

## ACTUALIDAD

## Ana Giménez: “Gracias a la paralización la situación todavía es reversible”

En un [encuentro con TERRA DIGITAL](#), Ana Giménez, presidenta de la sección de Atención Primaria de AMYTS, manifiesta su satisfacción por la paralización del mal llamado “Plan de Sostenibilidad” de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, dado que “era un plan no sólo insostenible, sino absolutamente perjudicial para los madrileños”.

Para Giménez, gracias a la paralización, la Sanidad pública no ha llegado a sufrir un gran deterioro y la situación todavía es reversible, si bien denuncia el maltrato al que ha sometido la Consejería de Sanidad a lo largo de estos meses a los profesionales sanitarios, por ejemplo, a los eventuales de los seis hospitales, que llevan un año entero con contratos mes a mes, pendientes de si se producía la privatización; o con la derivación de muchas más cirugías y pruebas diagnósticas a sus conciertos privados, que han disminuido al máximo el número de personal no fijo. Giménez insiste en que si hay alguien que conoce la sanidad son los profesionales que trabajan en ella, y recuerda que hace un año presentaron un manifiesto muy trabajado con especificaciones sobre algunos puntos en los que se tenía que recortar, un documento que ni se molestaron en mirar desde la Consejería, obcecada con la privatización. Los médicos a los que representa esperan que se retome el diálogo con el nuevo



[Accede al encuentro de TERRA, pinchando AQUÍ](#)

consejero, Javier Rodríguez, porque desde diciembre "la comunicación con la Consejería de Sanidad era nula".

Por su interés recomendamos el visionado íntegro de esta entrevista digital, realizada a través de Google Hangout, de una duración aproximada de 15 minutos:

## MUNDO PROFESIONAL

## MUNDO PROFESIONAL

### Modelos de gestión en Atención Primaria: el caso canadiense

En una [reciente revisión del sistema sanitario canadiense](#) que realizaba V. Velasco en la Revista Madrileña de Medicina<sup>1</sup>, la autora citaba un [análisis comparativo entre los diferentes modelos de gestión de Atención Primaria en la provincia de Ontario](#), realizado por el Instituto para las Ciencias de la Evaluación Clínica ICES<sup>2</sup>. En el actual entorno, en el que desde diferentes ámbitos se apunta a la posibilidad de introducir nuevos modelos en la gestión de dicho nivel asistencial en nuestro país, hemos creído conveniente profundizar un poco en dicho análisis, en un intento de extraer algunas conclusiones que puedan ser válidas en nuestro medio.

En primer lugar, intentemos clarificar las diferentes **modalidades organizativas** de las entidades proveedoras de servicios de Atención Primaria, siguiendo la exposición que de ellos hace el análisis al que nos estamos refiriendo:

- **modelo "tradicional"**. constituido por médicos que trabajan solos o en grupo en régimen autónomo y reciben *retribución por acto* a través de los Planes Provinciales de Salud, que son los responsables del aseguramiento de los ciudadanos canadienses.
- **Centros Comunitarios de Salud, CHC**: generalmente orientados hacia poblaciones definidas geográficamente y/o necesidades sanitarias concretas y con un especial interés en actividades preventivas y de

promoción de la salud, y de desarrollo comunitario, constituidos por equipos multiprofesionales *retribuidos mediante salario*.

- **Redes de Salud Familiar, FHN**: creadas en 2001; requieren la inscripción de los pacientes en su lista, y reciben su retribución por un procedimiento mixto, destacando el componente caputivo (ponderado por la expectativa de frecuentación por grupos de edad y género) al que se añade un componente de pago por acto, sufriendo penalizaciones en caso de que los pacientes reciban atención primaria en otro tipo de dispositivos. Deben prestar atención 24 horas y disponer de un sistema de *triage* telefónico de urgencias (prestado por personal de enfermería), recibiendo incentivos adicionales por los pacientes atendidos fuera del horario convencional, así como por la atención a procesos crónicos y la prestación de determinadas intervenciones preventivas. Finalmente, reciben un complemento por visita realizada igual al 10% de su correspondiente valor en la modalidad de pago por acto.
- **Grupos de Salud Familiar, FHG**: modelo similar al anterior, aunque financiado básicamente mediante pago por acto, junto con un componente caputivo por persona inscrita en su lista. Debe estar constituido por un mínimo de tres médicos; una variante de dicho modelo, el **Modelo de Atención Integral (CCM)**,

da cobertura a los médicos que trabajan solos que lo deseen.

