

# LA ATENCIÓN PRIMARIA, CLAVE DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA SANITARIO

Vicente Ortún Rubio

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

La orientación de los servicios sanitarios de un país hacia la atención primaria está asociada con menores costes de atención, mayor satisfacción de la población con sus servicios sanitarios, mejores indicadores de salud y menor uso de medicamentos<sup>1</sup>. Este hecho, clave para cualquier política sanitaria, tiene fundamento teórico y respaldo empírico<sup>2</sup> siempre que se haya roto con el círculo vicioso de una "mala" atención primaria.

El círculo vicioso de la baja estima profesional, recompensas profesionales y financieras relativamente bajas, y escaso respaldo por una población que asocia calidad con atención especializada, puede transformarse en un círculo virtuoso en el que los mejores licenciados optan por la Medicina General, como ocurre ya en varios países<sup>3</sup>.

En el caso de España -y centrandose en la atención médica primaria- la ruptura del círculo vicioso pasa por tres vías, cuya argumentación constituye el objeto de este artículo. Primera, clara regulación del papel de filtro de la A.P. Segunda, recomposición de la oferta de profesionales: contención, incluso disminución, del total de médicos con aumento del porcentaje de médicos generales/de familia. Tercera, innovación organizativa: eliminación de los puntos negros de la atención primaria a través de la profundización y diversificación del proceso de reforma en curso. Esta diversificación incluye el facilitar que grupos de médicos de cabecera puedan romper sus vínculos estatutarios y convertirse en profesionales independientes, que ejercen sólo o asociados.

## **La regulación del papel de filtro de la Atención Primaria**

Dentro de una saludable tendencia a dotar de mayor capacidad de elección a los usuarios puede incluirse en esta capacidad el que la población decida si acudir a un médico general o a un especialista. Resulta fácil caer en el espejismo de que un acceso directo al especialista significa un ahorro de visitas. La realidad muestra, al contrario, una explosión de pruebas diagnósticas, intervenciones e ingresos inadecuados -y muchas veces yatrogénicos- que disparan los falsos positivos dada la baja probabilidad de padecer una condición con que la población con acceso directo al especialista se sitúa delante de éste.

Todo médico lleva un bayesiano en su interior; una parte muy importante de su tiempo se dedica a revisar probabilidades previas con la información que va recogiendo a lo

largo de un proceso diagnóstico o terapéutico. Una atención primaria, filtro del sistema, puede realizar este papel de revisión de información de manera muy eficiente (la longitudinalidad de la atención permite que mucha información previa esté recogida en la historia clínica) y referir el usuario a la atención especializada en el momento en que la probabilidad que éste tiene de padecer una determinada condición -que el médico general no tiene competencia para manejar- justifica ya el empleo de los procedimientos de la atención especializada.

La correcta comprensión de que la información diagnóstica que aporta una prueba no depende sólo de las características de la prueba sino también de la probabilidad de padecer una condición con la que se accede a la prueba justifica por sí sola el establecimiento de la A.P. como puerta de entrada al sistema. La visión bayesiana tiene también implicaciones en la salud pública -para establecer la eficiencia de los programas de prevención secundaria en función de la prevalencia- y en la cotidianidad de la práctica clínica.

La inmensa mayoría de los profesores de una prestigiosa Facultad de Medicina contestaron erróneamente la siguiente pregunta. Un ciudadano de un país determinado ha resultado positivo en un test de VIH; la sensibilidad del test es del 100% y el porcentaje de falsos positivos del 4%. ¿Qué probabilidad tiene este individuo de ser realmente VIH<sup>+</sup>? Si del individuo únicamente conocemos que es un ciudadano, la probabilidad previa de ser VIH<sup>+</sup> equivale a la prevalencia poblacional. Si ésta es del 2 por mil en el cuadro 1 puede verse que la probabilidad de ser realmente VIH<sup>+</sup> es del 4.76% (2 entre 42).

