

## Libre elección de médico en A.P., pero con limitaciones

La libre elección de médico y pediatra está regulada mediante los decretos 1575/1993 y 8/1996 y admitida por todas las partes que configuran el sector sanitario. El mayor problema que surge a raíz de esta opción dada a la ciudadanía es la posible masificación de los cupos de las consultas o las desigualdades en las listas de espera en función del médico asignado. Y es que no puede obviarse la transformación de la realidad social que se ha producido desde la aprobación de la normativa que regula este derecho, motivada, principalmente, por el aumento de edad de la población y por el incremento demográfico y del número de inmigrantes.

Miguel de Juan

La libre elección de médico y pediatra está admitida por la mayoría de los sectores sanitarios, profesionales, sociedades y comunidades autónomas. El mayor problema que surge a raíz de esta libre elección es la posible masificación de los cupos de las consultas, o las desigualdades en las listas de espera dependiendo del médico asignado. Las causas más habituales de los ciudadanos para cambiar el médico de Atención Primaria son la accesibilidad horaria (en las Comunidades en las que hay médicos con horarios de mañana o tarde), cambios de dirección, fin de la edad pediátrica, reordenación derivada de la incorporación de nuevos facultativos, o problemas de otro tipo como dificultades de comunicación médico-paciente. Es importante, en este sentido, tener en cuenta que la realidad social ha cambiado en los últimos años, motivada principalmente por el aumento de edad de la población y por el incremento demográfico y del número de inmigrantes.

A nadie le cabe duda del amplio consenso en cuanto a los beneficios que reporta la libertad de elección de médico de Atención Primaria. El origen reciente de la actual libertad de elección de facultativo y pediatra hay que buscarlo en la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, que establece el derecho a elegir el médico y los demás sanitarios titulados, de acuerdo con las condiciones contempladas en la propia Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los centros de salud. En el artículo 14 de dicha normativa ya se establecía que se podría desarrollar, mediante el correspondiente desarrollo normativo, la aplicación de la facultad de elección de médico en la Atención Primaria del área de salud, y que en los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad.

### **Los cupos médicos mal dimensionados implican cargas asistenciales muy dispares en un mismo centro de salud**

Unos años más tarde, en 1993, el Real Decreto 1575/1993 de 10 de septiembre regulaba la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud, desarrollando la Ley General de Sanidad, y sentó las bases por las que se rige la actual libertad en la elección de médico. Vigente desde el 6 de octubre de 1993, ha venido entrando en vigor paulatinamente en las comunidades autónomas, a medida que se desarrolló la atribución de sus competencias sanitarias, con sus correspondientes normativas, pese a que la ley es la misma para todas las autonomías.

Hay que reseñar que este Real Decreto 1575/1993 derogó los artículos relativos al decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, que se remontaba al año 1967. Posteriormente a la facultad de elección del médico de Primaria, se dictó la creación de la figura del pediatra de área en Atención Primaria (Resolución de 23 de julio de 1998), y se amplió la libertad de elección también a los médicos de Atención Especializada, mediante el Real Decreto 8/1996, de 15 de enero.

En el R.D. de 1993 y que regula la libre elección de médico se señala que el desarrollo de los servicios de Atención Primaria y la implantación progresiva de los centros de salud ha permitido mejorar la calidad de la asistencia, así como fomentar una relación más personalizada entre médico y paciente, tanto por un mayor tiempo de dedicación como por una mayor cantidad y calidad de los servicios prestados. Esta situación, continúa la normativa, permite hacer más eficaz y efectivo el derecho a la libre elección de médico general y pediatra en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

En su artículo 1 se establece que "es libre la elección de médico general y pediatra de entre los existentes en la correspondiente área de salud. Cuando se trate de núcleos de población superiores a 250.000 habitantes, la elección podrá realizarse entre los médicos generales y pediatras existentes en el conjunto de la localidad". La norma también establecía las condiciones para la elección de médico general y pediatra, considerando que ésta "podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación, pudiendo, previamente, solicitarse entrevista con el facultativo". No obstante, y como es lógico, establece algunas limitaciones a esta libertad de elección.

