

### El hospitalocentrismo que corroe nuestro sistema público de salud

Sr. Editor:

Dice el conocido refrán castellano: “Dime de lo que presumes y te diré de lo que careces”. Pues esta ha sido la tónica de nuestros políticos con relación a la atención primaria (AP). Por eso, cuando el consejero de Sanidad afirma que “el refortalecimiento de la Atención Primaria es un objetivo fundamental en las políticas sanitarias que el Gobierno de Castilla-La Mancha está llevando a cabo”<sup>1</sup>, podemos suponer que es solo palabrería hueca.

Es cierto que la AP vivió un gran cambio, primero con la creación de la especialidad de Medicina de Familia, después con la reforma que a lo largo de los años 80 del pasado siglo permitió situarla en un lugar destacado del Sistema Nacional de Salud que consolidó la Ley General de Sanidad de 1986. Pero ahí quedó todo, después algún parche. Los que desde entonces han hablado excelencias acerca del papel de nuestra AP se deben referir a aquel tiempo lejano.

Uno de los espejos en los que siempre se ha mirado la AP española es el *National Health Service* (NHS) británico. Sin embargo, uno de los aspectos que caracteriza a aquel sistema nunca fue tomado aquí en consideración: el flujo del dinero, que sigue al flujo de los pacientes. Puesto que no debe haber otro protagonista de un sistema nacional de salud que el paciente, el dinero debe ir donde va éste regularmente, es decir a AP, y desde ahí realizar los pagos correspondientes a las salidas puntuales que pueda hacer a otros niveles. Esto no solo racionaliza el gasto, sino que además genera un interesante nivel de competitividad entre hospitales por ofrecer los mejores servicios y, en consecuencia, atraer las derivaciones de los general practitioners<sup>2</sup>. Aquí esto nunca se tomó en consideración, simplemente porque los hospitales ya tenían un poder que ni siquiera la reforma de la AP pudo cuestionar. Así la AP se fue financiando lastimosamente con las migajas que la atención hospitalaria le dejaba. Ahora, con las gerencias únicas, ya ni eso.

¿Qué ocurre cuando el presupuesto va a los hospitales?

Al contrario de lo que ocurre en el NHS, aquí no son las necesidades de los pacientes las que marcan la inversión económica, sino las necesidades de los propios hospitales, que no son otras que las necesidades de sus servicios, expresadas por los verdaderos “amos del cotarro”: los jefes de servicio.

Esto explica por ejemplo que las plantillas se hayan hipertrofiado de forma totalmente anárquica, pues el principal criterio ha sido el de ir colocando a los sucesivos residentes que se han ido formando en cada servicio (no olvidemos que las plazas de MIR no se asignan por necesidades asistenciales, sino por capacidad docente acreditada).

Mientras que esto ocurría en los hospitales, en AP, donde no hay una figura equivalente al jefe de servicio (el coordinador de un centro de salud no tiene relevancia ni en su propio equipo, y en los organigramas actuales el máximo referente suele ser un subdirector médico que no deja de ser un “brazo ejecutor” por parte de las gerencias) que coloque a los residentes, se ha estado produciendo una sangría de “mano de obra” altamente cualificada.

Tras la reforma se pasó a un periodo de estancamiento en la creación de plazas de AP que se alargó durante los años 90 y el principio del nuevo siglo. Con las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas se fue creando tímidamente alguna (insignificantes con relación a las plazas hospitalarias, no solo de los hospitales existentes hasta entonces, sino además de los múltiples hospitales comarcales, muchos de ellos innecesarios), hasta que la llegada de la crisis y “los recortes” han llevado a una indiscriminada amortización de plazas en los centros de salud.

Así, mientras otros especialistas, muchas veces prescindibles, iban encontrando acomodo en los hospitales, los médicos de familia tenían básicamente tres opciones: engrosar las plantillas de las puertas de urgencia de los hospitales (con lo que infligían un doble daño a la AP), resignarse al trabajo ocasional de hacer sustituciones y cobrar por día u horas trabajadas, o aprovechar la demanda que en otros países existe de los muy bien considerados médicos de familia españoles, para buscar su futuro más allá de nuestras fronteras.

Para quien no conozca los entresijos del sistema puede resultar incongruente que existan plantillas

sobredimensionadas y listas de espera. Ahí entramos en el aspecto que caracteriza el funcionamiento hospitalario en nuestro país: la ineficiencia. Son muchas las razones que explican esta ineficiencia, y que básicamente proviene de un estilo de trabajo que no se ha modificado en décadas. Sirvan algunos ejemplos:

- Consultas monográficas: para argumentar la necesidad de aumentar plantillas, o solo por preferencias temáticas personales, se han ido creando consultas sobre patologías específicas, que rápidamente se saturan y se mantienen con la revisión periódica de los mismos pacientes. Los médicos de familia hemos sido espectadores de muchas de estas aventuras, en las que cierto jefe de servicio nos ha alentado a derivar pacientes para determinada consulta, que en poco tiempo había conseguido generar lista de espera.
- Las listas de espera: en sí mismas son un elemento perverso, ya que justifican más inversiones en el mismo servicio. Pero es tan fácil generarlas... Si se llenan las consultas de revisiones de pacientes que en su mayoría no lo precisan, dejando escaso margen para nuevas visitas; si no se aprovechan las infraestructuras (sean consultas, quirófanos, instrumentos de imagen...) en horarios extensos (en AP siempre hemos trabajado mañana y tarde, por qué no en el hospital); si se permite la reiteración de pruebas y visitas no resolutorias...
- La “puerta falsa” de entrada al sistema: los manuales pueden decir que la puerta de entrada al sistema es la AP, pero eso en gran parte ya no es así. Quizás ese papel lo ha usurpado la puerta de urgencias de los hospitales (ejemplo máximo del sinsentido en que se ha convertido el hospital, atendiendo muchos pacientes que no deberían estar ahí y “engulléndolos” dentro de su maquinaria). Tampoco podemos menospreciar en este sentido el papel que juegan las interconsultas entre servicios, que acaban creando un “circuito intrahospitalario de pacientes VIP” (no necesariamente en un sentido positivo, más bien son pacientes con alto riesgo de yatrogenia por el exceso de pruebas y tratamientos a que son sometidos), y conformando en definitiva una de las mayores deficiencias del sistema: la inequidad. Porque no todos los pacientes tienen la misma posibilidad de entrar en ese engranaje hospitalario, llevando a extremos insospechados la bien conocida ley de los cuidados inversos, enunciada por Julian Tudor Hart<sup>3</sup>.

- Ausencia de recomendaciones sobre prácticas clínicas que se deberían evitar para no realizar intervenciones innecesarias a los pacientes, contribuyendo con frecuencia al “encarnizamiento terapéutico”.
- A esto a veces puede sumarse una concepción relajada del cumplimiento del horario, un acúmulo de profesionales en el mismo espacio y a la misma hora..., por no hablar ya de casos de manifiesta ilegalidad, como el solapamiento de actividades privadas y públicas.

De un tiempo a esta parte, con el supuesto objetivo de reducir listas de espera, se ha generado un elemento más perverso si cabe, con la creación de la figura del “médico de admisión”. Amparados en un anonimato impune (solo un sello del servicio sin nadie que asuma responsabilidad) se devuelven informes de derivación con la excusa de lo innecesario de la visita, o negando la pertinencia del carácter preferente que se le haya atribuido, o en cualquier argumento peregrino que se quiera esgrimir. ¿De dónde ha salido esta especialidad de “médico de admisión”? ¿En base a qué poderes pretenden saber más de un paciente al que desconocen que su propio médico de familia? ¿Quién ha otorgado estas plazas que nunca han aparecido en una convocatoria de oposiciones?

Algunos de quienes conocen mis argumentos esgrimen, como razón para mantener este estado de cosas, la falta de formación o de interés de muchos médicos de familia. Admito que, como en cualquier profesión, el nivel de cualificación no es uniforme, y que seguro que todos tenemos mucho en qué mejorar, pero me gustaría dejar una reflexión con respecto a la responsabilidad de políticos y gestores. Quienes han permitido que los excelentes médicos de familia formados en nuestras unidades docentes hayan engrosado en gran medida las plantillas de servicios de urgencia hospitalarios o las cifras de la emigración, manteniendo en cambio contratos en AP a profesionales con formación manifiestamente mejorable (y qué decir de los médicos de familia de excelente formación que han malvivido de sustituir a aquellos), alguna responsabilidad tendrán. No puedo dejar de recordar aquí la nefasta oferta pública de empleo “extraordinaria” en los estertores del último gobierno Aznar, que, a imagen y semejanza de las convocatorias hospitalarias (aquello de confirmar en la plaza al protegido al que se la ha buscado antes una interinidad), transformó a los interinos en titulares. Qué duda cabe que, después de muchos años sin convocarse

oposiciones, muchos compañeros (que hubieran superado sin mayores problemas una oposición) no tuvieron otra oportunidad para consolidar su empleo, pero de paso cuántos mediocres, cuando no auténticos incompetentes (alguno se ha valido bien de esa titularidad para “trepar” sin decoro en base a amiguismos inconfesables), encontraron su acomodo.

¿Tiene esto arreglo?

Por supuesto que sí. Muchos de los protagonistas de esta historia deberíamos estar jubilados en poco más de 10 años. Hay que renovar las plantillas de nuestros centros de salud. Que no se repitan los errores. Contamos con excelentes profesionales. Se necesitan ofertas públicas de empleo que permitan que los más cualificados (no necesariamente los más antiguos, ni los más bregados) ocupen las plazas de AP. Denles medios, denles capacidad resolutive... Que el hospital se ocupe exclusivamente de aquello que

le compete. Ese es el camino de la eficiencia... y la única garantía de pervivencia de nuestro Sistema Nacional de Salud.

### BIBLIOGRAFÍA

1. El refortalecimiento de la Atención Primaria, objetivo fundamental en las políticas sanitarias del Gobierno de Castilla-La Mancha. Disponible en:<http://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-refortalecimiento-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-objetivo-fundamental-en-las-pol%C3%ADticas-sanitarias-del> (con acceso el 1-9-2016).
2. Ayuso Raya C, Escobar Rabadán F, Boix Gras C, Navarro Piñero P, Ramos Guisande C. La Práctica de la Medicina de Familia en el National Health Service. Rev Clin Med Fam. 2011;4:57-68.
3. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;i:405-12..

**Francisco Escobar Rabadán**

Médico de Familia del Centro de Salud Zona IV de Albacete (España).