

LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ESTÁ AGOTADA A propósito de la "gerentecracia" que sufre el Sistema Nacional de Salud

Juan José Rodríguez Sendín

La interminable e inconclusa Reforma de la Atención Primaria ha permitido el agotamiento del modelo con el que se puso en marcha. Sin olvidar que Atención Primaria somos todos especialmente los que trabajamos en ella, como estrategia en la que basa su actuación el SNS es un acierto incuestionable, extraordinariamente potente y lo mejor aceptado por la ciudadanía (1). Su futuro vendrá condicionado por la capacidad del médico general y de familia para mantener y aumentar su autonomía y capacidad de autoorganización, participando en el mundo sanitario y definiendo con iguales exigencias que el resto de la profesión los compromisos que esta dispuesta a abordar y asumir

Dos hechos han condicionado el actual nivel de la atención primaria en un sistema sanitario como el español, por un lado su **necesidad social**, por otro, la **autonomía y capacidad** para organizarse, que progresivamente ha adquirido en los 80 y 90, aunque todavía no responde a lo que el SNS le ha encomendado ni a lo que la sociedad espera de ella, en definitiva insuficientes.

A pesar de todo y de su enfrentamiento interno, el extraordinario entusiasmo desplegado por los médicos generales y de familia, ha permitido que diseñen, definan y establezcan su propio estilo, su doctrina para ofrecer respuestas, incluso discrepantes en muchos casos, a propósito de todo lo relacionado con su ejercicio. Simplemente me pregunto si a la luz de los acontecimientos pudiéramos mejorar o cuales son los condicionantes que impiden o hacen peligrar un desarrollo más positivo. La medicina integral con la que se presentó inicialmente es una quimera porque todo se mueve en torno a la contención de la demanda y el ahorro, y no ha resuelto los problemas para los que se puso en marcha. Aunque desde el punto de vista ideológico se presentó la prevención y promoción de la salud como elementos fundamentales de la Reforma, en la práctica, la dilución de responsabilidades en los equipos de atención primaria, el voluntarismo desde el anonimato, la falta de reglamentación básica para su funcionamiento, etc., no contribuyeron a cumplir los objetivos. La salud pública, la educación e información sanitaria, la promoción de sistemas alternativos de cuidados, la atención al débil (ancianos, terminales, enfermos mentales, dependencia), la posibilidad de adoptar nuevas tecnologías que nos permitan ser más resolutivos y eficaces son asignaturas pendientes para una Atención Primaria ocupada en satisfacer al gerente, en realizar irracionales tareas de control burocrático de la demanda y del gasto, así como justificar múltiples puestos de trabajo pasivos que no acabamos de comprender para qué sirven y por qué proliferan tanto.

Otro tema en que nos vemos implicados los médicos, pero donde como siempre

nuestra capacidad de decisión es, cuando menos, dudosa, es la contención del gasto sanitario. Esta acción, que debería ser fruto de un pacto con los profesionales, sin embargo es imposible lograr en la situación actual. Los médicos de cabecera además de no disponer de los requerimientos funcionales mínimos para responder a la necesidad de controlar el crecimiento del gasto sanitario, dedican buena parte de su tiempo a tareas desacreditadas, que muchas veces no comprenden o desconocen su utilidad práctica, amén de que no sirven a los intereses de sus pacientes.

Son muchos los profesionales que dudaban en 1991 de la existencia real de reforma (2). Esta percepción son muy distinta entre los profesionales de la gestión y los asistenciales. Pero no estas diferencias en las percepciones relacionados con la Reforma Sanitaria no son de ahora. Ya el estudio Delphi 2000 (3), realizado en 1992 aportaba que tan solo el 53% de los expertos consultados consideran que en España ha habido Reforma Sanitaria, el 47% restante consideraba lo contrario. Sin embargo, lo mas llamativo era la distribución de esa visión entre los grupos de panelistas, donde el grupo de legisladores consultados el 70.5 % pensaba que si y el 29,5 % que no colocándose en el otro extremo el grupo de panelistas profesionales que no la perciben el 83,5 % y que si el 16,5%. Tales diferencias, solo tiene explicación en el gran alejamiento entre los profesionales y el resto de responsables sanitarios.

