

## **NEWSLETTER Abril 2014**

- **Pensando en la agenda postcrisis**
- **Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos?**
- **Medicina socializada frente a medicina capitalista: ¿personas o dinero?**
- **La teleatención no disminuye la frecuentación de pacientes crónicos en atención primaria**

## **PENSANDO EN LA AGENDA POSTCRISIS**

Pomar Reynes JM

Director Gerente. Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias del sagrado Corazón de Jesús. Málaga.

Van a cumplirse seis años del inicio de la grave crisis económica que todavía estamos padeciendo, cuando algunos indicadores apuntan a que puede comenzar una lenta recuperación. Una crisis que precipitó medidas y cambios, muchas veces traumáticos, como los denominados recortes, y de cuya imprevisión deberíamos asimilar algunas lecciones para trazar una agenda postcrisis para nuestro Sistema de Salud.

Basta con recuperar las agendas del primer trimestre de 2008, para verificar que eran momentos de impulso de nuevas y grandes infraestructuras; de rápido crecimiento de las plantillas, que absorbían la masa de médicos y enfermeros hasta la importación de profesionales; de negociación de subidas salariales; de un gran avance en tecnología sanitaria; de la configuración de modernos centros de investigación... En conjunto, una evolución expansiva que sin duda contribuyó de alguna forma al progreso de nuestro sistema, pero que no siempre estuvo guiada por la racionalidad.

Es también justo reconocer que, desde algunos sectores de la política sanitaria y desde los foros de la economía de la salud y de la gestión, se alertaba prudentemente sobre el rápido crecimiento del gasto sanitario y sobre la necesidad de orientar nuestro sistema sanitario hacia la senda de la sostenibilidad, con medidas de racionalización y un programa de reformas. Pero estas advertencias no llegaron a configurar un proyecto aceptado, ni una guía de futuro, ni un plan ante las contingencias adversas.

Muy probablemente, el escaso eco del discurso sorprendió al sector poco preparado y, por este motivo, el liderazgo de las medidas se ha orientado, preferentemente, desde fuera del mismo. De este modo, junto con aspectos positivos como el ajuste en el gasto farmacéutico, otras decisiones, adecuadas en su contexto, han llegado en mal momento, poco compatibles con la penuria de los ciudadanos, como algunos copagos o las restricciones de acceso. En otros casos, no se ha tenido en cuenta que los costes de transacción de la aplicación de algunas medidas neutralizaban los beneficios estimados y, en demasiadas ocasiones, ha faltado valentía para aplicar criterios de coste-efectividad o de evaluación de resultados, cediéndose con facilidad a la hora de aplicar directrices de cambio. Así, terrenos como las políticas de compras, la planificación del terciarismo, de los laboratorios, el uso de la tecnología, la apuesta sociosanitaria, la gestión clínica o los acuerdos con el sector privado, y con las organizaciones no lucrativas, no se han usado suficientemente en la lista de acciones anticrisis. Ni siquiera se han operado modificaciones en la esclerosada gestión de los recursos humanos, que ha sufrido retrocesos importantes.

Tampoco la crisis, en contra de lo que se podría haber esperado, ha engendrado acuerdos políticos o consensos sobre las prioridades en los cambios, ni ha supuesto avances en la profesionalización y empresarialización de la gestión. Al contrario, hay una palpable debilitación del liderazgo político y una pérdida de recursos directivos, por adelgazamiento de los equipos y por el trasvase al sector privado de profesionales experimentados.

El panorama actual debe basar su optimismo en un sistema resentido, pero que ha resistido y en la oportunidad de futuro, para la que se impone trabajar. Trabajar para recuperar el discurso de la planificación y las reformas, con el tiempo suficiente para ordenarlas y priorizarlas en función de su impacto sobre los resultados en salud, en mejoras para la organización y en garantizar la perdurabilidad de las prestaciones de forma eficiente.

Para ello se impone comenzar a construir esta agenda que debería ser ampliamente compartida en el momento en que de nuevo sea posible contar con nuevos recursos para el sistema sanitario.

La Fundación Signo propuso hace tres años seis líneas de trabajo para reorganizar el sistema, y las próximas Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios van a evolucionar las reflexiones entorno al mismo temario, con nuevas formulaciones. Esta y otras son muy probablemente un ejercicio y un compromiso para ir desarrollando esta nueva agenda.

