

Atención Primaria y gestión: pleonasma conceptual y oxímoron práctico

Vicente Ortún Rubio

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

Gestión en Atención Primaria (AP) es un pleonasma conceptual pero corre el peligro de convertirse en un oxímoron práctico por limitaciones atribuibles en parte a la propia AP (percepción de la frecuentación como exógena o de la prescripción como inducida, falta de capacidad resolutive...) y en parte a otras instancias (falta de autonomía y mala regulación).

Gestionar la AP debería tener como finalidad reducir la brecha entre lo que podría conseguirse con los recursos y conocimientos disponibles y lo que se está consiguiendo¹; y el contenido de la gestión, siempre coordinar y motivar. Coordinar, cada vez más, la atención a enfermos pluripatológicos con limitaciones en las actividades de la vida cotidiana; incentivar para que cada integrante de la organización, y también los pacientes, cumplan con los cometidos asignados en la división del trabajo. Esta coordinación y motivación tiene dos componentes diferenciados: el clínico (diagnosticar, tratar y estar al día, o ingrediente micro) y el organizativo (gestionar un centro, o componente meso). Ambos influidos obviamente, a su vez, por las políticas de salud: financiación, provisión, regulación e información.

La situación de partida es conocida y está bien documentada²⁻⁴. El pasado no suele repetirse ni cabe perseguir Arcadias que sólo existieron en nuestra imaginación. Por eso este Informe, tras unos retazos iniciales recordatorios de nuestro punto de partida, se centra en las vías de *reencarnación* de la AP, ora más centradas en contenidos, ora más enfocadas hacia una mejor integración, pero nunca excluyentes entre sí.

COYUNTURA DE RECORTES PRESUPUESTARIOS: EL “MUERTO SOBRE LA MESA” O LA PRIORIZACIÓN CLÍNICA

Con una legitimidad muy mejorable (mediante una imposición más progresiva, por ejemplo, sin suprimir sucesiones, y mayor seriedad con las rentas del capital) las Comunidades Autónomas, ahora o después de las elecciones de Mayo 2011, deberán recortar sus presupuestos sanitarios en torno al 10% por primera vez en décadas. En los extremos hay dos formas de hacerlo: bien, con criterios de gestión clínica, o mal, *poniendo el muerto encima de la mesa*. Empecemos por este segundo camino.

El gobierno federal de Estados Unidos redujo en 2 millones de dólares el presupuesto del Servicio de Parques y Jardines de la nación, servicio encargado de parques como Wrangell-St Elias (mayor que Suiza), Yellowstone (mayor que el País Vasco)... y jardines como el de la Estatua de la Libertad. Sabían que su programa menos coste-efectivo era el del oseño sano, pero optaron por oscurecer la estatua regalada por Francia. Inmediatamente todos los medios de comunicación abrieron con la noticia de que se había apagado el símbolo del país y hubo que recuperar el presupuesto anterior.

Volvamos a la senda de la virtud. Nuestros ajustes presupuestarios también podrían realizarse desde el profesionalismo que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera⁵ o frecuentaciones. Donde los presupuestos sean capitativos será más fácil; donde se

financie actividad y se entre en el juego insensato de negociar recortes lineales homogéneos sin atender a su impacto sobre cantidad y calidad de vida se pueden colocar cargas de profundidad que afecten a la navegabilidad del barco común que nos emplea.

La solvencia de nuestro sistema sanitario financiado públicamente requiere de la complicidad ilustrada de los profesionales, los únicos que saben cómo asignar unos recursos recortados a los problemas existentes sin afectar a los resultados en términos de salud (por ejemplo, de realizar una correcta gestión clínica). En ocasiones menos exploraciones, consultas, intervenciones o prescripciones puede ser mejor.

CRISIS DE FE: ¿HAY QUE SEGUIR APOSTANDO POR LA MEDICINA DE FAMILIA?

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

Hace un siglo la Medicina ni siquiera era flexneriana. Todo era AP. No existían las especialidades en el mundo. Hace 50 años, después de la II Guerra Mundial, se crea el Estado del Bienestar propiamente dicho, el que garantiza la protección de los derechos sociales como el de la protección de la salud; en España con posterioridad.