### **Limitaciones a la libertad de elección**

El R.D. de 1993 indica, en su artículo 6, que "los facultativos de Medicina general tendrán un número óptimo de personas, comprendido entre 1.250 y 2.000. A tal efecto, la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud (ya desaparecido) fijará el número correspondiente a cada zona básica de salud, teniendo en cuenta el número de habitantes de ésta, los núcleos que comprenda, la distancia media al núcleo de cabecera, así como cualquier otra característica geográfica, demográfica o de otra naturaleza que condicione la accesibilidad de las personas a los servicios sanitarios". En su artículo 8 es más concreto y pone algunos límites. Se señala que los profesionales de Medicina general y Pediatría "podrán rechazar asignaciones de nuevos usuarios o pacientes en los siguientes casos: cuando el cupo de personas supere el número establecido como óptimo, según las características de la zona básica de salud; cuando el médico alegue alguna razón que por la Inspección de Servicios Sanitarios se considere justificada, cuando la persona con derecho a asistencia sanitaria elija un facultativo no destinado en la zona básica de salud a la que pertenezca, en cuyo caso será necesaria la previa conformidad del profesional, con objeto de asegurar la atención domiciliaria".

El número máximo de personas asignadas a los médicos generales y pediatras, según la normativa, podrá rebasar hasta un 20 por ciento, respectivamente, el número óptimo, siempre que se mantenga la calidad en los servicios de Atención Primaria.

### **La visión de las Sociedades Científicas**

Dos de las Sociedades Científicas mayoritarias en el primer nivel asistencial, la de Familia y Comunitaria (semFYC) y de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) son conscientes de la importancia a este derecho en nuestro actual sistema sanitario, así como de esta nueva realidad social.

Al respecto, la vicepresidenta de la semFYC, Ana Pastor Rodríguez-Moñino, reseña que apenas ha habido modificaciones respecto a la libertad de elección de médico, y destaca que es un derecho del paciente que facilita su accesibilidad al sistema sanitario. Según esta médica de familia, "la propuesta actual es la única que se puede realizar sin cambiar de forma significativa la organización de los centros de salud". A su juicio, el sistema actual es razonable para aplicar el modelo.

El problema surge, en su opinión, cuando se modifican las zonas básicas de salud y los usuarios deben cambiar de centro, ya que la actuación es distinta en función de las áreas: mientras algunas comunican a los usuarios el cambio de centro o les asigna un nuevo profesional, otras veces no se hace nada, lo que ocasiona que se esté atendiendo a pacientes de dos zonas. "Hay una mayor dispersión geográfica y problemas para planificar de forma adecuada los recursos", añade. Para la vicepresidenta de la semFYC, si los cambios se realizan dentro del mismo centro de salud, no suele haber grandes problemas. Así, explica que si es "en el mismo centro de salud, y el cupo del profesional al que quieren cambiarse no está por encima del límite de pacientes, no hay problemas. Lo que ocurre es que ahora hay muchos médicos por encima del máximo de pacientes, con lo que no se pueden admitir cambios a esos cupos". También la ley recoge el derecho del paciente a cambiarse dentro del mismo área de salud, aunque esto requiere el consentimiento expreso del médico.

Existen también problemas en cuanto a la atención domiciliaria (ya que la atención sanitaria incluye la atención a domicilio) y si los pacientes pueden cambiar de centro de salud, para los profesionales sanitarios sería muy difícil acceder a domicilios en distintos puntos de la ciudad. Es decir, sería difícil asumir pacientes de otras áreas.

