Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria

Vicente Ortún[a] y Juan Gérvas[b]

[a]*Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona y* [b]*Médico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor Visitante Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, EE.UU.*

gestión sanitaria/ atención primaria/ gasto sanitario/ análisis coste-eficiencia

El paciente culto puede creer que el coste de la visita al médico general podría evitarse si sirve tan sólo para derivarle al especialista. Dejar escoger a ese paciente, cada vez más culto, entre acudir a un médico general o a un especialista, al igual que se hace en Francia o Alemania, encaja bien en las tendencias actuales que pretenden dotar de mayor capacidad de elección al paciente. Las implicaciones que en el conjunto del sistema sanitario tendría un cambio de esa naturaleza hace aconsejable plantear la pregunta básica de si la atención primaria es necesaria. Como aproximación a la respuesta, este artículo formaliza los fundamentos economicosanitarios de la atención médica primaria, revisa la evidencia existente sobre su eficiencia y finaliza con una reflexión sobre la estrategia de mejora de la atención médica primaria.

Es atención médica primaria (AMP) la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos generales/de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. La AMP constituye una parte –no una interpretación restrictiva– de la atención primaria de salud[1].

Fundamentos economicosanitarios de la atención médica primaria

La eficiencia sanitaria y económica de la AMP se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad y el papel de filtro de la AMP y en la visión global del paciente.

Longitudinalidad y filtro

El médico general actúa de filtro *(gatekeeper)* para la atención especializada en Canadá, Dinamarca, España, Finlandia, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal y el Reino Unido, y en la mayoría de las «Health Maintenance Organization» en los EE.UU. En Canadá y en Noruega el sistema de filtro es puramente económico, a través de un pago menor al especialista cuando recibe pacientes directamente. En Irlanda el papel de filtro sirve sólo para el subsector de población con cobertura pública de los gastos del médico general[2].

Los médicos generales ofrecen continuidad y longitudinalidad. Es decir, ofrecen el seguimiento de problemas concretos de salud (continuidad) y el seguimiento de la persona con el conjunto de los problemas de salud que le afectarán a lo largo de la vida (longitudinalidad)[3]. Los médicos especialistas ofrecen continuidad, pero no longitudinalidad.

Desde un punto de vista económico, la longitudinalidad propia de la atención primaria supone importantes ganancias de eficiencia. En efecto, una parte sustancial del tiempo médico se dedica al proceso diagnóstico (en algunas especialidades, como anatomía patológica, puede constituir la práctica totalidad de dicho tiempo). Este proceso diagnóstico puede conceptualizarse como una forma de reducir las sospechas iniciales de manera secuencial a través de un método hipotético-deductivo. El médico recaba información (historia clínica, exploración o pruebas diagnósticas) para revisar las sospechas iniciales y la probabilidad que a las mismas asigna. Una nueva información diagnóstica sirve para revisar probabilidades hasta que sea más ventajoso detener el proceso diagnóstico y pasar a tratar/no tratar («esperar y ver» incluido).

Una prueba diagnóstica será eficiente si el beneficio de la misma –en términos de información diagnóstica aportada, esto es, de capacidad para revisar probabilidades previas– supera a su coste (el beneficio diagnóstico es la mejor alternativa razonablemente disponible). El beneficio diagnóstico depende de la sensibilidad y especificidad del test diagnóstico respecto a una condición y de la probabilidad que tiene el paciente de presentar dicha condición.

El buen ejercicio de un médico general, con una longitudinalidad plasmada debidamente en la historia clínica, permite valorar a muy bajo costo probabilidades previas (conocimiento de factores de riesgo por ejemplo) y aumenta la probabilidad pretest. La labor de filtro aumenta la probabilidad de las enfermedades en el grupo de pacientes derivados y por ello mejora y justifica los métodos de diagnóstico y terapéutica de los especialistas. Supongamos, por ejemplo, que los médicos generales aumentan la probabilidad de la enfermedad en los pacientes derivados a los especialistas del 1 al 10%. Y aceptemos que éstos emplean pruebas de sensibilidad 95% y especificidad 90%. El valor predictivo positivo pasa del 8,7 al 51,3%.