Existe sobrada disposición individual a pagar por los servicios sanitarios en función de renta, riqueza y proximidad a la muerte. Lo que se necesita, no obstante, es disposición colectiva a pagar impuestos para sostener un sistema sanitario que permita asignar los recursos según necesidad clínica o sanitariamente establecida.

Ningún sistema sanitario es mejor en todo. Cuidados efectivos dejan de suministrarse. Hasta un tercio, en cambio, de cuidados que se suministrarían podrían suprimirse sin perjuicio alguno en la salud de la población.

Gestionar, como se ha dicho, implica reducir la brecha entre lo que conseguimos (eficacia) y lo que

podría conseguirse (efectividad). Convivimos con brechas cotidianas, destacadas por Carlos Campillo, como la infección nosocomial por mal lavado de manos, las resistencias bacterianas por uso inadecuado de antibióticos, las cesáreas innecesarias o la falta de utilización de una lista de comprobación en cirugía.

La efectividad tiene validez externa limitada. Ejemplo Petri para fomentar el correcto lavado de manos: éxito en Cedars-Sinai⁶; fracaso en Valencia, donde había sido intentado con anterioridad (**Figuras 1 y 2**).

La eficacia es universal. Si un grupo de medicamentos no se financia públicamente en Suecia no tiene por qué financiarse en España, especialmente si se considera que España presenta el segundo



Figura 1. Salvapantallas efectivo en Cedars-Sinai.



Figura 2. Parecido Salvapantallas -no efectivo- en la Comunidad Valenciana.

mayor consumo farmacéutico del mundo⁷ medido en dosis diarias definidas. ¡Sólo Estados Unidos nos gana!

Se adquiere el liderazgo organizativo (Kaiser) cuando se sabe “gestionar la utilización”, coordinar la atención, cuestión esta de AP pero también de teleasistencia, financiación capitativa, planificación, atención apoyada en historia clínica útil, e-consultas, redistribución del trabajo entre los miembros de equipo...

AP: NO SÓLO MÉDICOS NI EXCLUSIVAMENTE PRIMARIA

Tal como escriben Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber⁸, la crisis de identidad y prestigio de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) no implica crisis de la AP, ya que Pediatría goza de excelente cotización en el MIR, lo mismo que las plazas de enfermería en centros de salud. La MFC sigue una senda de deterioro desde 2004-2005: ocupaba el puesto 38 de 47 y cayó hasta el 44, sólo por delante de las tres especialidades de escuela; hay riesgo de que MFC quede todavía peor posicionada cuando se oficialice Urgencias como especialidad. Hasta ahora Urgencias ha venido funcionando como especialidad *de facto* y en torno al 40% de los médicos con contrato de Urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en MFC.

LA GRAN PARADOJA: CUANDO LA SOCIEDAD NECESITA MÁS QUE NUNCA DE UNA ATENCIÓN COORDINADA (TAMBIÉN CON SERVICIOS SOCIALES) LA MFC COTIZA A LA BAJA

Como dice Ricard Meneu en el blog de Gestión Clínica y Sanitaria⁹, cada año la elección de plazas MIR muestra la cotización de las distintas especialidades en esa curiosa bolsa laboral. Los inversores explicitan sus expectativas sobre el valor futuro de cada una de ellas. Este año 2011 el *parquet* MIR ha confirmando las tendencias apuntadas en las últimas sesiones: una elevada cotización de Cirugía

Plástica y Dermatología y un bajo aprecio de MFC. Si el año pasado la primera *compradora* de MFC tenía el número 234, éste podemos decir que su primera compradora tenía el 210, la segunda estaba situado 210 puestos detrás, la misma distancia que la separaba del tercero, a éste del cuarto y la misma respecto a la quinta, pues de los primeros 1.050 *inversores* sólo 5 han elegido la especialidad que se asume como piedra angular del sistema; aunque en realidad el primer número que *compró* MFC este año fue el 700, lo que matiza la elevada dispersión en el ordinal que ostentan los electores de esta especialidad, cuya media la sitúa sólo por delante de las tres especialidades de escuela.

