

2015, el día a día de un médico de cabecera

J. Gervas^a y J. Simó^b

^aMédico General de Canencia de la Sierra. Madrid.

Equipo CESCA. Madrid.

^bMédico de Familia del centro de salud Altavix. Elche.

Plataforma 10 minutos.

COMENTARIO DE LOS FIRMANTES

De vez en cuando conviene reflexionar. Reflexionar y releer las cosas que escribimos a comienzos del siglo XXI y valorar nuestra capacidad de análisis y de predicción. Lo hacemos en 2020, mediante este relato de un día cualquiera del final del verano de 2015, de un médico de cabecera español. Suponemos que si esto se hubiera escrito en 2005 sonaría a ciencia ficción, pero ahora es la realidad cotidiana más vulgar, superada en muchas cosas. El médico del relato tenía 47 años cuando lo escribió, vocación y formación sobrada, y algún problema personal. Es un médico de cabecera cualquiera, algo por encima de la media en cuanto a compromiso profesional, con experiencia suficiente para poder describir su realidad de 2015, en contraste con sus tiempos iniciales en 2005, cuando consiguió un contrato de interino pocos años después de acabar la residencia. Este relato ha llegado de forma anónima a nuestras manos, pero hemos hecho las comprobaciones pertinentes y podemos dar fe de la certeza de su contenido. Lo publicamos sin cambio alguno, y sólo nos hemos atrevido a apostillar alguna cuestión concreta con notas a pie de página, para ayudar al lector de 2020.

EL COMIENZO DEL DÍA

Hoy he empezado la consulta a las 10 de la mañana. Normalmente empiezo antes, a las 8, pero hoy era el primer día de colegio de la niñas y las he querido acompañar. Las he recogido en casa de mi ex y las he llevado al colegio. Hemos ido andando y a las 9 las he dejado. Me conviene este contacto y esta normalidad. Está siendo un tiempo duro en lo personal, con la separación y mi “salida del armario”, tan traumática en lo social por mucho que digan que la sociedad es ahora más tolerante. Ahora vivo en mi nuevo piso, con Antonio.

Me he levantado, como siempre, a las 6 de la mañana y he entrado en internet para echar una ojeada a los infor-

mes recién llegados de mis pacientes (de urgencias, del laboratorio, radiología y de otros especialistas) y contestar a un par de consultas electrónicas urgentes (una de ellas, de un familiar del paciente ingresado esta noche, derivado desde su domicilio, y del que acababa de recibir tanto el informe de primaria como del hospital, con la primera valoración de lo que puede ser una embolia pulmonar), además de ponerme al tanto de lo último publicado en mis revistas y por mis autores preferidos. Había, además, un resumen de la prensa científica y profesional que envían diariamente desde la Gerencia. Muy interesante la mejora de la mortalidad cardiovascular en nuestra área, uno de los objetivos del plan quinquenal. También ha llegado la valoración de la última auditoría de mi consulta, del semestre pasado, con la nota máxima (eso repercutirá en la bolsa de incentivos a final de año, y en mis posibilidades de ampliar el cupo, y de contratar una enfermera en exclusiva para mis pacientes).

He visto la prensa en Internet, los titulares, y al salir de casa he comprado el periódico (me gusta el papel, aunque sea anticuado) y he desayunado un café rápido en el bar de abajo. Antonio suele volver tarde por la noche, pues es actor de teatro, y me da pena despertarlo (de hecho, me da ternura verlo dormir a pierna suelta, tan bello e indefenso).

En el periódico, la noticia, con su titular: “La mortalidad cardiovascular desciende un 5% en España y un 10% en nuestra comarca. Las actuaciones de los médicos de cabecera han sido la clave”. No está mal; llevamos 4 años detrás de ello. Anima, ya parece que sirvamos para algo. No hace muchos años, titulares como “Despilfarro farmacéutico” o “La Administración incentivará a los médicos por reducir el gasto farmacéutico”, nos hacían sentir culpables. Estamos hablando de hace poco, 10 años. La gente pensaba, claro, que los médicos de cabecera no sabían hacer (o no hacían) otra cosa que recetar y, además, por lo que decía la prensa, lo hacían mal y gastaban mucho. Con tal desprestigio no era raro que emigráramos a otros países europeos. Hoy eso se ha acabado, y muchos hemos vuelto. Las ideas y prácticas de otros países están siendo muy útiles para apoyar los cambios que se iniciaron en 2010. Así, es un hito que desde 2013, por primera vez, los estudiantes

Correspondencia: J. Gervas.

Travesía de la Playa nº 3.

28730 Buitrago del Lozoya. Madrid.

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

elijan Medicina de Familia como primera especialidad cuando tienen que hacer el MIR¹.

EL HORARIO

En un día normal empiezo pronto, con un tiempo de casi dos horas de recepción sin cita, hasta las 10 de la mañana. Suelen utilizarlo estudiantes y trabajadores, y algún anciano insomne. Aprovecho el tiempo muerto para rematar el trabajo con internet y telemedicina (consultas electrónicas y videoconferencias con pacientes, familiares y especialistas con los que remato cuestiones pendientes). Dedico hasta las 12 a la consulta matinal con cita, casi toda de ancianos y de enfermos crónicos. Después tengo un par de horas para los avisos a domicilio.