Teóricamente, una buena conexión entre la atención primaria y otros niveles asistenciales facilitaría el traspaso de in-

Correspondencia: Dr. V. Ortún.
Departamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra.
Balmes, 132. 08008 Barcelona.

Manuscrito aceptado el 8-1-1995

Med Clin (Barc) 1996; 106: 97-102

formación, lo que permitiría evitar pruebas duplicadas y orientaría con mayor eficiencia el proceso diagnóstico. No obstante, ni toda la información que maneja el médico es objetivable ni todos los procesos de pensamiento pueden programarse. Los datos que aportan la experiencia se organizan mediante un proceso subjetivo de inferencia difusa e intuición; la mejor ciencia clínica constituye únicamente una parte de todo lo que los médicos saben[4]. Una mejor circulación de la información clínica relativa a un paciente podría contribuir a la eficiencia del sistema pero no reducirá la ventaja comparativa de los médicos de cabecera, fruto de su longitudinalidad (personal y familiar) y alto nivel de información previa, frente a cada nuevo episodio de enfermedad.

Visión global del paciente

Los jefes de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña mencionan «la necesidad imprescindible de recuperar la visión global del enfermo, asumir al paciente como una sola biografía con episodios de necesidades abordables en diferentes niveles» (primaria, especializada o sociosanitaria), pero con un criterio de integración: desarrollando acuerdos entre la atención primaria y la atención especializada y, entre otras acciones, potenciando la interconsulta médico-médico[5].

El aumento en eficiencia que supone la visión global del paciente viene avalado por, en primer lugar, las tendencias internacionales; en segundo, las historias recientes de éxito empresarial; en tercero, la concentración del gasto sanitario en un número reducido de pacientes, y en cuarto lugar, la mejor situación del médico general para desempeñar el papel de agente del paciente.

El informe Tomlinson[6], el informe del King's Fund[7], y otros observadores[8] apuntan hacia un reforzamiento de la atención primaria por razones tecnológicas, demográficas, sanitarias y económicas. Por otra parte, la mayor empresa sanitaria del mundo (Columbia/HCA, desde octubre de 1994) basa su éxito en la obviedad de que cada paciente debe tratarse en el nivel asistencial adecuado[9]. Para la mayor parte de los problemas sanitarios de una persona este nivel es el de la atención primaria.

Con datos del Patronato de Asistencia Médica Municipal del Ayuntamiento de Barcelona (PAMEM) se confirma que, también en España, el 5% de los usuarios consume el 52% del total del gasto sanitario en un año, o que tan sólo el 1% de la población consume el 26% y que el 50% que menos consume representa el 3% del gasto anual[10]. La concentración del gasto debería corresponderse con un mayor esfuerzo gestor en el 5% de usuarios que representa más de la mitad del gasto sanitario. Ese mayor esfuerzo gestor requiere de una AMP que proporcione atención integrada.

Las decisiones sobre la asistencia efectuadas por el médico general, escogido por el consumidor y cercano a éste, deberían reflejar mejor las preferencias e información del usuario que las decisiones que pueda tomar un gestor. La evidencia parece señalar que los médicos de cabecera británicos detentadores de presupuestos se han mostrado como compradores de servicios para sus pacientes más imaginativos, más exigentes y más efectivos que los gerentes de distritos[11].

La atención primaria debería, idealmente, ofrecer una gran capacidad resolutiva[12], de forma que los médicos generales resuelvan adecuadamente los problemas de salud que deben solucionar y ni retengan en exceso los casos a remitir, ni se remitan innecesariamente. Para el paciente es muy agradable que los problemas se resuelvan en el acto, sin remisiones y por el médico conocido, en un entorno cercano y humano.

Delimitación del contenido de la medicina general

Los médicos generales ofrecen múltiples servicios diagnósticos y terapéuticos cuyo límite debe venir fijado por razones de ineficiencia. Es decir, por la prevalencia de las enfermedades (que llegue a ser tan baja como para hacer difícil el mantenimiento de las destrezas) o por el coste de los servicios (que exijan grandes volúmenes de pacientes para justificarse).