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

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

LA REENCARNACIÓN DE LA AP: LO QUE VALE SE PAGA. DIFERENCIAR SUELDOS Y CONDICIONES DE TRABAJO PARA HACER MÁS ATRACTIVA LA MEDICINA GENERAL, LA PEDIATRÍA Y LA ENFERMERÍA DE AP

Patronal y sindicatos negocian en estos momentos cómo mejorar las formas de contratación colectiva en España. Una de las ideas-fuerza consiste en hacer depender las condiciones de trabajo de la productividad de cada centro. Tratándose de empresas, y siendo la productividad un concepto

difícil de medir, parecería más sensato seguir las recomendaciones de Vicente Salas y Emilio Huerta¹⁰, y utilizar el “valor económico añadido” por cada empresa, algo de cálculo relativamente sencillo a partir de la cuenta de pérdidas y ganancias que cualquier empresa realiza.

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

Ni la descentralización de la negociación colectiva, ni el establecimiento de una cierta *competencia por comparación* (también llamada *competencia gestionada*) entre centros sanitarios son recetas implantables a corto plazo, pero sí deben considerarse líneas de tendencia a las que, mejor o peor, más pronto o más tarde, habrá que adaptarse acompañando las medidas que tienen que permitir la flexibilización de la oferta de servicios y profesionales en España. En otros lugares hemos identificado la esclerosis de oferta y la utilización desbocada, como las variables que agravan el pronóstico de nuestro sistema sanitario¹¹. Las siete medidas que pueden permitir la flexibilización de la oferta¹², y que se reproducen en la **tabla 1**, combaten precisamente la esclerosis de oferta.

Tabla 1. MEDIDAS FLEXIBILIZADORAS DE LA OFERTA

- Descolectivizar la negociación
- Dotar de autonomía a los centros
- Reclutar y retener a profesionales como quien mejor lo haga: ofrecer mejores condiciones de trabajo y acceso a horarios más flexibles; la iniciativa *Improving Working Lives* del Reino Unido constituye un ejemplo excelente
- Separar formación de empleo
- Recertificar
- Fomentar la troncalidad y las pasarelas
- Superar la segmentación de los mercados

Fuente: Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber P. *Determinantes de las retribuciones médicas. Med Clin (Barc)* 2008;131:180-3.

FLEXIBILIZAR CONDICIONES DE TRABAJO Y DIFERENCIAR SUELDOS

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

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

Medicare y casi todas las “Health Maintenance Organizations” de Estados Unidos calculan las tarifas a que se ha de pagar a los proveedores de servicios sanitarios con una escala relativa de valores desarrollada a partir del trabajo seminal de Hsiao¹³ et al. Este sistema de pago no tiene especial interés en estos momentos: primero, por basarse más en medidas de esfuerzo que de resultado; y segundo, por estar excesivamente capturado por los regulados. No obstante, detrás del artículo ya citado de Hsiao subyace una motivación que mantiene su actualidad: no cabe fiar a un mercado repleto de fallos y asimetrías informativas la valoración de la contribución de cada especialidad y servicio sanitario a lo que realmente interesa: producir cantidad y calidad de vida. De ahí, que no sea descabellado plantear una cierta corrección de dichas valoraciones (sueldos de especialistas, por ejemplo) cuando se trata de garantizar el acceso en función de necesidad a unos servicios financiados públicamente. No estamos hablando de demanda sufragada por un individuo soberano de todos los caprichos que su bolsillo permita; se

trata de mantener una voluntad colectiva de pagar por los servicios sanitarios, lo que exige ser consciente tanto de su efectividad relativa como de sus costes... e intentar actuar sobre esos costes cuando se crea que están gravemente distorsionados. Hsiao se centró en variables de esfuerzo (tiempo, esfuerzo mental, conocimiento, juicio clínico, habilidad técnica, esfuerzo físico y estrés psicológico) para proponer una valoración relativa de las especialidades. Hoy nos centraríamos más en variables de resultado final manteniendo las actualmente disponibles de resultados intermedios, con los mínimos ajustes posibles (clase social, principalmente).