Por otra parte, en un documento de trabajo de SEMERGEN, titulado "Proyecto de Mejora de la Atención Primaria de Salud", se destaca que la universalización de la asistencia es un hecho, se ha avanzado mucho en la equidad del Sistema y se han alcanzado niveles de satisfacción más que aceptables. La relación médico-paciente se revela como fundamental para esta satisfacción. Por ejemplo, según reflejan en este documento de trabajo, en ocasiones los cupos médicos, sobredimensionados o mal dimensionados, implican cargas asistenciales muy dispares en el seno de un mismo centro de salud, lo que puede generar tensiones que repercuten finalmente en el paciente. Para esta Sociedad Científica, lo ideal sería establecer una ratio pacientes/médico de alrededor de 1.500 usuarios por médico de familia y 900 por pediatra. Este ratio, matizan, podría ser modificado en función de los condicionantes de cada población en concreto.

Conseguir este objetivo es realmente necesario pero existen otros muchos factores que condicionan la relación médico-paciente, a juicio de SEMERGEN, como es la libre elección de facultativo, "que dista mucho de ser efectiva. Al margen de que los cupos 'cerrados' (con adscripción de usuarios por encima del óptimo legal permitido) son inaccesibles, una vez realizado el cambio se debe permanecer en el cupo un mínimo de un año. Si tras la elección no se ha conseguido la relación esperada, este error no se puede remediar hasta transcurrido dicho período". "Esta circunstancia redundante en el grado de satisfacción tanto del paciente como del médico, ya que la insatisfacción del paciente genera dinámicas hostiles hacia el sistema". La opción que plantea SEMERGEN es intentar un cambio de modelo; "el actual sistema de asignación de usuarios por médico intenta ponderar en función del número de pacientes". "Esto sería razonable –continúa SEMERGEN– si el modelo actual no se basara en el cumplimiento de un horario, igual para todos los profesionales e independiente del cupo total que cada uno tenga asignado".

La diferente estructura poblacional de los cupos médicos ocasiona diferentes cargas asistenciales; se puede encontrar en un mismo centro de salud agendas con una lista de espera de varios días frente a otras que presentan citas disponibles para el día. Este panorama implica una situación de inequidad entre los pacientes, en función del cupo al que estén asignados.

La propuesta de cambio que promulga esta entidad es la evolución a un modelo en el que el cupo de usuarios esté asignado al centro de salud, que el usuario tenga la total libertad de elegir a que médico del centro quiere acudir en cada momento, sin necesidad de actos administrativos de reasignación, sin cupos estancos. Esta libertad de elección favorecería que la relación médico-paciente parta de la libertad de elección del usuario.

Este modelo favorece que, en caso de agendas sin posibilidad de cita, que se ajuste a las necesidades del ciudadano, éste pueda elegir una alternativa de consulta, y también posibilitaría la creación de flujos de interconsulta entre los médicos del propio equipo, lo que permite aprovechar las habilidades específicas de cada uno de los profesionales en beneficio de todos los pacientes del centro. Por último, permite cumplir el derecho legal a solicitar una segunda opinión sin necesidad de ningún proceso burocrático.

Para que este modelo no evolucione a una situación de caos es precisa la existencia de una historia clínica electrónica del paciente, con acceso universal por parte de todos los responsables implicados. Lógicamente, concluye, este modelo implicaría cambios profundos, entre otras cosas en el modelo retributivo.

Así pues, para SEMERGEN, el nuevo modelo pasa por la libertad del paciente para elegir el médico que le atienda en cada momento: la posibilidad de elegir a qué consulta quiere acudir se debe basar en una información precisa y real del perfil de asistencia que oferta cada uno de los médicos del centro, que vendrá determinado por su nivel de Desarrollo Profesional.

La realidad muestra que existen siempre ciertas áreas de mayor interés y, por tanto, de mayor capacitación. Si esta información está a disposición del paciente, éste podrá elegir qué médico, de los que le son ofertados en el centro de salud, sería el más indicado para

consultar su caso.

Asimismo, en un alto porcentaje de casos, esta información puede favorecer la interconsulta entre los médicos del mismo centro sin necesidad de tener que solicitar una interconsulta hospitalaria.

Este modelo, lejos de pretender crear subespecialidades dentro de la Atención Primaria, permite a cada profesional trabajar en aquellos aspectos que son de su mayor interés; lógicamente es preciso contar con mecanismos de control que impidan conductas ilícitas, tanto en los profesionales como en los pacientes, que comprometan la consecución de los objetivos.