Tras los avisos tengo tiempo para alguna cosa personal mía, para comer (en casa, con Antonio, es un cocinero divino), y para ir a echar una partida a las cartas con los amigos, en la “casa del médico de cabecera”. Empiezo de nuevo a las 5 de la tarde, con sesión pediátrica al comienzo. Son dos horas de consulta con cita. Y una última de nuevo sin cita, muy utilizada. Acabo a las 8 normalmente, pero el jueves me quedo hasta las 10 de la noche (para compensar la tarde del martes, en que no tengo consulta; ese día acabo al terminar los domicilios, por la mañana). Aquello de las 37 horas semanales para todos ha quedado en el olvido, y los que aceptamos el contrato tipo D no tenemos horario fijo, que queda a nuestra conveniencia siempre que cumplamos el plan de accesibilidad (horaria, cultural y social); por ejemplo, se incentivan los horarios amplios, el recibir sin cita, el conocimiento de idiomas, y el logro de la continuidad y longitudinalidad asistencial con los marginados sociales. En la práctica, hago una media real de algo más de 8 horas diarias; mucho tiempo, muy bien pagado. Y con mucha libertad. Siempre puedo sacar una tarde extra reajustando la agenda, lo que me será más fácil cuando tenga enfermera exclusiva para mi cupo, que ya ronda los 2.500. Así puedo disfrutar de tiempo libre, y dedicarlo a las niñas, o a mis actividades culturales.

LA RECETA

Hoy, mi auxiliar de consulta ha citado a 15 pacientes para las dos horas matinales. Les ha asignado tiempos según necesidad; en su mayoría 10 minutos a cada uno, pero a uno le ha dado 20 y a otros dos 5 minutos. Lo hace bien, y suele ajustarse a lo que hemos acordado al respecto (es un poco parecido a lo que había en Suecia de toda la vida, y que disfruté dos años, al acabar el MIR). Terminaré a tiempo para los avisos, uno de crónicos y otro (de media) de agudos. En algún domicilio de crónico o de terminal

me acompaña Luisa, una enfermera del centro comunitario asignada a mi cupo, y que el Consorcio ha seleccionado para tal trabajo (con la remuneración oportuna, básica y por acto, según los domicilios realizados, con el médico o a petición del mismo). Pronto espero contar con una enfermera en exclusiva para mis pacientes, seleccionada y pagada por el Consorcio, por el cumplimiento sostenido de los objetivos y podré sobrepasar los 2.500 pacientes. Llegaré al máximo, a los 3.000 pacientes en el cupo, pues estas enfermeras son muy resolutivas, tanto en consulta como en domicilio; se implican a fondo en el cumplimiento de los objetivos clínicos, y tienen el privilegio de prescribir, de un vademécum restringido nacional, que el Consejo de Salud Comarcal adapta a nuestra población.

Todas las consultas con los pacientes son siempre verdaderas consultas, casi sin burocracia, pues gracias a una movida que terminó bien, de hace ya más de 10 años (lo llamaron Plataforma 10 Minutos) se consiguió, entre otras cosas, cambiar el modelo de receta que teníamos por uno racional, con posibilidad de recetar al tiempo múltiples productos, y para tiempos definidos.

Ahora podemos prescribir tantos envases como sean necesarios para el tratamiento continuado de los pacientes, hasta un máximo de 10 medicamentos distintos para 6 meses de duración. La receta se envía por internet a la farmacia que elige el paciente, para su recogida en la propia farmacia o su entrega a domicilio. En cualquier caso, es “unidosis”, en un envase por medicamento y periodo definido, especial para cada paciente. El farmacéutico dispensa la medicación con la periodicidad necesaria y conveniente, y en caso de duda me llama, o recomienda al paciente que venga a verme. Han desaparecido las recetas físicas y los talonarios, claro. Cuando el paciente lo pide, puedo evitar Internet, y registro en su tarjeta sanitaria la prescripción, que se transforma en orden de tratamiento en la farmacia elegida, al leer la tarjeta con la clave que da el propio paciente. Por cierto, la información pierde en la farmacia el nexo entre medicación y paciente, y sólo quedan unos datos con relación a la identificación del médico, y a la edad, el sexo, la clase social, la enfermedad y el tratamiento del paciente. No hay visado alguno, ni nada parecido, pero por efectividad y para ajustarme al presupuesto suelo prescribir por principio activo, entre los medicamentos que financia el sistema público, y que obtiene “blancos” (sin nombre de fantasía), en subastas que aseguran su normalización (da igual quien gane el concurso, la presentación es siempre idéntica para idéntico principio activo).

LA BAJA LABORAL

El primer paciente citado de hoy era un profesor de instituto, en la cincuentena, diabético, hipertenso y con hipercolesterolemia familiar, que consultó por un cuadro cataral banal que ya le duraba más de 12 días. La auxiliar le asignó 20 minutos, pues la razón de consulta parecía nimia, pero hacía casi un año que no venía, así que podía servir la consulta para revisión. Así fue. Toma 4 fármacos y con una receta le prescribí la medicación que precisa pa-

¹ El MIR está en pleno proceso de renovación. Lleva 10 años de críticas continuas, y finalmente parece que desaparecerá, al tiempo de una profunda reforma de los estudios de pregrado. Se pretende dejar estos en 4 años, y que con otros tres de postgrado se obtenga el médico general polivalente que se necesita. La revolución educativa está logrando estos “milagros”. Además, los estudiantes pasan más tiempo en primaria que en los hospitales, y el peso de la enseñanza descansa más en los médicos de cabecera que en los especialistas.

