención médica es anterior y desde las aportaciones de Donabedian se manifiesta en términos más complejos. La tensión entre los conceptos de paciente y cliente se encuentra presente como dilema en las políticas sanitarias y en los significados de la calidad asistencial. Los sistemas teóricos inspirados en la calidad total empresarial no son directamente homologables a los modelos de la calidad de la atención médica. Las tradicionales precauciones formuladas frente a la universalización y simplificación de la calidad, adquieren una pertinencia especial en este caso (25).

El pasado inmediato del ambulatorio hace percibir como un progreso sólido la reforma. Los preceptos y procedimientos de la MBE, las guías clínicas y protocolos se entienden como un emblema de la calidad. Pero la excelencia y la calidad es son conceptos difíciles de definir al margen de un contexto específico. Son moldeables y flexibles. De ahí se deriva su riesgo de convertirse en una narrativa necesaria desde la gestión para configurar nuevas identidades (26). El contraste entre los discursos triunfalistas de la

excelencia y las políticas presupuestarias se reproduce en toda la generación de reformas del presente. El gerencialismo tiene la capacidad de producir imágenes poderosas que transfiguran la realidad inevitablemente austera.

En los últimos diez años se produce un cambio de gran alcance en todo el campo sanitario. El avance del proyecto neoliberal, la neutralización de las resistencias y las sinergias entre todas las transformaciones operadas, hacen que las fuerzas del mercado modifiquen su actuación y adopten una posición más intervencionista en función de sus intereses. El complejo industrial sanitario, la industria farmacéutica y las aseguradoras privadas detentan unas posiciones sólidas desde las que se desarrollan iniciativas para la expansión del campo de sus intereses. El dominio del conocimiento es la referencia desde la que se construye la legitimidad necesaria para su eficacia. El resultado es una nueva medicalización que redefine los problemas de salud, los riesgos y los criterios diagnósticos mismos, de modo que se amplíen los nichos de mercado de los productos y los problemas sobre los que intervenir. La explosión mediática de la salud, los métodos del marketing aplicados de forma generalizada, la publicidad directa de fármacos, las ferias de salud, la difusión de los síntomas de enfermedades. El progreso industrial de las mejoras diagnósticas y terapéuticas deviene en un elemento central de las sociedades del presente. Los consumidores son colocados en estado de alerta para percibir las señales de la oferta sanitaria.

Pero el cambio de mayor trascendencia estriba en los efectos de la mutación tecnológica global, que convierte a las industrias biomédicas en uno de los sectores más poderosos en cuanto a su capacidad de producción y sus mercados potenciales. Así se produce la metamorfosis más relevante: la significación de la salud no radica tanto en el nivel de salud de la población, sino en la capacidad económica y productiva de la industria de la salud, entendida como sector productivo y de consumo. Cuando hablamos de salud nos referimos a la economía, la producción y el crecimiento de la aportación de este sector al conjunto. El cambio en las significaciones enlaza con la expansiva sociedad de consumo que tan mal

soporta las dolencias y sufrimientos que limitan la realización personal. El sistema sanitario se reformula para adaptarse a esta situación y maximizar sus aportaciones.

En este nuevo contexto se reformula el significado de la atención primaria. El desarrollo de la medicina como institución ha relegado el papel de los generalistas. La onda salubrista de los años setenta propone la centralidad de la atención primaria pero el rol médico se difumina en el equipo de salud. En el presente la atención primaria tiende a ser considerada como un primer nivel de atención que presta servicios de “menor valor” que los de las especialidades, reforzados por el yacimiento tecnológico. Así, desconectada del estado de salud de la población, entendida como prestadora de servicios sanitarios equivalentes a los de la sociedad de consumo, la atención primaria se aleja de la posición asignada en su origen: el centro del sistema. Esta es la tensión principal que puede generar cambios en el futuro.

En la situación analizada interrogarse sobre la relación entre el sistema sanitario y los determinantes de salud, o por la posibilidad de una política sanitaria que se fundamente en la salud colectiva más allá del sistema de asistencia, es una quimera. Los elementos comunitarios del sistema de la APS tienden a ser reformulados en términos compatibles con la medicalización ahora inducida por las empresas. La promoción de la salud o educación para la salud pueden servir de máscaras a proyectos empresariales de expansión de la demanda de la que los profesionales sean meros colaboradores necesarios. Los riesgos de los discursos comunitarios radican en la posibilidad de ser manipulados.

Sin embargo, en la atención primaria existen distintas voces. Numerosos diagnósticos y propuestas innovadoras son formuladas desde distintas instancias transnacionales asociadas a la medicina preventiva o la salud pública. Se constituye un ámbito público donde se intercambian análisis, valoraciones y proposiciones sobre cuestiones relativas a la salud colectiva y a los servicios de salud. El problema de estas propuestas es su débil anclaje en los profesionales. El espacio público profesional se encuentra determi-

nado por un sistema de intercambios entre las asociaciones profesionales y las autoridades, que se focaliza en los objetivos pactados. Las distintas unidades se encuentran desagregadas según sus particularidades. En este espacio los postulados neoliberales ejercen una hegemonía incuestionable. El modelo de gobierno a distancia funciona con efectividad (27).

También se puede constatar el nacimiento de una segunda generación de propuestas, principalmente en Latinoamérica, que representan respecto a Alma-Ata un avance sustancial en su fundamentación. El movimiento de la salud colectiva (28) representa una propuesta que presenta formulaciones novedosas. Los elementos de salud comunitaria que en la primera versión de Alma\_Atata se presentaban con escaso sustento sociológico, son reconstituídos sobre bases científicas más sólidas.

Los discursos comunitarios se encuentran en un declive difícilmente reversible. Se ubican fuera del imaginario y de lo transversal de la institución. Pero el cambio social siempre procede de tensiones. La atención primaria se encuentra sometida a tensiones que van a comparecer. Elementos que en una época aparecen como portadores de la racionalidad y la eficacia muestran su reverso en el curso del tiempo. El modelo empresarial y gerencial comienza a manifestar los primeros síntomas de sus problemas. La oposición al sistema, que hoy se ubica en el espacio del humor como única forma viable de réplica, puede expresarse por otras vías en el futuro. La atención primaria es sensible a los impactos del consumismo desbocado, de las desigualdades sociales y los efectos perversos de las actuales ecuaciones vigentes entre el mercado y el estado. Cualquier reestructuración futura se encuentra obligada a retomar la salud comunitaria y sus elementos constitutivos.

## Bibliografía

1. Ortega, F., (1990) “Las contradicciones entre sociedad y política: el caso de la transición democrática española” *Revista de Occidente* 107.

2. Aglietta, M. (1971), *Crisis y regulación del capitalismo. La experiencia de los Estados Unidos*. Madrid: Siglo XXI.
3. Castells, M., (1997), *La era de la información: economía, sociedad y cultura*. Vol. 1 La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial.
4. Morin, E., (1990), *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
5. Irigoyen, J. (1996), *La crisis del sistema sanitario en España. Una interpretación sociológica*. Granada: Universidad de Granada.
6. Sabel, Ch. F. y M.Piore, (1990) *La segunda ruptura industrial*. Madrid: Alianza Editorial.
7. Boyer, R. (1986). *Capitalismes fin de siècle*. París:PUF
8. Harvey, D. (2005), *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
9. Albrow, M.(1997), *The Global Age. State and Society beyond Modernity*. Stanford: Stanford University Press.
10. De Venanzi, A., (2002), *Globalización y corporación. El orden social del siglo XXI*. Barcelona: Anthropos.
11. Manim, B. (1994), “The Metamorphosis of Representative Government” *Economy and Society* 23 (2).
12. Latour, B. (1995), “Dadme un laboratorio y moveré el mundo”, en Iranzo, Juan, J.Rubén, Teresa González, Cristóbal Torres y Alberto Cotillo (Coords). *Sociología de la Ciencia y la Tecnología*. Madrid: CIS.
13. Timoteo Alvarez, J., (2005), *La gestión del poder diluido. La construcción de la sociedad mediática (1984-2004)*. Madrid: Pearson. Prentice Hall.
14. Kahn, J.F. (1995), *La Pensée Unique*. París:Fayard.
15. Dahl, R., (1992), *La democracia y sus críticos*. Madrid: Paidós.

16. Foucault, M. (2006), *Seguridad, territorio y población: Curso del Collège de France (1977-1978)*. Madrid: Akal
17. Rose, N. y Miller, P. (1992), "Political Power beyond the State: Problematics of Government". *British Journal of Sociology*. Vol. 43 (2).
18. Rose, N. (1997), "El gobierno en las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo" *Archipiélago* 29.
19. Burchell, G. (1993), "Liberal Government and Techniques of the Self" *Economy and Society* n° 22 (3).
20. Aubert, N. y Gaulejac, V. (1993) *El coste de la excelencia*. Barcelona: Paidós.
21. Deleuze, G., (1995), "Pot-scíptum sobre las sociedades de control" en *Conversaciones: 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.
22. Power, M., (1997), *The Audit Society: Rituals of Verification*. Londres: Oxford University Press.
23. O'Malley, P. (1996), "Risk and Responsibility", en Barry, Osborne y Rose (eds.) *Foucault and Political Reason. Liberalism, Neo-liberalism and Rationalities of Government*. Londres: UCL Press.
24. Bourdieu, P. (2000), *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo.
25. Hackman, J.R. y Wageman, R., (1995), "Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues" *Administrative Science Quarterly* 40
26. Salmon, Ch, (2008), Storytelling. *La máquina de fabricar historias y formatear las mentes*. Barcelona: Península.
27. Fournier, V. (1999) "The appeal to professionalism as a disciplinary mechanism" *Social Review* 47 (2).
28. Paim, J.S., (1986), *Saúde, Crises, Reformas* . Salvador: centro Editorial Didáctico da UFBA.

## CAPÍTULO XI

# VALORES CLÍNICOS PRÁCTICOS EN TORNO AL CONTROL DE LA INCERTIDUMBRE POR EL MÉDICO GENERAL/DE FAMILIA

*Juan Gervás*

*Médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los  
Montes y el Cuadrón (Madrid).  
Equipo CESCA, Madrid*

*Elena Serrano*

*Residente 3, Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, Centro de  
Salud El Carmel y Hospital Santa Creu i San Pau, Barcelona.*

### Resumen

Los valores profesionales ayudan a tener autoestima, crédito y prestigio. Los valores profesionales son los que aprueban los profesionales, los pacientes y la sociedad. Por ejemplo, dignidad en el trato, cortesía y empatía, calidad científica y humana, compromiso con el sufrimiento, mantenimiento de habilidades, actitudes y conocimientos, etc.

Lastimosamente, muchos valores profesionales se pierden por falta de conceptualización, de análisis, de enseñanza y de teorización. Los valores constituyen un conjunto muchas veces ajeno a la formación de los médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales. Se dan por supuesto, sin más.

No podemos conseguir un liderazgo profesional que arrastre al conjunto de los médicos generales/de familia si no somos conscientes de los valores con los que ejercemos cuando lo hacemos dignamente. Ese conjunto debería ser objeto de trabajo teórico y práctico al objeto de fomentar su implantación, conservación y mejora.

El mundo de los valores no es algo exótico, sino parte del trabajo diario. Así, el control de la incertidumbre, el empleo prudente del tiempo, la accesibilidad, la polivalencia y el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” son valores para el propio médico, para los enfermos y sus familiares, para la población y para el conjunto de la sociedad. Estos valores dependen en mucho del profesional aislado y en grupo, pero también de gestores y políticos sanitarios que han de promoverlos. Se puede y se debe hacer en colaboración, de forma que aúnen esfuerzos médicos, gestores y políticos.

## Introducción

Llamamos valor a la cualidad que hace importante algunas cosas. Por atribuirles valor, esas cosas exigen un respeto especial. Así, la vida es un valor; también la salud, la dignidad, el amor, la justicia, la piedad, la convivencia, la seguridad, la paz, la educación, la amistad, la belleza y el placer son valores, como lo son las creencias religiosas, las tradiciones culturales, etc. (1).

El lenguaje de los valores abarca otros muchos lenguajes sagrados con los que estamos familiarizados como el de los derechos humanos, por ejemplo. Pero no hay valores absolutos. Los valores pueden entrar en conflicto entre sí. Así, el incentivo económico es un valor, y en tanto que tal, apreciable, pero que puede entrar en conflicto con otros valores que también tenemos el deber de respetar, como es la buena práctica profesional, la justicia, la no-maleficencia, etc.

Conviene distinguir entre valores y cursos de acción. Los valores son cosas importantes porque son valiosas, pero el valor vale y nada más. Lo que hagamos con ellos ya no son valores sino cursos de acción (1). Por

ejemplo, la dignidad es un valor importante en la práctica clínica. Tanto la dignidad del paciente como la del médico, pero también la de los familiares y la de otros profesionales no presentes en el acto médico (en el encuentro entre médico y paciente). La dignidad del paciente obliga a distintos cursos de acción, según las circunstancias y el entorno de cada encuentro clínico; en el curso de acción se incluyen el trato cortés, la empatía, la escucha, el pudor, la asignación de un tiempo apropiado y otros elementos. Además, el respeto a la dignidad, al valor, puede llevar a conflictos, de forma que el curso de acción no es nunca el mismo, si se quiere lograr un “mejor resultado posible” a través de un curso óptimo. Por ejemplo, la dignidad de trato con el paciente puede entrar en conflicto con el respeto a las normas establecidas sobre la duración de la entrevista, y si se han asignado bloques cerrados llevar a retrasos excesivos y a no valorar un tiempo de espera digno de los que están todavía en la sala, ni de los que no han obtenido cita en ese día por la “cola” creada. Por ello ningún valor es absoluto y en la práctica hay que lograr cursos de acción óptimos que produzcan el “mejor resultado posible”; dichos cursos óptimos están normalmente alejados de los cursos extremos, del todo o nada.

## **El control de la incertidumbre, valor central en atención primaria**

La incertidumbre es consustancial a la decisión. Es imposible decidir con certeza absoluta por mucho que se controlen las condiciones pasadas y presentes. Ni siquiera en los experimentos físicos de laboratorio de investigación se tiene certeza de los resultados, y sólo cabe el obtener medias para acercarnos a los resultados verdaderos. La cuestión es ardua en Medicina, pues hay que decidir generalmente con rapidez y en condiciones de gran incertidumbre, y las decisiones tienen impacto en la salud del paciente y en el coste de la atención (2,3). Esto es así sobre todo en Atención Primaria, pues los problemas se ven en toda su evolución, desde síntomas vagos a cuadros floridos, y muchas veces no se llega a un diagnóstico que justifique una intervención concreta (4,5). Sirvan de ejemplo tres casos clínicos “sen-

cillos”: 1/ bebé de siete meses con fiebre de 40° que parece una simple otitis media: ¿qué probabilidad hay de que se transforme mañana en una septicemia por meningococos?; 2/ varón 28 años con cuadro de prurito persistente que no parece tener origen concreto, en el que su médico de cabecera duda si iniciar una búsqueda de linfoma; 3/ mujer de 52 años que se incorpora al trabajo tras seis semanas de ser intervenida de hernia inguinal y en el curso de un esfuerzo nota dolor intenso que refiere a la cicatriz de la herniorrafia: ¿hay que pensar en litiasis renal, en pancreatitis o en otros cuadros?. Son casos reales, más o menos inocentes en su presentación, pero que pueden evolucionar hacia presentaciones ominosas. El médico prudente tendrá en cuenta esta posibilidad, pero actuará según lo más común, lo más frecuente, según lo habitual. No es fácil hacerlo de continuo y en los casi 300.000 encuentros que “resuelve” un médico general de media en su vida laboral. El adecuado control de la incertidumbre se convierte en un valor, pues se estima en mucho encontrar el justo equilibrio entre un trabajo descuidado que retrase diagnósticos e intervenciones y un trabajo excesivamente riguroso que lleve al inicio de incontables cascadas preventivas, diagnósticas y terapéuticas innecesarias (6,7).

El curso óptimo de acción es difícil de señalar, tanto durante el propio acto clínico, en las condiciones de la práctica diaria, como en el análisis *a posteriori*. Durante una simple consulta, del estilo de la del paciente sin antecedentes de interés que tiene un catarro, el médico general/de familia toma decisiones continuas que llevan a un resultado no siempre fácilmente esperable; por ejemplo, si en este caso el paciente tiene un hermano con el que vive que ha terminado ingresado por neumonía que se inició con síntomas similares, y que se le escapó al mismo médico hasta que la gravedad del cuadro obligó a su ingreso. El médico tiene que decidir en este caso cuánto tiempo deja hablar al paciente, qué preguntas hace, cuándo explora, qué explora, cuándo introduce consejo contra el tabaco (si el paciente es fumador), en qué momento termina el proceso diagnóstico y recomienda un determinado seguimiento, etc. Desde este punto de vista no hay consultas simples, y todas son de una enorme complejidad, por más que se resuelvan satisfactoriamente en apenas diez minutos.

El control de la incertidumbre entra en conflicto con valores profundos, tanto del paciente como del propio médico general (8). Así, el médico tiene que saber renunciar a cierto grado personal de seguridad, de certeza en la decisión, y “dejarse” llevar por su intuición y conocimientos para alcanzar ese curso óptimo de acción que consiga el “mejor resultado posible”. Se trata de evitar errores, pero con una actuación prudente, no con la imprudencia de hacer de más o de hacer de menos. En el día a día hay que tomar decisiones con cierta prontitud en la consulta puesto que no se pueden prolongar indefinidamente ni los propios encuentros ni el seguimiento; la incertidumbre no puede ser paralizante. Pero, lamentablemente, de todo esto se habla poco a los residentes, por más que debería ser un componente central de lo que transmiten los tutores (9).

Ante la incertidumbre, desde el punto de vista del paciente, es imprescindible que el médico general comparta su ignorancia, y la ignorancia de la ciencia al respecto. Es la ética de la ignorancia (10). El paciente precisa una apreciación que le tranquilice, pero la tranquilidad no equivale de ninguna forma a falsa seguridad, a mentir al paciente. Se tranquiliza al paciente con un curso de acción prudente, que incluye compartir la ignorancia, dar tiempo al tiempo y a la “espera expectante”.

Naturalmente, el control prudente de la incertidumbre exige conocimientos actualizados, destrezas y habilidades suficientes y una actitud de servicio que busque el logro de una práctica clínica de calidad. El médico general puede intentar obviar la incertidumbre “especializándose” en algún campo, dedicando atención preferente a los pacientes con alguna característica. Pero ante la incertidumbre es clave que el médico general lo sea en propiedad; es decir, que sea generalista, que sea capaz de enfrentarse y dar respuesta a gran variedad de cuestiones y situaciones, que sea polivalente para enfrentarse a la incertidumbre y a los retos de la consulta diaria (11, 12). El trabajo en Atención Primaria es por definición sin límites ni de edad ni de sexo ni de problemas, pues la especialidad de Medicina General/de Familia se caracteriza por atreverse a dar respuesta a todos los pacientes, y a resolver la mayoría de los problemas con la simple

“silla” (los recursos disponibles en el despacho del médico o en el domicilio del paciente) (13). La polivalencia es un valor de la práctica clínica del médico general que ayuda a lograr una respuesta prudente en el control de la incertidumbre.

Hay que aceptar que la incertidumbre es consustancial a la clínica diaria en Atención Primaria. No se puede rechazar la incertidumbre con un “horror” a la decisión que lleve a una práctica de rutina. Por ejemplo, se controla la incertidumbre con mayor facilidad si la consulta del médico general se transforma en una consulta de crónicos estabilizados “sumisos”. Por eso las “colas” para ser atendido por el propio médico de cabecera hay que interpretarlas en clave de incertidumbre, pues con esperas de hasta una semana (y más) los pacientes se seleccionan, y devienen esos crónicos estabilizados “sumisos”. Este grupo de pacientes plantea menos dudas que la abigarrada variedad que llega normalmente a la consulta del médico general cuando los pacientes son vistos en el mismo día, o como mucho en 24 horas. Por ello la accesibilidad es un valor en conflicto con el control de la incertidumbre. En el absurdo de una falta absoluta de accesibilidad no habría problema alguno con el control de la incertidumbre, pero ese es un curso de acción extremo, como lo es la accesibilidad del 100% al propio médico de cabecera, las 24 horas del día, los 360 días del año. Ambos cursos de acción son extremos y por ello no llevan a decisiones prudentes, óptimas, adaptadas a cada contexto y situación.

Por último, tampoco cabe en Atención Primaria la actitud del especialista que aspira a etiquetar todo proceso patológico, que espera atribuir a todos los pacientes diagnósticos que expliquen su dolencia. Con esta “tiranía del diagnóstico” se olvida que no hay enfermedades sino enfermos (9).

La convivencia con la incertidumbre en Medicina General se funda en el hecho de que en torno a la mitad de los casos se resuelven sin haber llegado a diagnóstico alguno (14). Un afán excesivo de diagnosticar lleva a la transformación de los pacientes en estampas que cuadran con los

modelos (15). Con ello se pierde dignidad, se homogenizan a los pacientes, se ignora su sufrir individual y se rechazan, por ejemplo, a los enfermos con síntomas persistentes médicamente inexplicables, tipo vértigo, dolor abdominal, jaquecas y demás. El rechazo a la incertidumbre lleva al rechazo de los pacientes que no se ajustan a los patrones homologados de enfermedad; con ello se rechaza el sufrimiento humano, tan distinto y peculiar en cada caso.

## Tiempo e incertidumbre

No hay claros beneficios del aumento del tiempo de consulta (16), pero en Atención Primaria existe consenso acerca de la necesidad de contar con un tiempo mínimo por paciente estimado en diez minutos. Aunque este tiempo se doblase y nos acercáramos a los treinta minutos por consulta, siempre tendrían que tener las consultas un tiempo máximo. Es decir, un médico no puede en buena lógica dedicar todo el tiempo del mundo al problema de un único paciente, para así disminuir a cero la incertidumbre (suponiendo que ésta tienda a desaparecer en el límite de infinito tiempo, lo que no está demostrado). Claramente, el control de la incertidumbre plantea un dilema con el tiempo dedicado a cada enfermo. No se puede aspirar a tener “todo el tiempo del mundo”, entre otras cosas porque no conviene crear listas de espera para ver al propio médico de cabecera, por las consecuencias que tiene para el control de la incertidumbre (que hemos comentado anteriormente).

En Medicina General/de Familia, sobre todo si hay un listado de pacientes asignados al médico general, los minutos de consulta se suman a lo largo del tiempo. Es decir, en un ejemplo, los diez minutos de hoy añaden tiempo al empleado en las dos visitas previas a lo largo de ese mismo año, una de ellas sobre el mismo problema. Incluso los tiempos se mezclan con los de la misma familia, ya que no es raro en España que la mujer (generalmente la mujer) haga consultas indirectas por otros miembros de la familia o del vecindario, y a este respecto se obtiene un cúmulo de datos, un acervo de datos blandos que explican el

valor de la longitudinalidad (17). Con tal “banco de datos” en la cabeza resulta mucho más fácil controlar la incertidumbre. De ahí el diferente curso de acción óptimo del control de la incertidumbre en los servicios de urgencias, que prestan atención episódica a un problema de salud, y en los servicios de atención primaria, donde se presta atención continuada a lo largo de años a los mismos pacientes y familias. Este conocimiento “de ciencia propia” es también fundamental en la realización de los avisos a domicilio, pues los cursos óptimos de acción son muy diferentes según realice el aviso el propio médico de cabecera, o el que le toque por turno (o el médico de urgencias). En este caso, el rechazo al aviso repercute en mil formas en los pacientes, y no todo depende de la gestión y de la política, sino de la profesionalidad.

La longitudinalidad se refiere a la atención en el tiempo por el mismo médico de los mismos pacientes, con todos los problemas de salud que van surgiendo al envejecer. La longitudinalidad, basada en la relación personal, da un cúmulo increíble de conocimientos al médico, sobre el paciente, su familia y su entorno poblacional y cultural. Así se puede optimizar el curso de acción en el control de la incertidumbre (17). Además, si se cuenta con una lista de pacientes y el médico actúa de filtro para la atención especializada, se puede manejar el tiempo incluso con el simple “esperar y ver”, la “espera expectante”, que permite soslayar decisiones con la red de seguridad que da el trabajo con el cupo. En todo caso, se demuestra así la importancia de la gestión y de la política sanitaria en el control apropiado de la incertidumbre, pues, por ejemplo, ayudan a respetar este valor los incentivos que ligan al médico general a un puesto de trabajo concreto, con una lista de pacientes más o menos estables. Son mezcla de decisiones políticas, profesionales y personales las que llevan al establecimiento de “colas” en Atención Primaria, que mal se resuelven sin darle mayor importancia con “rebosaderos” de pacientes citados para atender a pacientes no citados y urgencias, muchas veces por médicos que no son los de cabecera propios de cada paciente.