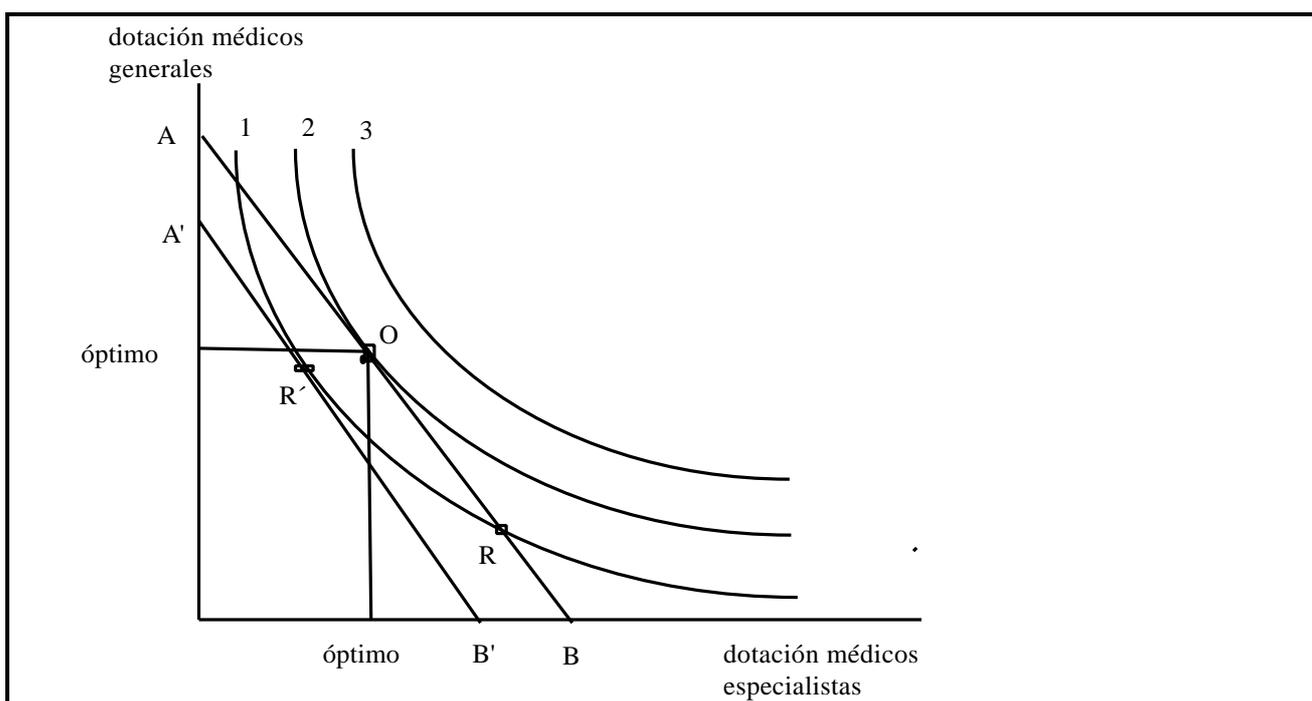
**Cuadro 1: Ciudadano con probabilidad previa de VIH<sup>+</sup> igual a prevalencia poblacional**

	VIH <sup>+</sup>	VIH <sup>-</sup>	
Test positivo	2	40	42
Test negativo	0	958	958
	2	998	1000

### **Recomposición de la oferta de profesionales**

Un determinado nivel de servicios sanitarios puede conseguirse con distintas combinaciones de recursos. Simplificadamente podemos considerar dos factores de producción, especialistas y médicos de cabecera, y representar gráficamente mediante isocuantas (las curvas 1, 2 y 3) el lugar geométrico de los puntos que dan lugar a la misma cantidad producida (véase la figura 1).

**Figura 1: Eficiencia según composición profesional**



Moverse a lo largo de una isocuanta implica substituir un factor por otro manteniendo constantes los años de vida ajustados por calidad (AVAC) producidos. El planteo de la eficiencia exige contemplar no sólo la producción sino también los recursos sociales empleados. La recta AB indica todas las combinaciones de médicos generales y especialistas que pueden financiarse con unos recursos dados: A si todo se dedica a médicos generales, B si se emplea únicamente en especialistas, y los puntos intermedios para las distintas combinaciones de ambos.

Asumiendo sustituibilidad entre factores (pese a una realidad escleróticamente reglamentada que permite poca discrecionalidad en la combinación de factores productivos) y unos recursos sociales representados por AB, el punto O, el óptimo, indica la máxima isocuanta alcanzable (2 millones de AVACs). Ahora bien, las dotaciones de médicos generales y especialistas tienen una tremenda inercia. España es además uno de los países del mundo desarrollado con un menor porcentaje de médicos generales sobre el total de médicos y su situación puede asemejarse más a la del punto R, que emplea idénticos recursos que el punto O por estar en la misma recta de recursos AB, pero produce sólo 1 millón de AVACs. Una substitución de especialistas por médicos generales -en función de cómo evolucionan las capacidades de resolución respectivas- supondría un desplazamiento por la isocuanta 1 hasta un punto R' de idéntica producción a un coste substancialmente más bajo (A'B').

