

# Encuentro con Ana Rico



*Coordinación sanitaria y Atención Primaria:  
la importancia de los “superespecialistas”,*

a cargo de Iskra Ligüerre Casals

Barcelona, Hotel Catalònia Ramblas (c. de Pelai, 28),  
el 19 de Junio de 2007

## **Biografía profesional**

Ana Rico es *Associate Professor of Health Politics* en el Departamento de Gestión y Economía de la Salud de la Universidad de Oslo, Noruega, desde 2004. Desde 2003, es también profesora visitante en la Universidad Erasmus de Rotterdam (Holanda).

Entre 2003 y 1999 trabajó como investigadora *senior* en el centro español del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios de la OMS, y para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Entre 1995 y 1999 trabajó como profesora para la Universidad Carlos III de Madrid y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Es licenciada en Sociología (por la Universidad Complutense de Madrid), master en Ciencias Sociales (CEACS, Instituto Juan March) y en Economía de la Salud (U. York, GB), y doctora en Sociología y Ciencias Políticas (Universidad Autónoma de Madrid). Sus preferencias en cuanto a campos de investigación son la política comparada, la descentralización del gobierno, las reformas sanitarias, la equidad en el acceso, la Atención Primaria e integrada, y la satisfacción de los ciudadanos.

Ha publicado artículos sobre reforma y política sanitaria en revistas como el *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *Regional Studies*, *Public Choice*, el *Journal of Social Policy and Administration*, *West European Politics*, *Medicina Clínica*, *Gaceta Sanitaria*, y *la Revista de Administración Sanitaria*. También ha colaborado en la edición de dos libros sobre descentralización sanitaria en España, y Atención Primaria en Europa (Saltman, Rico i Boerma, 2005; López Casasnovas i Rico, 2001).

## **Coordinación sanitaria y Atención Primaria: la importancia de los “superespecialistas”**

**Existe acuerdo entre políticos y expertos sanitarios, tanto en Europa como en otros países, sobre el rol de la Atención Primaria (en adelante AP) como centro de gravedad de un sistema sanitario bien diseñado.** A pesar de ello, la cuestión de los mecanismos organizativos más adecuados para hacerlo realidad es incierto.

Además, la falta de prioridad política que se le concede a la AP es un hecho que resulta paradójico, cuando menos, dada la evidencia estadística existente en la actualidad sobre su impacto positivo en el gasto, la satisfacción y los resultados en salud (Starfield, 2005, Health Evidence Network, 2004, Macinko et al 2003).

Las reformas de la AP para mejorar su papel dentro del sistema sanitario se pueden clasificar en tres categorías en función del objetivo finalista (ampliar el poder, las funciones o los recursos): reformas dirigidas a aumentar el poder de la AP (como comprador o coordinador); reformas sobre otros niveles de atención (para ampliar la cartera de servicios de la AP como proveedor); y, finalmente, reformas en los mecanismos de apoyo (aumento del peso presupuestario dentro del gasto sanitario, la inversión tecnológica, y mejoras en formación y gestión de los profesionales de la AP). Una segunda dimensión que ayuda a clasificar las reformas organizativas de la AP en Europa son los tres tipos organizativos genéricos: mecanismos de mercado, donde existe cesión del poder y del presupuesto de compra de atención especializada y comunitaria a los profesionales de la AP; jerárquicos y de red, rol de *gatekeeper* y filtro de la demanda y equipos multidisciplinares; e integración vertical de tipo jerárquico para mejorar la integración y coordinación.

Sin embargo, **el hecho evidente es que los cambios sociodemográficos y epidemiológicos de las últimas décadas generan la necesidad creciente de coordinación**, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de servicios sanitarios. Algunos de los factores que soportan esta afirmación son: el cambio de perfil epidemiológico de las enfermedades agudas a enfermedades crónicas, el aumento del envejecimiento de la población en los países desarrollados y de la

comorbidad, el aumento del relevo del gasto sanitario (que aumenta en gran parte por el coste de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas), la aparición de las nuevas tecnologías (con todo el abanico de posibilidades y, por qué no decirlo, problemas), y la creciente desigualdad social en el acceso a la atención especializada de segundo nivel en favor de las clases altas.

**Con la necesidad de coordinación aparecen las dificultades estructurales, organizativas y administrativas, pero sobre todo las dificultades de los profesionales.** Estas dificultades se concretan en aspectos como las asimetrías en la atribución del poder informal que cae sobre esas tareas más complejas, con más tecnología y de mayor incertidumbre, es decir, en las especialidades hospitalarias. La reputación social e institucional se basa en el grado de sub-especialización y el contenido científico versus el contenido social de las tareas. Estos desniveles potencian relaciones entre los especialistas de diferentes niveles asistenciales basadas en el desconocimiento, la desconfianza, e incluso el descrédito.