## Polivalencia e incertidumbre

El médico polivalente es el médico polifacético en la clínica. El médico general polivalente es un médico versátil que lo mismo atiende al niño sano que cumple la expectativa de una anciana incapaz de cambiarse la lentilla ocular, que recibe en el momento y sutura al adolescente herido al caer de la motocicleta, que toma una muestra vaginal en la mujer que acude a consultar por flujo, que colabora con las maestras en organizar “desayunos saludables” que atiende al paciente terminal en casa (11,12). Esta polivalencia es grata al paciente, que no se ve fragmentado en la atención (al menos cuando son problemas de salud frecuentes) y es positiva para el propio médico que se siente competente, que puede ofrecer cursos óptimos de acción ante situaciones muy variadas, con incertidumbre de todo estilo. El médico competente es un médico con autoestima, capaz de controlar prudentemente la incertidumbre, que cree en sí mismo sin vanidad ni orgullo, que ejerce con calidad técnica y humana y que respeta los valores en general y los valores profesionales (18). Este médico tiene crédito entre sus pacientes y entre sus colegas. Por supuesto, cometerá errores, y quizá haya que poner límites a su polivalencia, pues tampoco se puede hacer todo, pero aprovechará la innovación tecnológica para avanzar en su versatilidad. Dicha innovación traslada posibilidades del médico especialista al generalista y de éste al paciente y a su familia (19). Buen ejemplo es el ECG, tecnología en principio reservada a los laboratorios de investigación que ha pasado en pocas décadas a ser parte de la rutina en un centro de salud. Este ejemplo sirve para demostrar cómo la dotación de recursos cambia el curso de acción ante la incertidumbre, frente a casos de dolor precordial, por ejemplo.

La polivalencia es un valor profesional que exige conocimientos actualizados y variados, destrezas y habilidades múltiples y la dotación de recursos con apoyo de la organización. Así, por ejemplo, para la cirugía menor en la consulta del médico general se precisa saber hacer, saber qué y cuándo hacerlo, material adecuado y una organización para derivar las muestras a anatomía patológica y recibir los oportunos informes; por

supuesto, también se precisa resistir la presión de algunos dermatólogos que desacreditan el trabajo del médico general. Es decir, como siempre, la reputación profesional tiene un componente profesional, de gestión y de política sanitaria, que se refleja al final en los cursos posibles de acción y en el control de la incertidumbre en la consulta diaria (20). Un médico polivalente prudente no teme a la incertidumbre, sino la respeta. Se siente capacitado y prestigiado y sabe que en la mayoría de los casos resolverá los problemas de la incertidumbre con cursos de acción que se aproximan a los óptimos.

## **Accesibilidad e incertidumbre**

La polivalencia depende de la accesibilidad, otro importante valor para el profesional, los pacientes y la población. Por ejemplo, si no hay accesibilidad suficiente, si el paciente no es recibido sin cita, de nada sirve que el médico general esté capacitado y tenga material para suturas, pues nunca lo utilizará (y a la larga perderá la capacitación). Además, perderá la oportunidad de obtener autoestima, y el prestigio y el crédito que da la polivalencia ejercida en los pacientes del propio cupo. A cambio, las barreras dan tranquilidad, una tranquilidad de cementerio, de práctica clínica rutinaria, previsible y muerta. Si no se atienden urgencias, ni avisos del día, ni pacientes sin cita, todo se va reduciendo a los pacientes crónicos estabilizados y obedientes, al mundo de poco más que cuatro problemas de salud (y cuatro pacientes, casi).

Como hemos comentado, las dificultades para el acceso están llevando al establecimiento de “colas” (listas de espera) para ver al propio médico de cabecera. Estas barreras conllevan un cambio total en el contenido del trabajo del médico general. Con las listas de espera dejan de presentarse los enfermos con síntomas agudos, y faltan todos los “incumplidores”. Son dos grupos de pacientes que generan incertidumbre, mucha más incertidumbre que los pacientes que respetan y pueden respetar las listas de espera y las citas a semanas vistas. Estos pacientes cumplidores son básicamente crónicos estabilizados, que también “cuadran” con los

protocolos y guías clínicas, a los que se les pueden aplicar las pautas preventivas que “casan” con los incentivos al uso (son pacientes que en realidad necesitan pocos cuidados, pues ya se cuidan a sí mismos). Es decir, tanto la dejadez/desidia profesional como la rutina gerencial y política fomentan el establecimiento de listas de espera para ver al propio médico de cabecera, con detrimento de las posibilidades de polivalencia del mismo y reducción de la incertidumbre a campos conocidos y “seguros”.

Por supuesto, la accesibilidad no es un valor absoluto, y ni es posible ni conviene una accesibilidad del 100% al propio médico de cabecera. Lo prudente es un equilibrio posible entre los tres valores considerados y que la accesibilidad sea compatible con la polivalencia deseada y con el control esperable de la incertidumbre. Si hubiera que decidir, lo importante sería lograr que ejercer fuera un reto, no una rutina.

## El diagnóstico y la incertidumbre

Ya hemos comentado que la búsqueda del diagnóstico imposible da origen a múltiples cascadas de incierto final (6). Por ejemplo, conviene “retenerse” ante el afán de diagnóstico cierto en todo caso de infección respiratoria alta. En general da igual que la causa sea vírica o bacteriana, y el tipo de microbio específico de que se trate. La mayoría de los casos evolucionarán espontáneamente a la curación y no se precisan antibióticos sino medidas de apoyo, paliativas ante las molestias. Por supuesto, lo que sucede en las infecciones de vía respiratorias altas sucede en todos los campos, y en torno a la mitad de los problemas atendidos por el médico general se resuelven sin un diagnóstico definitivo (14). En Medicina General/de Familia la clave es responder con prudencia a los problemas, no diagnosticarlos. Conviene diagnosticar cuando hacerlo lleve a mejor resultado en salud, no a peor. En muchos casos lo importante es la decisión, la actuación, el curso óptimo que a veces no requiere diagnóstico sino acción prudente. El énfasis excesivo en el diagnóstico lleva a peor resultado en salud y a mayor gasto (15).

Es absurdo pretender diagnosticar todo, y ese impulso, “la tiranía del diagnóstico”, refleja bien el cambio filosófico y en los valores que conlleva la influencia excesiva de los especialistas sobre la formación de estudiantes y residentes, y en general en toda la Medicina (15). Los especialistas tienden a ver enfermedades, no enfermos; suelen prestar una atención episódica, centrada en el grupo de problemas de salud de su especialidad, y emplean tecnología para obtener datos “duros” (los que proceden de aparatos), con menosprecio en general de los datos “blandos” (los que acopia del paciente, la familia y su entorno el médico general con su longitudinalidad). Por consecuencia, los especialistas rechazan la incertidumbre y buscan la (falsa) certeza del diagnóstico (21). Esta modalidad de aversión al riesgo como aversión a la incertidumbre lleva a la intolerancia a la decisión sin diagnóstico, lo que retrasa en muchos casos la curación (y contribuye a crear listas de pacientes, tanto en especializada como en primaria).

El control de la incertidumbre es un valor típico del profesionalismo del médico general. Este valor se enfrenta a la aversión a la incertidumbre del especialista y a su excesivo énfasis en el diagnóstico (y al consiguiente retraso en tiempo hasta “justificar” las decisiones con los resultados “duros”). Copiar la actitud diagnóstica del especialista es una aberración en Atención Primaria, donde los problemas tienen presentación precoz y poco definida, y en muchos casos se resuelven con intervenciones prudentes sin diagnóstico. Además, no deja de ser irónico que mucho del campo del diagnóstico médico esté bien lejos de tener fundamento científico (22,23). Los procesos diagnósticos tienen graves fallos metodológicos, y su evaluación está bien lejos de la de los procesos terapéuticos, de forma que el apoyo excesivo en los diagnósticos es el apoyo excesivo en un suelo de incierta consistencia, de dudoso valor. Son datos “duros” pero dudosos. Justifican tal vez la acción, pero sin fundamento científico en muchos casos. Así, la aversión a la incertidumbre lleva a una práctica clínica menos científica cuando se basa en excesos diagnósticos.

## Conclusiones

Los valores profesionales ayudan a tener autoestima, crédito y prestigio. Lastimosamente, muchos valores profesionales se pierden por falta de conceptualización y de análisis, de enseñanza y de teorización. No podemos conseguir un liderazgo profesional que arrastre al conjunto de los médicos generales/de familia si no somos conscientes de los valores con los que ejercemos cuando lo hacemos dignamente. El control de la incertidumbre, el empleo prudente del tiempo, la accesibilidad, la polivalencia y el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” son valores para el propio médico, para los enfermos y sus familiares, para la población y para el conjunto de la sociedad. Estos valores dependen en mucho del profesional aislado y en grupo, pero también de gestores y políticos sanitarios que han de promoverlos. Se puede y se debe hacer en colaboración, de forma que aúnen esfuerzos médicos, gestores y políticos.

## Bibliografía

1. Bertrán JM, Collazo E, Gervas J, González P, Gracia D, Júdez J et al. Guía de ética en la práctica clínica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2005.
2. Moskowitz AJ, Kripers B, Kassirer JP. Dealing with uncertainty, risks, and tradeoffs in clinical decision. *Ann Inter Med.* 1988;108:435-9.
3. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet.* 1996;347:595-8.
4. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35:95-8.
5. Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF.* 2006;2:320-31.
6. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada. Implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc).* 2002;118:65-7.

7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.
8. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ*. 2005;330:511-5.
9. Gérvas J. La rotación rural desde el punto de vista del tutor. *AMF*. 2009 [en prensa].
10. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics*. 1992;18:117-34.
11. Gérvas J, Seminario Innovación Atención Primaria 2006. La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo. *Rev Admin Sanit*. 2008;6:357-66.
12. Serrano E. La polivalencia rural desde la práctica urbana. *Aten Primaria*. 2009 [en prensa]
13. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario Innovación 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.
14. Crombie DC. Diagnostic process. *JR Coll Gen Pract*. 1963;6:579-89.
15. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q*. 2002;80:237-60.
16. Wilson AD, Chids S. Effect of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;Jan 25(1):CD00340.
17. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.
18. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violán C. Algunas causas y soluciones de la pérdida de prestigio de la Medicina General/de Familia. Contra el descrédito del héroe. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.

19. Gervas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc)*. 2005;124:778-81.
20. Gervas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clín (Barc)*. 2007;128:540-4.
21. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6.
22. Van den Bruel A, Cleemput I, Aertgeerts B, Ramaekers D, Buntinx F. The evaluation of diagnostic tests: evidence on technical and diagnostic accuracy, impact on patient outcome and cost-effectiveness is needed. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:1116-1122.
23. Lumbreras B, Hernández Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (supl 1):216-22.



## CAPÍTULO XII

# ASISTENCIA SANITARIA Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE

*Albert J. Jovell*

*Director de la Fundació Josep Laporte.*

*Profesor Asociado de la Universitat Autònoma de Barcelona*

### Resumen

El concepto de autonomía o autodeterminación del paciente es un derecho que tienen todos los pacientes. Sin embargo, la aplicación del mismo precisa de una serie de condiciones que no siempre se cumplen en situaciones de presión asistencial y de escaso tiempo de la visita médica. Además, los atributos asociados a la condición de paciente permite situar el ámbito de la autonomía en áreas donde hay incertidumbre, el paciente entiende su situación y tiene las competencias que le permiten decidir a favor de su salud, y el médico y los profesionales de la salud van a acompañar al paciente en su decisión. Es por ello quizá más oportuno hablar de autonomía del paciente en lo que respecta a la expresión y el respeto de sus valores y preferencias, y de toma de decisiones compartidas en lo que atañe a una relación médico-paciente basada en el modelo deliberativo. Existen diferentes patologías: enfermedades crónicas, cáncer de próstata localizado y enfermedad isquémica coronaria, entre otras, que son susceptibles de facilitar procesos de toma de decisiones compartidas que promueven y respeten la autonomía de los pacientes.

## Introducción

El concepto de autonomía o capacidad de autodeterminación de los pacientes se ha ido asumiendo progresivamente como un derecho en el Sistema Nacional de Salud. Esta adopción progresiva y universal de la autonomía, impulsada en España de manera oficial tras la aprobación de la aún no desarrollada al completo Ley de Autonomía del Paciente y de diferentes legislaciones surgidas de los parlamentos y los gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas, constituye un avance social y un signo de modernización de la atención sanitaria. Sin embargo, la asunción y universalización de este derecho no está exenta de complejidades morales y operativas. Las dificultades morales aparecen asociadas a los diferentes valores y conductas de los profesionales, de los ciudadanos y de los pacientes. Las dificultades operativas están asociadas a la traslación de un derecho general a los casos individuales y a situaciones particulares. Por otra parte, muchas veces el debate sobre la autonomía se ha visto afectado en nuestro país por la tendencia de la bioética a situar el centro de sus deliberaciones en los casos extremos y en las situaciones relacionadas con el origen y el fin de la vida. Esta ubicación de los debates en los extremos suele obviar los múltiples conflictos de autonomía que existen en la práctica clínica cotidiana y en la salud pública. Es por ello que en este trabajo se intenta presentar la decisión autónoma en el contexto de la ética clínica y de las políticas de salud intentando obviar los debates clásicos de la bioética en España.

El ejercicio de la libre determinación en la toma de decisiones que afectan a la salud es algo aceptado y asumido por el conjunto de la población y en los entornos profesionales y de gestión. A pesar de ello el ejercicio de la autonomía se presta a conflictos y puede resultar compleja en situaciones de incertidumbre, de desconocimiento o de valores confrontados. La presencia de conflictos no es inusual en entornos donde las decisiones se han de tomar con premura y existe una elevada complejidad. La obligatoriedad o no de vacunar a los profesionales de la salud contra la gripe A es un ejemplo de conflicto de valores que reúne esos atributos de

complejidad. El propósito de este capítulo es reflexionar brevemente sobre las condiciones en que se ha de fomentar la decisión autónoma, las dificultades para el ejercicio de la autonomía y la presentación de escenarios clásicos en los que pueden existir conflictos de autonomía.

## **Porqué la autonomía es un concepto controvertido**

A pesar de que es probable que la mayor parte de la población vea la autonomía como un derecho, conviene resituar este concepto en su dimensión histórica y en la realidad cotidiana. Este tipo de análisis permite enunciar las diferentes controversias relacionadas con el concepto de autonomía y que aparecen descritas en la Tabla 1. Desde una perspectiva histórica la autonomía en España era un derecho que pertenecía fundamentalmente a los médicos. De hecho uno de los objetivos en los que se fundamenta la colegiación obligatoria en los colegios profesionales era, y es, la protección de ese derecho. Esta situación llevó a la instauración de un modelo de relación médico-paciente de tipo paternalista, en el que los médicos tomaban las decisiones y los pacientes las acataban sin cuestionamiento posible. Este modelo de relación se vio sutilmente interferido cuando el contrato social entre el médico y el paciente incorporó a un tercer agente, representado por la administración sanitaria. Este último agente delega su poder de decisión en múltiples agentes subsidiarios, que incluyen tanto a los responsables de las políticas sanitarias como a los relacionados con el aseguramiento público y los relativos a la provisión de los centros. Esta multiplicidad de agentes de decisión puede generar variabilidad, ambigüedad e indecisión en el proceso de decisiones.

La introducción de las administraciones sanitarias, en la más amplia acepción de este término, como agente central en el contrato social entre médicos y pacientes ha supuesto, en aras a aportar racionalidad en la gestión de los recursos colectivos, la necesidad de considerar un tercer agente de decisión en la relación médico-paciente. Es interesante constatar que la administración sanitaria no sólo dispone de autonomía, sino que se dota a sí misma de la primera posición en la jerarquía de decisiones.

Esta primacía jerárquica se presenta a sí misma como la autoridad sanitaria y eso le permite asumir el poder en la relación con otros agentes. De esta forma, ante un posible conflicto entre la autonomía del médico y de la administración sanitaria prevalece, salvo casos excepcionales, el concepto de autoridad sanitaria sobre el de autoridad médica. Esta situación puede ser origen de conflictos al posicionarse la administración sanitaria en la defensa del agente colectivo, la población, y el médico en la defensa del agente individual, el paciente.

Paradójicamente, el rol de autoridad sanitaria puede llevar a la administración, y a los múltiples agentes en los que delega su poder, a adoptar actitudes paternalistas a la vez que se invita a los médicos a abandonar un modelo de relación paternalista. De hecho, el paternalismo de Estado es muy evidente en los períodos electorales, cuando los partidos políticos asumen la responsabilidad delante de la ciudadanía de solucionar todos sus problemas. Las políticas basadas en las promesas pueden restar autonomía y corren el riesgo de generar decepción y desconfianza sino cumplen con su cometido.

Parte del conflicto inherente a la adopción de una posición de agente principal de la colectividad tiene que ver con la inadecuada distinción de la condición de paciente de la del usuario. Si bien se utiliza el término de ciudadanos o el de usuario para referirse a la población en general, la condición de paciente presenta unos ciertos atributos diferenciales. De hecho, un paciente experimenta la enfermedad y las necesidades que ésta genera de una forma inmediata, lo que le convierte en un usuario habitual de los servicios de salud y con una percepción sobre lo que es prioritario que puede diferir de las percepciones del ciudadano que no está afectado por una enfermedad y de las autoridades sanitarias. Por lo tanto se puede decir que en la mayoría de las situaciones existe una jerarquía de poder en la decisión autónoma que sitúa a las autoridades sanitarias en primer lugar, al médico en segundo y al paciente en tercero. Sin embargo, a veces, los intereses del paciente conllevan dar entrada a una nueva voz: el ciudadano no afectado por la enfermedad. Esta asimetría de poder refleja

también, en la relación con el paciente, una asimetría de información y conocimiento. Esta última asimetría es la que podría fundamentar la primacía de autonomía del médico sobre el paciente en los temas clínicos, ya que el primero dispone de la experiencia que lo califica para defender la salud del segundo. En contraposición, el paciente adquiere la primacía en lo que se refiere a la materialización de sus valores y preferencias en el manejo de la enfermedad. Eso es así porque son los pacientes los que mejor conocen cuál es el sentido que quieren dar a su vida, que entienden por calidad de vida y cuáles son sus objetivos vitales.

Finalmente, hay dos tipos de modelos de relación médico-paciente que dotando de máxima autonomía al paciente pueden promover más daño que bien. El primer modelo es el denominado científico, por el que el profesional proporciona al paciente la información procedente de estudios científicos y le concede a éste la capacidad de decisión sin implicarse en la misma. Un ejemplo de este tipo de decisiones, propias de escenarios de incertidumbre pronóstica individual, sería la decisión de realizar una tumorectomía o una mastectomía en una mujer joven afectada de un carcinoma de mama in situ. Un segundo modelo de decisión médico-paciente complejo de entender es el de la medicina a la carta, por la que el paciente decide pruebas diagnósticas y tratamientos en función de deseos personales más que de necesidades identificadas según criterios universales. Un ejemplo de este tipo de medicina sería el cribado por tomografía a partir de los 50 años de edad.

## **Condiciones para que el paciente decida**

Antes de intentar valorar cuáles deben ser las condiciones necesarias para que un paciente pueda decidir de forma autónoma, o en qué condiciones resulta más adecuado promover la autonomía, conviene valorar si todos los pacientes y en todas las situaciones el paciente quiere tomar decisiones de forma autónomas. Para ello es bueno enunciar brevemente los atributos propios de la condición de paciente (Tabla 2). De hecho, una primera reflexión surgida de esos atributos sería que muchos pacientes,

sobre todo cuando la enfermedad ha sido diagnosticada recientemente o se trata de un condición clínica grave, prefieren no tomar decisiones. Podría ser ésta una de las mayores paradojas de la autonomía del paciente, pero en realidad no debería serlo porque la relación médico-paciente se fundamenta en la confianza mutua y esta confianza es muy elevada en nuestro contexto desde el paciente hacia el médico (1). Además, el paciente acude al médico en reconocimiento a una experiencia y a un conocimiento acreditado que le permite ejercer su función facultativa. Estas tres consideraciones: sensación de vulnerabilidad, confianza y reconocimiento de una experiencia para manejar un problema de salud, lleva asociada la idea de que, antes que ejercer pleno derecho de su autonomía en el proceso de decisiones, un paciente prefiera que sea un médico con experiencia acreditada el que asuma el liderazgo de la relación terapéutica en los temas relativos al manejo clínico de la enfermedad. Nótese que la elevada confianza del paciente hacía el médico se otorga desde una posición de vulnerabilidad. Es por ello importante que el médico sea honesto al ofrecer al paciente aquellas pruebas diagnósticas y tratamientos que considera apropiados. En el caso de que exista un conflicto entre lo que el médico quiere prescribir y lo que le dejan prescribir, el facultativo tiene la obligación de informar al paciente de que su autonomía está limitada. Este supuesto se ha dado en la prescripción de agentes quimioterápicos orales o en la indicación de antieméticos como tratamiento preventivo de los vómitos inducidos.

En relación a la reflexión anterior, conviene diferenciar el hecho de que el paciente pueda exponer sus valores y preferencias en el contexto de una relación con su médico del hecho de tomar decisiones clínicas que afectan a su salud. La primera reflexión descrita se relacionaba con éste segundo hecho. Nada de extrañar si consideramos como actúa la mayoría de la ciudadanía cuando es cliente de una línea aérea. Pocos de los que suben a un avión se han implicado en el conocimiento del pilotaje del mismo o la mecánica del aparato. Una segunda reflexión, aparte de la gravedad de la enfermedad, tendría que ver con la inmediatez con la que se necesitan tomar decisiones. La urgencia en el proceso de decisiones pro-

mueve la cesión de autonomía de decisión desde el paciente hacia el médico. En cambio, en condiciones clínicas de carácter crónico, en las que el paciente está en situación de aportar su experiencia como enfermo a la relación médico-paciente, es preciso definir dos espacios de autonomía propios y complementarios: el del médico y el del paciente. Para que esto sea así se requiere de una formación médica que dote a los profesionales de las habilidades y competencias necesarias para saber ejercer un modelo deliberativo de relación con sus pacientes. Ello es importante en situaciones clínicas específicas, como el abordaje del tratamientos de la diabetes tipo II con cambios en los estilos de vida o añadiendo antidiabéticos orales a los cambios.

En la Tabla 3 se describen algunas de las condiciones necesarias para que se pueda producir un proceso de decisiones autónomas. Cabe señalar que la autonomía debe conducir a una decisión que no sea perjudicial para un paciente. Así, no cumplir con la terapia de forma deliberada cuando se padece una diabetes tipo II con un elevado valor de hemoglobina glicosilada puede ser una decisión autónoma pero va en contra de la mejora de salud del paciente. En este sentido, las consideraciones realizadas en las tablas 2 y 3 permiten visualizar algunas de las dificultades asociadas a la toma de decisiones autónomas por parte del paciente. Por otra parte, aunque el paciente sólo siga instrucciones médicas, es importante que se haga cargo de forma autónoma de su propio cuidado. De esta forma, una decisión médica aceptada por el paciente se convierte también en una decisión autónoma del propio paciente. Este hecho es transcendental dada la gran complejidad que para un paciente profano puede suponer una adecuada comprensión de las consecuencias de las decisiones médicas. Es por ello necesario situar la autonomía del paciente en situaciones clínicas específicas, en tipologías concretas de pacientes y en un contexto de relación médico-paciente en la que el médico ejerce un rol de líder del proceso terapéutico. Es por ello oportuno hablar más de toma de decisiones compartidas o concordancia terapéutica que incidir en autonomías individuales o corporativas. La decisión autónoma en enfermos crónicos y en personas mayores requiere de sistemas de apoyo y de educación terapéutica

para facilitar la asunción personalizada de objetivos de salud relacionados con la adherencia al tratamiento.

## **Espacios de decisión**

Cualquier consideración a la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones debe considerar los diferentes obstáculos a los procesos de toma de decisiones compartidas (Tabla 4). El ejercicio de la autonomía del paciente precisa, aparte de los elementos descritos en la tabla 3, de suficiente número de interacciones y tiempo de relación con el médico para generar la confianza que permita promover un proceso deliberativo de toma de decisiones. Ello precisa de profesionales preparados que tengan las competencias y la empatía adecuada para ayudar al paciente en las decisiones que debe adoptar. Un paciente impaciente que consulta múltiples fuentes de información y obtiene diferentes opiniones médicas que son coincidentes puede también dificultar la relación médico-paciente. Finalmente, el modelo habitual de consentimiento informado que se utiliza en los servicios de salud y el modo en que se suele administrar a los pacientes constituyen una gran burla a la autonomía de los pacientes.