La implicación de lo anterior debiera ser clara: si se persigue la eficiencia (R', O, o, en general, puntos de tangencia isocuanta/recta de recursos) la convocatoria MIR de cada año y el cambio del examen MIR -como forma indirecta y efectiva de reorientar los estudios de Medicina- constituyen los instrumentos regulatorios que pueden permitir aumentar el porcentaje de médicos generales en el total.

## Innovación organizativa

La innovación tecnológica y la innovación organizativa se producen conjuntamente en Sanidad, aunque en proporciones variables. En la más somera observación del sector sanitario se aprecia una intensa innovación tecnológica y una relativamente escasa innovación organizativa.

La competencia, y en primera instancia la supervivencia, constituye el motor de cualquier innovación. Una serie de supuestos técnicos e institucionales deben cumplirse para que un mercado sea competitivo y la innovación que en él se produzca contribuya al bienestar social<sup>4</sup>. Las características del sector sanitario proporcionan hipótesis explicativa de los tipos de innovación organizativa e innovación tecnológica que se dan en su seno.

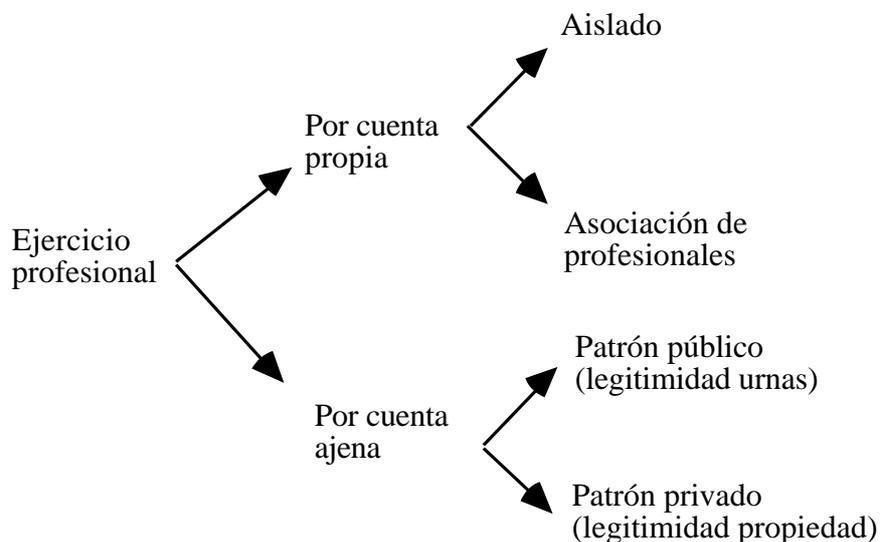
Si la competencia es un motor, las instituciones definen el paisaje por el que se transita. El cómo las instituciones de cada país evolucionan y proporcionan un entorno favorecedor explicará hasta qué punto se produce una asignación discriminante y eficiente de estructuras de gobierno (intervención pública, mercados, contratos a largo plazo, empresas, cooperativas, sociedades sin ánimo de lucro...) a cada tipo de transacción<sup>5</sup>.

Dado que la innovación organizativa en un sector tan regulado como el sanitario ha de ir precedida de un cambio en la regulación, resulta práctico abordar preguntas del siguiente estilo: ¿hasta qué punto estructuras de gobierno alternativas funcionarían mejor en el sistema sanitario español?, ¿debe el Estado adoptar un papel más o menos activo, favoreciendo o dificultando, ciertas formas de organización sanitaria?

La innovación organizativa en el sector sanitario puede quedar frenada por la cartelización de los servicios sanitarios, uno de cuyos objetivos sería, precisamente, el de limitar el acceso a los mercados de nuevos oferentes: conseguir mercados cautivos. La limitada competencia que caracteriza al sector sanitario es la misma que genera una estructura corporativa de la Sanidad (por el término corporativismo se entiende un sistema económico en el cual un número de monopolios y cartels disfrutan de aceptación porque alegan producir un bien público). Este corporativismo sanitario puede quedar reforzado por una comunidad de intereses con los políticos. En efecto, limitar el acceso a los mercados, uno de las principales objetivos del corporativismo, interesa a los actuales proveedores pero puede interesar también a los políticos en la medida que contribuye a racionar la oferta, lo cual constituye la estrategia más efectiva de contención del gasto sanitario y de control de los déficits públicos<sup>6</sup>.