- **Organizaciones de Salud Familiar, FHO:** creado en 2005 a partir de modelos previos de retribución capítativa ajustada por edad y género, se ofreció a todos los profesionales que quisieran prestar sus servicios en este modelo, muy similar a las ya citadas Redes de Salud Familiar, pero con un peso mayor del componente capítativo, y una cartera (*basket*) de servicios un poco más amplia.
- **Equipos de Salud Familiar, FHT:** introducidos en 2006, constan de equipos multidisciplinares cuyos médicos debían ser retribuidos mediante esquemas capítativos o salariales; muchos FHO y FHN se han ido integrando en este modelo.

Los niveles retributivos de los médicos en los diferentes niveles - con una media de en torno a los 200.000€ anuales) pueden consultarse en [otro informe del mismo ICES](#)<sup>3</sup>.

El análisis realizado en el informe que estamos comentando es bastante sencillo, pues sólo busca comparar las características sociodemográficas, de morbilidad y de utilización de recursos (visitas a los servicios hospitalarios de urgencia en este caso) de cada uno de los modelos citados, considerando dentro del modelo FHT a los FHO y FHN integrados en el mismo, y creando un grupo de "no asignados" con los pacientes que o no están asignados a ningún modelo, no consultaron a ningún médico de familia o lo hicieron bajo un régimen exclusivo de pago por acto.

Los modelos con mayor cobertura poblacional fueron el FHG, de rápido crecimiento hasta 2007, y el FHO, que tomó el relevo en cuanto a crecimiento de la población atendida a partir de ese año; entre ambos atienden al 80% de la población de Ontario. Los modelos con mayor presencia de residentes en medio rural son el CHC y el FHN, este último con gran presencia de residentes en zonas de elevado nivel socioeconómico. El grupo de pacientes no asignados tiene una proporción de varones adultos y de niños superior al del resto de modelos.

Los CHC atendían, durante el período analizado (2008-2010) a una mayor proporción de población que reside en áreas de bajo nivel socioeconómico, que padece enfermedades mentales graves y que sufre una mayor carga de morbilidad (EPOC y asma son más frecuentes en esta población, por ejemplo), por lo que su frecuencia esperada de utilización de servicios de urgencia es mayor; este extremo se confirma a nivel urbano, aunque a nivel rural, pero la ratio entre utilización real y utilización esperada (calculada esta última mediante regresión múltiple a partir de diversos factores, como

carga de mortalidad, grupo de edad, nivel de ruralidad, etc) es inferior, junto con la de los FHG, a la del resto de modelos.

Se trata de un análisis introductorio, descriptivo y de comparación entre variables, que sólo apunta algunas conclusiones, como la diferente ubicación de los dispositivos de cada uno de los modelos, o la menor utilización de servicios, en relación a lo esperado, por quienes tienen una mayor carga de morbilidad, como anuncia la ley de cuidados inversos, aunque sin poder descartarse aquí que el propio dispositivo asistencial de AP pueda incidir en esa menor utilización de recursos hospitalarios. En cualquier caso, habrá que prestar atención a la continuación, anunciada en el propio informe, de este tipo de análisis, para poder detectar otro tipo de diferencias en cuanto a proceso o resultados de la atención en los diferentes modelos de AP.