Posiblemente, la autonomía en el proceso de decisiones médicas pasa por el reconocimiento de aquellas situaciones en las que existe incertidumbre sobre la diferente efectividad de la decisión a tomar o del grado de implicación de los pacientes en la consecución del objetivo terapéutico. Un ejemplo de incertidumbre es el cribado del cáncer de próstata en varones de más de 50 años y, sobre todo, la decisión terapéutica a adoptar tras un diagnóstico verdadero positivo de cáncer localizado. Si bien, no existe evidencia científica a favor del cribado mediante la medida del PSA, tampoco queda claro si a un paciente con antecedentes familiares de cáncer de próstata se le debe negar la posibilidad de cribado. Por otra parte, una vez realizado el cribado, en base a los motivos que se consideren oportunos, aparece una nueva decisión a tomar en relación a que terapia indicar dada la inexistencia de evidencia científica que haya demostrado la superioridad de una de las múltiples opciones terapéuticas existentes. En la Tabla 5 se describen

algunos de los escenarios de decisión idóneos para la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica habitual.

Más que hablar de autonomía del paciente, quizás sea apropiado hablar de toma de decisiones compartidas dentro de una relación médico-paciente en la que el médico aporta su experiencia y su capacidad para aconsejar, y el paciente aporta su experiencia como enfermo. Otorgar la capacidad de decisión al paciente pasa por ejercer con él una labor de coaching y por disponer de información de calidad y legible para el paciente, así como formación específica en la enfermedad. El proyecto Universidad de los Pacientes ([www.universidadpacientes.org](http://www.universidadpacientes.org)) ofrece sitios web con información seleccionada y cursos de paciente experto y especialista que forman en competencias y habilidades específicas en el manejo clínico de la enfermedad. Lo que debe quedar claro es que la autonomía no debe ejercerse desde posiciones de soledad.

## Bibliografía

1. Jovell A, Blendon RJ, Navarro MD, Fleischfresser C, Benson JM, Desroches CM, Weldon K. Public trust in the Spanish health-care system. *Health Expect* 2007 Dec;10(4):350-7.

## Tablas

**Tabla 1. Controversias en torno al concepto de autonomía**

• Fácil de asumir pero que resulta difícil de aplicar en ocasiones
• Concepto genérico y abstracto
• No diferencia entre usuario y paciente
• No contempla las asimetrías de poder
• No contempla las asimetrías de información y conocimiento
• Predominancia de un modelo de relación médico-paciente de tipo paternalista
• No prevé los conflictos entre diferentes decisores
• Riesgo de evolucionar hacia modelos de relación médico-paciente científico
• Riesgo de evolucionar a un modelo de atención sanitaria a la carta

**Tabla 2. Atributos de la condición de paciente**

- 
- Desasosiego
  - Sensación de vulnerabilidad
  - Conocimiento limitado
  - Disrupción de expectativas
  - Alteración de la vida cotidiana
  - Capacidad de decisión condicionada
  - Miedo
- 

**Tabla 3. Condiciones para una toma de decisiones autónoma**

- 
- Confianza en el médico
  - Comprensión de la condición de enfermo
  - Capacidad para expresar valores y preferencias
  - Estilo deliberativo de relación médico-paciente
  - Apoyo profesional a la decisión
  - Información objetiva sobre la enfermedad
  - Capacidad de entender y asumir las consecuencias de la decisión
  - Escenario de incertidumbre pronóstica
  - Adquisición de competencias y habilidades en salud por parte del paciente
- 

**Tabla 4. Obstáculos para la toma de decisiones compartidas**

- 
- Prejuicios en ambos lados de la relación médico-paciente
  - Desconfianza mutua
  - Poca empatía profesional
  - Resistencia del paciente a aceptar su condición
  - Múltiples opiniones médicas no coincidentes
  - Presión asistencial
  - El modelo de administración habitual del consentimiento informado
  - Escaso tiempo de visita médica
-

**Tabla 5. Escenarios apropiados para la toma de decisiones compartidas**

- 
- Cribado del cáncer de próstata
  - Tratamiento del cáncer próstata localizado
  - Mamografía a partir de los 40 años (y de los 50 años para algunas personas)
  - Tratamiento del cáncer de mama in situ
  - Tratamiento de la enfermedad isquémica coronaria
  - Manejo clínico de la diabetes
-



## CAPÍTULO XIII

# EL PACIENTE COMO MONEDA DE CAMBIO EN LA RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

*Luis García Olmos*

*Unidad de Docencia e Investigación. Área 2. Madrid.  
Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia*

### **Resumen**

La relación entre médicos generales y especialistas se ha forjado sobre la base de un conflicto de intereses donde el paciente ha sido y es la moneda de cambio en esta relación.

En la actualidad, en muchos países, el sistema sanitario se organiza de forma tal que el médico general actúa de filtro para el paciente en su acceso a los especialistas. La derivación es la interfase que regula la transferencia de pacientes desde el médico general al especialista.

Las reformas sanitarias han introducido cambios que han modificado la relación entre los médicos generales y especialistas. Los médicos generales se han convertido en gestores del presupuesto, además, en unos casos el médico general realiza actividades propias del especialista, en otros, el especialista desarrolla su actividad en el centro de atención primaria y, en ocasiones, médicos generales y especialistas asumen de forma compartida la atención del paciente.

Estas reformas en algunos casos han servido para mejorar la accesibilidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes pero no se ha demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención, ni sobre los resultados en salud.

La comunicación, a través de los informes de derivación y de alta, se convierte en la herramienta que garantiza la continuidad de la atención, sin embargo, en la era de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, el intercambio de información entre médicos generales y especialistas es manifiestamente mejorable.

## **Introducción**

Los sistemas de salud modernos se organizan en niveles asistenciales. Los médicos de familia desarrollan su actividad en el nivel primario y los especialistas en el nivel hospitalario y la derivación de pacientes se convierte en la interfase entre los dos niveles asistenciales.

En la antigüedad médicos, cirujanos y farmacéuticos compitieron por la atención a los pacientes. La derivación de pacientes entre médicos es un fenómeno relativamente reciente que comienza a ser importante en el siglo XIX. A mediados de ese siglo, con la introducción de la anestesia y la antisepsia, surge el hospital moderno como lugar de aprendizaje de la medicina y el especialista como nuevo competidor de los médicos generales (1).

En los orígenes del proceso de especialización, médicos generales y especialistas han competido por los pacientes y la relación entre ellos se ha forjado sobre la base de un conflicto de intereses y de poder, derivado de la indefinición de los límites de actuación de cada uno, que ha tenido como manifestación la desconfianza entre las partes. El médico general y el especialista se necesitaban mutuamente, el primero estaba limitado por sus conocimientos y su disponibilidad de recursos para resolver algunos problemas mientras el segundo necesitaba que los pacientes llegaran al hospital. La relación entre médicos y pacientes se basaba en el pago de

éste por los servicios recibidos y en la relación entre médicos, la derivación se vivía como una amenaza de pérdida del paciente. En la actualidad, aunque no se puede generalizar, vemos como se reproducen esos esquemas y así, en los sistemas sanitarios donde el médico cobra por acto se dan tasas de derivación más bajas que en aquellos donde el pago es capitativo o por salario.

Algunos médicos con mejor formación académica intentaban imponer su hegemonía sobre los otros profesionales y finalmente, consiguieron introducir elementos formales que distinguían a los médicos cualificados de los no cualificados. El hospital otorga privilegios a los médicos que trabajan en él en forma de poder académico, científico, tecnológico y prestigio social lo que en definitiva permite el control sobre el paciente.

En algunos sistemas sanitarios, la atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y el médico de familia hace de filtro a la atención hospitalaria. En otros el paciente tiene libre acceso a los especialistas sin necesidad de pasar por el médico de familia sin embargo los últimos años, con la promoción de la medicina gestionada, se ha generalizado la existencia de médicos generales que hacen de filtro a la atención hospitalaria y se han establecido criterios de derivación en forma de guías de práctica clínica y guías de derivación que tienen como objetivo reducir el flujo de pacientes a la atención hospitalaria de forma que la introducción de la medicina gestionada, a mediados de los ochenta del siglo XX dieron otro cambio de rumbo a la relación entre médicos generales y especialistas.

Ahora, ante la escasez real o aparente de médicos, que afecta de forma diferencial a las distintas especialidades, se abre una nueva etapa de cambios en la que se están redefiniendo roles de médicos generales y especialistas a la vez que otros profesionales, como la enfermera, también se ven afectados y tienen que sumir nuevos roles.

La derivación es un mecanismo que regula la transferencia de pacientes desde el médico general al especialista, en él intervienen tres agentes: el médico general, el paciente y el especialista, cada uno con expectativas distintas. Al paciente le interesa contar con una segunda opinión. El

médico general busca listas de espera cortas, una atención de calidad para el paciente y buena comunicación con el especialista. El especialista espera que las derivaciones que recibe estén justificadas y acompañadas de información explícita sobre los que se espera de la derivación. Por añadidura, los gestores intentan reducir el número de derivaciones para acortar la demora existente en las consultas de atención hospitalaria. En consecuencia, la relación entre estos agentes está salpicada de tópicos, desconfianza mutua y tensiones. La comunicación, con los informes de derivación y los informes de alta se convierten en la herramienta fundamental para garantizar la continuidad de la atención.

El médico de familia deriva a un 35 % de los pacientes de su cupo al cabo de un año. Las razones de la derivación son diagnósticas, terapéuticas, administrativas y en más de un 15 % la única razón es la presión ejercida por el paciente. La elección de especialista la hace sobre el conocimiento que tiene del especialista y su experiencia previa con otras derivaciones, la accesibilidad, la calidad de la comunicación y la opinión del paciente.

Un 5 % de los pacientes asignados al médico de familia es atendido por especialistas y algunos se mantienen de forma indefinida en la consulta del especialista. En opinión del médico de familia, la mitad de los pacientes atendidos por especialistas podrían ser atendidos por ellos sin que supusiera una sobrecarga de la consulta (2). Los especialistas dudan de la capacidad del médico de familia para asumir la atención del paciente, se sienten responsables de su atención y la preparación del alta les supone una sobrecarga de trabajo puntual que les lleva a posponerla (3).

El proceso de derivación implica obligaciones para médicos generales, especialistas (4,5) -tabla 1-, el principio rector de la relación entre ellos debe ser la salud y el bienestar del paciente y la cuestión clave consiste en establecer donde estarían mejor atendidos los pacientes, en la consulta del médico general o en la del especialista, pero carecemos de pruebas que nos permitan responder con fundamento científico.

En este contexto, a lo largo de los últimos años se han ido introduciendo reformas que contempla nuevas formas de relación entre médicos generales y especialistas que podemos agrupar en tres categorías: a) reformas que implican una extensión del papel del médico general, b) reformas que implican una extensión del papel del especialista y c) reformas que implican una integración de los servicios de médicos generales y especialistas.

## **Modelos de extensión del papel del médico general**

En esta categoría se identifican dos grupos de reformas, una donde el médico general decide sobre la atención especializada (médicos gestores del presupuesto) y otra donde el médico general asume competencias propias de los especialistas (médicos generales con intereses especiales).

En 1991 el servicio nacional de salud británico introdujo un paquete de reformas que incluían la posibilidad de que los médicos generales gestionaran el presupuesto de farmacia y atención especializada de los pacientes incluidos en su cupo. Se trataba de que los especialistas tuviesen que competir entre ellos ofreciendo accesibilidad y calidad en sus servicios para atraer la atención de los médicos generales. Es un modelo que reconoce la autoridad del médico general sobre el proceso asistencial y después de más de quince años de su implantación ha servido para reducir la demora en la atención en las consultas de los especialistas pero no ha demostrado que mejoren los resultados en salud de los pacientes.

Los médicos de familia jóvenes, deslumbrados por el prestigio social de los especialistas, defienden la especialización dentro de la medicina de familia dando lugar a lo que se conoce como médicos generales con intereses especiales, unos médicos que adquieren habilidades especiales que les permiten atender problemas que habitualmente atienden los especialistas (6,7). Atienden a su población como médicos generales y además actúan como filtro intermedio para los especialistas, en problemas concretos, atendiendo a pacientes de otros médicos gene-

rales. Su reivindicación ha tenido eco en algunos gobiernos que, en un intento de reducir la presión sobre las consultas de los especialistas, promueven que los médicos generales asuman competencias en el manejo de ciertos problemas de salud.

Entre los beneficios potenciales de este servicio está para el paciente la reducción en la demora para ver al especialista y para el médico el aumento en la satisfacción, derivada de la dedicación a tareas que le gustan. Las evaluaciones que se han hecho de estos servicios concluyen que mejoran la accesibilidad y la satisfacción de los pacientes pero no han demostrado mejoría en los resultados ni reducción en los costes de la atención.

## **Modelos de extensión del papel del especialista**

Bajo la denominación de consultas de extensión de especialistas, se agrupan un conjunto heterogéneo de actividades que van desde aquellas en que el especialista reemplaza al médico general como primer contacto, hasta otras en las que el especialista toma, compartiendo con otros profesionales del equipo, la responsabilidad de la atención al paciente.

Los beneficios potenciales de estas consultas se justifican por el aumento de la accesibilidad a los especialistas, la mejoría en la relación entre el médico general y el especialista y un entorno más familiar para el paciente. Las consultas de extensión de especialistas se han introducido en países de los cinco continentes y se han visto implicadas múltiples especialidades.

Numerosos estudios han evaluado los logros de este modelo organizativo (8,9), todos centrados en la consecución de sus logros potenciales. Los especialistas que trabajan en consultas de extensión dan de alta a más pacientes (la razón primeras visitas/visitas sucesivas es más alta), los médicos generales que trabajan con consultas de extensión de especialistas derivan menos al hospital y hacen menos derivaciones urgentes. Se incrementa la accesibilidad a los especialistas, mejora la comunicación

entre médicos generales y especialistas, disminuyen los costes para el paciente pero encarecen el coste global de la atención y no está demostrado que disminuya la utilización global de especialistas. En general, con este tipo de consultas no se ha podido demostrar que mejoren los resultados en salud.

## **Modelos de atención compartida y atención integrada**

La atención compartida se define como la participación conjunta de médicos generales y especialistas en la planificación de la atención, intercambiando información alrededor y más allá del motivo de derivación.

Se han descrito diferentes modelos de atención compartida (10):

- 1) consultas de extensión en atención primaria,
- 2) existencia de un sistema formal de comunicación regular entre el médico general y el especialista,
- 3) consulta atendida por el médico general y el especialista,
- 4) registro único de atención compartida,
- 5) atención compartida asistida por ordenador y correo electrónico.

Los beneficios teóricos de este modelo organizativo consisten en integrar los cuidados del especialista con la continuidad y atención a la comorbilidad del médico general, produciendo una mejoría en los resultados, una reducción en la utilización de las consultas de los especialistas y una reducción en los costes.

La realización de sesiones periódicas conjuntas entre médicos generales y especialistas reduce la derivación de pacientes y la utilización de pruebas diagnósticas sin modificar la calidad de la atención (11). Servicios de estas características se han introducido recientemente en España (12) pero hay pocos datos sobre su evaluación.

En Estados Unidos, la atención sanitaria se caracteriza por la ausencia de filtro en unos casos o por la mayor facilidad de acceso a los especialistas

en otros. Las tasas de derivación son más elevadas que en Europa y por eso, entre otras razones, se considera un sistema sanitario caro. Sin embargo, hace unos años se publicaron los resultados de Kaiser Permanente, una organización establecida en California, caracterizada por la integración de la atención primaria y la atención especializada (13), que se rige por el principio de sustitución de cuidados (el paciente recibe atención sanitaria donde la prestación es más eficiente) y donde, a pesar de que la utilización de especialistas es mayor en comparación con los países europeos, los ingresos hospitalarios son menores y la estancia media más corta (14,15). Esta demostración de eficiencia causo revuelo en el Reino Unido y ahora hay experiencias por doquier que tratan de imitar a Kaiser. No obstante, conviene tener en cuenta que los estudios publicados no demuestran mayor efectividad, medida en términos de resultados en salud.

## **Cambios organizativos en el proceso de derivación**

La atención especializada tiene dos elementos de insatisfacción para el paciente: las listas de espera y la demora para consulta. La situación reviste especial preocupación, por sus implicaciones en la efectividad clínica, en el caso de los pacientes con cáncer.

La demora se puede producir a tres niveles: en el tiempo hasta que tiene lugar la primera consulta, en el tiempo hasta que se establece el diagnóstico y en el tiempo hasta que se instaura el tratamiento. La demora a consulta depende del paciente y de la organización del sistema sanitario. Una política centrada en la reducción de las listas de espera hospitalarias no tiene en cuenta los otros dos cuellos de botella que condicionan el retraso en la aplicación del tratamiento.

Los pacientes con cáncer, en su mayoría consultan con el médico general, en algunos casos acuden a urgencias y con frecuencia son derivados, desde el médico general o entre especialistas. Al final, varios médicos se ven implicados en la atención. La organización del sistema sanitario, la forma de acceso y el circuito recorrido por el paciente condicionan

los resultados y son peores cuantos más médicos intervienen. Identificar la vía de atención más efectiva es clave para estos pacientes.

En el Reino Unido la mortalidad causada por algunos tipos de cáncer es superior a las de otros países europeos. La existencia de demoras importantes en las consultas de especialistas y largas listas de espera hospitalarias llevó al gobierno a elaborar un plan de cáncer, que contempla la creación de unidades de cáncer. Entre sus objetivos figura que cualquier paciente con sospecha de cáncer tiene que ser visto por el especialista en las dos semanas siguientes a la derivación por parte del médico general. La decisión de clasificar al paciente como “sospechoso” se apoya en guías de práctica clínica. El plan se inició en 1999 para el cáncer de mama y al año siguiente se extendió a otros tipos de cáncer.

En el caso del cáncer de mama, las consecuencias de este cambio son que se ha producido un incremento en la tasa de derivaciones (9% en siete años), han descendido un 24% las derivaciones ordinarias y han aumentado un 42% las derivaciones preferentes, la proporción de pacientes diagnosticados de cáncer en el grupo de derivaciones preferentes ha descendido un 5% mientras que la proporción de diagnósticos de cáncer en el grupo de derivaciones ordinarias ha aumentado un 3%, por añadidura, el cambio ha producido un aumento sustancial en la demora para consulta en las derivaciones ordinarias (16).

Una situación similar se ha encontrado al evaluar el impacto sobre el cáncer de colon y recto. Un 10% de los pacientes derivados de forma preferente fueron diagnosticados de cáncer. Atendiendo al modo de derivación, una cuarta parte de los cánceres se derivaron de forma preferente, una cuarta parte a través del servicio de urgencias y la mitad provenían de derivaciones ordinarias, además no hubo diferencias en el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico dependiendo de la forma de derivación (17).

El panorama que se describe para otros cánceres es similar, tanto para la ruta que siguen hasta llegar al diagnóstico como para el estadio clínico en que se encuentran en el momento del diagnóstico.

Las guías para la derivación (18) establecen criterios para derivación preferente, derivación ordinaria y dan pautas para tranquilizar a pacientes en las que la probabilidad de padecer un cáncer es pequeña. Sin embargo, la proporción de pacientes que fueron derivados de acuerdo con las recomendaciones de las guías es inferior al 50%. Los médicos generales encuentran útiles las guías y la mayoría utiliza el circuito de derivación preferente establecido en el plan de cáncer, sin embargo se quejan de la rigidez de las guías y de la dificultad que entraña en ocasiones interpretar y aplicar las recomendaciones. Además los médicos reconocen que derivan más desde que se han introducido las guías y que hacen más derivaciones preferentes por el aumento en la demora de las derivaciones ordinarias.

Con este programa los médicos hacen más derivaciones inapropiadas pues con el paso del tiempo se diagnostican menos cánceres en el grupo de derivaciones preferentes. Parece que el valor predictivo de los criterios de derivación preferentes es muy bajo y las nuevas guías publicadas por NICE no son tan diferentes de las publicadas por el Departamento de Salud como para esperar cambios. El umbral de derivación estará bajo y el rendimiento también.

## **El trabajo del médico general y del especialista: bases teóricas de la derivación**

El médico general no selecciona a sus pacientes ni por la edad, ni por el sexo ni por la patología que presenta por el contrario, los especialistas son médicos que seleccionan a sus pacientes por alguna de esas características (19).

Los especialistas se enfrentan a un reducido número de problemas, en fases avanzadas, en pacientes que han sido previamente seleccionados por el médico general. El médico general se enfrenta a una variedad mayor de problemas y en fases iniciales e indiferenciadas de la historia natural. En consecuencia, los médicos generales se forman con pacientes

que tienen una probabilidad baja de presentar una enfermedad rara o grave mientras que los especialistas se forman con pacientes que tienen una probabilidad alta de presentar una enfermedad rara o grave. El médico general es un experto en detectar personas que no tienen enfermedad y el especialista un experto en detectar personas enfermas, dos cuestiones con idéntica importancia.

Las pruebas que utilizan los especialistas rinden de forma adecuada en pacientes con una probabilidad elevada de tener enfermedad. Cuando reciben pacientes de forma indiscriminada porque el médico general no realiza correctamente la función de filtro, el rendimiento de las pruebas diagnósticas es malo y aumenta el número de falsos positivos (20).

Si consideramos la habilidad del médico general para detectar a los pacientes que necesitan ser derivados como una prueba diagnóstica, como en cualquier prueba, la sensibilidad y la especificidad van unidas a través de una relación inversa. Cuando se pretende que lleguen al especialista sólo los pacientes que lo necesitan (aumentar la especificidad) se reduce la sensibilidad y en consecuencia llegan al especialista también menos pacientes que lo necesitan. Imaginemos que un médico realiza su función de filtro con una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 70 % y que deseamos que aumente la especificidad hasta el 85%, se conseguiría a expensas de reducir la sensibilidad hasta el 45 %.

## **La comunicación en el proceso de derivación**

El médico general, el especialista y el paciente implicados en la derivación tienen la expectativa de una comunicación fluida y eficaz entre las partes. El especialista espera que en el informe de derivación sea explícito el problema de salud por el que se deriva al paciente, la razón de derivación, los problemas médicos que tiene el paciente, el tratamiento farmacológico que sigue y que se aporte información del paciente que él no puede dar. El médico general espera disponer de información rápida del alta del paciente o un resumen hasta disponer del informe definitivo en el

que conste la formulación diagnóstica del especialista, el tratamiento, recomendaciones para el seguimiento del paciente, expectativas pronósticas y comentarios sobre el efecto de la enfermedad o el tratamiento sobre la calidad de vida del paciente. El paciente espera información sobre el diagnóstico y el pronóstico de su problema en lenguaje claro y una comunicación rápida y fluida entre médico general y especialista (21).

La realidad está lejos de las expectativas y tanto los informes de derivación como los de alta son manifiestamente mejorables. Los informes no constituyen un intercambio de información, las preguntas específicas no suelen recibir respuestas específicas y raramente se transmite la información que se ha dado al paciente o a sus familiares.

La falta de comunicación entre médicos generales y especialistas entorpece el diagnóstico, ocasiona visitas innecesarias y repetición de pruebas diagnósticas, en consecuencia encarece la atención, dificulta la continuidad, incrementa la polifarmacia y produce insatisfacción en el paciente que tiende a perder la confianza en los médicos que le atienden.

Aunque los informes generados por ordenador han mejorado sustancialmente la comunicación y la historia clínica compartida puede solucionar muchos de los problemas detectados todavía queda mucho terreno por recorrer en este campo.

Existen problemas de comunicación, controversias y malos entendidos en la relación entre médicos de familia y especialistas que inciden en la calidad de la atención y hacen que el paciente se sienta en el limbo cuando se mueve de un nivel a otro del sistema sanitario. La derivación tiene que perseguir prestar servicios de máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada y tan cerca del paciente como sea posible pero hechos paradójicos (22) no permiten saber con claridad donde están mejor atendidos.

Con independencia del sistema sanitario, los problemas en la interfase atención primaria / atención especializada son comunes. El European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) recomienda diez metas

para mejorar la calidad de la atención en la interfase (tabla 2) utilizando una estrategia que pivote sobre tres pilares: el liderazgo, el trabajo conjunto de médicos generales y especialistas y la implicación de los pacientes (23).