El médico necesita una frecuencia mínima de aparición de un problema determinado para mantener la capacidad de tratarlo. Los problemas muy infrecuentes deberían ser referidos al especialista, pero el médico general debe tener los conocimientos y las habilidades necesarios para detectarlos, al menos. Así, si el mantenimiento de la competencia exige atender cada 3 meses a un problema determinado (p. ej., diabetes insulinodependiente), si de este problema determinado el paciente realiza 2 visitas en un año, se precisan 2 pacientes con el problema en cuestión para mantener la competencia (2 pacientes por 2 visitas igual a 4 visitas al año, una cada 3 meses). Si el médico general tuviera asignada una lista de 2.000 personas, la frecuencia mínima anual que se requiere de un problema para mantener la competencia será del 1 por mil.

La importancia de los problemas no viene únicamente definida por su frecuencia, sino también por su vulnerabilidad, lo que aconseja equipar y mantener las habilidades de los médicos generales para –por ejemplo– hacer funcionar un desfibrilador.

El contenido de la medicina general, como el de otras especialidades, no es estático y está siendo muy influido por el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que facilitan la intervención del médico general/de familia (y, en último lugar del paciente; piénsese, por ejemplo, en el autocontrol del diabético). Naturalmente, la delimitación, en tiempo y lugar, de la medicina general provoca tensiones con los otros especialistas, y los médicos generales advierten «los intentos de colonización del nivel especializado en campos de trabajo propios de la atención primaria, con el objeto de crear mercados que justifiquen el puesto de trabajo de algunos especialistas»[13].

Evidencia empírica sobre la eficiencia de la atención médica primaria

La capacidad resolutiva de la AMP sería la mejor medida de su eficiencia pero, en su ausencia, la aproximación a la eficiencia se realiza a través de estudios ecológicos o mediante la evaluación de aspectos parciales (adecuación de ingresos hospitalarios y urgencias, satisfacción del paciente, uso de tecnología, calidad de la prescripción y gasto por persona) de muy limitada validez externa.

El tanto por ciento de especialistas explica tanto el estilo de práctica[14] como las diferencias en gasto sanitario per cápita entre áreas geográficas[15]. Un tanto por ciento mayor de médicos de cabecera va acompañado de un menor gasto per cápita, y de una menor frecuencia de hospitalización y consultas médicas[16,17].

Empíricamente, se da una mayor eficiencia de aquellos sistemas con una mejor atención primaria. El éxito de la reciente reforma en el Reino Unido se ha debido al mayor poder decisorio otorgado a la atención primaria. Únicamente en este país han coexistido, y coexisten, dos modelos de contrato con dos tipos de compradores diferentes: las auto-

ridades de distrito y las agrupaciones de médicos de cabecera detentadoras de presupuesto. Ha sido precisamente la introducción de los médicos de cabecera como detentadores de presupuesto fijo (para pagar la propia atención primaria, los medicamentos y la atención especializada no urgente) la única reforma que ha tenido un efecto positivo[11]. Con la evidencia existente, parece ser que la consecuencia –probablemente no querida por los reformadores británicos[18]– de desplazar el centro de la atención sanitaria hacia la atención primaria ha sido una reforma efectiva.

El acceso directo del paciente a los especialistas conlleva el uso inapropiado de los recursos, como se ha demostrado reiteradamente en la utilización de los servicios de urgencias[19]. Los médicos generales seleccionan mejor que los propios pacientes los casos que deben ir a urgencias hospitalarias[20,21].

Cuando se compara el trabajo de médicos generales y especialistas aquéllos suelen emplear menos recursos, después de corregir por edad, sexo, tipo de morbilidad y gravedad[22]. Los otorrinolaringólogos efectúan más amigdalectomías innecesarias cuando reciben a los pacientes directamente que cuando los reciben remitidos a través del médico general[23]. Si se compara a los médicos generales y a los alergólogos respecto al tratamiento del asma, los especialistas usan más frecuentemente corticoides sistemáticos, una terapia agresiva, muchas veces innecesaria, y con múltiples efectos adversos[24]. Los especialistas utilizan más tecnología que los generalistas incluso para tratar los mismos problemas[25].