La Reforma ha tenido un desarrollo insuficiente e inadecuado, los cambios conseguidos han sido mas un proceso de evolución y adecuación que una reforma planeada en un periodo de tiempo previamente establecido, y los logros son mas una consecuencia de ensanchar la protección social que de un proceso de reforma (4), (5)<![endif]>. Un modelo que nació como base para un cambio social y sanitario (6), motivador, que provocaba entusiasmos, que permitió que la primaria se organizara y comenzara a existir, se convirtió en un modelo esquelético, de estructura rígida, frío, desincentivador, único, exclusivo y excluyente que convirtió, una vez superada la fiebre hospitalocentrista, a la extraordinaria demanda social y sanitaria de atención y cuidados en primera instancia, en una disculpa para realizar un control sobre la misma que la impiden crecer y ser lo que podría ser.v

Un modelo que se comporta así, que no permite ni ensayar, que se resiste a admitir propuestas(7), que mantiene y justifica la perdida de diez años para introducir mejoras, donde cualquier iniciativa es imposible, al margen de las propuestas endogámicas del propio sistema y de las que financia la industria farmacéutica, no es un modelo de progreso, es un modelo viejo, anclado en el pasado, en fanatismos que no se sostienen científicamente. Es un modelo lleno de soberbia que permite mantener a algunos anclados en la ineficacia diciendo que se precisan cambios que no llegan nunca, porque el fin, es aparentar que se hace algo, redefinir la misma realidad precisamente para que no cambie nada vii. Es un modelo lleno de clases pasivas del sistema que vigilan y controlan a los demás y luego así mismos en una espiral interminable. Es mucho tiempo (8), para provocar un cambio como hemos visto necesario. Sin embargo ¿qué cambios se han producido? Ninguno no cambia nada, ni los dirigentes y responsables que entraron como políticos, se convirtieron en técnicos y acaban formando parte del catalogo de bienes inmuebles de las Administraciones Sanitarias.

Ejemplo que reúne todas esas características que he definido antes es la cartera de

servicios y sus derivaciones tras ocho años de existencia han provocado un gasto del que desconocemos los beneficios, además de contar lo que hacemos y de preocuparse de lo que yo denomino calidad virtual, dudando incluso de que el término tenga un contenido incluso superior a la realidad. Una cartera de servicios donde los profesionales a cambio de nada, transforman la realidad clínica y asistencial, es una estrategia que todo el mundo conoce como un gran engaño. Bueno pues sobrevive y no pasa nada, es ridícula pero es igual. ¿En que ha mejorado como instrumento la calidad? , pero además dificulta cualquier iniciativa

Llama la atención los riesgos que el SNS pueda tener a la vista de las tendencias puestas de manifiesto en los últimos años, especialmente en los últimos meses: El perfil de las **falsas propuestas liberalizadoras**, muy centradas en estrategias para controlar al médico en dos vertientes una la de su "productividad", término inapropiado como veremos, otra la del control de sus manifestaciones y reacciones frente a los cambios propiamente dichos. El término productividad suena mal porque asimila el ejercicio de la medicina, solo al trabajo cuantitativo, a lo tangible, a lo que se puede medir. Pero es más inapropiado porque no es productividad en sí sino rentabilidad económica, olvidando otros hechos diferenciales de rango superior que parecen contar poco o nada(9). De otra parte los objetivos del programa Salud Para todos en el año 2000 de la OMS en lo que se refiere a España que aprobó el gobierno en 1984 a fracasado en la buena parte de los 38 objetivos propuestos(10). Por ejemplo el aumento de las diferencias inter autonómicas que varía con un diferencial de 8 años en la esperanza de vida entre regiones ricas y pobres que convierte a la equidad en salud en un concepto fundamental vacío de contenido

¿El Modelo está Agotado, es insuficiente?

