

“Necesitamos Medicina *low cost*: hay que adaptar los recursos a las necesidades”, según Vicente Ortún

EL MEDICO INTERACTIVO.

Redacción

La Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud ha presentado su segundo informe en el que se analiza la situación del sistema sanitario y el papel de la AP en España, “Atención Primaria y gestión: pleonasma conceptual y oxímoron práctico”, que ofrece algunas claves de cómo gestionar y coordinar los recursos para realizar los ajustes que precisa el sistema sin mermar la calidad asistencial



Madrid (29-7-11).- “La solvencia de nuestro sistema sanitario financiado públicamente requiere de la complicidad 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. En ocasiones, menos exploraciones, consultas, intervenciones o prescripciones puede ser mejor”, son conclusiones extraídas del segundo informe presentado por la Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud y publicado en el número 140 de la revista Medicina General y de Familia.

Según detalla Ortún, en este informe existen dos modos de aplicar los recortes presupuestarios que está padeciendo el sistema: “bien, con criterios de gestión clínica, o mal, poniendo el muerto sobre la mesa”. Para el profesor Ortún la manera válida es la primera: “nuestros ajustes presupuestarios deberían hacerse desde el profesionalismo, que sabe priorizar clínicamente exploraciones y tratamientos así como gestionar, también con criterios sociales, listas de espera o frecuentaciones”.

Vicente Ortún es contundente al afirmar que la Medicina *low cost* es necesaria ya que “no se pueden solicitar pruebas e instaurar tratamientos porque están disponibles, antes de que se establezca su importancia, se determine su seguridad y la relación beneficio-coste haya sido calculada”, justifica. Igualmente, también matiza que “hacer esa Medicina sensata, de bajo coste, implica 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 respuesta de Ortún ante el dilema de si hay que seguir apostando por un sistema que actualmente “incumple nuestras expectativas como usuarios, no satisface a sus protagonistas y, además, los profesionales del futuro lo rehúyen”, es afirmativa y en su informe el director de la Cátedra detalla aquellos aspectos que, según él, podrían modificarse para que la Atención Primaria (AP), considerada “la piedra angular del sistema sanitario” sea más sostenible, aumente su capacidad resolutoria, adquiera más autonomía y recupere atractivo como especialidad.

Para el también decano de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Pompeu Fabra la solución es obvia: “gestionar la AP debería tener como finalidad reducir la brecha entre lo que podría conseguirse con los recursos y conocimientos disponibles –eficacia- y lo que se está consiguiendo –efectividad-”. Por ese motivo, Ortún insiste en que el contenido de la gestión se base, principalmente, en coordinar y motivar: “esta coordinación y motivación tiene dos componentes diferenciados: el clínico (diagnosticar, tratar y estar al día) y el organizativo (gestionar un centro). Ambos influidos a su vez, obviamente, por las políticas de salud: financiación, provisión, regulación e información”, explica.

Ortún está convencido de que “la orientación del sistema sanitario hacia la AP mejora la calidad, los resultados y contribuye a la satisfacción del paciente a la vez que contiene los costes”. Por eso, “lo que importa es la capacidad de las organizaciones sanitarias para mejorar los atributos de una buena AP: longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y coordinación”, prosigue. Para el director de la Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud actualmente se vive una gran paradoja ya que “cuando la sociedad necesita más que nunca de una atención coordinada, también con servicios sociales, la Medicina de Familia cotiza a la baja”. Ortún recuerda que “desde 2004-2005 esta especialidad transita por la senda del deterioro y ha perdido atractivo al ser una de las menos demandadas en las plazas MIR y ocupar el número 44 de un listado de 47 especialidades”.

“Intranquiliza, o debería hacerlo, la escasa fe de los futuros profesionales en una especialidad a la que queremos fiar la calidad y eficiencia del sistema”, concluye categórico el catedrático, cuyo informe insiste en apostar por hacer más atractiva tanto la Medicina de Familia como la Pediatría y la Enfermería de AP para contribuir a impulsar el primer nivel asistencial. Conseguir hacer atractiva la especialidad depende, para Vicente Ortún, de numerosos factores que pasan por la retribución económica; el reconocimiento de la labor profesional tanto por parte de los pacientes como por los compañeros; la promoción y el desarrollo profesional; el prestigio; la seguridad en el empleo; los horarios; las vacaciones o las posibilidades de compatibilizar el trabajo con la vida familiar. “Sobre todos estos aspectos puede actuarse”, dice Ortún, por ese motivo, “la administración pública no puede renunciar al uso de la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar, por ejemplo, el déficit de médicos generales, pediatras o enfermeras de AP en determinadas zonas, franjas horarias o funciones. Así, según el director de la Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal, “la flexibilización de las condiciones de trabajo puede producirse en todas sus dimensiones”.

Además de descolectivizar la negociación, el profesor Ortún sugiere en su informe otras medidas que contribuyen a flexibilizar la oferta de servicios y profesionales de la sanidad; entre ellas se encuentran, por ejemplo, la de dotar a los centros de salud de más autonomía. Reclutar y retener a los mejores profesionales. 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 para las necesidades de empleo fijo de la red propia o concertada de la Comunidad Autónoma”, clarifica Ortún. Recertificar: “ayudaría a resolver varios problemas, tanto de información al disponer de un registro vivo de profesionales en ejercicio, como de calidad, ya que sería un filtro para todos los que ejercen la profesión”, especifica. Asimismo “contrarrestaría en alguna medida la tendencia a la funcionarización de la profesión médica puesto que el personal estatutario también tendría que reacreditarse; ésta permitiría, además, que las organizaciones profesionales de médicos pudieran asumir la tarea de evaluar la calidad de sus miembros en lugar de dejarlo en manos de órganos o procedimientos administrativos”, puntualiza el experto en economía.

Fomentar troncalidad y las pasarelas y superar la segmentación de los mercados forman parte, también, de los aspectos propuestos por Ortún para flexibilizar la oferta. Aun así, su informe advierte que “aunque ni la descentralización de la negociación colectiva ni el establecimiento

de una cierta competencia por comparación (llamada también competencia gestionada) entre centros sanitarios son recetas implantables a corto plazo, 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”.

Según el director de la Cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud, la capacidad resolutive de la AP también pasa por la revisión de algunas de las funciones de los facultativos del primer nivel asistencial. En su informe, Ortún indica que “años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se deje de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden desempeñarse igual o mejor por otros profesionales”. Por eso propone “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 de definición de enfermo crónico) e implicar intensamente a la Enfermería en la asistencia a las enfermedades agudas”. Esto le lleva a solicitar, especialmente para los equipos de AP, “una mayor autonomía de gestión que les permita definir su propia estructura y organización, y debe repercutir en ellos el resultado de su gestión”. Se trataría, como asegura Ortún, “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 –aquella que no supone un riesgo vital-), más teléfono y el uso inteligente de las tecnologías de la información y la comunicación”, añade el catedrático de economía.