Los pacientes que perciben que su médico general se hace cargo del conjunto de sus problemas están más satisfechos con la atención recibida[26,27]. Se ha demostrado que la falta de contacto con un médico de atención primaria se asociaba a la presentación de complicaciones por la hipertensión; ello era mucho más importante que la carencia de seguro médico o la de seguir el tratamiento[28].

Todo ello es cierto donde existe una práctica de medicina general de calidad. Es decir, con médicos generales adecuadamente formados (conocimientos, habilidades y actitudes) y que consiguen que la población les reconozca como primer contacto con el sistema sanitario.

Eficiencia de la atención médica primaria en España

La reforma de la atención primaria, iniciada en 1984, ha mejorado las condiciones materiales del médico general (salario, despacho, dotación) y alargado su tiempo de trabajo (teóricamente, de 2,5 a 7 h). Además, le ha integrado con otros compañeros y profesionales en el centro de salud y ha facilitado la interacción entre todos ellos (sala de reunión, reuniones obligatorias). Se han introducido, también, pautas preventivas y protocolos, con la idea de disminuir la variabilidad y de aumentar la calidad.

La expansión del nuevo modelo se ha realizado, de forma no homogénea y con un desarrollo desigual, en un 60% de la población de todo el Estado. Se han mejorado discretamente las ratios poblacionales de personal médico, enfermería y trabajador social, además de aumentar significativamente la jornada de trabajo (de 15 a 40 h semanales), y la capacitación de los profesionales de la medicina y de enfermería[29].

Evaluar la reforma tiene dificultades: unas, derivadas de la medición de lo que se pretende conseguir con la reforma; otras, atribuibles a la agregación excesiva con la que se han llevado a cabo una parte importante de las evaluaciones parciales efectuadas hasta el momento[30].

El que el número de urgencias hospitalarias no haya cesado de crecer, y que la actual frecuentación de urgencias hospitalarias en España triplique el promedio europeo, no constituye un buen indicio. Esta cifra resulta de un trabajo, no publicado, sobre las urgencias hospitalarias en Cataluña realizado por el Servicio Catalán de la Salud. Uno de cada tres ciudadanos acude a urgencias hospitalarias en un año. El 80% de las personas van por iniciativa propia. El 30% de los casos atendidos son auténticas urgencias hospitalarias. El resto son urgencias no hospitalarias (40% del total) o «no urgencias» (30% del total).

Un trabajo, escrito por un alto cargo del Ministerio de Sanidad[31], considera que el mayor éxito de la reforma de la atención primaria ha sido el de aumentar el tiempo medio de consulta (de 3,5 a 6 min). También ha mejorado, aunque con menor contundencia que el tiempo medio de consulta, la satisfacción de los usuarios y la calidad de la prescripción, sin que el tanto por ciento del gasto sanitario dedicado a atención primaria haya aumentado. Delgado et al[32] encuentran una mayor satisfacción entre los usuarios de centros de salud que en los de ambulatorios y consultorios.

La calidad de la prescripción de medicamentos en la AMP de la región sanitaria de Albacete[33] no fue mejor en los centros de salud. En un trabajo posterior[34] se halla, por el contrario, como en la mayor parte de los estudios, que la calidad de la prescripción es mejor, en promedio, en médicos que trabajan en centros de salud. Sin embargo, muchos de estos estudios se han hecho en centros docentes, o sin valorar adecuadamente la influencia de variables tan determinantes como formación, edad y sexo de los médicos prescriptores y la edad de los pacientes.

En estudios realizados en áreas pequeñas se ha encontrado que el gasto por habitante y año fue menor en los equipos de atención primaria reformados (20.100 ptas.) que en los consultorios tradicionales (23.100 ptas.). Los costes de personal más elevados de los equipos quedaron más que compensados por un menor gasto farmacéutico: 11.300 ptas. de las 20.100 frente a 15.400 de las 23.100[35].

Sin considerar las incapacidades laborales transitorias (respecto a las cuales no existen incentivos para su control), el médico de cabecera genera 2,7 decisiones en cada visita[36], que implican un gasto en laboratorios, radiodiagnóstico, pruebas complementarias, consultas con especialistas, y farmacia. Manejando datos de procedencia diversa[35-37] resultan gastos de atención primaria por habitante de 19.000 a 29.000 ptas. de las cuales entre 9.000 y 16.500 ptas. por habitante corresponden al gasto farmacéutico.