ra los próximos 6 meses. Aproveché y le pedí una analítica de control que se hará pocos días antes de volver a revisión dentro de 6 meses y mientras tanto participará en las actividades para pacientes crónicos que realizan las enfermeras (en el centro comunitario), si quiere o puede. El paciente tenía afonía, por el catarro, lo que dificulta dar clase. He prescrito la baja en el formulario del ordenador, en el que he puesto la duración media de estos casos, de tres días. Como hoy es martes, el próximo viernes irá a trabajar y no será necesario que vuelva a por ningún otro papel. Ésta ha sido otra modificación racional instaurada en el proceso burocrático de la prescripción de la baja que permite evitar visitas innecesarias. Si las bajas se ajustan a su periodo medio recomendado según la enfermedad, no hace falta más. En otro caso, tengo que justificarlo con una nota clínica específica. Por cierto, envío bajas y altas por internet, y todas pasan por las manos de los médicos de cabecera (hasta las de enfermedad profesional y accidente laboral). Los médicos con contrato tipo D disponemos de un presupuesto cerrado para bajas, medicamentos, derivaciones diagnósticas y terapéuticas y para ingresos hospitalarios. Por ello el ordenador es básico, tanto respecto a la clínica (ayuda inteligente al diagnóstico y al seguimiento y a la prescripción, alarma de interacciones, recuerdo de intervenciones, cálculos de costes según alternativas diagnósticas y terapéuticas, baja incluida, y mucho más) como a la gestión.

EL LUGAR DE CONSULTA

Ya no trabajo en el antiguo centro de salud. Trabajo en mi propio piso, que es al tiempo domicilio y despacho (consulta), en el mismo barrio en el que se ubica el centro (ahora "comunitario", no de "atención primaria"). Trabajo en solitario, pero no aislado. Formo parte de una red, lo que llamamos Consorcio. El Consorcio es la estructura flexible que engloba a los médicos de cabecera de una zona emancipados del centro de salud. Se trata de cooperar, de trabajar de verdad en red, no enredados (como en los antiguos centros de salud). Dejé el centro de los primeros. Aunque todo tiene sus pros y sus contras, lo tuve claro ya hace 5 años, cuando nos lo ofrecieron por primera vez. Acepté el reto de un contrato tipo C, y me ha ido bien, y más ahora, ya con el máximo del tipo D. Lo que más me retenía en el centro era que en allí trabajaba de enfermera mi mujer (ex, ahora) y la posibilidad de consultar en el momento casos con los compañeros, que siempre han respondido. Pero también me di cuenta de que mis pacientes, salvo de esas consultas a mis compañeros, no se beneficiaban en absoluto de que yo pasara consulta físicamente en el centro. Me terminó de convencer la visita de estudio a Alemania y Dinamarca, organizada por la Sociedad de Médicos de Cabecera², con médicos generales independientes y consultas personales preciosas, bien dotadas y

organizadas. En el centro eran frecuentes los problemas, por mala organización y coordinación, a veces hasta para lo elemental, como conseguir a tiempo cita para un paciente para lo más mínimo, una radiografía, unos análisis, o una interconsulta con un especialista.

Además, en la consulta siempre hemos estado solos mi paciente y yo, salvo por la presencia de un residente o estudiante. Aquí, en mi consulta actual, tampoco tengo al momento lo que pido pero, al menos, mis paciente no hacen colas tras un mostrador ni peregrinan por diversos sitios hasta conseguir las citas, y puedo decidir los recursos con que yo mismo cuento en mi despacho (por ejemplo, el ecógrafo de alta resolución, y el aparato para determinaciones básicas sin venopunción, desde hemoglobina glicada a ferritina), unos financiados por el Consorcio y otros de mi propio bolsillo.

SOLICITUD DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DERIVACIÓN A ESPECIALISTAS

El Consorcio paga, y se intenta que todo se haga según la lógica clínica, según la preferencia y urgencia que asigno al paciente. No hay restricción ninguna para solicitar pruebas diagnósticas. Elegimos especialistas para pruebas diagnósticas y para tratamientos, tanto normal como de urgencia, entre los miembros del panel con los que ha contratado el Consorcio, bien de hospitales públicos bien de privados, según listas de espera, reputación y coste (naturalmente "el dinero sigue al paciente", y para ello tengo el presupuesto a mi disposición). Evito así el peregrinaje de mis pacientes, y siempre son bien recibidos. También evito de esta forma que los especialistas "anclen" a los pacientes en sus consultas, y todos trabajan de consultores, hasta los pediatras.

Por supuesto, sigo teniendo residente y estudiantes como hasta ahora, y nunca estoy solo si no quiero. Me gusta la docencia y disfruto enseñando en la consulta, pero a mis pacientes rutinariamente se les pregunta, al citarlos, si no les importa la presencia del residente, o del estudiante, y nos adecuamos a sus deseos.

Mi auxiliar de consulta se encarga de gestionar la agenda diaria. Es muy flexible, se adapta a mis instrucciones, y controla con el ordenador y sentido común los "caprichos" de los pacientes (por ejemplo, la joven madre que siempre quiere consulta para sí, su hijo recién nacido, su otro hijo y su suegra a las 5 en punto de la tarde, lo que se puede hacer sin problemas, con recursos informáticos y ganas de agradar). Las revisiones están previstas y emplea el teléfono o el correo electrónico para recordarlas. También se encarga de citar directamente con los especialistas (cuando no lo hago yo personalmente), según la prioridad que marco en la derivación. Les consigue la cita y les comunica la hora, el día, el lugar y el nombre del especialista que los va atender. Esta auxiliar de consulta es excelente, y por eso la contraté. Mientras yo paso consulta ella trabaja en una sala contigua a la mía, y logra que casi nunca me interrumpen (por ejemplo, las consultas telefónicas intenta pasarlas al tiempo de consulta sin cita). Además, me sirve de ayudante en todo tipo de acto clínico que lo requiera,

² Ya sólo los médicos viejos recuerdan las viejas historias y desencuentros de las tres sociedades que se fundieron en una, SEMEG (Medicina General), SEMERGEN (Medicina Rural), y SEMFYC (Medicina de Familia).

como cirugía menor, toma de muestras, consultas con minusválidos, y demás.