Una agenda postcrisis que debe recuperar los valores de nuestro sistema, con visión flexible y adaptada a la nueva realidad, que deberá ser más transparente y alejar la desconfianza, donde la rendición de cuentas y la objetividad en las propuestas y la medición de resultados debería ser un garante democrático. Y una agenda que debe empezar por recomponer aquellas áreas y a aquellos colectivos que más afectados se han visto: ciudadanos más frágiles y profesionales desanimados o con pocas perspectivas de futuro.

Una agenda postcrisis que permita el arranque de soluciones bien apuntadas, desde un nuevo liderazgo profesional y un nuevo compromiso ético: abordaje de la cronicidad, uso de la tecnología, recuperación de la integración de niveles, recuperación de posiciones en investigación... y desde una nueva política sanitaria que armonice e integre territorios y busque alternativas al gobierno de la sanidad desde el consenso.

Gest y Eval Cost Sanit, 2014;15(1):9-10

## **MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA EN LA CONSULTA: ¿HACIA DÓNDE CAMINAMOS?**

*M. Jesús Cerecedo Pérez ab, , Margarita Tovar Bobo c, Aurora Rozadilla Arias d, a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Saúde Perillo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España*

*b Miembro del GdT de Salud Mental de Semfyc, España*

*c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Saúde Culleredo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España*

*d Enfermería de Atención Primaria Psicología Clínica, Centro de Saúde Culleredo, Servicio Galego de Saúde, A Coruña, España*

### Resumen

El poder de la medicina ha hecho atractiva la idea de «medicalizar» aspectos de la vida que se pueden percibir como problemas médicos aun sin serlo. La medicina, como reflejo de la cultura del bienestar, genera en ocasiones falsas necesidades, y aspectos de la vida cotidiana son medicalizados con el pretexto de tratar falsas enfermedades como astenia primaveral y timidez, o procesos biológicos naturales como la menopausia.

A pesar del mayor bienestar material, cada día atendemos a más personas que se quejan de malestares que quizá tengan más que ver con «estar mal» que con auténticas «enfermedades». La lista puede ser interminable: tristeza, niños hiperactivos, vigorexias o adolescentes problemáticos, entre otros. En este artículo se revisan algunas intervenciones que desde la consulta contribuyen a fomentar dichas situaciones. La adversidad cotidiana adquiere hoy rango de enfermedad, de ahí el notable aumento de las consultas en los diferentes dispositivos sanitarios.

Atención Primaria, Vol. 45. Núm. 10. Diciembre 2013

Texto completo:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/medicalizacion-vida-consulta-hacia-donde-90258553>

## **MEDICINA SOCIALIZADA FRENTE A MEDICINA CAPITALISTA: ¿PERSONAS O DINERO?**

*Salvador Pertusa Martínez, Médico de familia, Centro de Salud de Cabo Huertas (Alicante)*

Como parte del proceso de actualización que me permite el mes específico de formación (MEF) otorgado por la Unidad Docente de Medicina de Familia de Alicante, este año he elegido realizar una estancia en los Estados Unidos de América para conocer su sistema sanitario, especialmente su Atención Primaria, y analizar las ventajas y desventajas del mismo en relación con nuestro servicio nacional de salud y con otros servicios internacionales como el británico, que también estudié hace unos pocos años.

No resulta fácil en 3 semanas diseccionar y comprender en profundidad un sistema tan complejo como el americano pero sí hacerse una idea cabal de cómo trabajan los médicos de familia americanos, sus preocupaciones, sus intereses, sus dificultades, su vida, objeto de mi estancia en este país.

El pasado 3 de marzo aterricé en Filadelfia excitado y lleno de ilusión por cumplir un viejo sueño. A priori, la tarea no se presentaba sencilla pero me considero muy afortunado al haber contactado con las personas más adecuadas del mundo que han hecho posible mi sueño americano ("my American dream") y a las que estoy enormemente agradecido (ver agradecimientos).