## Bibliografía

1. Oswald N. The history and development of referral system. En: Roland M, Coulter A, editores. Hospital referrals. Oxford: Oxford University Press; 1992.
2. Reeve H, Baxter K, Newton P, Burkey Y, Black M, Roland M. Long-term follow-up in outpatient clinics. 1: The view from general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 24-28.
3. Burkey Y, Black M, Reeve H, Roland M. Long-term follow-up in outpatient clinics. 2: The view from the specialist clinic. *Fam Pract* 1997; 14: 29-33.
4. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationship. *J Gen Intern Med* 1999;14 (Suppl 1): S13-S20.
5. The College of Family Physicians of Canada and the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Relationship between family physicians and specialist / consultants in the provision of patient care. *Can Fam Physician* 1993; 39: 1309-1312.
6. Beaulieu M, Rioux M, Rocher G, Samson L, Boucher L. Family practice: professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Soc Sci Med* 2008; 67: 1153-1163.
7. Gervás J, Starfield B, Violan C, Minue S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 912 – 917.
8. Gruen R.L., Weeramanthri T.S., Knight S.E., Bailie R.S. Consultores de extensión de especialistas en el ámbito de la atención primaria y hospitales rurales. (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 200) Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Dispo-

- nible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007. Issue 3. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7:177-183.
  10. Hickman M., Drummond N., Grinshaw J. A taxonomy of shared care of chronic disease. *J Public Health Med.* 1994; 16:447-454.
  11. Smith S.M., Allwright S., O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004910. DOI:10.1002 / 14651858.CD004910. pub 2.
  12. Grupo para la asistencia médica integrada y continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 46 - 52.
  13. Nuño Silinís R. Buenas practicas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit* 2007; 5: 283 – 292.
  14. Feachmen RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 135 – 143.
  15. Ham C, York N, Stuch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327: 1257 – 1260.
  16. Potter S., Govindarajulu S., Shere M. et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. *BMJ* 2007; 335:288-291.
  17. Thorne K., Hutchings H.A., Elwyn G. The effects of two-week rule on NHS colorectal cancer diagnostic services: A systematic literature review. *BMC Health Services Research* 2006; 6:43 disponible en: <http://biomedcentral.com/1472-6963/6/43>

18. Department of Health. Referral guidelines for suspected cancer. London: Department of Health 2000.
19. Piterman L, Koritsas S. Part I. General practitioner-specialist relationship. Intern Med J 2005; 35: 430-434.
20. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. Fam Pract 1991; 305-307.
21. Piterman L, Koritsas S. Part II. General practitioner-specialist referral process. Intern Med J 2005; 35: 491-496.
22. Gervás J, García Olmos L, Simó J, Peiró S y Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria; 40: 2008; 253 – 255.
23. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). Quality in Health Care 2001; 10: 33-39.

## Tablas

**Tabla 1. Principios que regulan la relación entre médicos generales y especialistas**

---

- La salud y el bienestar del paciente constituyen el objetivo principal de los médicos
  - Los médicos se deben respeto mutuo.
  - Los médicos tienen que hacer uso apropiado de los recursos, evitando consultas innecesarias
  - El médico debe consultar con otro médico cuando necesite ayuda para atender al paciente
  - A menos que la responsabilidad del paciente sea formalmente transferida corresponde al médico que deriva.
-

**Tabla 2. Metas para mejorar la calidad de la atención en la interfase atención primaria / atención especializada**

- 
- Liderazgo para mejorar la interfase.

---

  - Perspectiva de atención compartida.

---

  - Consenso sobre trabajo compartido y división explícita de tareas.

---

  - Guías que describan los problemas de calidad en la interfase y que ofrezcan soluciones para los problemas detectados.

---

  - Contemplar la perspectiva del paciente.

---

  - Desarrollar sistemas apropiados de intercambio de información.

---

  - Formación para reforzar la interfase

---

  - Facilitar la creación de equipos de trabajo

---

  - Sistemas de monitorización de la calidad centrados en la interfase

---

  - Hacer una utilización de la interfase de un modo coste – efectivo
-

## CAPÍTULO XIV

# LA ATENCIÓN PRIMARIA QUE NECESITAMOS, TREINTA AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

*Carmen San José Pérez*

*Médica de Familia.*

*Centro de Salud de Buitrago del Lozoya (Madrid).*

### Resumen

Aunque la implantación de la reforma de la Atención Primaria (AP) en el Estado español a principios de los años ochenta supuso un avance sin paliativos, este progreso no ha estado libre de errores y problemas, que, de no subsanarse, pueden llegar a desmantelarla o, al menos, hacer que pierda sus señas de identidad más valiosas.

La Declaración de Alma Ata (1978) tuvo una influencia positiva sobre esta reforma, sobre todo en el terreno de las ideas, porque de ella emanaron o se reforzaron conceptos como los de “atención primaria integral“, “trabajo en equipo“ y “participación de la comunidad“; y en el terreno práctico, porque inspiró la estructuración del territorio y la implantación de los modernos Centros de Salud. De esto han pasado 30 años, y ahora nos encontramos en una situación crítica para la AP, debido principalmente a que los avances de la reforma no han superado las debilidades que algunos ya apuntábamos en su implantación.

La reforma de la AP coincidió en el tiempo con la ola neoliberal que arrasó los servicios públicos al propugnar su liberalización/privatización. Sin ninguna evidencia científica que lo respaldase, se asumió el dogma de que la gestión privada era más eficiente que la pública, que la competencia mejoraba la calidad y que las administraciones no se podían endeudar para cumplir con los criterios del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC). Esto llevó a implantar en los servicios de salud una gestión basada en el derecho mercantil – al huir del derecho administrativo se escamotean controles y transparencia sobre el uso de los fondos públicos-, como paso previo a la privatización, que se extendió por las parcelas más rentables de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el Estado español el reto que tenemos es subsanar los errores cometidos, y consolidar, con las imprescindibles mejoras, el modelo de AP que implantó la reforma. Un trabajo a contracorriente, dadas las numerosas fuerzas que siguen empujando en sentido opuesto.

## **Introducción**

La implantación de la reforma de la Atención Primaria (AP) en el Estado Español a principios de los años ochenta supuso un avance sin paliativos. Sin embargo, este progreso en la atención sanitaria no ha estado libre de errores y problemas, que de no subsanarse pueden llegar a desmantelarla o, al menos, hacerla perder sus señas de identidad más valiosas.

El cambio supuso pasar de una atención de dos horas – no universal y basada en la enfermedad - en los ambulatorios y consultorios, a otro esquema que se extendía a toda una jornada – universal y basada en la salud -. De una asistencia meramente curativa, a contemplar medidas de promoción y prevención, docencia e investigación. De profesionales que compatibilizaban las antiguas consultas con la práctica hospitalaria o la medicina privada, a contar con médicos de familia dedicados en exclusiva a la AP y un personal de enfermería entrenado en cuidados a la población.

Es indudable la influencia positiva que tuvo sobre esta reforma la Conferencia de Alma Ata (1978). En el terreno de las ideas porque de ella emanaron o se reforzaron conceptos como los de atención primaria integral, trabajo en equipo y participación de la comunidad. Y en el terreno práctico, porque inspiró la estructuración del territorio y la implantación de los modernos Centros de Salud.

De esto han pasado 30 años, y ahora nos encontramos ante una verdadera encrucijada para la AP, debido principalmente a que los avances de la reforma no han superado las debilidades que algunos ya apuntábamos en su implantación. Por una parte, los apoyos políticos y de las Administraciones Sanitarias fueron muy desiguales, y en ningún caso se plasmaron en una dotación presupuestaria suficiente que permitiese el buen desarrollo de la reforma que se iniciaba. Tampoco se planificó de una forma generalizada para orientar las prioridades en salud hacia las mejoras de las desigualdades en salud. Finalmente, las tareas de docencia e investigación nunca recibieron el suficiente respaldo, baste recordar que aún hoy no se contempla la formación en medicina de familia en el pregrado.

La reforma de la AP no fue ajena, ya que coincidió en el tiempo, a la ola neoliberal que arrasó los servicios públicos, propugnando su liberalización/privatización. Sin ninguna evidencia científica que lo respaldase (1), se postulaba que la gestión privada era más eficiente que la pública, que las administraciones no se podían endeudar para cumplir con los criterios del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC), que la competencia mejoraba la calidad, etc... Esto llevó a implantar en los servicios de salud una gestión basada en el derecho mercantil –pues al huir del derecho administrativo se escamotearon controles y transparencia sobre el uso de los fondos públicos-, como paso previo a la privatización que se extiende por las parcelas más rentables de todo el SNS.

Muchos han sido los intentos y propuestas para mejorar el modelo de AP, desde diversos colectivos, CCAA y desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Actualmente, hasta la Organización Mundial de la Salud (OMS) vuelve a retomar el legado de Alma-Ata. Una organi-

zación que en las décadas de hegemonía neoliberal no apostó por el fortalecimiento de los sistemas públicos sino por la coordinación público privada (PPP: *public private partnership*), y que hoy, probablemente sabedora de que la AP como eje de los sistemas sanitarios es la mejor garantía para cerrar la brecha de las inequidades en salud, vuelve a promoverla. Y es que parece fuera de toda duda que para garantizar una atención sanitaria que contribuya a la mejora de la salud de la población se ha de llevar a cabo a través de un modelo sanitario público y universal que se construya sobre la base de una Atención Primaria integral y de calidad (2).

En el Estado español el reto que tenemos por delante es subsanar los errores cometidos para consolidar, con las imprescindibles mejoras, el modelo de AP que implantó la reforma. Un trabajo a contracorriente, dadas las numerosas fuerzas que aún trabajan en sentido opuesto.

## **A treinta años de Alma Ata**

La Declaración de Alma Ata (3) supuso un impulso para la reforma de la AP y un respaldo para las ideas progresistas de muchos de los jóvenes profesionales que coincidían con la nueva visión de una atención sanitaria universal – garantía del derecho a la salud de toda la población -, basada en el trabajo en equipo, la prevención y la promoción de la salud como orientación de una atención integral, todo ello dirigido con y para la comunidad. Bien es cierto que, en la mayoría de los países de nuestro entorno, escasamente se modificaron las estrategias de la política sanitaria. Y, sólo algunos hicieron reformas en la línea de implantar una AP en sus sistemas sanitarios.

Primero fue el Real Decreto de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (1978) que contemplaba que el médico de familia era “la figura fundamental del sistema sanitario, que tiene la misión de realizar una atención médica integrada y completa a miembros de la comunidad, además de prevenir la enfermedad y realizar educación sanitaria”. Más tarde el RD de Estructuras Básicas de Salud (1984) implanta los Equipos

de Atención Primaria (EAP), y se comienzan a construir los nuevos Centros de Salud (CS) que cambiaron el panorama de sanidad española. Más tarde la Ley General de Sanidad (1986) recogería esta reforma, que asumía la AP como eje del sistema nacional de salud (SNS).

La AP comenzó de esta forma a mostrar su potencial, con su concepción integral de la atención sanitaria, accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, y elevada capacitación de sus profesionales, reflejada en un buen manejo de la incertidumbre y polivalencia. Esto permitía resolver, en este primer nivel asistencial, más del 90 % de los problemas de salud que acudían a las consultas, convirtiéndose en el más eficiente de los niveles del SNS.

Pronto se pudo constatar que la dedicación de los profesionales sanitarios en jornada completa no tenía nada que ver con las dos horas de los ambulatorios y consultorios antiguos. Ni la atención recibida en los nuevos CS se parecía a la que proporcionaban los incómodos locales antiguos. Tampoco era lo mismo el trabajo que desarrollaban los profesionales de los EAP primando los protocolos y actividades de prevención y educación para la salud sobre el trabajo a demanda. También las sesiones clínicas, la docencia e investigación que se comenzaron a desarrollar en los CS ponían de manifiesto el salto cualitativo que se estaba dando.

La mejora de la calidad asistencial fue un hecho. Se contaba con unas infraestructuras confortables en los nuevos CS cuya construcción se fue extendiendo con una distribución territorializada que permitía un mejor acceso, incluso en el ámbito rural. A los equipos se fue incorporando personal cualificado, se contaba con directrices de práctica clínica, historia clínica, evaluación del trabajo realizado y una población que reflejaba en las encuestas su satisfacción. Todo esto pronto nos situó en unos niveles aceptables en cuanto a indicadores de salud (4).

A esto habría que añadir que estos resultados se produjeron con una inversión más que razonable, pues los presupuestos que se dedicaron a la AP fueron bastante escasos. Incluso en los años de bonanza económica no contó con los suficientes recursos económicos ni humanos como para

poder erigirse en el centro del sistema (5). Los últimos datos del MSC sobre gasto sanitario consolidado arrojan un porcentaje para la Atención Primaria en el año 2005 – excluyendo farmacia - del 14,05 %. Esto va desde la CCAA que gastó un 17,7% como Extremadura, a Galicia con un 10,9% pasando por Madrid que dedicó 11,5%.

Se podría argumentar que la mejora de la calidad asistencial se debió a una mejoría general del desarrollo socioeconómico, pero a estas alturas se cuenta con abundante evidencia que respalda que se obtienen mejores resultados en salud (6), con menores costes (7) y mayor equidad (8), con sistemas sanitarios basados en AP. Es un hecho que la reforma del primer nivel asistencial fue determinante en la mejoras de algunos indicadores de salud y, por otra parte, los sucesivos Barómetros Sanitarios del MSC atestiguan la satisfacción de la población con la AP.

La reforma no se implantó en todo el Estado de forma homogénea, no se desarrolló una política preventivista, ni de promoción de la salud que orientase verdaderamente el trabajo de los EAP. No existió un Plan de Salud Integral –excepto en algunas CCAA - cuyas acciones guiasen la política sanitaria para superar desigualdades, ni se desarrollaron los cauces de la participación de la comunidad, o cuando esto se llevó a cabo fue de forma testimonial.

A pesar del avance que supuso la reforma de la AP, no se consiguió que fuese el eje vertebrador del SNS, ni se llegó a alcanzar una buena coordinación con los servicios especializados. Por esto, hoy podríamos afirmar que fue una reforma inacabada porque desde el principio se le negó en la práctica lo que demagógicamente se defendía en público. La falta de apoyos y convencimiento de las Administraciones Sanitarias, de la necesidad de una AP como núcleo fuerte del SNS, hizo que se llevaran a cabo cambios contrarios a la orientación de la propia reforma. Igualmente se reflejó en las carencias presupuestarias a las que tuvo que hacer frente desde sus comienzos.

Con las transferencias y el desarrollo de los 17 Servicios de Salud las cosas no fueron mejor, no porque la descentralización *per se* no fuese

positiva, sino porque sirvió para que algunas administraciones sanitarias se apartasen aún más del modelo de la reforma de la AP, poniendo a competir modelos de gestión pública y privada.

Con el paso del tiempo, lo que fue entusiasmo y entrega de los profesionales se ha tornado frustración (9). Las condiciones laborales han empeorado, y lo que fue un avance que mejoró la calidad asistencial del primer nivel, se ha convertido en mayor servidumbre del hospital. Buena prueba de ello es que desde hace unos años la especialidad de Medicina de Familia no es ya capaz de atraer a los profesionales, que eligen otras especialidades hospitalarias y van dejando cada vez más plazas vacantes de MF en las convocatorias MIR (10).

En los últimos años el deterioro de la AP en algunas CCAA ha hecho que se suscriban más seguros privados que nunca, y que las clases medias y altas hayan abandonado el sistema público de AP, esto traerá consigo que la clase política conciba la AP como algo accesorio respecto de la medicina con alta tecnología que se desarrolla en los grandes hospitales públicos, que sí son demandados por las clases pudientes ante enfermedades relevantes.

## **La atención primaria en la encrucijada**

El informe de la OMS (11) “La AP más necesaria que nunca” del pasado año se inscribe entre los aciertos que esta organización ha tenido, muy probablemente ante la evidencia de las necesidades acuciantes en materia sanitaria, tanto en países periféricos como dentro de los propios países más desarrollados. Y buena prueba de ello es la resolución que el Consejo Ejecutivo elaboró en Enero de este mismo año (2009), en donde pide a la 62 Asamblea Mundial de la Salud que se inste a los Estados miembros a adoptar las medidas pertinentes para que la base de los sistemas de salud sea la APS.

Otros informes insisten en que es clave orientar las políticas sanitarias y en concreto los sistemas sanitarios públicos hacia una AP fuerte para

obtener mejores resultados en salud. Desde una perspectiva alternativa contamos con el Global Health Watch 2 (12) que también “*insta a los gobiernos, instituciones y sociedad civil a reafirmar los principios, valores morales y razones expresados en la Declaración de Alma-Ata con mayor urgencia por la influencia del neoliberalismo, la globalización y el calentamiento del planeta*”.

Desde otra perspectiva de “justicia social” la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (13) en su informe sobre “Subsanar las desigualdades en salud en una generación”, 2008, aboga por “*Fundar los sistemas de salud en los principios de equidad, prevención de la enfermedad y promoción de la salud*”, a través de “crear sistemas sanitarios de calidad con cobertura universal, centrados en la Atención Primaria de Salud”.

Ciertamente, los niveles de bienestar y por ende de salud de la población no solo dependen de la atención sanitaria. Desde los antiguos trabajos de Virchow R (14) y McKeown T (15), hasta el que sobre Desigualdades Sociales de Salud en España (16) se realizó a semejanza del Informe Black en el Reino Unido, y el más reciente Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (17) se cuenta con una amplia evidencia científica que demuestra la escasa influencia de los Servicios de Salud sobre la misma, usando como indicador la mortalidad. Igualmente muestran dichos informes las diferencias en la salud según la clase social.

Sin embargo, no es menos cierto que, si los servicios públicos posibilitan una redistribución de la riqueza, y si la planificación se enfoca con el objetivo de disminuir desigualdades, el impacto en la salud es positivo. Por lo tanto, desde este punto de vista tendría su razón de ser apostar por un servicio público de salud: universal, financiado a través de los presupuestos, con una gestión y provisión pública, cuyo eje vertebrador sea la AP.

A pesar de estos últimos informes y sus recomendaciones acerca de la necesidad de que los sistemas de salud se organicen en base a una APS fuerte, la realidad en la que se mueve la AP es bien distinta. Desde los años noventa, el auge y posterior hegemonía de las ideas neoliberales fue-

ron respaldando y justificando diversas reformas en cascada para introducir la competencia y el mercado en los servicios de salud.

El resultado ha sido - con diferente intensidad según las distintas CCAA - la modificación de la gestión directa, huyendo del derecho administrativo al derecho mercantil, para obviar los controles y cautelas del primero en el uso de los fondos públicos. De la provisión mayoritariamente pública se ha pasado a concertar todo tipo de pruebas e intervenciones quirúrgicas con entidades privadas. De la externalización de algunos servicios no sanitarios, a entregar a entidades privadas con ánimo de lucro todo lo no sanitario y lo sanitario. No sólo se liberaliza el sector para continuar privatizando lo que sea más rentable, sino que se desmiembran los servicios que debieran funcionar de manera integrada y coordinada para obtener una mejor calidad asistencial.

De la misma forma, las fórmulas empleadas en la liberalización/privatización del primer nivel asistencial, como las cooperativas, entidades de base asociativa, consorcios, etc., pertenecen a modelos de gestión mercantil. Con el objetivo de la “calidad y la excelencia”, o el señuelo de la “libertad de elección”, la búsqueda de la “satisfacción del cliente”, o el dar mayor “autonomía en la toma de decisiones a los profesionales”, todas las reformas se encaminan de forma transparente a conseguir que el sector salud se convierta en una oportunidad para los negocios (18). No se trata de privatizar todo, esto no interesaría a nadie, sin la existencia de un sector público que se haga cargo de las parcelas menos rentables, no hay negocio para el sector privado.

Es indudable que, después de 30 años, un servicio de salud necesita de actualizaciones y reformas, y en la AP lo demuestra la cantidad de bibliografía que se ha producido al cumplirse el aniversario de la Declaración de Alma-Ata (19, 20, 21, 22), pero el problema al que nos enfrentamos actualmente es la ausencia de propuestas desde una perspectiva de modelo público. Ni la izquierda institucional ni los sindicatos mayoritarios ofrecen alternativas claras en esta dirección, y son colectivos con mucha menor capacidad para transformar la realidad los que defienden modelos de servi-

cios públicos de salud. Se sigue en la senda de las privatizaciones, a pesar de que son numerosos los estudios (23, 24), que ponen de manifiesto que la ley del mercado no contribuye a redistribuir los recursos con equidad, ni que recurrir a ella resulte más económico para la administración sanitaria.

Hoy la AP está sometida a un progresivo desmantelamiento del modelo que se implantó en los ochenta. En el caso de Madrid, por la decisión de un gobierno ultraconservador que pretende implantar la libre competencia entre profesionales, centros de salud y servicios de atención especializada en toda la Comunidad, haciendo desaparecer las actuales Áreas sanitarias y las correspondientes gerencias de AP. Esto significa que los flujos de población determinarán los presupuestos que reciban los centros y, por ende, los salarios de los trabajadores sanitarios oscilarán dependiendo de los pacientes que consigan atraer. El mecanismo de la oferta y la demanda para distribuir los recursos sanitarios - como dónde elegir la construcción de un centro sanitario o dónde se requiere aumentar la dotación de profesionales sanitarios - rompe toda equidad e incidirá negativamente en las zonas más deprimidas.

## **La atención primaria que necesitamos**

### **El modelo**

Si el objetivo declarado es contribuir a una mejora de los problemas de salud de la población, contando con las desigualdades en términos de salud determinadas por la clase social y/o género, y sabiendo la escasa influencia que sobre los mismos tienen los servicios de salud, deberíamos elegir el modelo que más equidad y satisfacciones proporciona a la ciudadanía y a los profesionales sanitarios, que tenga un impacto positivo en la salud, y que se pueda desarrollar con unos costes razonables. Un modelo con estas características exige una AP integral e integrada dentro de un servicio público de salud, de titularidad, financiación, gestión y provisión públicas. Esto tiene que implicar un compromiso de los gobiernos, profesionales sanitarios y de la ciudadanía.

El PEC en la UE incluyó compromisos económicos que justificaron la liberalización de los servicios públicos. Ahora, cuando se hace evidente el fracaso del neoliberalismo se olvidan dichos compromisos, y enormes cantidades de fondos públicos se inyectan en las instituciones financieras. Es obvio que el *pensamiento único* prevalece sobre los condicionantes económicos. Y lo que hace falta para crear servicios públicos de salud no es exactamente dinero, sino voluntad política.

Por lo tanto, no es correcta la estrategia de pactos sanitarios entre fuerzas políticas de distinto signo, dado que ha sido precisamente la ideología, y no otras justificaciones, lo que ha guiado las reformas de los sistemas sanitarios públicos. El resultado será un consenso de mínimos, en el que quienes más perderán serán los principales actores que nunca participan, a saber, la población. La izquierda habrá perdido una vez más la oportunidad de impulsar una alternativa como seña de identidad, la de un servicio público de salud.

## La Planificación y Financiación

Dando, pues, pasos en el desarrollo de ese modelo, la AP que necesitamos tendrá una clara orientación comunitaria (25) y se planificará en sintonía con una línea epidemiología basada en la investigación poblacional o de salud pública (26). Debemos volver la vista a los necesarios planes de salud para priorizar y definir los objetivos en salud, así como evaluar su impacto en la ciudadanía (27).

Se precisan suficientes, adecuadas y accesibles infraestructuras para toda la población. La escasez presupuestaria que padece la AP en algunos territorios ha hecho que los primeros CS estén hoy faltos de mantenimiento y masificados. Por otra parte, la falta de una planificación para favorecer el acceso igualitario, ha hecho que se hayan instalado las nuevas infraestructuras más atendiendo a presiones de toda índole que a una mínima racionalidad de reparto de recursos sanitarios según necesidades. Sin olvidar que el derecho al acceso a los servicios sanitarios no se extiende a todas las personas, excluye, entre otros, a los inmigrantes “sin papeles”.

Los fondos destinados a la AP no lo son todo, pero como se dice más arriba han marcado en gran medida el destino actual de la misma, por lo tanto, es condición indispensable para la supervivencia de la AP que se dote de unas cantidades muy superiores a las actuales, en concordancia con la importancia que tiene en la resolución de los problemas de salud de la comunidad.

## **La organización**

De acuerdo con la Ley General de Sanidad, la AP se organiza en Áreas Sanitarias. Al frente de dichas áreas están unos equipos directivos que, hasta ahora, no se han distinguido por su profesionalidad, pero que sí han visto crecer desproporcionadamente sus efectivos. La dispersión de los EAP precisa de una coordinación y dirección por parte de unos equipos directivos formados por profesionales de acreditada competencia. Las Áreas Sanitarias son la última instancia de la descentralización de los servicios de salud. En ellas se han de elaborar los Planes de Salud y, además, es el nivel en el que la participación y control por parte de la ciudadanía tiene su razón de ser para priorizar los objetivos.