**Los médicos de familia, en su rol de superespecialistas, poseen el conocimiento necesario y las habilidades para convertirse en el centro del sistema, en puerta de entrada y mantener el liderazgo de la coordinación entre los niveles asistenciales.** Pero falta, desde todos los niveles, el reconocimiento de este rol y el aumento de reputación frente a los sub-especialistas.

Así pues, **la situación actual** (a pesar del discurso político que no de los hechos), **presenta una AP con rol “débil”, bajo prestigio y reputación, una escasa implantación en la Universidad y un bajo porcentaje del presupuesto destinado a sanidad.**

¿Qué pasa en Europa, mientras tanto? Los modelos de organización de la AP en Europa se corresponden fundamental con el tipo de Sistemas Sanitarios. Así pues, en los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) de los países escandinavos, Gran Bretaña y países del sur de Europa, la AP juega el papel de *gatekeeper*, se organiza en equipos multidisciplinares y trabaja sobre la base de una población adscrita. En cambio, en los Sistemas de Seguridad Social (SSS) (con la excepción de Holanda), de los países de

Europa continental, son profesionales liberales independientes, concertados con el sector público<sup>1</sup>, los que prestan los servicios de la AP.

Los modelos organizativos de jerarquía y de mercado como mecanismos de coordinación han fracasado, ya que las características específicas de la atención sanitaria generan obstáculos importantes para su funcionamiento. **El modelo que se está extendiendo en Europa es el trabajo en redes y cooperación entre profesionales.** En nuestro entorno, sistemas competitivos podrían ser perjudiciales para la cooperación. Para una coordinación sanitaria eficiente se debe promover la cooperación local entre los profesionales sanitarios.

Los modelos de coordinación establecidos en diferentes países de Europa se basan, así pues, en los sistemas de salud y las características organizativas de la AP<sup>4</sup> que se derivan de ellos. Por lo que se refiere a **sistemas de salud**, encontramos:

- a. **SNS** (Sistema Nacional de Salud): donde el Estado tiene el monopolio en las decisiones políticas.
- b. **SSS** (Sistema de Seguridad Social) donde las decisiones políticas se comparten entre el Estado, las aseguradoras y los profesionales.

En cuanto a modelos organizativos de la AP, se distinguen tres:

- a. **Modelo 1 (M1):** modelo enmarcado en un SNS, característico del Reino Unido y Dinamarca, donde los médicos de AP son profesionales independientes, contratados por el sector público.
- b. **Modelo 2 (M2):** modelo característico de los países con un SSS (excepto Holanda) con médicos de primaria independientes, que trabajan de forma individual compitiendo con la Atención especializada ambulatoria como puerta de entrada del sistema.
- c. **Modelo 3 (M3):** modelo de países con SNS, donde los médicos de AP, a pesar de tener un rol fuerte en el sistema, son asalariados de la Administración, con toda la falta de autonomía que ello conlleva.

De los aprendizajes políticos esenciales resultantes de la evidencia conocida, se puede concluir que **se necesita un grupo de profesionales comprometidos y de asociaciones científicas de AP potentes para potenciar los cambios políticos**; y que, **para tener una AP fuerte, se requiere una redistribución, previa a los cambios en las instituciones, de los recursos** (coordinación / mecanismos de control).

Así pues, **en el ámbito de la innovación organizativa, en la Europa actual se establecen mecanismos de red como herramienta para las reformas pro-coordinación**. La AP es el eje de integración entre la atención comunitaria/socio-sanitaria y la atención especializada hospitalaria.

**En el modelo danés**, por ejemplo, **se establece el contrato de los médicos de primaria a tiempo parcial en los hospitales. Se potencia el rol de asesores para la coordinación** entre la AP y los hospitales en servicios como consultas externas de ginecología, medicina interna, urgencias o cirugía general. También se potencia el rol de coordinadores entre servicios.

La evidencia actual apunta que **algunos mecanismos de mercado, como la descentralización de presupuestos a los médicos de cabecera estimulan la cooperación**. La cooperación local entre profesionales puede ser un mecanismo de coordinación muy efectivo pero también muy costoso; no existe evidencia sobre el impacto efectivo de los incentivos monetarios *versus* el mayor poder y oportunidades para mejorar la calidad.