En cuanto a los gastos totales en atención primaria cabe destacar que el aumento producido como consecuencia de la reforma ha sido muy similar al que ha tenido la atención especializada[38], por lo que el reparto del gasto sanitario público entre atención primaria y atención especializada se ha mantenido prácticamente idéntico. La poca evidencia existente se maneja a favor o en contra de la reforma según posiciones previas de apologistas o detractores. Falta, además, una consideración consistente del coste de oportunidad que permita aplicar el mismo rasero de evaluación a cualquier servicio sanitario, sea de atención primaria o de atención especializada. El problema de demostrar que se obtiene efectividad y satisfacción del mayor gasto es común a cualquier servicio sanitario: no hay por qué trasladar toda la carga de la prueba a la atención primaria[39].

Los contratos en Cataluña

El 56% de producción pública de servicios sanitarios en Cataluña –frente a la media del 67% en España– ha permitido una mayor flexibilidad y capacidad de experimentación en

TABLA 1

Áreas básicas según proveedor de asistencia, Cataluña, septiembre de 1994

Proveedor	Áreas básicas (AB)	
	Número	Tanto por ciento
Consorcio Sanitario Barcelona (Barcelona 1A; Barceloneta)	1	
Consorcio Sanitario de Mataró (Mataró 4)	1	
Consorcio Sanitario Terrassa (Terrassa A, B, F y Rubí 2)	4	
Fundación Mn Miquel Costa (Torroella de Montgrí y La Bisbal)	2	
Mútua de Terrassa (Olesa y Sant Cugat)	2	
SAGESSA (empresa pública) (Vandellós)	1	
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (El Vendrell)	1	
Consorci Sanitari de La Selva (Lloret de Mar)	1	
Badalona Gestión Asistencial (Badalona 12)	1	
Subtotal contratadas externamente	*14*	*(4,1)*
Institut Català de la Salut (AB reformadas)	153	(45,5)
Institut Català de la Salut (AB no reformadas)	170	(50,5)
Total AB	*337*	*(100)*

Fuente: Servei Català de la Salut (datos no publicados); AB: áreas básicas.

esa Comunidad. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, permite utilizar la mayor diversidad de proveedores catalanes de servicios sanitarios para iniciar experiencias de contratación externa de servicios de atención primaria. Se cubre puramente la actividad asistencial primaria sin responsabilidad sobre el gasto generado (radiodiagnóstico, laboratorios, farmacia o atención especializada).
En los mencionados contratos de compra de servicios se paga mensualmente una doceava parte del 95% de la cantidad fijada sobre bases históricas y la parte variable correspondiente al 5% restante se recibe al final del ejercicio según el grado de cumplimiento de 5 indicadores (realización al 100% de las actividades pactadas, tanto por ciento de historias clínicas activas, número de remisiones a hospitales por cada 1.000 habitantes censados, tanto por ciento de hipertensos controlados, y cobertura vacunal de los niños).

TABLA 2

Población y médicos por país, en torno a 1990

País	Población (millones)	Médicos de cabecera en activo (por 100.000 hab.)	Total médicos (por 100.000 hab.)	Médicos de cabecera sobre total médicos (%)
Alemania (RFA)	61,1	99	290	34
Bélgica	9,8	163	357	46
Dinamarca	5,1	67	268	25
España	39,0	50	336	15
Francia	51,0	147	272	54
Hungría	10,6	78	331	24
Irlanda	3,5	63	149	42
Italia	57,0	102	388	26
Países Bajos	14,7	43	235	18
Noruega	4,2	66	230	29
Portugal	10,3	61	274	23
Suiza	6,6	58	171	34
Reino Unido	56,9	54	130	42
Antigua Yugoslavia	23,1	70	166	42

Fuente: *The European Study of Referrals from primary to secondary care.* Occasional paper 56. Londres: The Royal College of General Practitioners, 1992. RFA: República Federal de Alemania.