El trabajo en equipos multidisciplinarios ha supuesto uno de los avances más significativos de la reforma de la AP, sin embargo, hoy día todavía constituye un reto conseguir en la práctica la verdadera integración y coordinación de cada uno de los profesionales. Por esto es necesario que el trabajo de los equipos se facilite, estimulando y propiciando, desde las administraciones sanitarias, el desarrollo de las capacidades de cada componente del equipo y su motivación, con medidas que incluyan desde la enseñanza pregrado<sup>a</sup> hasta la formación de residentes en medicina de familia, pues de lo contrario, sólo con voluntarismo, los EAP no podrán trabajar integradamente.

---

<sup>a</sup> El modelo biomédico de la enseñanza basada en la enfermedad y en la relación individual médico paciente está en crisis y, además, no sirve para resolver los problemas de salud planteados por los determinantes socioeconómicos y de género.

En la organización y planificación de la AP hay que tener en cuenta las tareas de cada uno de los miembros de los equipos y determinar con claridad sus funciones y objetivos a alcanzar. Los/as componentes del equipo básicamente son médicos/as de familia, personal de enfermería, pediatras, personal administrativo, trabajadores/as sociales, matronas/os y fisioterapeutas. No se puede considerar como equipo de AP la mera concatenación de una serie de especialistas, en general médicos/as, con la única intención – no declarada, pero sí perseguida – de frenar la demanda en el primer nivel asistencial (28).

Los miembros de los equipos requieren estabilidad en el empleo y no la precariedad con la que están trabajando. Las remuneraciones han de ser acordes con sus responsabilidades, y no ligadas a la consecución de objetivos espurios, como los que persiguen buena parte de los incentivos actuales. Y, por otra parte, es imprescindible para el funcionamiento correcto de la AP, y del servicio de salud en general, la coordinación con el segundo nivel (29), así como con los servicios sociales.

Ciertamente, es difícil conseguir que los distintos profesionales de un equipo trabajen de forma integrada, pero no es menos cierto que la abundante bibliografía corrobora que este método de trabajo arroja los mejores resultados en calidad percibida, seguridad del paciente, y satisfacción de los profesionales (30, 31).

Por último, pero no menos importante, es la organización del trabajo de los profesionales sanitarios la que ha estado en el punto de mira de las reformas. Las tareas que les son propias llevan años modificándose - sin demasiadas críticas - a través de distintos métodos, como los contratos de gestión, protocolos, guías, libre elección, etc. La pérdida de control sobre la propia actividad es la primera causa de frustración en los profesionales. Si no se es consciente de esta situación y no se lucha contra ella, estos profesionales acabarán trabajando como en las cadenas de la industria de automoción, cambiando los coches por pacientes.

El trabajo burocrático, que en los últimos años ha crecido exponencialmente, tiene que disminuir. Las nuevas tecnologías deberían favo-

recerlo, tomando todas las medidas precisas para preservar la privacidad de los datos de la población. Además, debemos extender su uso para la comunicación con nuestra población (32).

Sabemos, y hemos elegido, trabajar con toda la población, sanos y enfermos. Pero lo que nos abruma cada mañana al comienzo de cada jornada es ver la lista de pacientes que tenemos citados y pensar que no nos alcanzará el tiempo, ni para atenderlos, ni para hacer bien ninguna otra cosa; ni los avisos domiciliarios, ni las urgencias que surjan, ni las sesiones previstas, etc. *“Lo urgente no deja tiempo para lo importante”*. Esto no es saludable ni para nuestra población, ni para nosotras/os mismas/os. No tenemos tiempo ni para reflexionar cómo se puede abordar un cambio, y, sin embargo, esto es imperioso hoy día para la propia subsistencia de una atención a la salud de calidad.

Hace 30 años la reforma del primer nivel asistencial supuso un avance, ahora, sin embargo, esta AP se encuentra en situación crítica. Si realmente se trata de consolidarla, por ser un modelo válido, urge abordar los cambios necesarios con la orientación descrita.

## Bibliografía

1. [http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE\\_PP3\\_14\\_10\\_2008.pdf](http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_PP3_14_10_2008.pdf)
2. Starfield B. «Is primary care essential?» *Lancet* 1994; 344: 1129-33
3. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
4. 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: 831-65
5. Simó J, Gérvas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. “El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, cien años europea”. *Aten Primaria* 2004; 34(9):472-81

6. Villalba JR, guarda A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. "Impact evaluation of the reform of primary care services on health". *Aten Primaria*. 1999;24:468-74
7. Durán J, Jodar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. "Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción". *Aten Primaria*. 1999;23:474-8
8. Starfield B, "Equidad en salud y Atención primaria: Una meta para todos". *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*, nov, año/vol. 1, n° 001. Bogotá, Colombia.
9. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. "Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid". *Aten Primaria*. 2003;31:564-71
10. Beverly Woo M D. "Primary Care -The Best Job in Medicine?". *N Engl J Med* 355;864-866
11. [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
12. [http://www.ghwatch.org/2005report/gha\\_esp.pdf](http://www.ghwatch.org/2005report/gha_esp.pdf)
13. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
14. Waitzkin H. "Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social". *Medicina Social*, vol 1 n°1 (2006)
15. Mckeown T. Lowe CR. "Introducción a la Medicina Social". 4ª Ed. Siglo XXI, 1989
16. Navarro V, Benach J. "Desigualdades Sociales de Salud en España". *Rev Esp Salud Pública* 1996;70:505-636
17. [http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN\\_1.pdf](http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf)
18. <http://www.publico.es/espana/actualidad/153241/sanidad/pp/aguirre/madrid>

19. Bodenheimer. T, Goroll. A, Starfield. B y Treadway. K. Redesigning Primary Care..N Engl J Med 2008;359:e24, November 13, 2008
20. “A renaissance in primary health care”. Editorial. Lancet 2008;372: 863-1008
21. Lawn. J, Rohde. J, Rifk. S, Were. M, Vinod. P, Chopra. M. “Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise”. Lancet 2008; 372: 917–27
22. Zaracostas J. “Who calls for return to primary care to help ailing health systems”. BMJ 2008;337:a2109
23. Pollock A, Price D, Viebrock E, Miller E, Watt G. “The market in primary care”. BMJ 2007;335:475-477
24. Godlee F. “The market has failed”. BMJ 2007;335
25. Pasarín MI, Miller M, Segura A. “Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria”. Aten Primaria. 2008;40:115-7
26. Hernández I, Lumbreras B, Jarrín I. “La epidemiología en la salud pública del futuro”. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 469-474
27. Segura A. Concepto, competencias y tareas de la salud pública hoy”. Rev Adm Sanit 2004;2(2):169-81
28. “Torrevieja inicia un proyecto piloto de autogestión en AP”. Diario Médico-Atención Primaria-Habilidades. 9 Marzo 2009
29. Anoz L, Torres RM. “Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial”. Aten Primaria. 2008;40:314-5
30. Goñi S. “An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams”. Health Policy. Volume 48, Issue 2, Pages 107-117 (August 1999)
31. “Teamwork in healthcare: promoting effective teamwork in healthcare in Canada”. Policy Synthesis and Recommendations the Canadian Health Services Research Foundation. June 2006
32. Kamerow D. “Reinventing office practice”. BMJ 2005;330:E356.

## CAPÍTULO XV

# PÚBLICO Y PRIVADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

*Javier González Medel*

*Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Madrid*

### Resumen

Desde los años 80 del pasado siglo, el debate, y sobre todo la política de hechos consumados en torno a la privatización de la sanidad, se produce de manera generalizada en España. En la última década se ha incrementado este fenómeno y ahora llega con más intensidad a la Atención Primaria de Salud, donde en algunos territorios, como Catalunya, ya existían formas minoritarias de privatización de la misma, y se ha ido extendiendo a otras CCAA, como la valenciana con el denominado “modelo Alzira”, o han aparecido cambios legislativos que la pueden facilitar, como en Madrid con el proyecto de Ley de Área Única.

Estos nuevos modelos incluyen desde la empresarización de un grupo de profesionales, como son las Entidades de Base Asociativa (EBAs), hasta la llegada de multinacionales de capital riesgo al ámbito de la sanidad pública, como es el caso madrileño, pasando por la penetración del gran capital nacional, tipo comunidad valenciana.

Sin embargo, ninguna de estas diversas formas de introducción del mercado en la Atención Primaria pública ha conseguido demostrar mejores resultados que el modelo público reformado de Centro de Salud, aun mayoritario en nuestro país, que lleva mostrando consistentemente su eficiencia y su accesibilidad desde hace 25 años, y cuyos principales problemas, aunque no los únicos, parecen encontrarse en la falta de apoyo ideológico y de recursos por parte de las correspondientes administraciones. Por otro lado, la opinión de los profesionales y de la población, cuando ha sido consultada de manera rigurosa, sigue prefiriendo la atención proporcionada exclusivamente desde el ámbito público.

A la vista de estas evidencias y en el actual escenario de crisis económica, una revalorización de la Atención Primaria Pública dotándola de los recursos y el impulso necesarios parece más necesaria que nunca.

## Introducción

Desde la conferencia de Alma Ata en el año 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) había sido considerada como la pieza clave para conseguir que la salud sea un derecho para todos mediante una asistencia sanitaria accesible, eficiente y universal (1). Sin embargo, este paradigma comienza a cambiar a raíz de las dificultades económicas y sociales que condujeron a la desintegración del bloque soviético y al hilo de la pujanza de las nuevas políticas neoliberales en la organización y en la economía de las sociedades globalizadas. Hoy en día la APS está en crisis en todo el mundo. Desde los USA hasta los países africanos, y a pesar de los llamamientos a su favor que se siguen efectuando desde organizaciones tan relevantes como la OMS (2), las políticas sanitarias que antaño ponían a la APS en primer plano son discutidas y se encuentran en todo el mundo en retroceso, tanto en países como Reino Unido donde el Servicio Público de Salud (NHS) era el modelo por antonomasia, como en otros donde incluso han desaparecido (Rusia y países exURSS).

En España esta polémica se escenifica dentro de un contexto mas, como es el de la privatización creciente de la asistencia sanitaria, que como mancha de aceite se ha ido extendiendo por todo el país y ya afecta, de una u otra manera e intensidad, a la casi totalidad de las CC.AA, hasta el punto que en algunas de ellas, como Cataluña, se da por descontado en amplios sectores políticos y económicos el papel predominante de la privada en la prestación de servicios sanitarios, independientemente del color del gobierno de turno.

## El marco general

La primera cuestión que habría que plantearse sería si es pertinente un debate sobre la gestión publica o privada de la Sanidad, con la matización de que actualmente en nuestro país, al menos de momento, más que la alternativa entre los dos modelos, al estilo mas puramente neoliberal, lo que se plantea predominantemente es la privatización de partes o de todo el sistema público en cuanto a su provisión y gestión, manteniendo aún su financiación pública y su gratuidad en el momento del uso, de manera muy similar a la trayectoria seguida por el NHS británico a raíz de la reforma emprendida hace 30 años por el Gobierno conservador de M. Thatcher y continuada por el New Labor de T. Blair y G. Brown hasta la actualidad.

Aunque para algunos la evidencia empírica y el supuesto teórico demuestran que existe una disyuntiva clara entre salud y mercado (3) y que éste ha fracasado en el campo de la salud (4), y por tanto el debate está zanjado, parece que en nuestro contexto sí es adecuado situar y analizar este asunto por varios motivos:

El **primero** es la gran influencia en nuestro país de los modelos neoliberales y de las organizaciones internacionales por ellos creados (Organización Mundial del Comercio, Banco Mundial, FMI, Comisión Trilateral, etc), que llevan décadas impulsando la privatización de los servicios sanitarios públicos a todos los niveles, incluida la APS, en contra de los

informes de la OMS que recientemente recordaba que la AP pública es mas necesaria que nunca (4).

El **segundo** de ellos sería que es evidente que en estos momentos existen en el país distintas opciones sobre el papel, la gestión y la organización de la APS, y es una realidad que hay territorios en los que el modelo de gestión privada ha calado en la sanidad pública.

En este , hay que recordar que en España el proceso de privatización de los servicios sanitarios públicos viene de lejos y, aunque la Ley General de Sanidad del año 86 estableció un marco normativo que apoya la prestación de los servicios de salud dentro del ámbito de lo público en todo el país, ya las recomendaciones contenidas en el informe Abril en 1991 apoyaban la gestión privada del servicio sanitario público, al igual que la subsiguiente aprobación por parte de las dos fuerzas políticas más representativas de nuestro país de la ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión en la Sanidad, acelerándose desde entonces la implantación de formas de gestión privadas en partes importantes de nuestro territorio, especialmente País Valenciano, Catalunya, Andalucía y mas recientemente en la Comunidad de Madrid.

Un **tercer motivo**: dentro de este escenario privatizador, que inicialmente ha afectado más a los servicios hospitalarios, asistimos desde hace unos años a la progresiva penetración del negocio privado también en la APS pública, y en los últimos tiempos los experimentos pro-privatización se han multiplicado y acentuado en especial en las regiones económicamente más prósperas. Cabe decir que para los intereses de los que apuestan por la mercantilización de los servicios sanitarios, la APS es el escenario ideal para empezar a aplicar algunas medidas privatizadoras y de lucro, como los copagos y el pago directo por servicios “adicionales” que luego se pueden generalizar a todo el sistema.

**Por último**, además de lo antes señalado por una parte de los análisis respecto a la incapacidad del mercado de generar servicios sanitarios eficientes, universales y equitativos (3,4), hay que apuntar que otro de los puntos débiles de estas reformas privatizadoras y “nuevas

formas de gestión”, desde que se empezaron a estudiar seriamente en los países anglosajones en la década de 1980, es la cuestión de la calidad y, concretamente, como evitar que las empresas, con objeto de reducir sus precios, erosionen la calidad de los servicios prestados. Existen una diversidad de tentativas de soluciones específicas para evitarlo, que empiezan en el diseño de los concursos y continúa con la evaluación del servicio. Pero, aunque las administraciones públicas han aprendido a externalizar y privatizar, no han aprendido cómo hacerlo bien y al cabo del tiempo, como los ejemplos en muchas partes del mundo nos demuestran, se decae en el control o simplemente este es imposible ante la opacidad de la empresa privada y el poco interés real de las administraciones que, en muchos de los casos, declaran sin ambages su fe en el libre mercado (gobiernos del PP en Madrid y Valencia (5)). Como resultado, una y otra vez nos encontramos ejemplos de malos servicios que a la larga salen caros para el erario público y finalmente no proporcionan lo que necesitan los ciudadanos.

Además, y como señala Calero (6): “no hay que olvidar una cuestión, aunque sean entidades privadas las que producen los servicios, los que financian siguen siendo los gobiernos y, por tanto, los ciudadanos. En ellos reside la decisión última acerca de qué nivel de calidad es exigible y si este se alcanza. La calidad es importante en servicios que podríamos definir como “dirigidos a la propiedad” (pensemos, en los servicios urbanísticos o los de recogida de residuos urbanos, por ejemplo). Pasa a ser no ya importante sino crítica cuando nos referimos a servicios básicos de atención a las personas, como la educación, la sanidad o los servicios sociales”.

Abundando en este punto, la propia OMS y otros estudios (7) han advertido en contra de estos nuevos modelos a los que acusa de ser más caros, más complejos de gestionar y, en muchos casos, ofrecer menor calidad que los modelos basados en los servicios públicos tradicionales.

## **Características de los modelos sanitarios públicos y privados**

La diferencia fundamental es que en la visión pública de la sanidad contempla la salud como un derecho ciudadano y se busca como objetivo la rentabilidad social y la cobertura de las necesidades de salud a través de la prestación sanitaria, mientras que en la segunda la salud es considerada como un producto mercantil y se persigue fundamentalmente la rentabilidad económica del mismo, existiendo, por tanto, ánimo de lucro y consecuentemente se introducen los mecanismos de mercado y competencia en la gestión y oferta de servicios.

Otra diferencia substancial está situada en el campo de los valores y la ideología. Es la derivada de la diferente cobertura y accesibilidad entre una y otra para la población general y por tanto sus consecuencias para la universalidad y la equidad. Es evidente que la prestación pública del servicio garantiza, al menos en teoría, este aspecto, mientras que la sanidad puramente privada genera inequidad y exclusión. El modelo USA, privado por antonomasia, es paradigmático en este sentido, y según sus propias autoridades sanitarias reconocen, en el año 2003 el 16% de la población (1 de cada 6,5 habitantes) no tenía ningún tipo de cobertura sanitaria, habiéndose agravado esta situación en la actualidad (8). En tabla I se muestran algunos aspectos y diferencias entre estos dos modelos sanitarios.

**Tabla I. Características de modelos sanitarios públicos y privados**

	<b>SANIDAD PÚBLICA</b>	<b>SANIDAD PRIVADA</b>
Objetivo y estrategia	Cubrir necesidades de salud de manera eficiente, gratuita, universal y no discriminatoria.	Lucro económico a través de satisfacer la demanda existente de servicios sanitarios por quienes pueden pagarlo.
Ámbito y sujetos prioritarios de actuación	Salud y prevención de la enfermedad/Ciudadanos (sanos o enfermos).	Enfermedad y sus secuelas/Enfermos.
Financiación	Presupuestos públicos.	Privada o mixta (dinero público) en mayor o menor porcentaje.
Gestión	Transparencia y control públicos.	Opacidad pública, rendición de cuentas interna.
Continuidad como organización	Alta mientras exista como servicio público.	Dependiente de viabilidad económica y mercado.
Gastos transacción	Bajos.	Altos.
Utilización de recursos económicos	Mayor rigidez, posibles trabas burocráticas y reglamentarias.	Mayor flexibilidad en la utilización de los recursos Peligro de desviación de fondos.
Utilización recursos asistenciales	Limitados por listas de espera recursos existentes y disponibilidad.	Limitados por rentabilidad económica.
Incentivos económicos adicionales no salariales	Pueden no existir.	Según resultados económicos.
Estabilidad laboral	Alta.	Precaria.
Autonomía profesional	Limitada por reglamento.	Limitada por los costes económicos derivados.
Riesgos económicos/Suficiencia económica	Bajos/Peligro de insuficiencia presupuestaria y restricción de prestaciones.	Altos/Peligro de cuenta de resultados negativa y quiebra.
Prestaciones y cartera servicios	Universales y sin exclusiones.	Según, demanda, capacidad de pago del paciente y rentabilidad.
Posición con respecto a otros dispositivos sanitarios	Colaboración.	Competencia.
Control ciudadano	Posible y deseable según la ley. (Consejos salud).	Escaso y no contemplado (encuestas de mercado y de opinión).

Fuente: elaboración propia

Los modelos mixtos, como lo son la mayoría de los vigentes en estos momentos en España, en teoría tratan de paliar los inconvenientes de uno y otro y aprovechar las supuestas virtudes del mercado para “agilizar” la provisión de los servicios sanitarios y la búsqueda de la eficiencia económica en los centros sanitarios mediante la utilización de las técnicas del sector privado, al tiempo que siguen ofreciendo calidad y acceso universal y gratuito en el momento del uso a toda la población. Sin embargo, como ya se ha comentado arriba, la realidad no apoya las supuestas ventajas de estos modelos publico-privados y lo que suele suceder es que cuando se introduce la gestión y prestación privadas en los servicios públicos estos se deterioran y la calidad y la accesibilidad se resienten de manera muy importante y a medio plazo los servicios públicos se despatrimonializan y pasan a manos privadas completamente (9).

En todo caso, hay que señalar que para valorar adecuadamente las posibilidades de cubrir las necesidades de salud de la sociedad de estos modelos hay que situarlos en la situación actual de crisis provocada por la aplicación de políticas financieras y de mercado de corte neoliberal, por lo que la famosa idea de que “la mano invisible del mercado” y la “libre competencia” organiza la asistencia y cubre las necesidades y demandas sanitarias esta seriamente cuestionada en estos momentos, y hay una importante demanda social subyacente para volver a políticas que refuercen los servicios públicos, como lo demuestran las encuestas a la población. Así, en el último Barómetro Sanitario elaborado por el CIS con datos del 2008 se observa que la mayoría de los ciudadanos (55,8%) elegirían la Sanidad Pública para ser atendidos, con un índice de satisfacción relativamente alto (un 6,29 sobre 10 puntos posibles) (10).

## **Modelos de AP en España**

La evolución de la privatización de los servicios públicos de APS en España tiene varios escenarios relacionados y de progresiva intensidad que en el momento actual coexisten. Unos representan, como las Entidades de Base Asociativa (EBAs), experimentos temporales y con poco

futuro fuera del ámbito catalán, mientras que otros, o bien aún no se han desarrollado plenamente, como el modelo Alzira, o se están iniciando en el momento actual, como el proyecto de Área Única en Madrid.

La dificultad de evaluar estos modelos privados está, en todos los casos, en la opacidad y la falta de información que es característica de la empresa privada en general y de los experimentos privatizadores en sanidad en particular. De esta manera los resultados en salud, ya de por sí difíciles de medir en muchos casos, son escasos cuando no ausentes, y las comparaciones publicadas sobre eficiencia y calidad respecto a los modelos públicos en nuestro país son raras y la mayoría de ellas sesgadas espúreamente hacia el lado de los intereses mercantiles.

Por otra parte, el juego de estos modelos privados en el corto plazo puede ser muy diferente que considerado a más largo término, pues por su propia naturaleza, las empresas se intentan adaptar lo más rápidamente posible a las exigencias del mercado, cualquiera que sea este, y que generalmente son mucho más cambiantes que las necesidades sanitarias de la población, con lo que lo que empezó dando resultados aceptables puede terminar siendo un desastre desde el punto de vista sanitario.

## **El Modelo Público reformado: Los Equipos de Atención Primaria**

Es el modelo predominante en la mayoría del territorio del estado. Su origen esta en la reforma sanitaria que se inició en los años 80 al calor de los enunciados de la conferencia de Alma -Ata de 1978 y que alentaba una Atención Primaria Pública como eje de la atención sanitaria (1). Es este un modelo centrado en la comunidad, con afán preventivo, educativo y participativo, que persigue prestar servicios eficientes, gratuitos y de calidad, a toda la población mediante financiación pública. El Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud de Enero de 1984, puso las bases para su puesta en marcha en España estableciendo una unidad funcional denominado Equipo de Atención Primaria (EAP) con un ámbito geográ-

fico limitado de actuación, la Zona Básica de Salud, y una estructura física donde se asienta, el Centro de Salud.

En 1986 la Ley General de Sanidad ratificó este decreto y establece la Atención Primaria como eje del sistema atribuyéndolo tareas asistenciales, de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Como es bien conocido, es un esquema totalmente público, desde la financiación hasta la provisión de los servicios a la comunidad y a los pacientes individuales. Sus valores fundamentales son la accesibilidad, la equidad, la universalidad, la gratuidad en el momento del uso y la cercanía a la población atendida. Con ellos se ha conseguido, en los 25 años transcurridos desde su implantación, elevar de manera notable la calidad asistencial prestada y el modelo español de APS goza de un merecido aprecio entre la población y gran prestigio fuera de nuestro país.

Es de justicia reconocer que con el transcurso de los años algunas de sus características iniciales se han deteriorado y sobre todo no han recibido el impulso político y financiero necesario para su pleno desarrollo, en la medida que los distintos gobiernos han ido variando su punto de vista sobre el asunto sanitario hacia nuevas formas de gestión y concepciones más neoliberales y mercantilistas.

Las críticas fundamentales a este modelo provienen de la limitación de recursos y falta de medios, su rigidez organizativa en algunos aspectos, especialmente de reconocimiento, incentivación y promoción profesional y delimitación de funciones, la burocratización progresiva que de ello ha derivado y el déficit de participación y la deficiente continuidad asistencial y de coordinación con otras instancias, especialmente con Atención Especializada. Todo ello ha impedido a la APS el desarrollo de todo su potencial y la han sumido en una crisis de baja intensidad permanente desde casi el comienzo de su andadura.

Para solucionar estos problemas se han propuesto algunos elementos dentro de lo estrictamente público: gerencia única, integración de lo sociosanitario, reestructuraciones organizativas varias con nuevos roles y

responsabilidades para los componentes del equipo, nuevas formulas participativas, etc. Desde la óptica de lo privado también se han propuesto diversas formulas para la APS pero, en general y como veremos mas abajo, las recetas se basan en dos premisas: el mercado es más eficiente y facilita la “libre elección” y por tanto la satisfacción del ciudadano-cliente.