En la misma estela se sitúa [otro artículo](#), éste muy reciente, que compara indicadores de calidad entre tres modelos diferentes (CHC, FHG y modelo tradicional de pago por acto) en la provincia, también canadiense, de Quebec, intentando determinar las características organizativas mejor relacionadas con una atención de calidad<sup>4</sup>. Para ello, seleccionaron mediante muestreo aleatorio estratificado (para asegurar la representatividad de los tres modelos) 107 dispositivos de AP en tres regiones de Quebec, obteniendo respuesta válida de 37 de ellos, de los que obtuvieron información de características organizacionales; el porcentaje de respuesta fue inferior en los centros con menos de cuatro médicos y en aquéllos en que el modelo retributivo era el de pago por acto. Por otro lado, elaboraron varios indicadores de calidad para la atención a patología crónica (diabetes y cardiopatía isquémica), patología aguda (infección respiratoria alta, bronquitis aguda, faringitis, gastroenteritis, cistitis y lumbalgia) y actividades preventivas (las recomendadas para adultos por la Canadian Task Force on Preventive Health Services) que obtuvieron a partir de las historias clínicas de 1.457 pacientes de esas consultas, de los que también obtuvieron, mediante entrevista personal con ellos, variables sociodemográficas y de capacidad funcional, así como de satisfacción con la atención; también obtuvieron, como



by Demographics, Case Mix and Emergency  
Department Use, 2008/09 to 2009/10

**ICES** Institute for Clinical  
Evaluative Sciences

medidas secundarias, los objetivos terapéuticos alcanzados en HTA, dislipemia y diabetes que estuvieran registrados en sus historias.

Mediante **análisis de regresión multinivel**<sup>5</sup> (debido a que los indicadores de calidad se obtuvieron a nivel de pacientes individuales, mientras que los organizativos pertenecen al nivel de dispositivos asistenciales), los autores estudiaron las relaciones existentes entre características individuales de los pacientes y organizativas de los centros con los indicadores de calidad. El porcentaje de la varianza total que se podía explicar por características organizativas de los dispositivos no alcanzó el 25%, siendo superior (24%) para el indicador compuesto de patología crónica y actividades preventivas que para el indicador correspondiente a patología aguda. De entre las características organizativas particulares que se analizaron, las más influyentes fueron el sistema retributivo de los profesionales, la organización del apoyo administrativo en el dispositivo asistencial, la multiprofesionalidad, la presencia de procesos de desarrollo profesional, el grado de accesibilidad del dispositivo. La duración de las visitas, el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles, la multiprofesionalidad y la accesibilidad se relacionaban con el indicador compuesto de calidad para patología crónica y actividades preventivas, pero no así el sistema retributivo de los médicos, cuya influencia en el indicador global de calidad era a través del indicador de calidad de patología aguda.

El asunto es de gran interés, pues las decisiones de carácter organizativo deberían basarse en resultados objetivos obtenidos en los diferentes modelos y no en opciones ideológicas previas que pueden conseguir resultados adversos, tanto en salud como en equidad social. En otro momento analizaremos los datos obtenidos en los análisis realizados en nuestro país, en concreto en el caso catalán, pero algo que llama la atención, en el entorno canadiense, es la realización de estudios con metodología compleja y fuentes de información múltiples, para evitar caer así en algo tan escuchado en nuestro entorno como la siguiente frase: "no hay datos" (o más bien, no existen los datos que nos gustaría tener), permaneciendo, por tanto, en el más oscuro desconocimiento de la realidad que intentamos mejorar (¿cómo?).

Y dado el interés, el debate queda abierto. Si quiere participar, puede hacerlo a través del apartado de comentarios de esta página. Lo más significativo del debate aparecerá resumido junto al texto del artículo en el número 9 de la Revista Madrileña de Medicina.