También se han establecido contratos con el Institut Català de la Salut (ICS) que, al estilo de los Contratos-Programa de INSALUD, pretenden ir introduciendo «cultura de gestión».
La tabla 1 permite apreciar la situación tanto de la reforma como de los contratos a 21 de septiembre de 1994. La mitad de las áreas básicas han sido reformadas y un 8% de éstas han sido contratadas a proveedores diferentes del ICS. Por limitaciones estatutarias, la gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en Cataluña (ICS) carece de flexibilidad experimentadora pues, aunque hubiera profesionales estatutarios dispuestos a renunciar a sus plazas y pasar a un régimen de contratación de servicios, tal contrato no podría llevarse a cabo. Este dato condiciona las estrategias de generalización de contratos.

La mejora de la atención médica primaria en España

La mejora de la AMP en España exige la rotura del círculo vicioso de la «mala» atención primaria y la recomposición del balance adecuado generalistas/especialistas en la oferta de médicos. La generalización de organizaciones de médicos de cabecera detentadores de presupuestos podría así mismo contribuir a tal mejora, aunque lo que de momento puede decirse sobre este particular tiene un carácter forzosamente especulativo.

Rotura del círculo vicioso de la «mala» atención primaria

Existe un círculo vicioso de baja estima social, formación defectuosa, ingresos reducidos y rivalidad intensa con la parte más espectacular de la medicina, basada en los hospitales. Los países que han roto este círculo vicioso, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, empezaron por crear una asociación profesional de médicos de cabecera poderosa que se abrió paso en las universidades y consiguió finalmente una formación de posgrado que se convirtió en obligatoria para la profesión. Con la ayuda de regulaciones que establecen al médico general como filtro y coordinador, limitando el acceso directo a los especialistas, la atención médica primaria constituye la base sólida del sistema sanitario de los 3 países mencionados. En ellos el médico de cabecera goza de gran estima, está razonablemente bien pagado, existen candidatos de calidad para la profesión y, además, la población está satisfecha con el sistema sanitario. No puede romperse el círculo vicioso sin una organización profesional competente que pueda convencer a la población y a los políticos de los beneficios de una atención sanitaria basada en la atención primaria[40,41].
Una medicina general prestigiada sirve, además, de cebo y amplificador del trabajo de calidad, pues atraerá, como especialidad, a los mejores estudiantes. Este es el caso en Canadá, Finlandia, Irlanda, Israel, Reino Unido y Suecia[42].

Recomposición de la oferta médica

Habría que establecer la proporción de médicos generales con respecto al total. Se observan importantes variaciones –inter e intrapaises– en el tanto por ciento de médicos generales sobre el total. En la tabla 2 se recogen unas estimaciones de este tanto por ciento para distintos países. En los EE.UU. se ha fijado un tanto por ciento-objetivo del 50% de médicos de atención primaria sobre el total de médicos «para conseguir accesibilidad y atención coste-efectiva»[43].
La regulación directiva debe tratar de inclinar la balanza de los servicios sanitarios de forma decidida hacia la atención primaria actuando sobre el número y la formación de los médicos generales. Es factible la convocatoria de plazas

MIR (médicos internos y residentes) en medicina familiar persiguiendo un tanto por ciento de médicos en atención primaria similar al de los países más eficientes (para superar el 15% actual).

Generalización de los médicos de cabecera detentadores de presupuestos

En España, una atención primaria todavía punto negro del sistema, sin tradición de profesionales independientes, y escaso peso en la asistencia, constituye de momento una base endeble para generalizar las experiencias de médicos de cabecera como detentadores de presupuestos. El reforzamiento de esa base puede acometerse bien diversificando el actual proceso de reforma, bien generalizando el esquema de MUFACE.