En un contexto de separación entre financiación y producción de servicios -como el que teóricamente se da o se pretende en varias autonomías- la competencia nominal entre oligopolios de base hospitalaria no mejorará la eficiencia si no se diseña para favorecer la innovación organizativa y la adaptación al cambio y las necesidades sociales. En España, la atención médica primaria, con escasa tradición de profesionales independientes y todavía limitada capacidad de resolución, constituye un ingrediente tan endeble como imprescindible de la atención sanitaria. La endeblez tiene dos remedios: 1/ que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas (el "managed care" de EEUU), 2/ que se creen asociaciones de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada. Véase la figura 2.

**Figura 2: Formas de ejercicio profesional**



En ambas alternativas se precisa que exista margen para la gestión, es decir que algunos costes de la atención especializada sean evitables. Competencia y statu quo son dos términos incompatibles. La competencia supone destrucción creativa y el statu quo requiere que nada se mueva. En estos momentos, por ejemplo, el desarrollo tanto del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria como de la contabilidad de costes permiten una competencia entre hospitales, basada en precios, mayor que la que se está dando. La escasa flexibilidad laboral y profesional y el hecho de que se actúe como si la mayor parte de los costes fueran fijos refuerza el statu quo. La mayor orientación de un sistema sanitario hacia la atención primaria supone cambios en la asignación de poder y recursos. El problema no es de todo o nada, sino de grado. A mayor adaptabilidad del sistema, mayor capacidad de gestión y de -entre otras cosas- reorientación del sistema sanitario. Cabe pensar que sin apenas discrecionalidad gestora no tiene sentido emprender experimentos que no pueden ser generalizados o que apenas suponen cambios; siempre puede contestarse que se intenta iniciar un proceso de innovación-difusión para facilitar que la población se apunte al cambio.

La experimentación generalizada con grupos de médicos de cabecera detentadores de presupuestos -un estilo británico muy atenuado- daría entrada a dos grupos de compradores: las agencias públicas y las asociaciones de médicos de cabecera. La reciente modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, de 1990, para permitir que asociaciones de profesionales sanitarios actúen como proveedores que contratan con el Servicio Catalán de la Salud sería un paso en esta línea; paso que ya ha tenido algún eco favorable<sup>7</sup>, y alguna contestación tanto de la Unión Catalana de Hospitales (por medio de su presidenta Esperanza Martí en *El País*, edición Cataluña, de 22 de febrero de 1995) como de Comisiones Obreras (a través de su portavoz Antoni Tuà en *El País*, edición Cataluña, de 2 de agosto de 1995).

Las asociaciones de profesionales podrían contratar con el Servicio Catalán de Salud la atención primaria a un sector de la población, lo que puede implicar gestión no tan sólo de los recursos humanos y materiales de la atención primaria, sino también de la analítica, la radiología y la prescripción farmacéutica, e -incluso- de la atención especializada programable.

Hay que compatibilizar la participación en los resultados de una asociación de profesionales con el correcto desempeño como agente del paciente. Una posible solución pasa por la definición de los resultados económicos y profesionales. Los beneficios económicos pueden utilizarse en equipo, instalaciones, formación, o contrataciones de personal, pero no son distribuibles como dividendos. Los beneficios profesionales se derivan de una mayor satisfacción en el ejercicio -con capacidad para innovar- y del desplazamiento de poder hacia la atención médica primaria al poder ejercer presión sobre los hospitales y otros niveles asistenciales con su correspondiente traducción en ganancias para el paciente en términos de menores esperas para atención especializada programable (cirugía por ejemplo) y mayor capacidad de resolución.

A diferencia de lo que ocurre en el Reino Unido, la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña permite que sociedades capitalistas contraten con el financiador público lo cual puede llegar a provocar serias interferencias entre consideraciones clínicas y consideraciones financieras. Tal vez la imagen del ánimo de lucro -a no confundir con la conveniente discriminación remunerativa sobre bases sólidas- existente en España (“me trata un médico muy bueno, de pago”) difiera considerablemente de la británica y nórdica.