LOS OBJETIVOS CLÍNICOS

La compra del piso, para domicilio y consulta, ha sido posible al legalizar mi situación con Antonio, pues yo solo no podría afrontar los gastos del comienzo, con lo que le tengo que pasar a mi ex (aunque es fácil conseguir una buena hipoteca si tienes un contrato tipo D). Nada de ello altera el trabajo en el Consorcio, pues lo importante es trabajar con otros médicos de cabecera en el logro de objetivos comunes, como el de reducir la mortalidad cardiovascular, lo que nos obligó a establecer varias líneas de aplicación estricta, desde prevención (consejo y tratamiento antibacilo) hasta un sistema de reanimación cardiopulmonar y tratamiento avanzado, con fibrinólisis a domicilio. En red nos ponemos de acuerdo para cumplir con los objetivos clínicos del Plan de Salud de la comarca, que sigue los de la Autonomía, pero permite una adaptación total a nuestros problemas locales. El Consorcio ayuda a conseguir esos objetivos, y además influye en la Gerencia para pregonar en los medios de difusión su consecución, para reafirmar nuestro sano orgullo, y para obtener “crédito” de la población.

Todo va mejor, hay que decirlo, por la renovación de las administraciones públicas, de modo que la comarca natural geográfica, económica y cultural lo es ahora también oficial para todas las administraciones, desde sanidad a correos, desde justicia a educación, desde servicios sociales a hacienda, desde mutuas laborales a salud pública. Así, el Consejo de Salud Comarcal es muy eficaz, y da gusto participar en él (soy miembro de oficio, como médico con contrato tipo D). Con la Gerencia nos encargamos de definir los aspectos clínicos de los objetivos comarcales, para traducirlos en tareas concretas y en indicadores a monitorizar. Nos interesa mucho, claro, todo lo que sea evitar sufrimiento, morbilidad y mortalidad sanitariamente evitable, como ingresos hospitalarios innecesarios. En el Consejo de Salud es también muy importante el logro de la equidad, y la reversión de la “ley de cuidados inversos”, de forma que se hace una política activa para evitar la marginación, o para evitar sus consecuencias en salud. En el Consejo de Salud también se integran los especialistas (Jefes de Servicio y similares) y los directivos de los hospitales y clínicas (privadas y públicas), lo que facilita la consecución de objetivos en salud de la población, que se incentivan según capacidad de resolución de los niveles sanitarios.

LOS CONTRATOS TIPO A Y TIPO B

Desde hace 5 años tenemos 4 tipos de contratos, lo que da gran flexibilidad al perfil profesional y al compromiso de trabajo. Es lo más parecido que tenemos a un verdadero sistema de carrera profesional reversible con diferentes niveles, pues los sistemas iniciados a finales del siglo pasado y primeros años de éste no dejaban de ser muy burocratizados e iban poco más allá de unos “trienios ilustrados”. El nivel básico es el del contrato tipo A, de 35 horas semana-

les como máximo, que recuerda mucho al de los antiguos centros de salud. De hecho, el contrato tipo A exige el trabajo en el centro comunitario. Puede ser a tiempo parcial, 4 horas de mañana o de tarde, opción muy utilizada por médicos con otros compromisos (con hijos pequeños, con intereses y compromisos culturales, y otros). Su cupo máximo es de 1.500 pacientes (incluye a los niños desde el nacimiento) para el contrato a tiempo completo, y de 1.000 para el parcial. Para pruebas diagnósticas y para derivaciones utilizan los servicios del hospital público del área. Hay una enfermera con el mismo cupo, que se decida básicamente a los crónicos, sobre todo a domicilio (y que puede ser contratada por el Consorcio para otras tareas). Los médicos con este contrato básico a tiempo completo tienen jornada partida, de tres horas por la mañana y 4 por la tarde. La remuneración es por salario, con un complemento anual de hasta el 25% del total según el cupo medio y el cumplimiento de los objetivos clínicos del Plan de Salud, corregido por el gasto realizado para ello y por la distribución etaria del cupo. Cada vez hay menos médicos con el contrato tipo A, excepto a tiempo parcial. El trabajo a tiempo parcial se valora cada día más, y es situación de la que goza una parte substancial de la profesión. Como hay mucha flexibilidad, el contrato tipo A, a tiempo parcial, también permite el trabajo como médico de urgencia (de forma permanente o a temporadas).