**Los médicos de cabecera y los centros de AP (con suficientes recursos e independencia) parecen ofrecer ventajas sobre los gestores públicos como coordinadores de otros niveles**, pero también existe evidencia en otras profesiones como enfermería, medicina interna o geriatría.

**El Estado tiene un papel como regulador esencial** estableciendo políticas basadas en la evidencia, evaluando innovaciones locales costo-efectivas y fomentando su difusión, interviniendo en mecanismos financieros y garantías de responsabilidad, y también como agencias independientes de apoyo a la cooperación.

---

En Europa, de los países con SNS, cuatro tienen modelo público (M3): España, Finlandia, Suecia y Portugal; el resto tienen un modelo mixto (M1). Los países con SSS tienen modelo privado (M2) con una AP débil y en transición a un M1.

En España, la reforma de la AP (RAP) (M3) en sus inicios encontró una fuerte resistencia política. El Gobierno, la OMS y la población estaban divididos entre un M1 y un M3; por este motivo se tardan 10 años en aprobarla y ejecutarla. A pesar de la escasa prioridad política, la RAP avanzó gracias a la iniciativa de gobiernos autonómicos, sindicatos y profesionales. **La RAP comportó una transferencia de recursos de poder beneficiosa pero insuficiente. Su impacto (aún sin evaluar) ofrece puntos positivos y negativos: es altamente costo-efectiva para patologías agudas, pero presenta límites para promover una AP fuerte y flexible.**

Queda, así pues, cierto camino por recorrer, que se puede concretar en los siguientes aspectos:

- ✓ Conseguir un mayor equilibrio de poder entre la AP y los hospitales para promover un SNS ágil y coste-efectivo.
- ✓ Promover una representación profesional fuerte y unificada, vía transferencia de recursos financieros e institucionales públicos, sería clave para corregir las asimetrías de poder a medio y largo plazo.
- ✓ Experimentar con nuevas formas de propiedad y gestión mixtas que permiten una mayor autonomía profesional, que puede ayudar a conseguir una AP fuerte.
- ✓ Transferir otros recursos de poder:
  - Financieros: salarios, capitación y presupuestos.
  - Conocimientos: tecnología, especialidades en AP, gestión clínica, nuevas disciplinas, recertificación y evaluación.
  - Organizativos: contratación y derivación autónomas.
  - Institucionales: nuevas responsabilidades (cuidado de crónicos, coordinación entre niveles y elección del paciente) retribuidas a parte.
- ✓ Potenciar cambios políticos en cuanto a una mayor representación profesional (posible co-gobierno del sector)

Todo ello con la visión de transformar el modelo público hacia modelos mixtos, que pueden favorecer una AP más fuerte y flexible para adaptarse a los nuevos retos sociales que se presentan.

## **Discusión posterior**

El debate posterior a la presentación de la Dr. Ana Rico se inicia con la pregunta: **¿La autonomía profesional mejora la coordinación?** Existe bibliografía americana que evidencia que se obtienen mejores resultados en coordinación asistencial entre proveedores públicos que con modelos empresariales.

Sobre los riesgos de privatización de nuestra sanidad, se considera que se debe modificar el discurso por la poca plausibilidad en nuestro entorno. Pero **se debe fortalecer el discurso de la evaluación en el cumplimiento en los resultados en salud y la mejora del nivel de gestión de nuestros directivos.** Políticamente, el establecimiento de nuevos copagos parece tener demasiados costes.

**Cataluña presenta un modelo de AP basado en médicos de familia con retribución salarial y poca autonomía.** Un modelo que ha propiciado unos profesionales con una excesiva carga laboral, con poca remuneración y muy poco prestigio y reconocimiento. Un modelo que no incentiva una AP resolutive, innovadora o con motivación para trabajar para una mejora coordinación entre niveles asistenciales. **Es necesario encontrar incentivos (seguramente para el 20% de profesionales más motivados) para potenciar el liderazgo en la coordinación de los niveles asistenciales.**

Se insiste en que para fortalecer el rol de la AP es necesario conseguir la implicación de la Administración con medidas de presión como las que se obtendrían si se dispusiera de **una sociedad científica única que reivindicara un aumento de recursos (imprescindible) y potenciara el concepto de superespecialista clave en el sistema, en su eficiencia y su sostenibilidad.**

**Los modelos europeos para seguir y aprender en estos momentos son los del Reino Unido y Holanda.**

Encuentros con el experto: Ana Rico

---

También se comenta durante la discusión la feminización de los profesionales de la AP, y se constata la necesidad de una mayor flexibilidad horaria para hacer compatibles la vida laboral con la personal.