Sin embargo, y a pesar de todo, a día de hoy, el modelo público-estructural de centro de salud que tenemos en España no parece haber encontrado otra alternativa de mercado que mejore sus resultados ni dentro ni fuera de nuestras fronteras manteniendo al tiempo las características básicas de un servicio público de salud no discriminatorio.

## **El caso de los médicos empresarios: Las Entidades de Base Asociativa catalanas (EBAs)**

Se trata de experimentos de pequeña empresa, en la que algunos médicos, a instancias de la administración sanitaria, se hacen patronos tutelados por la Consejería de Sanidad de Cataluña y cuyo primer ensayo, EAP Vich S.L., se inició hace 13 años al amparo de la reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, aprobada por amplia mayoría con los votos de CiU y PSC-PSOE.

Sus antecedentes hay que buscarlos en el modelo de los fund-holders ingleses que fue desarrollado en el Reino Unido en la década de los 90, y que estaba basado en la recepción por parte de los médicos de primaria de los fondos totales fijados por el estado para la atención de sus cupos de pacientes. Aquellos decidían sobre el destino del dinero, pagando y contratando la hospitalización, derivaciones a especialistas, pruebas diagnósticas, etc., que juzgaban necesarias, quedándose con una parte fija y el superávit. Fué abandonado definitivamente por el Gobierno británico en 1999 tras detectarse reiteradamente que provocaba tendencia al ahorro de prestaciones necesarias a costa de la salud de los pacientes, gran inequidad en la atención sanitaria suministrada, e incluso, fraude a las arcas

públicas (se llegó a cobrar por la atención de hasta 2.000.000 de pacientes inexistentes) (11).

Estas entidades se conforman como empresas privadas, con ánimo de lucro, propiedad de los profesionales (mínimo 51% del capital social) que asumen la AP de una zona mediante un contrato con el Servicio Catalán de la Salud. El 49% restante puede ser suscrito por personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o la prestación de servicios sanitarios.

El funcionamiento básico de las EBAs es el de una sociedad limitada: un grupo de médicos y algunas enfermeras, pero no todos los que trabajan en el equipo, se convierten además en empresarios y accionistas con el objetivo de autogestionar tuteladamente el presupuesto asignado, maximalizar los beneficios económicos y flexibilizar la gestión y la prestación de servicios sanitarios de una zona básica de salud (población cautiva) que en una primera instancia es el Área Básica de Salud previamente asignada por el Instituto Catalán de Salud. El resto de los trabajadores del EBA son asalariados y contratados por el grupo de médicos patronos y en el hay otros médicos-empleados y el resto de todas las demás categorías sanitarias y no sanitarias: desde empleadas de limpieza hasta enfermeras, todos con contratos individualizados, es decir, con diferentes condiciones laborales.

Los salarios son variables, dependiendo de la cuenta de resultados, y hay algunos gastos, como el de farmacia, que no se asumen por el EBA y corre a cargo del presupuesto del ICS, si bien hay beneficios y penalizaciones si existe o no desviación del presupuesto de farmacia.

El tamaño es variable, pero cada EBA, contando todas las categorías, suele tener entre 20 y 30 personas trabajando en el mismo equipo. La población asignada a cada equipo oscila alrededor de las 20.000 personas comprendidas todas las edades. Es un experimento apoyado por la Consejería de Sanidad de Catalunya y el Colegio de Médicos de Barcelona a pesar de lo cual ha tenido una lenta y limitada expansión, de manera que actualmente hay 10 EBAs funcionando agrupados en una asociación empresarial denominada ACEBA, lo que significa que menos del 4% de la población catalana está afectada por el mismo.

Los pocos resultados de que se dispone (12-15) a partir de estudios realizados, todos ellos con problemas metodológicos importantes, ponen de manifiesto que en cuanto a eficiencia presupuestaria, calidad y efectos sobre la salud de la población los resultados son similares a los de los modelos públicos tradicionales, y los datos publicados solo apuntan a una mayor satisfacción con el sueldo, pero no con las condiciones laborales, entre los profesionales, de manera que la carga de trabajo entre el personal no facultativo es mayor que en los dispositivos no EBAs, posiblemente debido a la menor dotación de personal en estas categorías con respecto a los centros de salud del ICS y a la derivación de parte de la actividad asistencial que en el ICS realizan los propios médicos hacia estos estamentos.

Por otra parte, en general la población no parece haber detectado la diferencia de esta nueva organización con la recibida antes, y en ningún caso se han efectuado un análisis riguroso sobre la calidad de la asistencia y los resultados en salud, y los defensores de este modelo parecen solo atender al interés en los efectos económicos y en la **cuenta de resultados** que revierte entre los accionistas. Es de señalar que con este modelo es posible cobrar gastos “adicionales” y **copagos** a los pacientes por atención y prestaciones facilitadas dentro del propio centro: estomatología, podología, etc., que no se contemplan en la cartera de servicios que habitualmente ofrece el ICS.

## La llegada de la gran empresa y del capital financiero nacional a la Atención Primaria

Es una fórmula que implica por primera vez dejar en manos del sector privado nacional la atención sanitaria pública de un área en España. Conceptualmente se puede considerar como un estadio posterior a las EBAs (aunque coexisten e incluso son anteriores en algunos casos a ellas) en cuanto a la penetración del capital y la privatización en el servicio público sanitario. Su característica principal es que una gran empresa, o un conglomerado de ellas, se hace con la gestión y la provisión de los ser-

vicios tanto de atención hospitalaria como de AP y, eventualmente, con la atención sociosanitaria de un parte del territorio y de la población que en él habita, en régimen de monopolio y concesión por parte de la Administración de turno, mediante un acuerdo entre partes de un montante económico pactado con el Gobierno de la región en el que se despliega.

Este nuevo modelo de gestión, aunque existe en Catalunya desde hace décadas, ha tendido su máxima proyección desde hace 10 años a raíz de su implantación en la Comunidad Valenciana a través del conocido como “modelo Alzira”.

## **El caso valenciano**

En la Comunidad Valenciana, este modelo comenzó su andadura en 1999, cuando se asignó al Hospital de Alzira de Alicante, un centro construido por el sector privado y perteneciente al consorcio Ribera Salud formado por Bancaja y Caja del Mediterráneo, la asistencia hospitalaria de la comarca circundante durante un plazo de 15 años a cambio del pago de un canon anual. Posteriormente este consorcio ha ido asociándose con otras empresas (Adeslas, Asisa, DKW, Lubasa, ACS-Dragados) a través de diferentes uniones temporales para la construcción y explotación del resto de hospitales que aplican ese modelo. En el año 2003, ante la baja rentabilidad financiera obtenida con el acuerdo económico inicial, según la empresa concesionaria, el acuerdo económico tuvo que ser rescatado económicamente por las arcas de la Generalitat con 44 millones de €, (lo que fue posteriormente censurado por el Sindic de Comptes (Tribunal de Cuentas Valenciano), a pesar de lo cual se renovó el contrato con el Gobierno valenciano y además se incluyó en el paquete concertado la gestión de los 13 centros de salud del área de influencia del hospital de Alzira. Desde entonces los resultados económicos ha sido positivos para el grupo empresarial y animado por ello el modelo se ha ido extendiendo a otras comarcas de la región.

Actualmente 1 millón de habitantes, es decir el 20% de la población total de esta Comunidad, correspondientes a cinco áreas sanitarias (Alzira,

Torreveija, Dénia, Manises y Elche) y unos 40 centros de salud están siendo atendidas mediante este modelo. Esto supone una privatización en régimen de monopolio con respecto al clásico centro de salud de Atención Primaria dependiente de la Consellería de Sanitat Valenciana, y deja toda la prestación sanitaria pública de esas zonas en manos del sector privado sin dar ninguna opción a la tan cacareada “libertad de elección” a los ciudadanos. Por otra parte, los pocos resultados conocidos parecen indicar que este modelo encarece notablemente el coste, pues el Gobierno valenciano del PP paga 599 euros anualmente como canon por cada usuario del área asignada, cifra que sumada a otros gastos, como el farmacéutico, se sitúa por encima de la media de gasto sanitario por habitante de esa Comunidad. También se ha denunciado que su mecanismo asistencial provoca desigualdades entre ciudadanos de la zona asignada y los que provienen de otras zonas, pues estos últimos se cobran aparte (16).

Con todo, parece que el secreto del “éxito económico” para las empresas concesionarias (17) reside en unas plantillas sobreexplotadas y desmoralizadas, que cambian con facilidad de centro cuándo encuentran una oferta laboral mejor: el año 2006 más de 40 médicos de los 450 existentes, decidieron renunciar a sus contratos y marcharse, como descubren los sindicatos. Además, según éstos, las necesidades de plantilla son escandalosas; se detecta un déficit de trabajadores en torno al 25 % y las plantilla trabajan muy por encima de lo habitual para poder subvenir las necesidades asistenciales, de manera que en algunas áreas como las quirúrgicas la actividad puede llegar a duplicar el número de operaciones de otros hospitales comárcales (18), a base de horarios extensos y de la conculcación de permisos y vacaciones. En el año 2009 se sigue denunciando una abrumadora deficiencia de plantillas, que lleva a situaciones de fuerte presión laboral y largos tiempos de espera para la atención a los pacientes (19).

Además, la motivación económica excesiva ha dado lugar a la aplicación de incentivos perversos, de manera que se han aplicado intensas políticas de incentivos a los médicos en algunos centros de salud por parte de la UTE concesionaria de la zona para evitar derivaciones a aten-

ción especializada, tal como ha sido denunciado (20). Todo esto, sumado al hecho de tener plantillas reducidas y cupos más grandes con vademécums y derivaciones restringidas, también puede haber deteriorado la calidad asistencial, como recientemente ha sido motivo de atención en la prensa (21), aunque no existen, como es habitual en estos casos, estudios fehacientes sobre resultados en salud y la opinión de los ciudadanos sobre la calidad que les ofrece este modelo es desconocida. Como una encuesta del propio hospital de la Ribera reconoce, hasta el 80% de los pacientes ignora el tipo de gestión., si bien ésta empieza a causar grave descontento entre los profesionales de Primaria (22).

### **Los consorcios hospitalarios catalanes**

Modelos de centros de salud dependientes y gestionados por consorcios hospitalarios también existen en Cataluña, donde hasta el 18% de los centros dependen de alguno de estas entidades, lo que supone unos 70 Centros de Atención Primaria (CAP) distribuidos por toda la Comunidad Autónoma.

Como en el caso valenciano, un grupo de empresas privadas gestiona completamente la sanidad de una comarca. Las concesiones en este caso las hace la Generalitat de Catalunya a través de la Consellería de Sanitat, aunque los contratos no suelen ser tan prologadas y la Administración paga algo menos que en el caso anterior: unos 545 euros *per capita* y año, aunque hay diferencias importantes tanto en este aspecto como en la organización y funcionamiento entre unos consorcios y otros dentro del propio territorio catalán.

En líneas generales puede decirse que la situación es similar a la descrita para el caso valenciano, y cuando ha sido evaluada la conclusión es que para AP la gestión asociada a los hospitales parece no tener ninguna ventaja (12-15), pues según estos estudios, los consorcios :

- No mejora la satisfacción profesional.
- No mejora la coordinación APS-Hospital.

- Traslada más vicios del Hospital a APS que cualidades de ésta al hospital, y
- Pone en riesgo a la APS como gestora de la atención sanitaria.

## **La introducción del libre mercado y del capital multinacional: el Área Sanitaria Única de Madrid**

Como es conocido, el modelo de AP que está instituido desde hace 25 años en la Comunidad de Madrid es el público-tradicional de centros reformados, que esta implantado de manera homogénea en todo el territorio hasta la actualidad. Sin embargo, la situación de la AP es esta región dista mucho de ser halagüeña, pues hay que tener en cuenta que aunque la Comunidad de Madrid ocupa el primer lugar de España en nivel de riqueza en términos económicos la situación de la Sanidad Pública, y especialmente la de los servicios de APS, está muy por debajo de la media de las 17 comunidades autónomas (23).

El número de médicos, enfermeras, y personal auxiliar que trabaja en los centros de salud de la región es, desde hace años, inferior al de la mayoría de las otras comunidades, al igual que los recursos diagnósticos-terapéuticos y la oferta de servicios ofrecidos a la población (Tabla2). La masificación de los centros de salud es la mayor de España (el número de cupos masificados es un 40% superior a la media) y el prepuesto de gasto sanitario que la Comunidad de Madrid dedica a la AP no llega al 12% con respecto al total del gasto sanitario que la Comunidad dedica a la Sanidad Pública. Esta cifra, inferior en un 26% a la media de lo que dedican las otras Comunidades del Estado, explica el deterioro asistencial en los centros y la decreciente capacidad resolutive de los mismos que se vienen produciendo desde las transferencias sanitarias del año 2002, lo que contribuye, entre otros factores, a incrementar la enorme presión que soporten los hospitales, especialmente los servicios de urgencias, algo irracional e insoportable a medio plazo, y es consecuencia directa del escaso esfuerzo inversor en este nivel asistencial (el gasto en AP creció en Madrid en 2008

un 2,5% el último año, menos de la mitad de la media española, que fue del 5,6%).

**Tabla 2. Datos comparativos de la AP en España**

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	MADRID	MEDIA CCAA	DIFERENCIA EN %
Habitantes mayores de 14 años por medico general	1.571	1.426	10,2%
Habitantes menores de 14 años por pediatra	1.047	1.039	0,76%
Habitantes por enfermera de AP	1.968	1.658	18,7%
Habitantes por administrativo	4.407	3.091	42,6%
% de de médicos con más de 1.500 personas	65,9	47,2	39,7%
Gasto sanitario <i>per capita</i> en AP (€)	102	138,3	-26%
Porcentaje gasto sanitario total dedicado a AP	11,49	13,5	-14,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de Datos 2007 SIAP. M<sup>o</sup> Sanidad y Consumo y Presupuestos sanitarios CCAA 2008

Es en este escenario sobre el que el Gobierno del PP en la Comunidad de Madrid ha dado un paso más allá para el desmantelamiento y destrucción del Servicio Madrileño de Salud y avanzar en la **privatización completa de un servicio publico de salud**, con la aprobación en el Parlamento regional de la Ley de “Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid” (24), el pasado 12 de noviembre de 2009.

El desarrollo de esta iniciativa pone las bases para la penetración definitiva del capital financiero y de las empresas multinacionales con intereses en el sector sanitario de la región, que ya habían penetrado firmemente en el sector hospitalario público madrileño a través de la multinacional Capiro (que a su vez pertenece al fondo de inversión de capital riesgo Apax Partners) por medio de una concesión administrativa adjudicada en régimen de monopolio por el Gobierno de la CM en 2007, lo que implica la asistencia especializada de unos 600.000 ciudadanos, es decir: el 10% de la población total de esta comunidad está totalmente en manos de una empresa multinacional del sector privado y otro 30% adicional recibe asistencia a través de nuevos hospitales con gestión público-privada, tipo concesión de obra/PFI(25).

Con este nuevo paso, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pretende la creación de un espacio de libre mercado y la introducción de la libre competencia en el ámbito sanitario de la región (26). En esencia, sigue el típico modelo neoliberal, en el que la competencia entre público y privado será una realidad en un futuro próximo, y en el que los clientes/pacientes podrán elegir “libremente” quién es su proveedor de servicios sanitarios (público o privado), y cuyas facturas se pagarán en cualquier caso desde el erario público, aunque eventualmente se puedan introducir mecanismos que discriminarían por el poder adquisitivo del comprador del servicio apoyado por la Comunidad: copago, cheque asistencial, etc.(27)

De esta manera, se hace desaparecer la organización basada en las actuales áreas sanitarias territoriales y se impone la creación de un único espacio organizativo sanitario territorial para toda la comunidad, denominada Área sanitaria única, que implica el desmantelamiento completo de la estructura sanitaria madrileña actual. Igualmente, propone la “libre circulación” de los pacientes por todo el ámbito sanitario público de la Comunidad, con la sola limitación de sus preferencias, con criterios poco definidos por la administración en el momento actual, que en cualquier caso garantiza la “libre elección” del paciente en función de la “calidad percibida y de sus deseos y necesidades sanitarias subjetivas.

Aunque todo esta envuelto en ambigüedad, pues no se ha desarrollado ningún debate público consistente ni la Consejería de Sanidad mantiene una política de secretismo y hechos consumados, parece que el modelo para AP que plantea este proyecto acaba completamente con el modelo actual de equipos de Atención Primaria. Así, y según que responsable sanitario de la Consejería opine, la AP madrileña bien se encaminaría hacia una practica profesional individualista, siguiendo el modelo de libre mercado y libre competencia de acuerdo al ejercicio tradicional de la medicina liberal (aunque sufragada por el erario público), bien hacia un modelo de equipo como los actuales PCTs (Primary Care Trusts) británicos, donde los objetivos son individuales para

cada profesional, la consecución de los objetivos de la cartera de servicios marca la cuantía del salario percibido por cada empleado y el propio equipo pertenece a un grupo empresarial, normalmente una multinacional extranjera, y cuyos resultados en salud han sido recientemente evaluados y calificados como poco eficientes y discriminatorios (28), o bien hacia cualquiera de las fórmulas mixtas tipo *PFI* (Private Financial Initiative) o al modelo Alzira.

En cualquier caso, y como se puede suponer, este planteamiento ha recibido multitud de críticas por lo que supone de: destrucción del servicio sanitario público y de la planificación y de la organización del mismo, atentado contra la equidad asistencial, abandono de las políticas de prevención y atención comunitarias y del trabajo coordinado y en equipo y de ruptura de la continuidad asistencial, y ha sido catalogado como la imposición del mercado y las oportunidades de negocio a expensas del derecho a la salud por la mayoría de las organizaciones ciudadanas y profesionales de Atención Primaria de la región (29-32), sin que existan razones asistenciales teóricas o prácticas que justifiquen su imposición. (33).

## **La opinión de la población**

Todos estos experimentos sobre la AP parten de las supuestas (y nunca probadas) premisas de la eficiencia y superioridad del mercado en la consecución de buenos resultados económicos sin deterioro de la salud de la población atendida, según sus defensores, fundamentalmente la derecha más liberal y las empresas de su órbita.

Sin embargo, cuando se pulsa la opinión de los ciudadanos, a través de cuestionarios homologados y transparentes, como los que utiliza el Barómetro Sanitario elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y publicado por el Ministerio de Sanidad, los resultados muestran tozudamente que la población sigue prefiriendo la sanidad pública a la privada y que en las regiones donde más ha penetrado la privatización la opinión sobre ésta es aún más negativa, especialmente en lo que se refiere a AP (10).

Además, se ha señalado por parte de los colectivos ciudadanos, que la falta de participación es el fundamento para el proceso de privatización del Sistema Nacional de Salud (34). A pesar de ello, la privatización en el ámbito sanitario público sigue avanzando en España, tanto en territorios gobernados por la derecha (PP/CiU/PNV), como por los teóricos partidos progresistas (PSOE/IU/ERC), lo que parece indicar que no son los deseos y necesidades de los ciudadanos lo que fundamentalmente determina las políticas sanitarias en gran parte de nuestro país.

## Conclusiones

1. La Atención Primaria de Salud, prestada como servicio público, ha contribuido a mejorar substancialmente la situación sanitaria de nuestro país en las últimas décadas y hoy día es valorada muy positivamente por los ciudadanos.

2. No se ha demostrado ninguna ventaja teórica o práctica del modelo privado sobre el modelo público actual de Atención Primaria, si no es a costa de bajar estándares de calidad, prestaciones y cobertura poblacional respecto a los actuales.

3. Aunque parece existir un antagonismo entre salud y mercado, las políticas privatizadoras avanzan en nuestro país.

4. Los ciudadanos y los profesionales, en su mayoría, parecen preferir el modelo público.

5. La revalorización de los servicios públicos parece que es la mejor alternativa a la crisis del mercado.

6. Es, por tanto, necesario apostar por el modelo público de Atención Primaria, cuyas mayores ineficiencias derivan fundamentalmente de su insuficiencia económica y el abandono ideológico y organizativo por parte de los responsables político-sanitarios.

7. Las políticas sanitarias estatales y de las distintas Comunidades Autónomas deberían incorporar estas evidencias, y dar participación

efectiva a ciudadanos y profesionales en la elaboración y aplicación de las mismas en las estructuras organizativas y de decisión, para conseguir las mejoras necesarias en la Atención Primaria Pública de Salud.

### *Agradecimientos*

A Luís Capacete, por su colaboración y por la información suministrada sobre la situación de la AP en Catalunya

### **Bibliografía**

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata. [http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia\\_Internacional\\_sobre\\_Atenci3n\\_Primaria\\_de\\_Salud\\_de\\_Alma-Ata](http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atenci3n_Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata)
2. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.- Nuevo informe de la OMS. [http://www.who.int/whr/2008/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/summary_es.pdf)
3. Mora, Antonio. ¿Se puede construir un sistema público de salud con bienes económicos?: Salud o mercado: Revista Salud 2000, n. 107; (junio 2006). <http://www.fadsp.org/pdf/revista/Salud2000-Junio%202006.pdf> y en <http://www.nuevatribuna.es/noticia/12591/OPINI%C3%93N/salud-o-mercado.html>.
4. Reverte, D. Comentarios bibliográficos: el mercado ha fracasado. <http://www.privatizationhealthobservatory.eu/archivos/6.3.09/S2000115-2829.pdf>
5. Calero, Jorge. En <http://blogs.publico.es/delconsejoeditorial/252/lacalidad-de-los-servicios-privatizados/>
6. Aguirre, E. Globalización y lucha contra la pobreza [http://www.elpais.com/articulo/opinion/Globalizacion/lucha/pobreza/elpepiopi/20060801elpepiopi\\_5/Tes?print=1](http://www.elpais.com/articulo/opinion/Globalizacion/lucha/pobreza/elpepiopi/20060801elpepiopi_5/Tes?print=1)
7. Pollock, A, Kirkwood G. Is the private sector better value for money than the NHS. A Scottish case study. *BMJ* 2009; 338: 1108-11.

8. Comité on the Consequences of Uninsurance, Borrada on Health Care Services. Institute of Medicine of the National Academies. Hidden costs, value lost: Uninsurance in America. Washington DC . National Academies Press, 2003.
9. The match work privatisation of our Health Service: A use Guide  
<http://www.keepournhspublic.com/index.php>
10. Barómetro Sanitario. Información anual. Año 2008 (publicado el 7 de Abril de 2009)  
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informe-Anual.htm>
11. “Los médicos públicos británicos inflan sus listas con dos millones de pacientes inexistentes”. El País. 20-01-2000.
12. Ponsá J, Cutillas S, Elias A, Fusté J, Lacasas M, Olivet M. “La reforma de l’atenció primària a Catalunya”. Fulls econòmics del sistema sanitari, núm. 37, setembre 2003. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l’atenció primària i de la diversificació de serveis.
13. Planes, A. Gestión APS en Catalunya. Presentación 25 Aniversario SOMAMFYC, diciembre 2008
14. Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l’aproximació a la situació de l’atenció primària. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. 24 de octubre de 2002.
15. Corbella A, Jiménez J, Martín Zurro A, Plaza A; Ponsà A, Roma J, Segura A, Zara C. Avaluació dels models de provisió de serveis d’atenció primària. Institut D’Estudis de la Salut 2007.
16. Teorías Neoliberales en la gestión de lo público. Periódico Diagonal:  
<http://www.diagonalperiodico.net/Teorias-neoliberales-en-la-gestion.html>
17. Lo que no se cuenta del hospital de Alzira: El secreto de su “éxito” económico.  
[http://www.nodo50.org/colectivolibertariosantboi/01\\_9coninfos.html](http://www.nodo50.org/colectivolibertariosantboi/01_9coninfos.html)

18. El Hospital Universitario de La Ribera de Alzira (Valencia) ha alcanzado durante el primer semestre de 2009 su récord histórico en la tasa de Cirugía Mayor Ambulatoria.  
**[http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo\\_noticia.jsp?idCanal=1&idContenido=14386](http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=1&idContenido=14386)**
19. Alcira, un modelo a medias costuras. Artículo publicado en la revista “El temps”, 29 de enero de 2009.
20. Torrevieja Salud incentiva a los médicos de Primaria por resolver casos y evitar citas al especialista. Periódico información, 27 noviembre 2007.  
[http://www.diarioinformacion.com/secciones/noticia.jsp?pRef=2241\\_19\\_696867\\_\\_Vega-Baja-Torrevieja-Salud-incentiva-medicos-Primaria-resolver-casos-evitar-citas-especialista](http://www.diarioinformacion.com/secciones/noticia.jsp?pRef=2241_19_696867__Vega-Baja-Torrevieja-Salud-incentiva-medicos-Primaria-resolver-casos-evitar-citas-especialista)
21. La falta de médicos obliga a los pacientes a soportar largas esperas.  
[http://www.elpais.com/articulo/Comunidad/Valenciana/falta/medicos/obliga/pacientes/soportar/largas/esperas/elpepiespval/20090809elpval\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Comunidad/Valenciana/falta/medicos/obliga/pacientes/soportar/largas/esperas/elpepiespval/20090809elpval_1/Tes)
22. Los trabajadores del centro de salud de Mislata realizan el primer paro por la privatización. **[http://www.levante-emv.com/secciones/noticia.jsp?pRef=2009071600\\_12\\_612325\\_Comarcas-trabajadores-centro-salud-Mislata-realizan-primer-paro-privatizacion](http://www.levante-emv.com/secciones/noticia.jsp?pRef=2009071600_12_612325_Comarcas-trabajadores-centro-salud-Mislata-realizan-primer-paro-privatizacion)**
23. Informe sobre la Sanidad en la Comunidad de Madrid (junio 2009).  
En: [www.observatotiosanitariomadrid.org](http://www.observatotiosanitariomadrid.org)
24. PROYECTO DE LEY.../... DE LIBERTAD DE ELECCIÓN EN LA SANIDAD DE LA ... En: <http://www.iucm.org/comunidad/documentos/iniciativas/libertadeleccion.pdf>
25. Nuevos hospitales de Madrid. Privatizando lo que es de todos.  
<http://www.fadsp.org/pdf/folletohospitales.pdf>
26. Güemes ofrece “oportunidades de negocio” en la sanidad pública.  
[http://www.elpais.com/articulo/madrid/Guemes/ofrece/oportunidades/negocio/sanidad/publica/elpepuespmad/20080923elpmad\\_8/Tes](http://www.elpais.com/articulo/madrid/Guemes/ofrece/oportunidades/negocio/sanidad/publica/elpepuespmad/20080923elpmad_8/Tes).