REDUCIR EL CUELLO DE BOTELLA LICENCIATURA-MIR, RECERTIFICAR, FOMENTAR LA TRONCALIDAD Y LAS PASARELAS Y ACABAR CON LA SEGMENTACIÓN GEOGRÁFICA

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

Recertificar ayudaría a evitar la poco deseable polarización entre "excelentes que no emigran" y "deprimidos que pasan el MIR con puntuación negativa pero con convenios bilaterales que facilitan el acceso". A los médicos españoles les ha sucedido lo mismo que a los vendimiadores hace tres décadas: hay flujos tanto de salida como de entrada,

como corresponde a un país intermedio entre América Latina y Escandinavia, con una precariedad y condiciones laborales también a medio camino. Un sistema de acreditación y reacreditación profesional de los médicos ayudaría a resolver varios problemas, tanto de información -registro vivo de profesionales en ejercicio- como de calidad -filtro para todos los que ejercen la profesión en el país-. Además, contrarrestaría en alguna medida la tendencia a la *funcionarización* de la profesión médica, porque el personal estatutario también tendría que reacreditarse. Otra ventaja es que las propias organizaciones profesionales de médicos podrían asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros, en lugar de dejarlo en manos de órganos o procedimientos administrativos.

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

ACABAR CON LOS 800 MERCADOS DE ESPECIALISTAS DE ESPAÑA

Cuarenta y siete especialidades por 17 autonomías: unos 800 mercados sólo en España. El record europeo de 47 especialidades puede superarse si se perpetra la creación de 4 nuevas especialidades anunciada por la actual ministra del ramo.

Hay que recuperar la dimensión suprarregional del mercado de médicos, perdida con las Autonomías, y fomentar la movilidad interior y la flexibilidad y cooperación entre Comunidades Autónomas,

incluyendo posibilidades de traslado de facultativos. Se aumentaría así el tamaño de los mercados, que es esencial en las especialidades de mercados estrechos (muy pocos efectivos). La internacionalización creciente de la profesión médica, con el fenómeno sin precedentes de la movilidad internacional, es un problema si la formación de los médicos foráneos es deficiente y las diferencias culturales resultan ser abismales; pero también es una solución. Por una parte, amplía el tamaño del mercado, con lo que mitiga la gravedad de los déficits o superávits coyunturales, permite compensar los excesos de unos lugares con los déficits de otros y mejora, en definitiva, la capacidad de adaptación a las circunstancias del corto plazo.

La diversidad cultural de los profesionales puede ser un valor añadido cuando los pacientes provienen de un país progresivamente heterogéneo; encaja en el cambio de patrón multicultural de los pacientes, que podrán consultar con profesionales lingüísticamente y culturalmente afines.

Aunque la movilidad internacional es una válvula de escape y un mecanismo de flexibilidad del mercado de gran valor, es preciso garantizar sistemas suficientes de acreditación de la calidad para los médicos extranjeros que vienen a España y buscar vinculaciones laborales flexibles que eviten la *funcionarización* vitalicia.

LA REENCARNACIÓN DE LA AP: AUTONOMÍA DE GESTIÓN PARA LOS CENTROS DE AP Y COMPETENCIA POR COMPARACIÓN

Potenciar el trabajo por cuenta propia de forma asociada da poder de compra a la AP sobre la especializada optativa, constituye formas de favorecer la autonomía de los equipos de AP; Cataluña en esto es el lugar en el que se dispone de mayor experiencia. Las cuatro evaluaciones realizadas señalan mayor satisfacción de los profesionales y resultados clínicos y de satisfacción de usuarios más dependientes de los sanitarios implicados que de las formas organizativas¹⁴. En cualquier caso, continúan predominando los estatutarios, "herederos del Insalud" en palabras de Albert Planes; son

minoría tanto los laborales de AP que trabajan en organizaciones integradas lideradas por hospitales, como los laborales o propietarios de las Entidades de Base Asociativa (EBA). Las EBA se han enfrentado a fuertes resistencias políticas y sindicales; en otras Comunidades Autónomas, desde hace más de diez años en Valencia con el modelo Alcira, como Madrid y su área única, o el reciente énfasis en la atención integrada a crónicos del País Vasco, se están impulsando transformaciones organizativas que afectarán claramente a la AP, transformaciones de las que cabría esperar un aumento en la demanda de profesionales para AP.