El Dr. Michael Doyle ha sido mi principal guía y me ha mostrado una imagen plena de lo que es (o yo matizaría de lo que ha sido durante muchos años) un médico de familia americano. Trabaja solo en su clínica abierta hace ya más de 50 años, con la ayuda de una recepcionista y una manager, su esposa. Yo lo calificaría como el médico de familia «todo terreno» que a mí siempre me habría gustado ser: pasa consulta en un despacho de su centro de salud, realiza todo tipo de actividades médicas y clínicas, incluidas la extracción sanguínea, la toma de presión arterial, la realización de ECGs, los procedimientos habituales de cirugía menor, etc.; acude a los domicilios de sus pacientes y a las residencias de ancianos de la zona cuando es requerido y, además, visita diariamente a sus pacientes ingresados en el hospital de su área. Y uno no puede menos que preguntarse si un médico es capaz de hacer todas estas actividades diariamente. Y la respuesta es un sí categórico que yo he tenido la fortuna de comprobar personalmente.

En un día normal atiende a unos 15-20 pacientes en su consulta (de 9 a 12 h y de 14 a 17.30-18 h) y hacia el mediodía, tras una comida ligera durante el camino, acude al hospital a visitar a sus pacientes ingresados (3-5). Aunque suele trabajar todavía con historias clínicas en papel, posee un ordenador en su despacho que utiliza parcialmente para registrar los datos más importantes de sus pacientes, y para conectarse con su hospital de referencia. Es todo energía, experiencia, ganas de aprender, sabiduría y prestigio, con un trato muy cercano con sus pacientes. Desgraciadamente también compruebo que es «una especie a extinguir».

La otra clínica que he visitado, el Howell-Jackson Medical Center, y en la que pasado consulta con el Dr. John Gumina y su equipo es muy diferente, más moderna, totalmente informatizada y constituida por un grupo de diferentes profesionales un poco más parecido a nuestros equipos de Atención Primaria pero todavía con importantes diferencias: son 5 médicos de familia, 2 enfermeras, 2 auxiliares de clínica y varias administrativas (unas 14-15 personas en total) que ofrecen consulta de Medicina de Familia, servicios (no consulta) de Enfermería, extracciones sanguíneas (que realiza una persona especializada que llaman una «phlebologist» o flebóloga, que no es una enfermera) y servicio de Radiología (que realiza una técnico de rayos). Llama un poco la atención el papel de Enfermería, supeditado al del médico como en España, pero no como en el Reino Unido.

En ambos centros sanitarios sorprende la distribución de los despachos, el mobiliario y la forma de atender a los pacientes. Disponen de múltiples despachos pequeños de unos 8-10 m<sup>2</sup> que utilizan bien como despachos médicos bien como salas de exploraciones, dotadas con una mesa de exploración moderna, automática y regulable en altura y una pequeña tarima o mostrador donde está ubicado el ordenador y el diferente material clínico en pequeños armarios. No existe una mesa donde el médico o la enfermera entrevista al paciente. Estos profesionales realizan la anamnesis y la exploración casi simultáneamente mientras el paciente permanece sentado en la mesa de exploración. En el primer caso, el médico tomaba sus notas a mano y en el segundo lo hace a través de un completo programa informático local aunque el centro está conectado con el hospital de referencia y con otros centros pertenecientes a la compañía de seguros que gestiona esta zona. Mi impresión es que prestan poca atención a la entrevista clínica.

Básicamente y desde el punto de vista clínico he observado muy pocas diferencias en el abordaje de los pacientes y siento que mis colegas americanos tienen poco que aportarme como médico de familia. Podría decirse que tenemos los mismos pacientes, con los mismos problemas de salud y similares aproximaciones diagnósticas y terapéuticas, aunque con pequeñas diferencias. Lo que en cambio llama poderosamente la atención es la forma en que los pacientes acceden al sistema, cómo se desenvuelven por él y la permanente atención a un elemento: el dinero. Y es que aquí y con gran diferencia con nuestro Sistema Nacional de Salud o el NHS británico las empresas que financian los servicios sanitarios son las grandes compañías aseguradoras. Y a diferencia de nuestros países (España, Reino Unido) las reglas de juego en cuanto a temas sanitarios se refiere son muy diferentes: se rigen por las reglas del mercado.

Si un paciente precisa asistencia sanitaria en un centro de salud, clínica especializada u hospital debería tener suscrita una póliza de seguro médico con una compañía aseguradora. Así, la mayoría de los trabajadores tiene suscrito un seguro médico (existen múltiples planes de salud) bien a través de su empresa o mediante una suscripción individual o familiar que debe abonar el propio trabajador. Existen dos tipos básicos de seguro estatales llamados Medicare, que cubre la asistencia a los jubilados y a las personas con discapacidad acreditada, y Medicaid o beneficencia social para los pacientes que no tienen recursos económicos. Si uno carece de una póliza de seguros o de alguno de estos seguros comentados debe pagar la atención recibida íntegramente de su bolsillo.