La Reforma nació débil, infradotada y no se han respetado con ella los compromisos necesarios para que cumpliera con sus objetivos(11). La situación a pesar de todo no es negativa pero no estamos para celebrar nada. No debemos caer en trampas dialécticas y en diferentes formas de calificar la realidad sino en analizarla y corregir sus errores(12),(13),(14). Agotamiento supone la incapacidad para responder a lo que se espera, desea o compromete. Los términos son lo de menos cada cual puede expresarlo como quiera pero cuando hablamos de modelo hablamos de modelo de funcionamiento, de modelo de gestión, de formas de hacer las cosas. Para algunos precisa solo unos ajustes, otros creemos, desde hace mucho tiempo (15), (16) que precisa retomar su origen en lo conceptual y redirigir la praxis y la gestión hacia otras latitudes (17) donde el paciente sea el centro de atención, el médico y el personal sanitario sean identificables por sus acciones y resultados y participen responsabilizándose oportunamente. También es preciso terminar con su rigidez, imposiciones hasta en lo micro, ni sea exclusivo e inequívoco de ningún grupo por muy interesantes que fueran sus aportaciones. Lo importante sería estar de acuerdo en lo que tiene que cambiar y en las condiciones que tiene que cumplir cualquier propuesta.

Uno de los mayores defectos con los que surgió la Reforma de la Atención Primaria, fue el intento de capitalización de la misma por parte de algunos grupos minoritarios y alejados del ejercicio diario. Incluso ha tenido una guardia pretoriana encargada de

mantener su pureza, que era vigilada como si de doctrina se tratara. Se consideraba inmejorable, en consecuencia un modelo imposible de superar, incuestionable incluso en lo simple, único, exclusivo y excluyente v. Así creemos que el modelo es insuficiente y que cualquier nueva propuesta debe tener en cuenta estos errores si lo que se pretende realmente es servir a quien se sirve, porque un bien público fundamental es de todos los que contribuyen a mantenerlo, de todos aquellos que lo sirven incluso de los especialistas que para eso colaboran en que nuestras acciones sean más eficaces y para todos los que reciben sus prestaciones.

Existen discordancias profundas entre el modelo teórico y la práctica que han resultado insalvables. La Atención Primaria es el soporte, la esencia del SNS español para el cual la atención especializada es su complemento imprescindible, con la que deberíamos tener foros de encuentro para que colabore y se comprometa en una coordinación más eficaz y porque no, en recibir con su participación parte del éxito que también les corresponde. Por otra parte los puntos de toma de decisión están muy alejados de la responsabilidad de la decisión clínica a los que incluso puede resultarles desconocida. Responsabilidad de la decisión clínica para la que aún esta por escribir su carta de autonomía regulada con capacidad de autoorganización para responder a las necesidades de la población que atiende. En consecuencia la realidad de la atención primaria no responde a lo que se espera y exige de ella ni en recursos para la misma, ni en tiempo para los profesionales.

Como práctica profesional esta fallando al no ser posible la innovación ni la investigación, debido a que no están previstas, menos aún cuantificados tiempos y recursos necesarios. La mayor preocupación del profesional es poder sacar día a día la carga burocrática y asistencial lo que progresivamente esta impidiendo hacer bien lo que se hace. Por otra parte son muchos los profesionales que consideran perdidos el control de los elementos que permiten el cambio en la práctica diaria para responder a las necesidades de la población.

A pesar de los ríos de tinta vertidos sobre lo que de forma autocomplaciente se vino en llamar "nuevas formulas de gestión en los centros públicos", en el denominado territorio Insalud no se ha ensayado ni una sola propuesta que aumente la autonomía y en consecuencia es muy difícil introducir cambios que aumenten sus capacidades

Como oferta de cuidados no es suficiente porque las necesidades de cuidados sociosanitarios provocan una demanda que ahoga al asistencial, a lo que se añaden las consecuencias de una lista de espera que ofrece respuestas similares. De tal forma que hay un porcentaje pequeño de población hiperfrecuentadora y fuera de control que utiliza la mayor parte de los servicios y otra proporción que ocurre lo contrario Es difícil promover sistemas alternativos de cuidados, ó alternativas terapéuticas al margen del fármaco, porque incluso para el mismo no es siempre posible reforzarlo con consejos y explicaciones adecuadas. Por otra parte la atención a la población más débil como ancianos, terminales, enfermos mentales, dependencias ó a situaciones especiales son insuficientes.