Al igual que en el párrafo anterior se ha resalado que lo que importa, en cuanto a resultados, son los profesionales más que los contratos o las entidades gestoras, de nuevo hay que insistir en este párrafo en que más importante que una forma organizativa (pública o privada, anónima o limitada, cooperativa o fundación...) es el grado de competencia al que esté sometida una organización (la que sea). Garantizar la *inmortalidad* lleva al estancamiento de personas y organizaciones. La innovación resulta de la necesidad. Conviene instaurar la competencia por comparación¹: no implica mercado alguno. Este tipo de competencia por comparación o competencia gestionada es el que puede aplicarse incluso a organizaciones mucho más monopólicas que las sanitarias, como la Agencia Tributaria o la FIFA. ¿No resultaría salutarífico comparar recaudaciones y actas entre inspectores del mismo tributo ajustando por las bases imponibles de sus demarcaciones? ¿No sería mejor subastar el país que organiza los campeonatos mundiales de fútbol? Para hospitales, puede afirmarse, además, que la competencia, o como mínimo la percepción de la misma, contribuye a la mejora de los resultados clínicos¹⁵.

LA REENCARNACIÓN DE LA AP: DEJAR DE HACER PARA PODER HACER

Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se deje de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros

profesionales. Particularmente, en AP, y tal como, entre otros, viene defendiendo Josep Casajuana¹⁶, hay que revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas: realizar las actividades administrativas fuera de las consultas, cuestionar y compartir con otros profesionales todas las actividades autogeneradas (básicamente, controles de crónicos), incluida la propia definición de enfermo crónico (no hay control sin autocontrol), e implicar intensamente a la enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas.

En España existen experiencias, como la de CASAP, de asistencia a enfermos agudos compartida entre médicos y enfermeros que parecen ofrecer buenos resultados. Es preciso, en cualquier caso, valorarlas y ser consciente de que su generalización chocará con la heterogeneidad de la enfermería en España, donde, atendiendo únicamente al criterio de formación, coexisten antiguos ATS de cuarto de bachiller y reválida con doctores en enfermería con notas excepcionales en las pruebas de acceso a la universidad.

Especialmente en los equipos de AP, los profesionales deben disponer de una autonomía de gestión que les permita definir su propia estructura y organización, y debe repercutir en ellos el resultado (positivo o negativo) de su gestión¹⁷. Esta autonomía de gestión puede llegar hasta la personalidad jurídica propia (las EBA de Cataluña) y efectuar, eso sí, una mayor profilaxis de los cortocircuitos que el incentivo de lucro puede introducir¹⁸.

LOW COST MEDICINE

Necesitamos *low cost medicine*. No se pueden solicitar pruebas e instaurar tratamientos porque están disponibles, antes de que se establezca su importancia, se determine su seguridad y su ratio beneficio-coste haya sido calculado¹⁹.

Desafortunadamente, aunque una AP reencarnada pudiera *hacer*, la medicina sensata, de bajo coste, requiere cambios no sólo en la práctica médica sino también en la educación de la población, el sistema regulatorio y las fuerzas que determinan el sentido del cambio tecnológico en sanidad.

LA REENCARNACIÓN DE LA AP. SEGUIR A CONFUCIO: CAPITACIÓN²⁰

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

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

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

En el Informe Técnico para la mejora de la Atención Primaria en Galicia²¹, se proponen contratos capitativos (capitación, lista de pacientes y función de filtro de entrada) y atribución de presupuestos a

través de la derivación del médico de AP (el dinero sigue al paciente derivado desde AP a especializada y/o a servicios sociales). Esta capitación corregida (morbilidad, edad, condiciones sociales, dispersión geográfica y demás) como base, en torno al 40% del total, se complementa con salario y pago por acto en alguna ocasión (techo natural, ayuda a registro y actividad que deba estimularse). La capitación constituye mucho más que una forma de pago: se trata de una potente palanca para la articulación asistencial y la autonomía de los micro-equipos asistenciales.