Como se podrá fácilmente comprender, todos los seguros no son iguales, no ofrecen las mismas coberturas y no cuestan igual. Y es bien conocido que en temas de seguros en general y de salud en particular, la letra pequeña es enorme. Antes de suscribir uno de estos seguros el paciente debe rellenar múltiples formularios con sus antecedentes y problemas de salud que determinarán el importe de su póliza y las coberturas proporcionadas. Un elemento destacado de estos formularios es la existencia de las llamadas "preexisting conditions", es decir, trastornos o enfermedades previas que podrán condicionar que la compañía rechace tu solicitud. Y los ciudadanos y los profesionales hablan constantemente de estos asuntos porque es un tema que preocupa, y mucho, a unos y a otros.

La clave me la proporcionó el Dr. Gumina cuando el primer minuto del primer día que nos conocimos y me identifiqué como médico de familia español me dijo: Ah, vienes de España. Allí tenéis Medicina socializada, ¿verdad? A menudo, cuando me presenta a sus pacientes les indica que procedo de España donde la Medicina es gratuita, lo que genera expectación entre ellos que, rápidamente, me preguntan por este tema y los más informados añaden, como en Canadá. Una señora mayor me dice que tuvo un tumor cerebral del que fue intervenida quirúrgicamente con buen resultado. El marido se apresura a comentarme que la intervención costó 100.000 dólares (unos 80.000 euros) que, afortunadamente para ellos, cubrió su seguro. No ocurre lo mismo en otros muchos casos en los que los ciudadanos no pueden afrontar los gastos médicos originados por su enfermedad y entran en serios problemas económicos o en aquellos pacientes que abandonan sus tratamientos médicos por no poder costear los medicamentos prescritos porque son muy caros.

Mi amigo me lo corrobora: «La Medicina en EE UU es de una injusticia social intolerable». Me dice que él paga más de 350 euros al mes pero que teme ponerse enfermo y tener que acudir

al médico porque, a pesar de su buen seguro médico, el coste de la visita y el tratamiento médico le podrían suponer un gasto extraordinario considerable.

De la mano del Dr. Doyle he tenido la oportunidad única de acceder a todos los servicios del hospital donde también trabaja, el Jersey Shore University Medical Center de Neptune, New Jersey: enorme, con más de 3.000 trabajadores, complejo y sofisticado, con la más alta tecnología, completamente informatizado, deslumbrante. Por poner solo un pequeño ejemplo: su servicio de urgencias tiene capacidad para atender simultáneamente a 32 pacientes en sus respectivas habitaciones, con controles de enfermería espectaculares llenos de pantallas de monitorización de los pacientes y ordenadores por doquier. No quiero imaginar el importe de la factura de algunos de los pacientes que hemos tratado estos días durante su ingreso en servicios como la UCI, hemodiálisis, cirugía o una simple planta de hospitalización, si tendrán un buen seguro que cubra todos esos gastos o tendrán que hipotecar sus casas para financiar los cuidados de su salud. Y recuerdo en este punto el impactante documental titulado SICKO sobre el sistema de salud americano del irreverente director de cine Michael Moore. Demoleador.

Me preguntan mis colegas en repetidas ocasiones si en España sufrimos reclamaciones de nuestros pacientes y les digo que sí, pero con algunos matices. Los médicos de familia también tenemos que atender algunas reclamaciones, pero bastantes menos que determinados especialistas, tal vez porque conocemos bien a nuestros pacientes y les prestamos continuidad en los cuidados lo que parecen aceptar de buen grado como razonamiento sólido. Y cuando salgo del hospital veo un enorme anuncio de un importante bufete de abogados en el que ofrecen sus servicios a aquellos pacientes que crean haber sufrido algún problema durante su estancia hospitalaria. Y luego voy a casa, enciendo la televisión y sigo viendo anuncios de abogados que invitan a los espectadores a consultarles si han tenido algún daño o problema médico. Y entiendo la preocupación de mis colegas, incluso médicos de familia. Uno de ellos, apesadumbrado, me señala que su país no ha conseguido reducir sus elevadas tasas de mortalidad a pesar de toda la tecnología de que disponen y de la inversión económica que realiza en Sanidad.

