



# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



## EDITORIAL semFYC

### Medicina socializada frente a Medicina capitalista: ¿personas o dinero?

### Socialised medicine versus capitalist medicine: people or money?

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 medio día, 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. Demoledor.

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.

Agradecimientos:

A los Dres. José Miguel Bueno, Richard Roberts, Michael Doyle y John Gumina, y a mi querido amigo de la infancia, el Dr. Luis F García, físico y escritor, residente en EE UU desde hace más de 30 años, que me ha brindado su casa, su hospitalidad y su amistad durante este tiempo.

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

Correo electrónico: [salvador.pertusa@gmail.com](mailto:salvador.pertusa@gmail.com)