Los sistemas de financiación capitativa han tenido un notable desarrollo, particularmente en Holanda, otro de los países líderes en AP junto con la citada Dinamarca y el conocido Reino Unido. En España los refinamientos técnicos²² que pueden potenciar mejoras en la AP requieren de una mejor política para que pueda alcanzarse una mejor gestión.

LA REENCARNACIÓN DE LA AP: EL PAPEL DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE AP

De la actuación ejemplarizante de las sociedades científicas y de su liderazgo clínico y sanitario depende que en el futuro podamos asistir a una reencarnación de la AP con los cuatro atributos de Starfield y encajada en la sociedad actual.

CONCLUSIONES

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

No se trata de entablar pugnas entre especialidades médicas a través de comparaciones estáticas entre la capacidad resolutive de *gremios* en liza. Al fin y al cabo, el cambio en la composición de especialistas causa lo que en Economía se llaman "alteraciones del equilibrio general", muy difíciles de estimar²³ y que suelen corregir apreciaciones salubristas tan bien intencionadas como ingenuas²⁴.

Lo que sí tiene gran relevancia son los estudios que muestran cómo la orientación del sistema sanitario hacia la AP mejora calidad, resultados y satisfacción, y contiene los costes²⁵. Importa la capacidad de las organizaciones sanitarias para mejorar los atributos de una buena AP: longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y coordinación. Esta capacidad de las organizaciones puede conseguirse de diversas formas: todas pasan por gestionar la utilización y se presentan con distintos sabores, desde enfatizar contenidos a insistir en la integración²⁶⁻²⁸.

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

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

- Diferenciar sueldos puede parecer llamativo pero tiene precedentes en países mucho menos intervencionistas que España, como Estados Unidos, Canadá o Corea. Sospechamos que el atractivo de una especialidad depende de numerosos factores: retribución económica; reconocimiento de la labor profesional por parte de los pacientes; horarios, vacaciones y posibilidades de compatibilizar con la vida familiar; promoción y desarrollo profesional (avances científicos, nuevas técnicas); prestigio, reconocimiento por compañeros y reconocimiento social; posibilidad de investigar; seguridad en el empleo... Sobre todas

puede actuarse, pero sueldos y condiciones de trabajo constituyen una variable manejable por organizaciones autónomas y que compiten, por comparación, entre sí. Al igual que el precio de un fármaco debería reflejar su valor terapéutico añadido en relación con la mejor alternativa existente (no con relación al placebo), el sueldo de un profesional ha de relacionarse con su impacto en la cantidad y calidad de vida... Y no con demandas desinformadas y deslumbradas por oropeles inadecuados. Y aquí la política sanitaria debe corregir al mercado, no retocando sueldos según *inputs* (de preparación, esfuerzo, experiencia necesaria y similares, como se ha hecho en Estados Unidos), sino ajustando los sueldos médicos según *output* y *outcome* (impacto en bienestar, por ejemplo).

- Reducir el cuello de botella licenciatura-MIR, recertificar, fomentar la troncalidad y las pasarelas y acabar con la segmentación geográfica, particularmente con los 800 mercados de especialistas existentes en España.

- Una mejor política constituye un requisito para una mejor gestión pública que permita la existencia de organizaciones autónomas, en las que el profesionalismo adquiera su pleno sentido, con cierto grado de competencia por comparación entre ellas. Esta mejor política exige también una definición

sería de la cartera de servicios según criterios de coste-efectividad, un acceso según necesidad que evite el abandono del sistema público por las capas medias-altas de la población y una liberación de las fuerzas del sentido común que permitan una priorización clínica como respuesta a la coyuntura de recortes presupuestarios públicos.

- Una financiación capitativa que espolee la integración asistencial, evolución prudente hacia el pago por resultados.

- Con autonomía cabe plantearse un cambio radical en los contenidos y organización de los centros de salud: el financiador establece el QUÉ y el CUÁNTO. Corresponde a los centros decidir el CÓMO. Se trata de *dejar de hacer para poder hacer*: desburocratización, más paciente experto, nuevo rol de enfermería (prescripción enfermera, gestión de la demanda espontánea y patología banal) más teléfono y el uso inteligente de las tecnologías de la información y la comunicación²⁹.