27. La sanidad madrileña, a subasta. En:  
<http://www.publico.es/espana/actualidad/153241/sanidad/pp/agui-re/madrid>
28. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. N Engl J Med 2009;361:368-78.
29. 22 organizaciones de Atención Primaria registran formalmente el “Alegato contra el Area Unica” de la Comunidad de Madrid.  
En:<http://misaludnoesunnegocio.net/convocatorias.php?p=1073&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
- 30 EL AREA UNICA Y EL DESMANTELAMIENTO DE LA AP EN MADRID. [www.FADSP.org](http://www.FADSP.org)
31. **Médicos, enfermeros y personal no sanitario: la Sanidad necesita inversión y no un área única.** En:  
<http://misaludnoesunnegocio.net/actualidad.php?p=1359&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
32. Se podrá elegir médico, pediatra y enfermero en toda la Comunidad: Los opositores al proyecto advierten que la calidad se desplomará. En:  
<http://www.madriario.es/2009/Julio/madrid/sociedad/159707/libre-eleccion-medico-aprobado-proyecto-ley-comunidad.html>
- 33 El área sanitaria única, a examen.  
<http://www.madriario.es/2009/Julio/madrid/madrid/164225/area-sanitaria-unica-especial.html>
34. La falta de participación es el fundamento para el proceso de privatización del Sistema Nacional de Salud.  
[http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo\\_noticia.jsp?idCanal=4&idContenido=14408](http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=4&idContenido=14408)



## CAPÍTULO XVI

# LOS PLANES AUTONÓMICOS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

*Manuel Martín García*

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud de Seixo (Marín, Galicia).*

### Resumen

La crisis de los modelos sanitarios tradicionales (orientados a la curación y a la asistencia hospitalaria) y la presión de las fuerzas neoliberales por desmontar los sistemas sanitarios públicos, ha condicionado en Europa reformas dirigidas a potenciar el papel de la Atención Primaria (AP) y a introducir los mecanismos de mercado en las relaciones sanitarias, dando origen a dos tipos de propuestas de orientación opuestas: Transferir el poder de compra y contratación de los servicios hospitalarios a los equipos de AP o potenciar el papel de la AP como eje del sistema, puerta de entrada del mismo y con equipos multidisciplinares.

En España, el deterioro sufrido por el modelo de AP, que nunca culminó sus expectativas de reforma iniciales, y la ausencia de interés de las administraciones, que restringieron los recursos de este nivel, afectó a la calidad de la atención y a su capacidad resolutoria, generando malestar y frustración en sus profesionales. La reacción de éstos propició una alianza de organizaciones profesionales y sindicales en torno a la Plata-

forma 10 Minutos, que fue capaz de poner en la agenda política y profesional la situación de la AP. Este proceso culminó en la constitución de una Comisión Ministerial para la Mejora de la AP (Proyecto AP 21), en la que participó todo el sector y que marcó las líneas generales de las mejoras a realizar.

Estas medidas han sido desarrolladas de manera desigual, tanto en la forma como en el contenido, por las diferentes CCAA, que son las responsables de la planificación, organización y funcionamiento de los servicios,

La mayor parte de los acuerdos cuentan con un moderado respaldo profesional, aunque en general la participación se puede considerar escasa. Existen dudas sobre el cumplimiento de los Planes de Mejora, que contemplan avances en el equipamiento y en los recursos humanos, una eliminación relativa de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y la reducción de la burocracia. Se puede destacar el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de Receta Electrónica, que pueden mejorar la relación con el nivel especializado y reducir el trabajo burocrático. Sin embargo la Historia Clínica Compartida está muy retrasada. Hay intentos en algunas CCAA de privatizar parte de la asistencia, no hay grandes avances en la cesión de autonomía a los centros de AP y las experiencias de participación son escasas e insuficientes.

## Introducción

Existe un amplio acuerdo para considerar a la AP el *eje del sistema sanitario*, aunque hay divergencias sobre como alcanzar este objetivo que tienen que ver con la ideología los gobiernos, los modelos sociales, el peso e influencia del sector privado o el desarrollo histórico de los servicios de salud.

La crisis de los modelos sanitarios tradicionales (orientados a la curación y a la asistencia hospitalaria) y el interés de las fuerzas neoliberales por desmontar los sistemas sanitarios públicos, ha condicionado dos modelos de reforma: *Transferir el poder de compra y contratación* de los

servicios hospitalarios a los equipos de AP o *potenciar el papel de la AP como eje del sistema y puerta de entrada del mismo y el trabajo en equipos multidisciplinares*.

Ambas propuestas pretenden, básicamente:

- Incrementar el poder y la capacidad de control de la AP sobre otros niveles de atención
- Ampliar la oferta de servicios de la AP mejorando sus recursos y equipamiento
- Desarrollar instrumentos de control.

## **El deterioro de la Atención Primaria en España**

Aunque el modelo de AP puesto en marcha en 1984<sup>1</sup> goza de un importante prestigio internacional por sus buenos resultados y bajo coste<sup>2</sup>, ha ido sufriendo un progresivo deterioro a lo largo de los últimos años como consecuencia de dos elementos clave:

### **1. El desarrollo lento e inacabado del modelo previsto inicialmente, dado que la reforma se paralizó a principio años noventa y dejó sin aplicar algunos de sus elementos básicos:**

- Se han puesto en marcha una gran diversidad de modelos, en las diferentes CCAA en la orientación, organización y oferta de servicios de los mismos.

- El desarrollo de las áreas sanitarias integrales ha sido escaso, mal planificado y ha favorecido al nivel especializado.

---

<sup>1</sup> (Decreto de creación de las Estructuras Básica de Salud, posteriormente recogido y ampliado por en la Ley General de Sanidad de 1986),

<sup>2</sup> (Barbara Starfield Comparación Atención Primaria 1994)

- Apenas existe planificación de las actividades, pese a que la misma constituye el instrumento fundamental para identificar problemas y necesidades de salud y diseñar planes y programas.

- Se han creado muy pocos órganos de participación comunitaria necesarios para que los ciudadanos colaboren de manera activa en la planificación, aplicación y evaluación de las actuaciones de los servicios de AP.

- Se ha avanzado muy poco en el trabajo en equipo por falta de estructuras de gestión en los centros de salud, ausencia de formación del personal, deficiencias en la asignación de los roles profesionales y falta de incentivos

Entre las causas que han influido en esta situación cabría destacar:

- La resistencia de los profesionales y administraciones a abandonar la orientación curativa que ha caracterizado tradicionalmente al sistema. .

- El que las universidades apenas hayan incorporado la asignatura de Medicina de Familia (obligatoria en 3 facultades de medicina y de carácter optativo en otras 11).

- La resistencia de los hospitales a ceder parte de sus competencias.

## **2. El desinterés de los políticos y administraciones por la AP**

La AP no despierta interés en los políticos que encuentran más relumbrón en los servicios de alta tecnología.

## **Principales problemas de la AP en España**

### **1. Problemas de recursos**

#### ***Insuficiencia económica***

El gasto sanitario público se ha reducido del 28,6% en 1992 al 22,6% en 2006. El gasto sanitario público en España suponía el 6% del PIB, frente a una media del 7,5% de los 15 países de la Unión Europea desarrollada (UE-15)

- El gasto sanitario destinado a AP es apenas el 14% del total, con una relación de 4 a 1 respecto del hospitalario.

- Existen grandes desigualdades en el gasto de AP entre CCAA (Tabla 1).

**Tabla 1. Gasto AP *per capita*, % sobre gasto total y tasa media de incremento por CCAA**

CCAA	GASTO PER CAPITA EN AP, EUROS AÑO	% GASTO SANITARIO TOTAL DEDICADO A AP	TASA ANUAL MEDIA DE INCREMENTO PRESUPUESTO AP
Andalucía	141,00	16,01	9,95
Aragón	155,00	13,29	6,97
Asturias	130,00	11,71	6,30
Baleares	117,00	11,91	11,20
Canarias	122,00	11,83	10,41
Cantabria	123,00	11,88	12,18
C. la Mancha	127,00	13,53	6,48
C. y León	161,00	15,62	5,22
Cataluña	157,00	16,87	9,97
C. Valenciana	122,00	13,10	8,60
Extremadura	190,00	17,69	8,76
Galicia	113,00	10,87	4,85
Madrid	102,00	11,49	8,04
Murcia	123,00	12,10	9,42
Navarra	181,00	15,11	5,89
País Vasco	149,00	14,42	6,60
Rioja	137,00	12,36	10,12

Fuente: Informe sobre los servicios sanitarios de la CCAA. FADSP 2007

### ***Falta de personal***

- Los médicos que trabajan en los Equipos de Atención Primaria (EAP) son 23.381, lo que supone el 13% del total, muy por debajo de la media europea que está en torno al 50%.

- La tasa de enfermeras en relación al personal médico médicos es un 43,7%, inferior a la media europea. El ratio de enfermeras por habitante en AP es uno de los más bajo de Europa.

- El personal de apoyo es muy escaso. La proporción de auxiliares administrativos es de uno por cada 3.195 personas con cartilla. Este personal es fundamental para reducir la carga de trabajo burocrático del personal asistencial

### *Deficiente equipamiento de los centros*

- Los centros de AP están mal equipados, como se refleja en la tabla 2.

**Tabla 2.- Equipamiento centros de AP por CCAA**

CCAA	MONITOR AMBULATORIO TAP-MAPA	COOXIMETRO	ESPIRÓMETRO	PEAK-FLOW
Andalucía	No todos	No todos	No todos	No todos
Aragón	No todos	No todos	Si	Si
Asturias	si	si	si	Si
Baleares	No todos	No todos	si	Si
Canarias	0	0	No todos	Si
Cantabria	0	si	si	Si
C. La Mancha	No todos	No todos	No todos	No todos
C. y León	0	0	si	Si
Cataluña	si	si	si	Si
C. Valenciana	si	0	si	0
Extremadura	No todos	No todos	si	Si
Galicia	No todos	si	No todos	No todos
Madrid	No todos	No todos	si	No todos
Murcia	No todos	0	si	No todos
Navarra	si	0	si	Si
País Vasco	si	0	si	Si
Rioja	No todos	si	si	Si

Hay limitaciones para acceder recursos diagnósticos: laboratorio o radiología (Tabla 3)

**Tabla 3. Oferta servicios, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos de AP por CCAA**

<b>CCAA</b>	<b>OFERTA DE SERVICIOS</b>	<b>OFERTA PRUEBAS DIAGNOSTICAS</b>	<b>OFERTA PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b>	<b>ACCESO A PRUEBAS DIAGNOSTICAS</b>
Andalucía	85,00	66,60	90,90	85,40
Aragón	83,00	73,30	90,90	91,30
Asturias	79,50	77,70	83,30	89,40
Baleares	49,00	71,70	84,10	98,00
Canarias	69,80	57,70	77,30	83,40
Cantabria	91,50	77,70	83,30	86,70
C. La Mancha	37,20	55,50	75,00	86,00
C. y León	72,20	68,80	81,80	86,70
Cataluña	97,00	97,70	100,00	89,40
C. Valenciana	92,70	71,10	70,40	87,40
Extremadura	45,70	64,40	70,40	94,70
Galicia	75,90	62,20	72,70	89,40
Madrid	65,00	53,30	75,00	86,00
Murcia	63,80	57,70	93,20	90,00
Navarra	57,80	64,40	81,80	86,00
País Vasco	87,90	77,70	75,00	90,00
Rioja	46,90	44,40	65,90	50,90

Fuente: Informe sobre los servicios sanitarios de la CCAA. FADSP 2007

Esta insuficiencia impide completar los procesos diagnósticos y limita la capacidad resolutive, lo que impide asumir actividades asistenciales que siguen indebidamente a cargo de los hospitales.

## 2. Problemas organizativos y funcionales

- *Masificación de las plantillas*: El 60% de los cupos superan las 1.500 personas por médico, habiendo CCAA cuya media supera ampliamente esta cifra, llegando a las 1.820 en Baleares, 1.708 en Madrid o 1.746 en el País Vasco. La situación es aún peor en el caso de la enfermería, como se refleja en la tabla 4.

**Tabla 4. Ratios de profesionales de AP por CCAA**

CCAA	PERSONAS POR MEDICO DE AP	MENORES 14º. AÑOS POR PEDIATRA DE AP	PERSONAS POR ENFERMERA DE AP	CUPOS MÉDICOS CON MÁS 1.500
Andalucía	1.416,00	1.125,00	1.795,00	48,20
Aragón	1.243,00	1.016,00	1.464,00	45,70
Asturias	1.553,00	808,00	1.592,00	63,20
Baleares	1.820,00	1.153,00	2.050,00	88,60
Canarias	1.679,00	1.059,00	1.773,00	78,50
Cantabria	1.327,00	986,00	1.594,00	40,10
C. la Mancha	1.286,00	1.295,00	1.426,00	47,40
C. y León	921,00	1.300,00	1.247,00	28,60
Cataluña	1.443,00	995,00	1.598,00	61,60
C. Valenciana	1.567,00	933,00	1.874,00	71,30
Extremadura	1.192,00	1.185,00	1.237,00	36,60
Galicia	1.429,00	964,00	1.888,00	50,90
Madrid	1.708,00	980,00	1.971,00	89,70
Murcia	1.691,00	1.210,00	2.007,00	85,60
Navarra	1.446,00	974,00	1.445,00	54,60
País Vasco	1.746,00	930,00	1.808,00	nd
Rioja	1.377,00	1.008,00	1.553,00	59,00
Media	1.460	1.054	1.666	59

Fuente: Informe sobre los servicios sanitarios de la CCAA. FADSP 2007

- *Faltan instrumentos de gestión.* La figura del coordinador carece de competencias y estímulos para la gestión de los recursos.

- *Apenas existen estrategias e incentivos para trabajar en equipo*

- Escasa y deficiente relación con el nivel hospitalario
- Inadecuada organización del trabajo y de los procesos asistenciales
- Sistemas de información insuficientes, escasamente integrados, sin indicadores para evaluar la calidad y pertinencia de las actividades y los resultados.
- Apenas se han desarrollado o aplicado las vías, guías y protocolos de actuación *basados en la evidencia* comunes con atención hospitalaria que garanticen la racionalidad, calidad, pertinencia y eficiencia de las actuaciones
- Existen importantes deficiencias en los sistemas de acreditación y evaluación de calidad
- Hay problemas de formación continuada (por falta de inversión y recursos) por lo que mayoritariamente se encuentra en manos de la industria farmacéutica que condiciona así la prescripción.
- Los profesionales sanitarios soportan una gran carga de burocrático, especialmente del personal médico que dedica más del 30% de su tiempo a rellenar recetas (muchas de ellas prescritas en el nivel hospitalario o de tratamientos reiterados por patologías crónicas), emitir partes de conformación por baja laboral, gestionar servicios como prótesis o ambulancias, certificaciones médicas muchas de ellas innecesarias, , etc.

### **3. Descoordinación con la atención socio-sanitaria**

El Equipo de AP debería ser el instrumento esencial para identificar a las personas en situación de dependencia, valorar sus necesidades asistenciales y para coordinar la oferta de servicios, especialmente en el tema de los cuidados domiciliarios..

#### 4. Ausencia de participación social

- El personal no recibe formación específica para trabajar con la comunidad.
- La ausencia de órganos de participación impide la implicación ciudadana en la planificación y control de la calidad de los centros.

Esta situación repercute muy negativamente en el nivel de AP, generando frustración y desmotivación profesional; deteriora el clima laboral en los centros de salud; obliga a un tiempo de consulta insuficiente; crea problemas con la calidad asistencial, la capacidad resolutive, el funcionamiento ineficiente y hay un elevado gasto farmacéutico; impide que gran parte de las decisiones no se basen en la evidencia científica; implica una derivación excesiva e innecesaria al nivel hospitalario; hace que se investigue poco y que la formación continuada este en su mayor parte en manos de la industria farmacéutica; impide el control por la comunidad de la asistencia que recibe; y hace que se hayan profundizado las desigualdades asistenciales entre CCAA<sup>3</sup>.

#### Reacción profesional y social para hacer frente a esta situación

El progresivo deterioro de la situación apenas suscitó reacciones de protesta en los profesionales, como consecuencia de la generalización de la frustración y por ausencia de liderazgo profesional, donde existe una gran división<sup>4</sup>, y de unos sindicatos preocupados casi en exclusiva por temas laborales y salariales.

Tras años de silencio, surgió con carácter autónomo y plural, un movimiento profesional en torno al eslogan Por Diez Minutos de Consulta, que integró a profesionales de todas las organizaciones y posiciones ideológi-

---

<sup>3</sup> Tablas FADSP

<sup>4</sup> Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General y Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista

cas y al que posteriormente se fue adhiriendo organizaciones profesionales, colectivos sindicales, vecinales y de consumidores, hasta conformar una importante alianza social y profesional de organizaciones trabajando en red<sup>5</sup>.

### ***Los logros de la Plataforma Diez Minutos***

- Puso los problemas de la AP en la agenda de los profesionales, medios de comunicación, opinión pública y en todos los partidos, gobiernos y administraciones sanitarias central y autonómicas
- Consensuó un conjunto de reivindicaciones básicas y comunes para afrontar los problemas del nivel y sus organizaciones
- Diseñó una estrategia común de movilizaciones<sup>6</sup> y actuaciones destinadas a conseguir que las administraciones pusieran en marcha medidas para mejorar y cambiar la situación de los centros de salud y de toda la AP.
- Consiguió el apoyo de organizaciones ciudadanas a estas reivindicaciones
- ***El “Compromiso de Buitrago” recogió en 15 propuestas la apuesta por la mejora de la Atención Primaria:***

1. Incrementar los presupuestos destinados a la Atención Primaria
2. Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población, funciones, objetivos y actividades.

<sup>5</sup> (SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, USCAL: Unión Sindical de Castilla y León, AEPAP Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, CCOO: Sindicato Comisiones Obreras, semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, OMC Organización Médica Colegial, SEMG (Sociedad española de Medicina General), SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista), UGT (Unión General de Trabajadores), SIMAP (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública, FRAVM: (Federación Regional de Asociaciones Vecinales Madrileñas, CLI: Comisión de Libertades e Informática), UCE: (Unión de Consumidores de España), CECU: (Coalición Española de Consumidores y usuarios), UCE: (Unión de Consumidores de España), CECU: (Coalición Española de Consumidores y usuarios), REAP: (Red Española de Atención Primaria), REAP: (Red Española de Atención Primaria),

<sup>6</sup> En noviembre de 2006 la Huelga convocada por la Plataforma tuvo un importante seguimiento.

3. Una gestión más profesionalizada y aplanamiento de la pirámide de decisión.
4. Dar autonomía a los centros para organizarse en función de las necesidades, demandas y características de cada zona, dentro de un modelo general básico.
5. Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos.
6. Adecuar las normativas de modelo de receta y de Incapacidad Temporal para minimizar las visitas no clínicas.
7. Disponer de sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, de la información y del conocimiento según las características específicas de la atención primaria.
8. Mejorar las Áreas Administrativas en evolución hacia las necesarias Áreas de Atención al Ciudadano con la adecuación de funciones y ratio por médico.
9. Adecuar el número de profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades.
10. Acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica y que se garantizará mediante guías de práctica clínica basada en la evidencia científica.
11. Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral. Impulsar la investigación en la Atención Primaria.
12. Desarrollar incentivos profesionales en función de logros en efectividad y resolución de las necesidades sanitarias.
13. Mejorar los presupuestos destinados a Servicios Sociales y mejorar su coordinación con el Sistema Sanitario.
14. Crear una condiciones de trabajo dignas para los médicos de atención primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acordes con la

dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicar los contratos basura.

15. Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.

16. Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente.

La adhesión a estas movilizaciones de la práctica totalidad de las organizaciones sindicales y profesionales de la AP, colegios profesionales y otras instituciones del sector, y el apoyo de organizaciones ciudadanas y de usuarios de la sanidad pública<sup>7</sup>, obligaron a reaccionar a las administraciones sanitarias que se concretó en:

**1º.- La constitución por el Consejo Interterritorial de una comisión para analizar y proponer medidas de mejora para la Atención Primaria, que elaboró el documento denominado “Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 de Estrategias para la mejora de la Atención Primaria”**

<sup>7</sup> Organizaciones que apoyaron el Compromiso de Buitrago: AEPAP: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía; ACIDESA: Asociación Ciudadana en defensa de la Salud; ASUSALUD: Asociación Nacional de Consumidores y Usuarios de Servicios de Salud; Ayuntamiento de San Fernando de Henares ( Madrid); CCOO : Sindicato Nacional Comisiones Obreras; Coalición de Asociaciones de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas; Equipo CESCA; CLI: Comisión de Libertades Informáticas; Consejo Autonómico de Colegios Médicos de Castilla la Mancha; Consejo Autonómico de Colegios Médicos de Galicia; Colegios de Médicos de Álava., Alicante, Ávila, Baleares, Badajoz, Cantabria, Córdoba, Guadalajara, Lleida, Madrid., Murcia, Salamanca, Soria, Tenerife y Vizcaya; CSI-CSIF: Central Sindical independiente y funcionarios; FAASP: Federación de Asociaciones de Salud Pública; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; Grupo Nacional de Comunicación y Salud; Instituto @p COM; OMC: Organización Médica Colegial de España; Pacientes online de Argentina; Plataforma 10 minutos: Asociación Nacional para la Defensa de la Calidad y Dignidad de la Atención Primaria; REAP: Red Española de Atención Primaria; SAMFYC: Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria; SAMSaP: Sindicato Aragonés de Médicos de la Sanidad Pública; SCMFic: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria; SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; semFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.; SEMG: Sociedad Española de Medicina General; SEPAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria; SExMFYC: Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria; Sindicato Medico de Atención Primaria de Castilla la Mancha; Sindicato NACIONAL CSI-CSIF; SIMAP: Sindicato de Médicos de Asistencia Pública; USCAL: Unión Sindical de Castilla y León.

Esta Comisión de expertos, coordinados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, estuvo integrada por representantes designados por las Sociedades científicas de atención primaria, por las Comunidades Autónomas y por el propio Ministerio, que se en diferentes grupos de trabajo elaboraron un documento de análisis de la situación de la AP y propusieron un conjunto de Estrategias para Mejorar la AP del Siglo XXI, destinadas a dar un nuevo impulso a la atención primaria de Salud con el objetivo de recuperar su papel de motor y eje del Sistema Sanitario.