Los contratos tipo B implican un mayor compromiso profesional y laboral. El médico con este contrato tiene 40 horas semanales, guardias aparte. No puede trabajar a tiempo parcial, tiene jornada partida (4 horas matinales y 4 vespertinas). Sus especialistas son los del hospital público de su área, aunque ante tiempos de espera excesivos puede derivar a los especialistas del panel del Consorcio. Su cupo es de 1.500 pacientes. Trabaja también en el centro comunitario, con enfermera para el mismo cupo. La remuneración en lo esencial depende de los mismos factores que la del médico a tiempo completo con contrato tipo A, pero si el médico acepta realizar actividades complementarias clínicas (cirugía menor, toxicología, ginecología, oftalmología y traumatología) para sus pacientes o los pacientes de otros médicos recibe incentivos acordes con los objetivos y variedad de las mismas³. Además, si se considera necesario por las actividades complementarias, se le asigna un auxiliar de consulta. Este contrato, con actividades complementarias clínicas y atención infantil, es obligatorio al menos durante dos años consecutivos para los médicos que aspiran a independizarse (pasar a contrato tipo C) y previos a tal independización. Al cabo de 5 años con el contrato tipo B es también obligatoria la aceptación de dichas actividades (al menos para los pacientes del pro-

³ Estas actividades se van ampliando con el paso de los años, pues dependen de la frecuencia de enfermedades y de situaciones, y de los avances de la tecnología. Por ejemplo, desde implantar y controlar los DIU y varillas anticonceptivas subcutáneas, a seguir embarazos y atender partos, pasando por la fijación de fracturas (el cemento inyectado ultrarrápido obra maravillas!), las intervenciones de cataratas y el seguimiento de la retinopatía diabética.

pio cupo), o la renuncia al contrato y la renovación con el tipo A.

LOS CONTRATOS TIPO C Y TIPO D

El contrato tipo C es para médicos que se independizan, se integran en un Consorcio, y pasan a trabajar en su propia consulta, con un presupuesto cerrado, que incluye los gastos de medicación y de remuneración propia y de su auxiliar de consulta. Además, reciben un plus que ayuda al mantenimiento de la consulta, a la que se le exigen determinados estándares de espacio, mobiliario, dotación y organización. El cupo máximo es de 2.000 pacientes (siempre incluye a niños desde el nacimiento), y la capitación es el doble que en los contratos de los médicos que trabajan en el centro comunitario, por el mayor horario, más accesibilidad, más actividades complementarias, dominio de idiomas, docencia, investigación, aceptación del riesgo financiero y, sobre todo, porque la gestión de su presupuesto pasa al Consorcio, lo que libera de muchos gastos a la Gerencia. El médico con este contrato hace, como todos, avisos a domicilio y guardias. Cuenta con una enfermera del centro comunitario para los domicilios de crónicos y de terminales, contratada por el Consorcio. Entre sus actividades se encuentran las de cirugía menor, toxicología, ginecología, oftalmología y traumatología. Su horario mínimo es de 8 horas al día, más las guardias (de 9 a 9, dos al mes). Además de exigírsele dos años de experiencia con contrato tipo B con actividad complementaria clínica, se le pide capacitación docente e investigadora, y el dominio del inglés y de otro idioma oficial en la Unión Europea. Este médico se agrupa en el Consorcio, lo que le permite participar en su gestión, en la elección del panel de especialistas, en las auditorías, y demás. Tiene privilegios docentes y de investigación, por lo que colabora con la facultad de medicina y con la formación de estudiantes y de residentes. Es muy frecuente que un estudiante acabe siendo residente del mismo médico de cabecera con el que hizo la carrera. Este contrato es obligatorio, al menos dos años, antes de poder optar al contrato tipo D. Si este médico aspira a un contrato tipo D, debe asumir un presupuesto global (medicamentos, servicios especializados, bajas, pruebas diagnósticas, excepto ingresos hospitalarios) asignado por el Consorcio en función del cupo y cumplir los objetivos durante al menos los dos años previos.

El contrato tipo D es para médicos independizados, con buena experiencia demostrada, en clínica y gestión. Es muy parecido al nivel previo, pero el presupuesto que se le asigna es global, e incluye tanto remuneraciones como ayuda al mantenimiento de la consulta, gasto en medicación, en bajas laborales, servicios especializados, pruebas diagnósticas y, además, ingresos hospitalarios. Su cupo máximo es de 2.500 pacientes, pero, si cumple 6 semestres seguidos, los objetivos puede llegar hasta 3.000. El sobrepasar los 2.500 pacientes le da derecho a poder contratar enfermera para su cupo, en exclusiva, con cargo al Consorcio. El contrato tipo D conlleva privilegios docentes, de investigación, de gestión y de innovación. Ello significa ser miembro nato del Consejo de Administración

del Consorcio y del Consejo de Salud Comarcal, lo que implica la participación en las decisiones tanto del Consorcio como de la Gerencia. También significa poder viajar para estudiar alternativas de gestión y de trabajo clínico, poder innovar, y contar con fondos extra para todo ello (suplente y demás), con cargo al Consorcio. Naturalmente, son los mejores estudiantes y los mejores residentes los que logran estar en las consultas de médicos de cabecera con contrato tipo D. Conseguir un contrato tipo D da un enorme prestigio docente, profesional y social, y significa obtener una remuneración altísima. Ello no excluye de las guardias, dos al mes en días laborables y una al mes de fin de semana. Naturalmente; en estos casos el médico con contrato tipo D actúa de Jefe de Guardia, de consultor, y se encarga en general de supervisar los partos y los ingresos hospitalarios.

LOS PRESUPUESTOS

La descentralización del presupuesto da inmensa autonomía a los médicos de cabecera con contrato tipo C y D, que tienen gran libertad en sus consultas. El presupuesto se adapta al cupo y a las necesidades estimadas del mismo, en medicación, en servicios especializados y en bajas laborales. Por ejemplo, la capitación es mayor si el médico tiene adscrita a todos los miembros de la misma familia (los que conviven en el mismo domicilio), o cuando se trata de ancianos que viven solos o en asilos, o cuando se trata de marginales asignados por servicios sociales, o cuando son pacientes con trasplantes, o con enfermedades crónicas. La capitación aumenta también cuantos más años permanece el paciente en el cupo, lo que conlleva que haya pocos traslados de médicos (con el traslado se pierde por completo este "complemento por permanencia", pues todos los pacientes se convierten en "nuevos"). Y, sobre todo, la capitación aumenta cuando se acepta el presupuesto relacionado con los eventuales ingresos hospitalarios como hacen los médicos con contrato D.