AGRADECIMIENTOS

A Francisco Hernansanz, subdirector y *concertino* de la Cátedra: su primer Informe³⁰ ha marcado el tono de éste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V (ed). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Elsevier-Masson 2003 y 2007.
2. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition 2010;12:1-295. Disponible en <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/HIT2010English.pdf>. Consultado el 15 de mayo del 2011.

3. Palomo L (coordinador). Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS 2010.
4. Ortún V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. Revista Asturiana de Economía 2006;35:23-43.
5. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, Solà-Morales O, Tebé C. Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari

- públic a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2010.
6. Dubner S, Levitt S. Superfreakeconomics. Nueva York: HarperCollins 2009.
 7. Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor sir Mike Richards CBE. Reino Unido: Central Office of Information, 2010. Disponible en http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117977.pdf. Consultado el 15 de mayo del 2011.
 8. González López-Valcárcel B, Barber P. Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe Sespas 2012. Gaceta Sanitaria, en prensa.
 9. Meneu R. La bolsa de la vida. 6 de abril del 2011. <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com/2011/04/la-bolsa-de-la-vida-por-ricard-meneu.html>. Consultado el 14 de mayo del 2011.
 10. Huerta E, Salas V. Salarios, productividad y beneficios. El País 27 de abril del 2011. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/opinion/Salarios/productividad/beneficios/elpepiopi/20110427elpepiopi_14/Tes. Consultado el 14 de mayo del 2011.
 11. Bernal E, Ortún V. La calidad del sistema nacional de salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gaceta Sanitaria 2010;24:254-8.
 12. Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber P. Determinantes de las retribuciones médicas. Medicina Clínica 2008;131:180-3.
 13. Hsiao WC et al. Estimating physicians' work for a resource-based relative-value-scale. N Engl J Med 1988;319:835-41.
 14. Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A et al. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut 2007.
 15. Bloom N, Propper C, Seiler S, Van Reenen J. The impact of competition on management quality. CEP Discussion Paper n° 983. Londres: Centre for Economic Performance 2010.
 16. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC 2005;12:579-81.
 17. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Revista Española de Salud Pública 2007;81:589-96.
 18. Ortún V, Gervas J. Las Asociaciones de Profesionales en Medicina General. Atención Primaria 1996;17:300-2.
 19. Palfrey S. Daring to practice low-cost medicine in a high-tech era. N Engl J Med 2011;364:e21.
 20. Ortún V, López-Casasnovas G. Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias. Bilbao: Fundación BBVA, 2003. Disponible en http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2002_03.pdf. Consultado el 16 de mayo del 2011.
 21. Casajuana J et al. Propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia. Informe técnico. Santiago de Compostela: FEGAS, 2009. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf>. Consultado el 14 de mayo del 2011.
 22. García-Goñi M, Ibern P, Inoriza JM. Population based resource allocation: the use of hybrid adjustment. Barcelona: Departamento Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, 2008. Working Paper n° 1078. Disponible en <http://www.econ.upf.edu/en/research/one-paper.php?id=1078>. Consultado el 14 de mayo del 2011.
 23. Friedberg M, Hussey P, Schneider E. Primary Care: A critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs 2010;29:766-72.
 24. Rodríguez M, González López-Valcárcel B. Alas, there are no shortcuts to the complexities of the economy. J Epidemiol Community Health 2011;65:389-90.
 25. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly 2005;83:457-502.
 26. Gervas J, Pérez M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. Rev Bras Epidemiol 2006;9:389-400.
 27. Ibern P (dir). Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson-Elsevier 2006.
 28. Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Barcelona: Masson-Elsevier 2008.
 29. Casajuana J, Hernanzanz F, Narbona J, Quintana JL. Gestión y políticas inteligentes en Atención Primaria. Disponible en http://apxii.wordpress.com/2011/05/12/mayo_gestion-y-politicas-inteligentes_ap/. Consultado el 16 de mayo del 2011.
 30. Hernanzanz F. Crisis económica y modelo agotado: oportunidad de oro para reorientar el sistema sanitario, si se puede. Medicina General 2011;135:39-48.