**Miguel Ángel García Pérez, doctor en Medicina,  
director médico de la Revista Madrileña de Medicina**

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco V. La Medicina en otros sistemas sanitarios: Canadá. *Revista Madrileña de Medicina* 2013;1(8): 243-59. Disponible en <http://amyts.es/images/PDF/RMM008/RMM008dCanada.pdf> [último acceso, 10/01/2014]
2. Glazier RH, Zagorski BM, Rayner J. Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10. ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2012. Disponible en [http://www.ices.on.ca/file/ICES\\_Primary%20Care%20Models%20English.pdf](http://www.ices.on.ca/file/ICES_Primary%20Care%20Models%20English.pdf) [último acceso, 10/01/2014]
3. Henry DA, Schultz SE, Glazier RH, Bhatia RS, Dhalla IA, Laupacis A. Payments to Ontario Physicians from Ministry of Health and Long-Term Care Sources 1992/93 to 2009/10 ICES Investigative Report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2012. Disponible en [http://www.ices.on.ca/file/ICES\\_PhysiciansReport\\_2012.pdf](http://www.ices.on.ca/file/ICES_PhysiciansReport_2012.pdf) [último acceso, 10/01/2014]
4. Beaulieu MD et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *CMAJ*. 2013;185(12):E590-E596. Disponible en <http://www.cmaj.ca/content/early/2013/07/22/cmaj.121802.full.pdf> [último acceso, 10/01/2014]
5. Gelman A, Hill J. What is multilevel regression modeling? En *íd, Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models*. Nueva York; Columbia University Press; 2006. Capítulo disponible en [http://assets.cambridge.org/97805218/67061/excerpt/9780521867061\\_excerpt.pdf](http://assets.cambridge.org/97805218/67061/excerpt/9780521867061_excerpt.pdf) [último acceso, 10/01/2014]

#### MUNDO PROFESIONAL

## La nueva receta de estupefacientes del SERMAS

En el contexto del proceso de renovación de la receta médica, el **Real Decreto 1675/2012**, de 14 de diciembre, introducía modificaciones en la prescripción de estupefacientes, haciendo innecesaria la doble cumplimentación que venía siendo la norma en el contexto del Sistema Nacional de Salud. **La reciente Resolución 49/2013**, de la Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, define el procedimiento de prescripción de ese tipo de fármacos dentro del SERMAS. Como novedad más importante, se define el modelo de Receta Oficial de

Estupefacientes a cumplimentar a los beneficiarios del SERMAS, que tendrá las siguientes características:

- se podrá prescribir en cada una de ellas un sólo medicamento, por un número máximo de envases de 4 y con una duración máxima de tratamiento de tres meses
- a excepción del caso de la receta electrónica, que se identificará como de estupefacientes si el fármaco que lleva prescrito pertenece a ese grupo, en el resto de casos la receta deberá llevar impresa la leyenda "Receta Oficial de Estupefacientes", de cualquiera de las tres formas siguientes:

- en el caso de receta en papel cumplimentada mediante herramientas informáticas, deberá llevar dicha leyenda impresa oblicuamente y en mayúsculas, tanto en el cuerpo de la receta como en el volante de instrucciones para el paciente
  - en el caso de receta en papel cumplimentada manualmente, deberá imprimirse esa misma leyenda (junto a un logotipo del SERMAS y a un espacio para que el médico prescriptor incluya su número de teléfono) en el espacio reservado a "Información al farmacéutico" del modelo oficial convencional de receta, mediante un sello cuyo diseño está convenientemente regulado en el texto de la Instrucción. Dicho sello estará bajo la custodia del director de centro o del jefe de servicio correspondiente
  - en caso de no poder cumplirse la condición anterior, excepcionalmente podrá escribirse a mano dicha leyenda, junto al espacio para el número de teléfono, en el mismo espacio indicado en el caso anterior, validado posteriormente con el sello y la firma del facultativo (sello y firma que, por tanto, estarán duplicados en la receta, ya que también deberán insertarse en el espacio habitual correspondiente a la firma de la misma)
- la receta deberá estar completamente cumplimentada, en todos los apartados requeridos por la normativa sobre recetas (incluida la fecha de prescripción), y tendrá la consabida validez de diez días a partir de dicha fecha. No hace falta acompañarla de ningún otro documento.