La generalización del esquema de MUFACE supone instaurar la libertad de elección de entidad aseguradora (mutualidades, entidades públicas, cooperativas, empresas con finalidad lucrativa) por el usuario. Éste continuaría cotizando de forma obligatoria a una caja única en función de su renta. La caja única abonaría a la entidad elegida por el ciudadano una prima ajustada por el riesgo individual. Con los incentivos adecuados, la competencia entre estas entidades aseguradoras podría llevar a que basaran su estrategia competitiva en la AMP, con médicos de cabecera detentadores de presupuestos. De momento, la evidencia no apunta a que este sea el caso: los embriones de las futuras entidades aseguradoras se están gestando en consorcios de hospitales; de hecho, los contratos de servicios con la atención primaria de Cataluña están mayoritariamente bajo el control de las dos patronales de hospitales: Unión Catalana de Hospitales y Consorcio Hospitalario de Cataluña. Por otra parte, la ventaja competitiva se persigue desde una perspectiva individual no social; así, por ejemplo, la «hospitalización a domicilio», que puede hacer más atractivo un hospital, pese a que sería más eficiente fuera prestada por la atención primaria.

Más directa es la estrategia alternativa de diversificar el actual proceso de reforma, facilitando que algunos grupos de médicos de cabecera rompieran sus vínculos estatutarios y se convirtieran en profesionales independientes. La experimentación generalizada con grupos de médicos de cabecera detentadores de presupuestos –un estilo británico muy atenuado– afronta la realidad del sistema sanitario español, caracterizado por una elevada producción pública de servicios.

La experimentación de contratos con grupos de médicos de cabecera, o entidades que basen su estrategia competitiva en la atención primaria de calidad, puede convertirse en transformaciones de gran alcance, sobre un frente clave y reducido, que se transmitan al resto del sistema por un proceso de innovación-difusión. El eventual éxito de la experiencia, limitada por su naturaleza a un sector de la población, crearía la presión social favorecedora de una reforma del sector público (reduciendo así el precio en votos perdidos). Esta vía configura una estrategia alternativa de cambio al supeditar los cambios en la regulación a la creación de un ambiente social que lo favorezca sobre la base de una experiencia contrastada.

La AMP resolutiva, con tamaño suficiente para compensar y asumir riesgos, y competencia gestora, puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario por su longitudinalidad, papel de filtro e integralidad. Puede, además, innovar organizativamente por medio de la fluidificación de la conexión entre atención primaria y atención especializada, y entre atención especializada y atención sociosanitaria, y enfatizar la efectividad de los tratamientos y la atención al 5% de los usuarios que absorbe, en un año, el 52% del gasto. La estrategia de la atención primaria de salud es la que mayor innovación organizativa puede aportar. Las evidencias apuntan en ese sentido, la inercia de los intereses creados en sentido opuesto.

Agradecimiento

Este trabajo forma parte de un conjunto de estudios coordinados por la Fundación de Estudios de Economía Aplicada y ha contado con la ayuda del Fondo del Banco de España para la financiación de estudios sobre la Regulación de los Servicios en España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín A, Cano JF. Atención primaria de salud. En: Martín A, Cano JF, editores. Atención primaria (3.ª ed.). Barcelona: Doyma, 1994; 5.
2. Gérvas J, Pérez Fernández MM, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. Fam Practice 1994; 11: 307-317.
3. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press, 1992.
4. Tanenbaum S. What physicians know. N Engl J Med 1993; 329: 1.268-1.271.
5. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la sanidad. Med Clin (Barc) 1993; 100: 587-590.
6. Tomlinson B. Report of the inquiry into London's health service, medical education and research. Londres: HMSO, 1992.
7. King's Fund Commission. London's health care in 2010. Londres: King's Fund, 1992.
8. Culley GA. «Fried chicken» medicine: the business of primary care. J Fam Pract 1994; 38: 68-73.
9. Smooth operator. The Economist 1994; (8 octubre): 73-74.
10. Ibern P. La distribución de los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo. Actas de las XIV Jornadas de Economía de la Salud; 1994, 8-10 junio; Santiago de Compostela. Santiago de Compostela: Asociación de Economía de la Salud, 1994.
11. Glennerster H, Matsaganis M. The UK health reforms: The fundholding experiment. Health Policy 1993; 23: 179-191.
12. Borrell F. La relación asistencial en la atención primaria de salud: algunas claves para un análisis estratégico. En: Aranda JM, editor. Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994; 75-98.
13. Escuela Andaluza de Salud Pública y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Evaluación del modelo de reforma de la Atención Primaria en Andalucía: conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de la atención primaria. Jaén: SAMFC, 1994; 132.
14. Greenfield S, Nelson E, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz R et al. Variations in resource utilization among medical specialities and systems of care. JAMA 1992; 267: 1.624-1.630.
15. Welch W, Miller M, Welch H, Fisher E, Wennberg J. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. N Engl J Med 1993; 328: 621-627.
16. Kohn R, White K. Health care: an international perspective. Londres: Oxford University Press, 1976.
17. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. J Fam Pract 1994; 39: 123-128.
18. Day P. The state, the NHS, and General Practice. Public Health Policy 1992; 13: 165-179.
19. Vilardell L. ¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital? Med Clin (Barc) 1994; 103: 543-553.
20. Sánchez M, Molina JC, De la Torre M, Muñoz F, Rodríguez J, González A, Cánovas J. La asistencia pediátrica vista a través de un servicio de urgencias pediátricas. Rev San Hig Pub 1990; 64: 293-301.
21. Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Perula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. Med Clin (Barc) 1992; 99: 743-746.
22. Rosenblatt R. Specialists or generalist. On whom should we base the American health care system? JAMA 1992; 267: 1.665-1.666.
23. Ross N. Who should do the surgery? Tonsillectomy and adenoidectomy in one canadian province. Inquiry 1979; 16: 73-83.
24. Engel W, Freund D, Stein J, Fletcher R. The treatment of patients with asthma by specialists and generalists. Med Care 1989; 27: 306-314.
25. Eisenberg J. Doctor's decision and the cost of medical care. Ann Arbor: Health Administration Press, 1986.
26. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. Br Med J 1992; 304: 1.287-1.290.