### **Resistencias previsibles a la innovación organizativa en atención médica primaria**

La innovación organizativa pasa por dar capacidad de compra de atención especializada a la atención primaria, que ésta sea agente del usuario. Ello supone alterar el statu quo y aliviar al sector público de las restricciones a la eficiencia que se autoimpone en el manejo de los recursos humanos y económicos.

Las ventajas del ejercicio por cuenta propia resaltan cuando se contraponen a los inconvenientes del ejercicio por cuenta ajena. Ahora bien, si por cuenta ajena se ejerce con gran discrecionalidad, ineficiencia confortable, y ausencia de riesgo, esto es sin percibir los inconvenientes de la dependencia, la motivación para el cambio deberá venir más por razones de pundonor profesional que de estricta conveniencia.

Por otra parte, cualquier innovación organizativa que mejore el funcionamiento de los servicios sanitarios financiados públicamente, se traduce en una pérdida de ingresos en la práctica privada. El poder social y político de los más afectados por tal pérdida se manifiesta de nuevo en un respaldo al status quo.

Finalmente, quien controla la Administración Sanitaria pierde poder. Este poder se reparte: la sociedad se pluraliza.

### **Conclusiones**

La atención primaria española (clave de la eficiencia del sistema) puede llegar a un compromiso entre imprescindibilidad y endeblez relativa por dos vías: una, que las entidades proveedoras de servicios sanitarios pivoten sobre la atención primaria para ser competitivas ("managed care"), otra, que se creen asociaciones cooperativas de profesionales de atención médica primaria, con presupuestos autogestionados y capacidad de compra de atención especializada. Se acepta que el juicio acerca de si la innovación organizativa "asociación de profesionales" mejora la eficiencia debe resolverse empíricamente.

Dos de las vías para la ruptura del círculo de la "mala" atención primaria son regulatorias: establecimiento del papel de filtro de la A.P. y recomposición de la oferta de profesionales. Las responsabilidades más importantes respecto a la innovación organizativa, la tercera vía, recaen sobre los gestores públicos y sobre los profesionales. A los gestores públicos corresponde ordenar el paisaje institucional aumentando la capacidad de gestión (movilidad a lo largo de las isocuantas), introduciendo los cambios en la regulación que permitan aprovechar mejor los puntos fuertes tanto del mercado como de los poderes públicos<sup>8</sup>.

A los profesionales corresponde, primero, presionar científica y políticamente para romper el círculo vicioso de la "mala" atención primaria, y, segundo, acrecentar su reputación. En cualquier relación de agencia entre un principal (accionista, paciente, patrón) y un agente (directivo, médico, empleado respectivamente) se presenta una divergencia de intereses. Reducir la divergencia supone incurrir en costes de negociación y vigilancia de contratos, establecimiento de mecanismos de supervisión y control, y ofrecimiento de garantías. La reputación constituye la mejor garantía profesional. A mayor reputación (garantías en general) menor necesidad de supervisión. Dicho de otra forma, cuanto mejor se autorregule la profesión mejor podrá salvaguardar su libertad clínica. Ahora bien, la reputación en la que aquí se piensa es la que puedan ofrecer mecanismos serios de control de calidad mediante auditorías entre colegas: el de la asociación voluntaria de 'excelentes' que aceptan que su práctica puede ser examinada por compañeros.

El refuerzo del profesionalismo, aunque frecuentemente asociado a la defensa de intereses corporativos, merece consideración como institución social que puede resolver el problema central de la asimetría informativa entre profesionales y usuarios, siempre que se consiga que el interés comercial no interfiera en la decisión clínica.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-1133.
- <sup>2</sup> Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin, en prensa.
- <sup>3</sup> Gervas J, Pérez M, Starfield B. Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. Family Practice 1994; 11: 307-317.
- <sup>4</sup> Milgrom P, Roberts J. Economía, Organización y Gestión de la Empresa. Barcelona: Ariel, 1993, 344-360.
- <sup>5</sup> Williamson O. The economic analysis of institutions and organisations in general and with respect to country studies. Paris, OCDE, 1993. Economics Department Working Paper #133.
- <sup>6</sup> Zweifel P, Eichenberger R : The political economy of corporatism in Medicine. Self-regulation or cartel management? Journal of Regulatory Economics 1992; 4: 89-108.
- <sup>7</sup> Gené J. Se desea liberalizar la atención primaria? JANO 1995; 49: 1009.
- <sup>8</sup> Asociación de Economía de la Salud. Cambios en la Regulación de los Servicios Sanitarios. Barcelona: SG editores, 1995.