Para la adquisición del correspondiente medicamento en la oficina de farmacia, el interesado deberá acudir provisto de un documento oficial de identificación (DNI, NIE...).

**En el Anexo del documento de la Resolución** puede contemplarse la imagen de la receta oficial de estupefacientes en sus diferentes formatos.

**Miguel Ángel García Pérez, doctor en Medicina, director médico de la Revista Madrileña de Medicina**

## MUNDO PROFESIONAL

# El Colegio que queremos, el Colegio que necesitamos

Abrimos con esta entrega una serie de artículos que intentan recoger lo que un buen colegio profesional puede ofrecer a los médicos madrileños, facilitando el conocimiento, el diálogo y el entendimiento entre los profesionales y promocionando el bien de la profesión en la sociedad de nuestra Comunidad Autónoma. Entre tanto jaleo mediático y organizacional, no vendrá mal recuperar el aire fresco que, desde siempre, habría debido caracterizar al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

## EL TÉRMINO "COLEGIO"

El diccionario de la Real Academia de la Lengua propone, para la palabra colegio, en relación al tema que nos atañe, **la**

**siguiente definición:** Sociedad o corporación de personas de una misma profesión, a la que generalmente se atribuyen funciones de ordenación y disciplina de la actividad profesional. Dicha definición es meramente descriptiva y funcional, pero tendríamos que ir algo más allá si de verdad queremos conocer lo que dicha institución significa para la profesión médica.

Los vericuetos del origen de las palabras a veces nos ofrecen pistas para un análisis un poco más motivador. El propio diccionario nos ofrece su origen latino: *colligere*, reunir. Y esta palabra, a su vez, parece surgir de la unión de dos vocablos, cum, que hace alusión a la unión, a la coincidencia entre varios sujetos, y lex o lego, que aportarían matices diferentes: ley, elección... De alguna manera, el término hace alusión a la unión de personas, en este caso afectos a una determinada profesión, sometidos a una regulación concreta o derivados de un proceso de elección. Según el matiz semántico que elijamos, tendremos una comprensión diferente del término



El primer matiz, unión de personas sometidas a una misma regulación o ley, haría referencia al hecho de que la Medicina sea una profesión regulada, sometida a una legislación específica. Se trataría, por tanto, de una institución que reuniría a los ejercientes de una determinada profesión sometida a un control y regulación específica, posiblemente con el fin de profundizar el sentido de esa regulación y hacerlo efectivo mediante algún mecanismo de control sobre los miembros, y en la estela de los antiguos gremios medievales. Desde esta perspectiva, la definición citada más arriba cobra pleno sentido.

El segundo matiz, unión de personas que de alguna manera han sido (o se consideran) elegidas, más en el sentido de los antiguos "colegios" romanos, apuntaría más al elitismo profesional, al hecho de que sus miembros se sienten de alguna manera privilegiados por el ejercicio de una actividad que entienden "superior", con algún valor especial... De alguna manera se haría referencia al concepto profesión como una actividad que requiere/merece un reconocimiento especial.

Este último matiz encuentra poca cabida en la sociedad actual, más tendente a la horizontalidad y a no reconocer privilegios de ningún tipo (excepto, por desgracia, los que derivan de posiciones de poder económico), por lo que su mayor reflejo lo alcanza en la propia conciencia de los profesionales, que se sienten orgullosos (y deseosos de recuperar ese orgullo que muchos sienten perdido) de su quehacer profesional y de su papel en la sociedad. Se está convirtiendo en un *leit motiv* de las organizaciones profesionales (recordemos el eslogan tradicional de nuestra organización hermana Metges de Catalunya, "**recuperemos el placer de**

hacer de médicos") y de las campañas de lucha contra la insatisfacción profesional y el *burn-out*.