Hay un uso inteligente de la informática, que con unos pocos datos (conjunto mínimo básico de datos) es capaz de predecir el gasto. Los Consorcios "suman" los presupuestos de sus médicos⁴, para obtener una cierta economía de escala, y poder discutir de precios con los especialistas y los proveedores, pero además subscriben un seguro para los casos en que se sobrepase el presupuesto. Y cuando hay alguna "catástrofe", se discuten con la Gerencia los incrementos extraordinarios en los presupuestos. Por ejemplo, cuando en 2012 tuvimos la contaminación con hongos de la marihuana⁵, que aumentó el gasto tremendamente por los ingresos por "neumonía" consecuentes,

⁴ Los consorcios tienen libertad absoluta para el manejo de los presupuestos. Por ejemplo, pueden decidir pagar el transporte a los pacientes derivados a un determinado especialista de alto prestigio, gran resolución y sin lista de espera que trabaja en un consultorio privado en otra comarca.

⁵ En 2011 se legalizaron todas las drogas en España, que se suelen vender ahora en las farmacias, sin receta, aunque en los estancos se continúa con el tabaco y la marihuana, y en los comercios de alimentación se sigue vendiendo el alcohol.

se pudo pedir y obtener un presupuesto suplementario. La descentralización del presupuesto también implica la aceptación del riesgo financiero, pues se dispone de un presupuesto cerrado que se cuadra a finales del año natural (se reserva el 15% como colchón para gastos variables, y si sobra al cerrar el ejercicio, una parte se distribuye entre los integrantes del Consorcio mediante un sistema de incentivos interno y otra se reserva en un fondo de compensación en previsión de eventuales “catástrofes” como la comentada).

Pero si un médico no cumple su presupuesto, la tolerancia máxima del Consorcio es de tres semestres consecutivos, con una auditoria que pasa a ser trimestral al primer fallo. Si no hay arreglo, el médico baja de nivel de tipo de contrato, y puede terminar sólo con derecho a contrato de tipo A, o incluso perder la posibilidad de contrato. El Consorcio es muy eficaz y debe cumplir sus objetivos o desaparece; se rige por un Consejo de Administración con dos médicos de contrato tipo D elegidos por dos años, y un representante de la Gerencia. Lo máximo que se consiente son dos años consecutivos de pérdidas, y al tercero el Consorcio desaparece (al menos en teoría, pues nunca han tenido tales pérdidas en la práctica).

Los Consorcios, como las Gerencias, reciben presupuestos según población, y los comparten con los hospitales y servicios sociales. Ello da lugar a una coordinación muy flexible y efectiva, que permite resolver los problemas de salud en forma cercana y humana, por el profesional que más eficazmente lo puede hacer.

LA GERENCIA. Y LA “CASA DEL MÉDICO DE CABECERA”

La Gerencia se ha profesionalizado y se encarga de facilitar la consecución de los objetivos a los Consorcios, y de la cooperación entre estos y los centros comunitarios. Cada Consorcio no puede englobar a más de 10 médicos de cabecera, por lo que es importante la coordinación de todos los consorcios. El gerente ya no cambia con los giros de la política, y tiene un pequeño y potente equipo, que lo mismo controla el gasto y avisa de desviaciones, que facilita la consecución de ayudas y subvenciones para investigación, elabora el sumario diario de la prensa y monitoriza los ingresos innecesarios, que promueve mejoras de la atención y comunicación para evitar su repetición, y difunde nuevo conocimiento científico. La Gerencia colabora con otras administraciones públicas para la consecución de los objetivos del Plan de Salud, y pone todo su empeño en el cumplimiento de los componentes clínicos de dichos objetivos. La Gerencia mantiene una estrecha cooperación con Salud Pública, pues de lo que se trata es de resolver necesidades de la población, y no sólo de los pacientes. Para ello dedica esfuerzos improbables a la coordinación entre niveles, y entre sectores (sobre todo con el social, educativo y de justicia). La Gerencia colabora también con las aseguradoras privadas, con las

que firma acuerdos que suelen cubrir los servicios completos del médico de cabecera, en pago por capitación (mayor según sea el tipo de contrato del médico elegido, desde un básico por tipo A, a un máximo por tipo D). Con ello, en la práctica no hay médicos de cabecera “privados”, *sensu stricto*.

La Gerencia lleva con la Facultad de Medicina y la Sociedad de Médicos de Cabecera la “casa del médico de cabecera”, donde hay una actividad efervescente de formación continuada e investigación, y es punto de reunión de todos los médicos de cabecera (y de otros profesionales con intereses con relación a la salud, como médicos especialistas, jueces, profesores, maestros, farmacéuticos, enfermeras, auxiliares de consulta y asistentes sociales, que se engloban en muchas de las actividades). Allí es donde yo suelo parar para la partida con los amigos, pues tiene una cafetería excelente. Allí es donde tenemos una sesión clínica semanal todos los médicos de mi Consorcio y los de los centros comunitarios con los que nos integramos. Allí es donde se presentan los resultados semestrales de las auditorías y se analizan los errores y los problemas encontrados, por su utilidad docente. Allí se dan las conferencias, y se hacen los cursos de formación continuada; y allí se lleva a cabo la docencia reglada de residentes y de alumnos del pregrado⁶. Además de excelente biblioteca y de salas bien dotadas para la enseñanza, cuenta con dos talleres de “enseñanza simulada”, con artilugios varios que permiten la práctica en condiciones simuladas de intervenciones infrecuentes o delicadas. Por ejemplo, modelos casi reales de ojos, para mantener las habilidades quirúrgicas en la intervención de cataratas, que ahora es práctica reservada a los médicos de cabecera, salvo excepciones. La reacreditación quinquenal, necesaria para mantener el tipo de contrato, exige, entre otras cosas, la realización de un número específico de prácticas simuladas en los distintos campos que cubre la Medicina General/ de Familia. Por ello la “casa del médico” está abierta las 24 horas del día.