El déficit de autonomía, la imposibilidad de promover ofertas que incremente en número o calidad los servicios que se prestan, como hemos afirmado antes es muy

difícil y tienen garantizado el fracaso el intentar la innovación de practica y sistemas ó la adopción de nuevas tecnologías que aumenten resolución y eficacia de la atención primaria

¿Esta secuestrado el modelo de atención primaria?, es una pregunta para la que cada profesional tendrá una respuesta pero la situación actual parece preparada para realizar ejercicios de contención y de control del gasto que impiden nuestro desarrollo. Probablemente no sería así, si tuvieran respuesta preguntas como ¿Por qué es tan difícil cambiar el modelo, o cualquiera de sus comportamientos aunque sean erróneos, ó modularlo, responder ajustándose al entorno y realidad próxima? ¿Por qué las necesidades profesionales y las asistenciales solo las puede interpretar alguien que no sabe de ellas? ¿Por qué solo existe lo que la gerencia quiere que exista? ¿Por qué la atención primaria no puede desarrollarse como otros campos con modelos propios para hacerlo en vez de jugar a la super especialización en lugares que no le son afines o le son hostiles?

Como hemos dicho la necesidad que la sociedad tiene de la atención primaria ha sido y será un factor fundamental para su desarrollo y en consecuencia marcara el futuro de la misma en función de lo que sea capaz de ofrecerle. La necesidad de un **médico libremente elegido (18)** que, con independencia de las actuaciones que en materia de salud requieran de otros profesionales, le garantice una continuidad de la atención en el tiempo y una visión global e integradora que no puede verse interrumpida ni siquiera a las puertas de un hospital. Quiere un **medico seguro, de confianza**, estable, de fácil acceso, con garantías, capaz de definir y medir la demanda del paciente, con respuestas rápidas y ajustadas individualmente; pero que, a la vez, se apoye en unos conocimientos suficientes que le permitan, desde la autonomía profesional, saber cuándo precisa ayuda, proteger a su paciente y población y orientarles frente a posibles excesos que puedan realizarse sobre él.

La cuestión no es si las soluciones a los grandes problemas sociales y sanitarios, la tienen los titulados A o los titulados B, o el especialista X o el Y, sino quien responde mejor a lo que necesita : ¿qué?, ¿cómo?, ¿donde? y ¿cuando? lo ofrece. Se tiene que terminar las ofertas colectivas de interés profesional tipo "pret a porter", "para todos" y pasaremos a ofertas individuales, de interés para los que servimos, para el paciente, perfectamente identificables, "a medida", "a la carta".

En atención primaria debe ser posible la oferta de nuevos servicios y el médico general y de familia es capaz de incorporar ordenada y racionalmente nuevos medios y tecnología apropiada (19), (20) a sus funciones que sirvan para mejorar los rendimientos de las mismas o en todo caso para aumentar su autonomía profesional. Lo que hasta un momento es resuelto por una especialidad en función de su complejidad puede ser resuelto por la tecnología. En función de lo cual cualquier profesional puede aspirar a disponer de la mejor tecnología siempre que esta sea adecuada y mejore sus rendimientos. Hemos escuchado que los pacientes podrán pedir cita por Internet en los centros de salud dentro de un año y medio es decir accesibilidad y accesibilidad en primaria para pedir pasar a una lista de espera. Los médicos podrían fácilmente, a través de Internet, realizar la fusión de imágenes y volúmenes médicos así como su segmentación y reconstrucción en 3D, que ayudarán a que el médico lleve a cabo un

mejor diagnóstico y tratamiento de las patologías. Sin embargo llevamos 10 años esperando que la historia clínica informatizada pueda funcionar oficialmente en los centros de salud (20).

No es cierto que una política de estímulos y de motivación sea incompatible con un modelo especial de relación de empleo, bien "estatutaria", bien "funcionarial". La imagen del empleo público está siendo deteriorada intencionadamente con el fin de justificar nuevas estrategias empresariales y una política de personal más rentable económicamente hablando, lo que se ha demostrado con los modelos de contratación empleados por algunas administraciones sanitarias y las fórmulas para obtener más empleo incluso gratuito como ha puesto de manifiesto las denuncias realizadas días atrás (21). En el servicio sanitario como en todo servicio público es necesario una relación especial para poder garantizar que los servicios y las necesidades que sirven, están por encima de otros intereses: personales, económicos, políticos, de partido.