Volviendo al matiz semántico de "quienes están unidos bajo una misma ley", que parece reflejar adecuadamente el significado actual de la palabra en nuestro contexto, es significativa la superposición conceptual con otra palabra del mismo campo de significado, y con la misma procedencia de los gremios medievales, aunque con una comprensión actual diferente. Se trata de la palabra sindicato, procedente de las raíces griegas *syn* (con, juntos) y *dikein* (hacer justicia), que, también haciendo referencia a lo legal en cuanto justo, definiría una institución en la que sus miembros luchan por algo justo, por alcanzar la justicia. Sin embargo, del matiz introducido por la idea de estar "bajo una ley o regulación" (colegio) y de esforzarse por conseguir lo que es justo (sindicato) queda clara la diferencia entre ambas instituciones y sus correspondientes fines, ambos contenidos dentro de los antiguos gremios profesionales.

Esta situación de relación y distinción nos puede ayudar a alcanzar una mayor claridad sobre la realidad actual de los

colegios profesionales, que es el tema que aquí nos interesa. Aspectos como su reconocimiento legal, su papel en la regulación de la profesión y la necesidad o no de obligatoriedad de la pertenencia a los mismos irán siendo analizados en esta sección, en un intento de comprender mejor su papel y la mejor configuración posible para cumplirlo. Invitamos a los lectores a participar en el debate a través del apartado de comentarios, siempre desde el respeto que debería caracterizar a cualquier persona y a cualquier profesional. Porque lo que no puede quedar en absoluto amparado bajo el término colegio es lo que se está produciendo a día de hoy en sede colegial, caracterizada por la tensión, la ruptura, la falta de respeto y de confianza mutuas. Ese es, precisamente, el camino que queremos evitar con esta serie de artículos, que pretende una reflexión serena y dialogante en torno al colegio que queremos y necesitamos en Madrid. Todos están invitados a participar.

**Miguel Ángel García Pérez, doctor en Medicina,  
director médico de la Revista Madrileña de Medicina**

## ASUNTOS LABORALES

### ASUNTOS LABORALES

## Nueva regulación de la jornada laboral

El pasado 30 de diciembre aparecía publicada, en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, la [Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de 27 de diciembre por la que se dictan instrucciones en materia de jornada del personal en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud](#), y que afecta a personal estatutario, funcionario, laboral transferido a la Comunidad y laboral bajo el régimen especial de residencia (especialistas en formación). A pesar de que la Administración cumplió con el trámite de convocatoria de la Mesa Sectorial, [no hubo negociación](#) en la misma al no haber intención de modificar la propuesta inicial, y no se firmó ningún acuerdo. Permanece el mismo esquema de jornada procedente del año anterior, sin modificarse el tratamiento de la ampliación de jornada, a excepción de los dos siguientes aspectos:

1. Los días de vacaciones pueden disfrutarse hasta el 31 de enero del año siguiente, y no hasta el 15, como era hasta ahora.
2. Se reconoce el nuevo "moscoso" (el cuarto día de libre disposición que recupera para los empleados públicos la [Ley Orgánica 9/2013, de 20 de diciembre, de control de la deuda comercial en el sector público](#)). Mencionado en el preámbulo, no se recoge explícitamente en el texto de las Instrucciones, aunque sí aparece implícitamente al observarse una reducción de la jornada anual, que ahora es de 221 jornadas de 7 horas y 1/2 para el turno diurno, y 148 jornadas de 10 h para el turno nocturno. Desgraciadamente, no se aplica reducción alguna a la jornada de los facultativos de SUMMA y SAR, que se mantiene en el mismo cómputo anual que en 2013: 1.536 horas.

La Resolución se dicta, por tanto, bajo la potestad de la propia Administración de legislar aún sin contar con el acuerdo de las

organizaciones sindicales, y muestra una vez más el [estilo de gobierno que caracteriza al actual equipo de gobierno y gestión del sistema sanitario](#).

**Miguel Ángel García Pérez, doctor en Medicina,  
director médico de la Revista Madrileña de Medicina**