Cada médico de cabecera tiene un programa de formación continuada, flexible y personal, actualizado a lo largo de toda la vida profesional, donde constan los objetivos a corto, medio y largo plazo, y el plan para lograrlos. En las auditorías se valora la consecución de los objetivos, y se pueden sugerir modificaciones, sobre todo cuando se descubren áreas clínicas con deficiente calidad técnica o humana, o que dificultan el cumplimiento de los objetivos en salud del Consorcio.

LAS AUDITORÍAS

Utilizamos la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP) en su cuarta versión, con un programa in-

⁶ La industria (de tecnología, farmacéutica y de organización de servicios) colabora en estas actividades a través de una Junta de Formación de la “casa del médico de cabecera”, que administra los fondos del patrocinio público y privado, con informes públicos semestrales de ingresos, gastos y cumplimiento de objetivos (hay planes anuales y quinquenales, aprobados por el Consejo de Salud Comarcal).

tegral orientado por episodios⁷. Este programa permite la gestión clínica y del conocimiento. Es decir, se actualiza a diario con lo mejor de la literatura mundial para sugerir cursos de acción en pacientes concretos, sobre todo en relación con las tareas y los objetivos clínicos del Plan de Salud Comarcal.

El programa permite seguir mi propio cumplimiento, con los indicadores oportunos respecto a capacidad de resolución y uso de recursos. Por supuesto, además facilita la investigación y la docencia por el propio médico de cabecera. La historia clínica es personal y el paciente lleva en su tarjeta sanitaria una copia actualizada con cada consulta, que puede dejar "leer" si da la clave. Un identificador que asegura el anonimato permite reunir las "piezas" de la atención prestada en diferentes lugares, según un "conjunto mínimo básico de datos". Se emplea en situaciones de urgencia, o para estudios que cumplen criterios éticos y científicos estrictos.

La auditoría semestral ayuda, pues es una tarde en la que tengo al gerente y a otro miembro de la Gerencia en la consulta, más un colega del propio Consorcio (elegido a sorteo), en que podemos examinar mis logros, fracasos y errores. Se juzga, sobre todo, la adecuación del gasto (el consumo del presupuesto) según las necesidades de los pacientes. Así, no es tan importante el número de derivaciones a urgencias, como la adecuación de las mismas; o, en otro ejemplo, el gasto en medicamentos, como la pertinencia del mismo (no se trata de ahorrar, sino de gastar bien).

Las conclusiones de las auditorías se hacen públicas, con respeto al secreto médico y la confidencialidad de los datos, de forma que el Consejo de Salud Comarcal y los propios pacientes pueden tener idea de, por ejemplo, mi capacidad de evitar ingresos y muertes por neumonía según clase social y grupos de edad, corregido por comorbilidad, o mi gasto en bajas laborales, también estandarizado; o el cumplimiento de los objetivos de mi plan personal de formación continuada. Naturalmente, hay pacientes que utilizan esta información para cambiar de médico de cabecera (se puede hacer una vez al año, sin dar explicaciones, aunque la Gerencia hace un discreto seguimiento de los cambios, tanto respecto a pacientes como a médicos, para evitar pacientes "gorriones" y médicos que gustan de trabajar sólo con "la crema"). Por ejemplo, la información de las auditorías permite que muchos funcionarios escojan un médico de cabecera y a un Consorcio determinados a través de MUFACE (sistema que pervive, sostenido por los distintos partidos políticos). También emplean la información los servicios sociales, para distribuir entre los mejores médicos a los pacientes "complicados" (por

marginación, por ejemplo), lo que significa un pago por capitación extra, y una apoyo también extra para esa consulta en lo que se refiere a coordinación. Este apoyo incluye, si es preciso, ayuda y formación antropológica, cultural y lingüística para atender a pacientes de otros entornos geográficos.

LAS GUARDIAS

Las guardias y las urgencias son cosa de los Consorcios, en colaboración con los médicos de cabecera de los centros comunitarios (representados por la Gerencia). La organización de urgencias ha puesto bajo el control de los Consorcios y de la Gerencia tanto el sistema de emergencias como las propias urgencias de los hospitales. Hay casas de socorro que son los puntos de atención primaria continuada (de 9 de la noche a 9 de la mañana), en los centros comunitarios, atendidos por enfermeras muy bien formadas y muy resolutivas, con médicos de cabecera capaces, por ejemplo, de realizar fibrinólisis mientras llega la ambulancia, a través de un sistema de telemedicina que permite el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

También son médicos de cabecera los médicos que, durante las 24 horas del día, hacen avisos urgentes, los que atienden a terminales, los que hacen "ingresos a domicilio" y los que atienden las urgencias en los hospitales. Siempre que se puede son los médicos de cabecera "naturales" (el médico del cupo a que pertenece el paciente), por ejemplo, para el seguimiento a terminales, y en todo caso cooperan estrechamente, mediante contacto telefónico, de telemedicina o por cualquier otro medio. Los especialistas son consultores, que actúan a requerimiento de los médicos de cabecera, bien en urgencias, bien en terminales y en otras situaciones (partos complicados, comorbilidad o complejidad de algún paciente o situación).