27. Kar AV, Knottnems A, Meettens R, Dubois V, Koh G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their election. Br J Gen Practice 1992; 42: 313-316.
28. Shea S, Misra D, Ehrlich M, Field L, Francis C. Predisposing factors for severe uncontrolled hypertension in a inner-city minority population. N Engl J Med 1992; 327: 776-781.
29. Ruiz-Giménez JL. La atención primaria de salud en el sistema sanitario público: «Lo que nos queda por hacer». Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, editores. Situación actual y futuro de la atención primaria de salud, 1993; 259-278.
30. Juncosa S. Sobre los estudios comparativos entre las dos redes de atención primaria. Aten Primaria 1993; 12: 314-316.
31. Elola J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, 1991.
32. Delgado A, López LA, Luna J. La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. Gac San 1993; 7: 32.40.
33. Beltrán JL, López Gallardo EJ, Gérvas J. Prescripción de medicamentos en atención primaria. Estudio farmacoepidemiológico en el área de Albacete. Rev San Hig Pub 1990; 64: 673-692.
34. Fernández R, Suárez C, Perea E, Vilaseca M, Díaz-Fierros M. Estudio de la calidad de la prescripción en la provincia de Málaga. Gac San 1993; 7 (38 Supl): 17.
35. García Latorre FJ, Dolsac JI, Cebrián C, Lorente F, Bastarós JC. Indicadores económico-asistenciales en dos áreas sanitarias: el coste del «producto consulta» en equipos de atención primaria. Aten Primaria 1994; 14: 655-660.
36. Sans C, Ribó J. Els patrons de comportament i l'assignació de preus en les decisions mèdiques. Salut Catalunya 1994; 8: 41-45.
37. Subdivisión de Atención Primaria de Barcelona Ciudad. Memòria i compendi estadístic 1993. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1994.
38. Sanfrutos N. El coste de la reforma de la atención primaria 1983-1991. En: Aranda JM, editor. Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1994; 365-387.
39. Kassirer JP. Access to specialty care. N Engl J Med 1994; 331: 1.051-1.052.
40. Boerma W, De Jong F, Mulder P. Health care and general practice across Europe. Utrecht: Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993.
41. Melguizo M, Prados MA, Esquisabel R, Bueno JM, Kloppe P, López A et al. Incentivos en atención primaria. Aten Primaria 1994; 14: 701-703.
42. Carlson CA. International medical education. Common elements in divergent systems. JAMA 1991; 266: 921-923.
43. Kinding D, Cultice J, Mullan F. The elusive generalist physician. Can we reach a 50% goal? JAMA 1993; 270: 1.069-1.073.