La farmacia es otro elemento que suscita mi interés. Muchos seguros cubren parcialmente el gasto de los medicamentos, sobre todo si son genéricos, pero no muchos fármacos de marca. Es un tema que el médico debe continuamente negociar con su paciente y con su seguro y justificar (me comentan mis colegas que el papeleo con los seguros es agotador y requiere la participación de múltiples administrativos para gestionar tan ingente carga burocrática). La industria farmacéutica americana es muy potente y realiza campañas publicitarias bastante agresivas: he visto continuos anuncios en televisión en los que se habla de ciertas enfermedades y sus tratamientos y se invita a los pacientes a solicitar esos fármacos (que deben ser prescritos con receta) directamente a sus médicos. Aquí disponen también de la receta electrónica directa con la farmacia habitual del paciente que debe especificar para que el médico remita la prescripción electrónica a la misma.

A la salida del hospital y poco antes de despedirme definitivamente le indico a mi colega que he visto aspectos de la sanidad americana que no me han gustado mucho. Le señalo que en España intentamos proporcionar el mejor cuidado de salud a nuestros pacientes (que no necesariamente es el más caro) sin escatimar esfuerzos, y con un gesto no verbal y un pequeño comentario con la voz baja me da a entender que, en el fondo y como médico, está de acuerdo con mi planteamiento.

Han sido tres semanas realmente interesantes en las que he tenido la oportunidad de conocer de primera mano la realidad sanitaria americana y convivir con sus protagonistas, médicos de familia y pacientes. Y visto lo visto, no podéis imaginar lo orgulloso que me siento de vivir y trabajar en un país como España que en los últimos 30 años ha sido capaz de ofrecer a sus ciudadanos un sistema de salud, como el nuestro: universal, público, de calidad y gratuito, aún con sus múltiples problemas y defectos,. Aunque en los últimos años y por causas bien conocidas las cosas están cambiando y a qué velocidad.

Aprendamos, cambiemos lo que sea preciso para mejorarlo y hacerlo sostenible y valoremos lo que tenemos. Os aseguro que merece la pena.

## **LA TELEATENCIÓN NO DISMINUYE LA FRECUENTACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Bardsley M, Steventon A, Doll H.

Impact of telehealth on general practice contacts: findings from the whole systems demonstrator cluster randomised trial. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1):395.

### **Objetivo**

Evaluar el impacto de teleatención domiciliaria para pacientes con procesos crónicos en la frecuentación y utilización de Centros de Salud (consultas de médico y enfermera de familia).

### **Método**

Estudio controlado y aleatorizado pragmático realizado en centros de salud del Nuffield Trust británico sobre pacientes con EPOC, diabetes o insuficiencia cardiaca, mayores de 18 años. La presencia de la enfermedad se constataba mediante la filiación en los registros de Atención Primaria o confirmación por un miembro del equipo del Centro de Salud o de un consultor de un hospital de referencia. No se excluyeron pacientes que tuvieran comorbilidades asociadas.

### **Intervención.**

El carácter pragmático del diseño permitió flexibilizar la modalidad de dispositivos y sistemas de monitorización en cada centro, aunque todos dispusieron de pulsioxímetro, glucómetro y básculas para monitorización a distancia. Se monitorizaba a los pacientes hasta cinco veces a la semana y se les enviaban mensajes de educación para el manejo de su enfermedad. Las alertas en los parámetros eran transmitidas a enfermeras especialistas de centros de monitorización o bien a la plantilla de los centros de salud. El seguimiento se realizó durante 12 meses desde la instalación de los dispositivos de telemonitorización en el domicilio de los participantes. Se monitorizó el número de citas con el médico o la enfermera de familia a partir del Sistema de información de los Centros de Salud, así como el registro en historia clínica de la HbA1c, peso, saturación de oxígeno y flujo respiratorio.

### **Resultados**

No se hallaron diferencias en los contactos con el médico o la enfermera de familia en los 2.317 pacientes crónicos de 179 Centros de Salud incluidos en el estudio. Tampoco encontraron diferencias en el registro en historia clínica de la HbA1c, saturación de oxígeno o parámetros espirométricos.

### **Conclusión**

La teleatención no modifica el número de contactos con médicos y enfermeras de familia y el impacto de esta modalidad de atención en Atención Primaria puede estar influenciado por otras características de la atención sanitaria.