CONCLUSIÓN

Sé que quien lea este texto en el futuro podrá identificar-me. No me importa. Salir del armario no me fue fácil, pero tampoco podía seguir viviendo así. Por otra parte, mis problemas personales no tienen nada que ver con la evolución de la Medicina de Familia. Pondré en circulación este relato dentro de cinco años, para que sirva de foto fija, de punto de comparación con lo que entonces haya. ¡Quién sabe a dónde llegaremos en 2020!

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Anónimo. La atención primaria del futuro. Madrid: FADSP; 2005.
- Artells JJ. Atención primaria: ¿futuro tenso?. Aten Primaria. 1999; 24:186-7.
- Costa H da. El futuro de la Medicina General y Familiar. SEMERGEN. 2004;30:207-9.
- Chavida F Reflexiones. SEMERGEN. 2001;27:116-7.
- García Olmos LM. La formación y el trabajo del médico de familia con otros especialistas. SEMERGEN. 2003;29:415-9.
- Gené J. Diez años de trabajo en equipo. Aten Primaria 1995;14:529-31.
- Gené J. De la autogestión a la dirección clínica. Aten Primaria. 2001; 28:149-50.
- Gérvás J. La atención primaria desde un hospital universitario. Med Clí (Barc). 1988;90:416-9.

⁷ Es el programa originalmente diseñado por Ángel Ruiz Téllez y Fernando Alonso López, que ahora es el único reconocido por la Sociedad de Médicos de Cabecera, implantado en España y en muchos otros países europeos y latinoamericanos. Genera una historia única, no una única historia; una historia electrónica descentralizada, cuyas piezas pueden unirse con el identificador unívoco y anónimo. Naturalmente, los datos se introducen en el ordenador escribiendo a mano en una pantalla horizontal, o mecanografiándolos, o de viva voz, según gustos. Ya hace muchos años que ninguna pantalla se interpone entre médico y paciente.

- Gérvás J. La reforma de la atención primaria: una propuesta pragmática. *Gac Sanit.* 1989;3:478-81.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos Gestión Profesional Atención Primaria.* 1996;2:131-9.
- Gérvás J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una Medicina General por cuenta ajena. *Gac Sanit.* 1996;10:34-9.
- Gérvás J, Palomo L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:472-7.
- Gérvás J. Atención primaria de salud en Europa: tendencias y a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN.* 2004;30:245-57.
- Gómez Gascón T. Un nuevo programa de la especialidad para potenciar la atención primaria. *SEMERGEN.* 2003;29:57-8.
- Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria.* 2000;26:74-5.
- Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2002;16:182-7.
- Pané O. Valoración económica de la actividad clínica y fundamentos para la elaboración de presupuestos por servicio. Atención primaria. En: *Gestión sanitaria, innovaciones y desafíos* Llano J del, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J editores Barcelona: Masson; 1998.p.277-93.
- Ortún V, Gérvás J. Las asociaciones de profesionales en Medicina General. *Aten Primaria.* 1996;17:300-2.
- Ortún V, Gérvás J. Fundamentos y eficiencia de la atención primaria en España. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
- Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria?. Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. *Rev Administración Sanit.* 2002;4:39-67.
- Ruiz Téllez A, Alonso López F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. *Medifam* 2001;11:247-52.
- Seguí M. Los límites prácticos y científicos de la Medicina General/ de Familia en relación con las especialidades médicas. *SEMERGEN.* 2002;28:467-9.
- Simó Miñana J. La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. *Gac Sanit.* 1997;11:95-102.
- Simó Miñana J, Gérvás J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, la centésima europea. *Aten Primaria.* 2004;34:472-81.
- Simó Miñana J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria.* 2005;35:37-42.
- Simó Miñana J. La carrera profesional del médico de familia: el sentido y valor de su motivación. *JANO.* 2005;68 (1558):885-94.
- Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El futuro de la Medicina de Familia. *Aten Primaria.* 2001;18:657-61.
- Vázquez JR. La atención primaria en la primera mitad del siglo XXI. *Aten Primaria.* 1999;24:55-6.

Conozca cómo la TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA puede **ayudar** a sus pacientes

CURSO DE TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA PARA MÉDICOS:

- ✓ Compatible con la labor profesional médica: 150 h. lectivas en fines de semana en las principales ciudades de España.
- ✓ Talleres prácticos: resolución de casos clínicos aportados por los alumnos.
- ✓ Una vez terminado el curso, durante dos años y sin coste añadido, acceso a grupos de trabajo reducidos, tutelados por el cuadro docente del CEDH.

Actualmente más de 100.000 médicos en todo el mundo y casi 6.000 médicos en España prescriben homeopatía, por su eficacia en el tratamiento de patologías ORL, alergias, dermatitis atópica, insomnio, ansiedad... y por su ausencia de toxicidad y efectos secundarios que la hacen idónea para todo tipo de pacientes: ancianos polimedicados, embarazadas, niños, lactantes...

El Centro de Enseñanza y Desarrollo de la Homeopatía, imparte sus cursos en España desde 1985. Es filial del CEDH Internacional fundado en 1972 y mantiene acuerdos de colaboración con diversas universidades de España y Europa.