De lo que adolece la situación actual es de falta de incentivos y de motivación profesional que se pretenden sustituir por estrategias donde la inestabilidad laboral, el exceso de trabajo, la falta de libertad de ejercicio y de opinión profesional se convierten en herramientas fundamentales para la gestión de personal, que garantizan la adscripción incondicional a la voluntad del ejecutivo sanitario de turno. Parece que la buena gestión no es tener un servicio en las mejores condiciones y al precio que vale sino al precio que se pueda lograr en condiciones soportables. El debate sobre público o privado se ha resuelto por una opción nueva que pudiéramos definir como política, es un monstruo híbrido que tiene lo que más conviene de lo público y lo que más conviene de lo privado, cuyos límites se solapan y son elásticos.

BIBLIOGRAFÍA

- [i] Aranda Regules, J.M.: "Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata". Escuela Andaluza de Salud Pública. Editorial Díaz de Santos**
- [ii] Rodríguez Sendín J.J.; Aizpiri Díaz, J. y otros: "Análisis de la situación del Médico Titular en el contexto de la Medicina General". Organización Médica Colegial. Madrid, 1990.**
- [iii] A. Marrón. "Estudio Delphi 2000: El sistema sanitario español, estrategia, tendencias y áreas de desarrollo". Avance de resultados. Universidad Politécnica de Valencia/ Hospital General de Albacete. 1992**
- [iv] A. Marrón y otros. El Sistema Nacional de Salud en la década del 2000. SG editores. Madrid 1994**
- [v] Rodríguez Sendín J, Solla Camino JM , Burgos Pérez I. "Futuro del ejercicio profesional en Atención Primaria". Libro de ponencias". IV Congreso Nacional de Médicos Titulares. Alicante.1991**
- [vi] J. Elola. "Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España". FIS.1991.**
- [vii] Comisión de análisis y evaluación del SNS "Comisión Abril" Ministerio de Sanidad y**

Consumo. Madrid 1991.

[viii] Rodríguez Sendín J.J. Reorganización de la medicina general en el entorno Europeo: Reorganización de la medicina general en España. I Congreso de la medicina General Española. Sevilla del 24-27 de octubre de 1994.

[ix] Rodríguez Sendín JJ . Atención Primaria y nuevos modelos de Gestión: Valoración social económica y política de la actividad medica. II Congreso De la Sociedad Mediterránea de Medicina General .Alicante 18- 19 de noviembre 2000

[x] Sociedad Española de Salud Publica y Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2000: LA salud Publica ante los desafíos de un nuevo Siglo”

[xi] Del Llano J.; Bengochea, E.: "La proporción del gasto crece en los Hospitales y baja en Primaria". A partir de un estudio de la Sociedad Española de Administración Pública y Administración Sanitaria. Diario Médico de 3 de Noviembre de 1995.

[xii] Watzlawick, P.: "El lenguaje del cambio". Herder, 1992.

[xiii] Keeney B. Estetica del cambio. Paidos 1987

[xiv] Watzlawick, P. y otros: "La realidad inventada". Gedirsa, 1988.

[xv] Martínez Olmos J. Atención Primaria: propuestas para una segunda reforma. Revista Administración Sanitaria. 1998; II(6): 283-295

[xvi] Sevilla Pérez F. Gestión Clínica: La gestión de lo esencial como una gestión de lo esencial como una estrategia de reforma del Sistema Nacional de Salud. Rev Administración Sanitaria. 2000; IV(13): 63-83.

[xvii] Martínez Olmos J. Reformas Sanitarias en Europa: elementos comunes y diferencias. Cuadernos de Gestión 1998; 1 (1): 5-6.

[xviii] Rowe, A.: "La identidad del médico general". Revista de la Organizacion Médica Colegial: Enero de 1990, pág. 28.

[xix] Sociedad Española de Medicina General. Ecografía en Atención Primaria. Libro de comunicaciones y ponencias del I Congreso de Untrasonografía y Clínica. Madrid 2000

[xx] Sociedad Española De Medicina General. Proyecto Hipócrates