*2.- El desarrollo de iniciativas para mejorar la Atención Primaria, en la práctica totalidad de Comunidades Autónomas.* En algunas CCAA estas fueron negociadas y consensuadas negociadas con las principales organizaciones del sector y se concretaron en **Planes de Mejora de la AP Autonómicos** orientados en su mayoría a corregir las deficiencias y problemas.

*El Proyecto AP 21* propuso una estrategia para mejorar la situación de la AP basadas en dos ejes fundamentales: **Los ciudadanos**, que deberán ser el elemento central del sistema sanitario y de la atención primaria, que deberá orientar todas sus actividades a satisfacer sus necesidades y demandas, y **los profesionales sanitarios**, que deberán pasar a ser los principales artífices y gestores de la organización y el nexo de unión con los ciudadanos.

*El proyecto plantea una serie de cambios en la Atención Primaria:*

- Incrementar los presupuestos de AP
- Mejorar el equipamiento de los centros de salud de AP
- Introducir cambios en la organización
- Eliminar las trabas en el acceso a las pruebas diagnósticas
- Racionalizar la toma de decisiones en base a la evidencia científica
- Mejorar en la relación y colaboración de la AP con el resto del sistema en la atención a mediante guías y vías que dirijan y orienten los procesos de trabajo y la toma de decisiones

- Incrementar y potenciar la autonomía de gestión de los centros
- Mejorar la formación y la investigación.

Los objetivos clave del proyecto serían conseguir mejorar la calidad en los servicios de AP, incrementar la capacidad resolutoria de los mismos y garantizar la continuidad asistencial. Para alcanzar estos objetivos de plantea incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, mejorar la formación de los profesionales, garantizar el acceso a los recursos diagnósticos y nuevas tecnologías, disponer de protocolos y guías clínicas basados en la evidencia científica.

## **Desarrollo de los Planes de Mejora en las diferentes CCAA**

Como las responsabilidades de organización y gestión de los recursos sanitarios se han transferido a las Comunidades Autónomas, la práctica totalidad de las medidas propuestas por la Comisión deberán ser aplicadas y desarrolladas por cada Servicio de Salud Autonómico.

Cada CCAA tiene plena autonomía para interpretar y desarrollar las medidas propuestas en la Estrategia AP 21, lo que supone que las mismas tendrán una plasmación diferenciada en función de la ideología del gobierno, de la situación específica de los servicios de AP, de los recursos económicos disponibles, de la implicación y colaboración de las organizaciones representativas de los trabajadores sanitarios, etc.

## **Evaluación del desarrollo de los planes de mejora de la AP**

Con la finalidad de conocer la aplicación del Proyecto AP 21 la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública realizó una encuesta para evaluar el desarrollo de algunos de los elementos claves de las propuestas para mejorar la AP, siguiendo las orientaciones generales de la Comisión.

**El análisis se centró en cinco puntos clave:**

1. *Existencia de Planes Específicos para Mejorar la AP, respaldo político de los mismos e implicación de los profesionales en su elaboración.*
  - a. Nivel de respaldo político de los Planes, como garantía de su aplicación y desarrollo
  - b. Implicación profesional en su elaboración, como garantía de que las propuestas de Mejora recojan los problemas reales que afectan a los servicios y garantice la adhesión de la mayoría de los colectivos sanitarios.
2. *Contenido de las propuestas y su orientación a la calidad y racionalidad*
  - a. Condiciones básicas para garantizar la calidad, racionalidad y capacidad resolutoria de la asistencia: ratios de personal, equipamiento de los centros, acceso a pruebas, protocolos basados en la evidencia, reducción de la burocracia o medidas de ayuda a la prescripción.
  - b. Continuidad y longitudinalidad de la atención como la informatización, historia clínica compartida con hospitales, guías clínicas comunes
3. *Modelos de gestión propuestos y orientación pública o privada de los mismos*
  - a. Formas de gestión
  - b. Iniciativas privatizadoras
  - c. Propuestas para introducir copagos por la utilización de los servicios.
4. *Transferencia de autonomía de gestión a los centros*
5. *Desarrollo de la participación ciudadana.*

Por diferentes motivos la encuesta, realizada a mediados del 2008, se refiere a 15 CCAA ya que en Euskadi y La Rioja no se consiguió la participación de los grupos profesionales, lo que supone que el análisis se refiere al 88,2% del total.

### **Resultados principales**

En la tabla 5 se refleja el grado de implicación y la responsabilidad del acuerdo según CCAA.

**Tabla 5. Planes de AP, organizaciones participantes en los mimos, existencia de documentos y responsable de la firma de los mismos por CCAA**

CCAA	EXISTENCIA PLAN MEJORA AP	ORGANIZACIONES PARTICIPANTES	DOCUMENTO ACUERDO	RESPONSABLE ACUERDO
Andalucía	Sí, pero 2002-2003	MFyC, Pediatra AP, Enfermería comunitaria	Sí	No
Aragón	Sí	Sociedades medicas y enfermería	Sí	Responsable Servicio salud
Asturias	Parcial	CCOO y UGT	Sí	Gerente SESPA
Baleares	Sí	No	Sí	Consejería sanidad
Canarias	Sí	Sindicatos y organizaciones sociales	Sí	Consejería sanidad
Cantabria	Sí	CCOO	Sí	Consejería sanidad
Castilla La Mancha	No	No	No	No
Castilla y León	No	No	No	No
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Consejería
Comunidad Valenciana	Sí	Sindicatos y organizaciones profesionales	Sí	Secretaria sanidad
Extremadura	Sí	Sindicatos	Sí	Consejería sanidad
Galicia	Sí	Todos los sindicatos y organizaciones profesionales	Sí	Presidente CCAA
Madrid	Sí	Algunas asociaciones profesionales y sindicatos corporativos	Sí	Consejería sanidad
Murcia	Sí	Sindicatos, organizaciones profesionales, vecinos y usuarios	Sí	Consejería sanidad
Navarra	Sí	PT 10M. Organizaciones profesionales todas categorías	Sí	Dirección General de AP

### ***1. Planes de Mejora de la AP en las Comunidades Autónomas***

En el 73,3% de los Servicios de Salud Autonómicos se han elaborado Planes de Mejora de la AP. Un 13,3% de las CCAA ya habían comenzado a desarrollar planes en este sentido y solamente en un 7% no los tenían en el momento en que se realizó la encuesta.

### ***2. Participación e implicación de los profesionales y trabajadores de AP***

La participación e implicación de los sanitarios en este proceso, a través de sus organizaciones representativas, ha sido variable:

- Los sindicatos más representativos estuvieron presentes en la elaboración del 53,3% de los Planes, siendo su presencia única en el 20% y no participaron en el 46,7%.
- Las organizaciones profesionales colaboraron en el 60% de los planes, no lo hicieron en el 40%, mientras que en 20% quedaron fuera alguna.
- Solamente en el 33,3% de las CCAA participaron en el proceso todos los sindicatos y organizaciones profesionales de AP

La participación de las organizaciones profesionales más representativas en los acuerdos es fundamental para lograr la implicación y el apoyo activo de una parte importante del colectivo. Su fragmentación y su escaso nivel de afiliación, hace necesario la participación de todas para garantizar la representación de las diferentes sensibilidades del colectivo profesional tanto médico como de enfermería.

Los sindicatos tienen asignada por ley un papel fundamental en las mesas sectoriales donde se negocian y acuerdan la creación de nuevas plazas, políticas de recursos humanos, modificaciones en las condiciones laborales, cambios temas salariales o de incentivos económicos etc. Esto hace imprescindible participación en la elaboración de las propuestas de mejora de la AP.

La ausencia de todas las organizaciones profesionales y sindicatos en la elaboración de casi una tercera parte de Planes puede suponer un obstáculo fundamental para introducir medidas de mejora de la AP.

### 3. Grado de compromiso y garantías de cumplimiento de los acuerdos

Los acuerdos se recogieron en documentos públicos en el 73,3% de las CCAA, en un 13,3% ya existían planes de reforma de la AP y otro 13,3% no se habían elaborado.

Los documentos fueron firmados por la máxima autoridad sanitaria de cada CCAA en el 66% de los planes, aunque es preocupante que un 34% de los planes no cuenten con documentos que recojan pormenorizadamente los cambios, su intensidad y el calendario previsto para su despliegue.

### 4. Propuestas orientadas a mejorar la calidad, la racionalidad y la capacidad resolutive (Tabla 6)

Tabla 6. Incrementos de plantillas y mejor equipamiento Planes Mejora AP por CCAA

MEJORA RECURSOS	INCREMENTO PLANTILLAS	PERSONAL /POBLACIÓN	MEJORAS EQUIPAMIENTO
Andalucía	No	No	No
Aragón	Si	Si (1.500)	No
Asturias	No	No	Si
Baleares	Si	Si (1.500)	Si
Canarias	Si	Si	Si
Cantabria	Si	Si	Si
Castilla La Mancha	No	No	Si
Castilla y León	No	No	No
Cataluña	No	No	No
C. Valenciana	Si	Si	Si
Extremadura	Si	Si	Si
Galicia	Si	Si (1.250)	Si
Madrid	No	No	En algunos centros
Murcia	Si	Si (1.500)	Solo informático
Navarra	Si	Si	Si

- *Incremento de recursos humanos:*

- En 60% de los Planes se contemplan incrementos de personal, especificando los ratios por habitante el 46,6% de los mismos. En el 13,3% se señala únicamente la necesidad de incrementar las plantillas.

- En el 73,3% se contemplan incrementos de personal médico y en el 40% se proponen incrementos en todas las categorías de personal.

- *Mejoras en equipamiento de los centros de salud*

- Un 73,3% proponen mejoras en el equipamiento de los centros de salud, en dos de ellas 13,3% los incrementos se limitan a algunos centros o a equipamiento informático

- El aumento de los recursos humanos y de equipamiento de los servicios constituye uno de los elementos más recogidos en los Planes de Mejora de la AP

### 5. Instrumentos para el control y seguimiento de los Planes de Mejora (Tabla 7)

**Tabla 7. Existencia de plazos y comisiones seguimiento Planes Mejora de AP por CCAA**

GARANTÍAS E INSTRUMENTOS CONTROL DESARROLLO	PLAZOS CUMPLIMIENTO	PLAZO DESARROLLO	COMISIÓN SEGUIMIENTO
Andalucía	Si	No	No
Aragón	Si	Si	Si
Asturias	Si	Si	No
Baleares	Si 2007-2012	No	No
Canarias	Si 2009	Si	Si
Cantabria	Si	Si 2005	No
Castilla La Mancha	No	No	No
Castilla y León	No	No	No
Cataluña	No	No	No
C. Valenciana	Si	Si	Si
Extremadura	Si	Si	Si
Galicia	Si 2011	Si	Si
Madrid	Si (2006-2009)	Abandonado por área única	Si pero apenas se ha reunido
Murcia	si (2007-2010)	Si	Si
Navarra	Si	Si	Si

- En el 86,6% del se fijó un plazo para el desarrollo de los acuerdos
- En el 60%, se especificó además un calendario donde se especifica los plazos para desarrollar cada una de las medidas acordadas.

En la gran mayoría de Planes se ha fijado un plazo para culminar el proceso de cambio, aunque en un 40% no tienen un calendario que fije despliegue de los las medidas acordadas, lo que obstaculiza su seguimiento.

Llama la atención que en la CA de Madrid la Consejería haya vulnerado unilateralmente los acuerdos alcanzados con las organizaciones del sector. Parece que el afán por imponer una reforma basada en la privatización y el mercado ha primado sobre los acuerdos.

**6. Eliminación de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas (Tabla 8)**

**Tabla 8. Planes que contemplan supresión de limitaciones acceso pruebas diagnósticas por AP según CCAA**

RACIONALIZACIÓN	SUPRESIÓN LIMITACIONES A PRUEBAS Y TECNOLOGÍAS	PROTOSCOLOS PETICIÓN PRUEBAS
Andalucía	Desarrollo irregular	Si
Aragón	Si	No
Asturias	Si	Si
Baleares	Si	Si
Canarias	Parcialmente	Si
Cantabria	Parcialmente	Parcialmente
Castilla La Mancha	Si	Si
Castilla y León	Parcialmente	No
Cataluña	Parcialmente	Parcialmente
C. Valenciana	Parcialmente	Parcialmente
Extremadura	No	Parcialmente
Galicia	Si	Si
Madrid	Parcialmente	Si
Murcia	Parcialmente	No
Navarra	Si	Si

Tan solo el 40% de los Planes han suprimido todas las limitaciones de acceso a las pruebas diagnósticas para el personal facultativo, siendo mayoría los que mantienen las limitaciones con carácter más o menos parcial.

Para evitar que esta supresión incremente la irracionalidad (fenómeno o ya observado en la atención hospitalaria donde solo el 14% de las decisiones se basan en la evidencia científicamente contrastada), la medida debería acompañarse de protocolos y guías clínicas que garanticen la racionalidad de la solicitud de las pruebas. Esto está contemplado en el 60% de los Planes, de manera parcial en otro 26,6% y no se contempla en un 20%. Estas medidas, en el caso de que se lleven a la práctica (no sólo en AP), pueden suponer un avance en la mejora de racionalidad y la eficiencia del sistema a medio plazo.

### **7. Medidas para reducir y racionalizar la carga de trabajo burocrático (Tabla 9)**

**Tabla 9. CCAA que contemplan medidas para reducir burocracia, receta electrónica e informatización consultas**

BUROCRACIA	MEDIDAS CONTRA BUROCRACIA	RECETA ELECTRÓNICA	INFORMATIZACIÓN CONSULTAS AP
Andalucía	Algunas	Si	Si
Aragón	No	Piloto	Si
Asturias	Solo proyecto	Proyecto	Si
Baleares	Si	Proyecto	Si
Canarias	Parcialmente	no	Si
Cantabria	Si	Proyecto	Si
Castilla La Mancha	Si	Si	Fase inicial
Castilla y León	No	No	Piloto
Cataluña	No	Proyecto	Si
C. Valenciana	Si	Piloto	Si
Extremadura	Si	Piloto	Si
Galicia	Si	Proyecto avanzado	Si
Madrid	Parcialmente (solo recetas)	Si pero sin plazos	Si
Murcia	Si	Si pero sin plazos	Parcialmente
Navarra	Si	Si	Si

En el 80% de los planes incluyen medidas para reducir la carga de trabajo burocrático, aunque en el 26,6% estas medidas son limitadas o están en fase de proyecto.

El incremento en el número y capacitación del personal administrativo de los centros, la informatización de las consultas, la receta electrónica, cambios en el control de las bajas laborales, la eliminación de certificaciones innecesarias, etc., son esenciales para incrementar el tiempo de consulta y mejorar la capacidad resolutive.

Parece positivo que el 80% de los Planes contemplen la receta electrónica, aunque en un 25% las CCAA están en periodo de pilotaje o de proyecto avanzado y en un 15% el proyecto carece de plazos específicos.

El que la informatización llegue casi al 100% de los centros puede contribuir de manera importante a reducir el trabajo burocrático, mejorar la relación con los hospitales, aumentar la información disponible y a racionalizar las decisiones clínicas.

## 8. Comunicación informática entre AP-hospitales (Tabla 10)

Tabla 10. Planes que contemplan informatización de las consultas e Historia Clínica Compartida

RELACIÓN AP/HOSPITALES	COMUNICACIÓN INFORMÁTICA AP/HOSPITALES	HISTORIA ELECTRÓNICA COMPARTIDA
Andalucía	Parcial	Proyecto
Aragón	Parcial	Proyecto
Asturias	Proyecto	Piloto
Baleares	Parcialmente	Proyecto
Canarias	Parcialmente	Proyecto
Cantabria	Parcialmente	Proyecto
Castilla La Mancha	Fase inicial	Proyecto
Castilla y León	Experiencias limitadas	Piloto
Cataluña	Parcialmente	Proyecto
C. Valenciana	Parcialmente	Parcialmente
Extremadura	Parcial	Proyecto
Galicia	Si	Parcialmente
Madrid	No	No
Murcia	Parcialmente	Proyecto
Navarra	Si	Si

Aunque se ha avanzado de manera importante en la *informatización de las consultas* (clave para la comunicación entre AP y los hospitales), existe un importante retraso en el desarrollo de la *historia clínica compartida* entre los dos niveles, ya que en el 60% de las CCAA está aún en proyecto y en el 13% en fase de pilotaje. Solamente un 7% de las CCAA no contemplaba su introducción en el momento de la encuesta.

## 9. Introducción de formas de gestión privada y de copago

Existe una importante presión (política y empresarial) para introducir cambios la gestión y provisión de la sanidad pública. En AP hay algunas iniciativas en este sentido como ceder centros de AP a empresas multina-

cionales (Madrid), integrar los centros de AP con hospitales privados con concesiones de asistencia sanitaria de financiación pública (Valencia), crear cooperativas de médicos con participación de empresas privadas (Cataluña), creación de unidades de gestión que pueden comprar servicios con el sector privado (Aragón), externalización de pruebas diagnósticas al sector privado (Castilla y León). En 33% de las CCAA han desarrollado cambios organizativos de naturaleza parcial para dar participación al sector privado en la provisión de la AP (Tabla 11).

**Tabla 11. CCAA que han introducido nuevas formas de gestión empresarial**

	<b>NUEVAS FORMAS GESTIÓN CENTROS AP</b>	<b>MODELO GESTIÓN EMPRESARIAL</b>
Andalucía	Si	No
Aragón	Si	Si
Asturias	Si	Unidades gestión clínica
Baleares	No	No
Canarias	No	No
Cantabria	No	No
Castilla La Mancha	No	No
Castilla y León	No	No
Cataluña	Si	Si
C. Valenciana	No	Si
Extremadura	No	No
Galicia	No	No
Madrid	Si	Si
Murcia	No	No
Navarra	No	No

Aunque legalmente aún no es posible introducir el copago de los pacientes por recibir asistencia en AP, diferentes autoridades sanitarias (incluso de administraciones gestionadas por partidos progresistas) lo defienden públicamente, como Cataluña, Aragón o Asturias. Esta medida vulnera la equidad y dificulta el acceso a la atención de los sectores sociales menos favorecidos (Tabla 12).

Tabla 12. Medidas privatizadoras y copago por CCAA

	INICIATIVAS PRIVATIZACIÓN	TIPO MEDIDA	COPAGO
Andalucía	No	No	
Aragón	Si	Unidades gestión podrán comprar	Lo defiende la clínica consejería
Asturias	No		El consejero lo apoya público
Baleares	No	No	
Canarias	No		
Cantabria	No	No	
Castilla La Mancha	No	No	
Castilla y León	Si	Mamografías	No
Cataluña	Si	Si	Lo defiende Consejera
C. Valenciana	Si	PFI con hospitales	
Extremadura	No	No	
Galicia	No	No	
Madrid	Si	Centros AP privados	
Murcia	No	No	
Navarra	No	No	

### ***10. Concesión de autonomía a los centros de AP***

La concesión de autonomía a los centros de AP es un tema controvertido: Sus defensores alegan que puede contribuir a adaptar la actividad y los recursos las condiciones específicas de cada zona; mientras que sus detractores alertan de que puede contribuir a fraccionar el sistema y a introducir los mecanismo de mercado como paso previo a la privatización de los recursos (Tabal 13).

Tabla 13. Medidas para dar autonomía a los centros de AP por CCAA

	INICIATIVAS AUTONOMÍA CENTROS AP	MEDIDAS CONCRETAS
Andalucía	Si	Todo queda en debate teórico
Aragón	Si	Unidades Gestión Clínica oferta cartera servicios, comprar a privada
Asturias	Si	Unidades gestión clínica
Baleares	No	No
Canarias	Si	Algunos centros gestionan mantenimiento facturación a terceros y contratación personal
Cantabria	No	No
Castilla La Mancha	No	No
Castilla y León	No	No
Cataluña	Si	Si. Gestión, coordinación, contratación personal y horarios
C. Valenciana	No	
Extremadura	No	No
Galicia	Si	Documento comisión expertos no desarrollado
Madrid	Si	
Murcia	Si	Los acuerdos contemplan su desarrollo pero no se ha culminado
Navarra	No	

En el 53% de los Planes se contemplan medidas para incrementar el nivel de autonomía de los centros de AP, aunque en su mayor parte se limitan a aspectos teóricos, son de alcance muy limitado como la gestión de horarios, subcontratar determinadas pruebas diagnósticas con sector (a pagar por los centros públicos de AP), gestionar contrataciones de personal (probablemente por tiempo parcial y en precario) o a promover la Gestión Clínica en AP.

*11. Desarrollo de instrumentos para la participación ciudadana (Tabla 14)***Tabla 14.- Desarrollo de participación ciudadana por CCAA**

	<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	
Andalucía	No	
Aragón	Si	Consejos Salud solo informativos
Asturias	Si	Decreto Consejos de salud
Baleares	Si	Mínima
Canarias	Si	Irregular y aislada
Cantabria	No	
Castilla La Mancha	Si	Planificación participativa Puertollano
Castilla y León	Si	Pocas y poco eficaces
Cataluña	Si	A través Consorcios futuros (órganos consultivos)
C. Valenciana	No	
Extremadura	Si	Pocas y voluntaristas
Galicia	Si	Órganos participación área y Programa Formación ciudadanos
Madrid	No	Se han abolido los Consejos de Salud en la práctica
Murcia	Si	Comisión seguimiento acuerdo para desarrollar normativa (no finalizado)
Navarra	Si	

El 73,3% de las CCAA contemplan la participación ciudadana, pero las experiencias son muy limitadas, tienen un carácter burocrático y meramente consultivo

## Conclusiones

1. La mayor parte de los acuerdos autonómicos para mejorar la AP cuentan con un moderado respaldo profesional, con algo más de presencia sindical que profesional. El nivel de participación se puede considerar como relativamente escaso

2. La mayor parte de Planes de Mejora se han recogido en documentos públicos respaldados por la autoridad sanitaria correspondiente, aunque en la cuarta parte de los mismos no hay un compromiso que garantice su aplicación.

3. Solamente la cuarta parte de los Planes contempla la creación de *comisiones de seguimiento*, lo que crea dudas sobre la capacidad de cumplimiento.

4. La mayoría contempla la supresión de las limitaciones que impiden cerrar los procesos diagnósticos en los centros de AP. Aunque el 25% de los Planes no las contempla.

5. Son escasos los que incluyen protocolos y guías que racionalicen la solicitud de pruebas diagnósticas, aunque casi en la mitad hay referencias parcial a las mismas.

6. La práctica totalidad contemplan la introducción de la receta electrónica, aunque en casi todas está en fase de pilotaje.

7. La informatización de las consultas esta muy avanzada,

8. La Historia Clínica compartida está aún muy retrasada, estando en la mayoría de las CCAA en período de prueba o diseño.

9. Existen algunas experiencias de carácter parcial y limitado de participación ciudadana.

10. Se detectan algunas experiencias de privatización de la AP, que afectan sobre todo a CCAA gobernadas por fuerzas conservadoras con la excepción de Cataluña.

11. Existen algunas propuestas, también de carácter parcial y limitado, de cesión de autonomía a los centros de AP

## Recomendaciones

1. Incorporar a sindicatos y organizaciones profesionales a los Planes de mejora para garantizar el compromiso de los profesionales con los mismos y evitar la conflictividad por el cambio. Deben participar organizaciones de todas las categorías que trabajen en AP.

2. Garantizar el cumplimiento de los Planes fijando compromisos temporales para su inicio y culminación, y estableciendo Comisiones de Control y Seguimiento con la participación de todas las organizaciones representativas de la AP.

3. Eliminar todas las limitaciones en el acceso a pruebas diagnósticas y recursos en la AP

4. Garantizar la racionalidad y la calidad de las decisiones en AP mediante protocolos y guías clínicas comunes a AP y hospitales.

5. Promover medidas para reducir la burocracia

6. Implantar con carácter preferente la Receta Electrónica en todas las CCAA

7. Implantar con carácter urgente y preferente la Historia Clínica compartida

8. Desarrollar instrumentos para garantizar la participación ciudadana en AP con capacidad de planificación, decisión y control de los resultados

9. Establecer criterios comunes para dar autonomía a los centros de AP evitando el incremento de la desigualdad, la irracionalidad o la privatización de los servicios

## Bibliografía

- Informe del Grupo de Trabajo sobre gasto sanitario. Ministerio de Economía y Hacienda 2007. Accesible en: [www.mineco.es](http://www.mineco.es)

- Informe Evaluación del desarrollo de Planes de Mejora de Atención Primaria en las Comunidades Autónomas, en cumplimiento del Proyecto AP 21 de Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Noviembre 2008. Accesible en: [www.fadsp.org](http://www.fadsp.org)
- Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
- Navarro V, Martín-Zurro A. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Ed: Concepció Violán Fors. SEMFYC 2009.