### **El problema de los cupos**

Como marca la ley, actualmente el cupo de pacientes recomendado por médico es de 1.500, pero puede llegar a 2.000 y hasta un 20 por ciento más en caso de necesidad. La vicepresidenta de la semFYC indica que si se respetaran los 1.500 pacientes y a partir de ese número no se aceptarían cambios ni nuevas adscripciones, no habría problemas. Los problemas actuales no sólo son motivados por los cambios, sino también por la adscripción de pacientes nuevos. La doctora Ana Pastor pone en duda la efectividad del pago ponderado a los médicos de A.P. según los pacientes a los que atiendan. "Lo que ocurre es que no en todas las zonas básicas de salud los pacientes consultan el mismo número de veces y, en función de otras características, puede haber más demanda. A veces se incentiva sin que la carga de trabajo sea mayor", concluye.

### **La situación en las autonomías**

EL MEDICO ha analizado también la opinión de algunas comunidades autónomas y partidos políticos, para ahondar lo más posible el panorama actual de la libre elección de médico y pediatra.

Desde la Comunidad de Madrid se apunta, que con la próxima puesta en marcha de la nueva zonificación sanitaria se avanzará en el proceso de libre elección tanto de centro como de médico.

Precisamente, señalan, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, ha anunciado su compromiso de introducir esta iniciativa de cara a la próxima legislatura, con el fin de generalizar de forma progresiva la posibilidad de libre elección por parte de los madrileños del médico que les atenderá. Desde la Consejería se explica que el usuario tiene derecho a la libre elección de médico y de pediatra entre todos los existentes en su Área de Salud, que el cambio de médico de Atención Primaria puede suponer un cambio de los facultativos especialistas de área. Se especifica también que el derecho a la libre elección de médico no podrá ser atendido en los siguientes casos: cuando el número de personas asignadas al facultativo elegido supere el establecido; cuando el usuario no resida en la misma zona básica de salud, salvo autorización excepcional del facultativo elegido; cuando el médico elegido alegue razones que la Inspección Médica considere justificadas. En este caso, el facultativo deberá firmar su negativa por escrito. La denegación se comunicará también por escrito al usuario.

Asimismo, la Consejería de Sanidad y Consumo podrá asignar de oficio un nuevo médico a un usuario cuando sea necesario por motivos de planificación asistencial, cuando al finalizar la edad pediátrica, no se ha solicitado el cambio al médico general, y cuando el usuario no elija facultativo o se deniegue su solicitud de cambio de médico tras agotar todas las posibilidades de elección.

En lo que respecta a Galicia, el director general de Aseguramiento e Planificación Sanitaria de la Consellería de Sanidad, Germán González Pazó, explica que la libre elección tiene que realizarse siempre con un control, "no permitiendo la sobrecarga de un cupo que iría en contra de una buena atención. Tampoco se puede tener el médico fuera del municipio salvo casos excepcionales, porque éste no tendría que desplazarse, de necesitar atención domiciliaria". González Pazó indica, asimismo, que éste es un derecho efectivo, con alguna dificultad puntual. "En la mayoría de los casos, la libre elección del médico de Atención Primaria puede ser ejercida por el ciudadano. Hay dificultades, por ejemplo, cuando se crean, una plaza nueva y hay que cambiar a ciudadanos de oficio para dicha plaza. En caso de que el usuario no esté de acuerdo y lo solicite, la gerencia le puede permitir mantenerse en el cupo anterior", concluye. Desde Galicia se aportan como muestra los datos de cambio

en el año 2006: de libre elección, 100.930; por reordenación, 91.731, a petición de la gerencia por ejemplo, creación de una plaza médica nueva; por cambio de dirección, 43.793; otras, 18.737, por ejemplo reunificación familiar, que podrían entrar en cupos cerrados; por asignación errónea, 1.986; y por fin de la edad pediátrica, 663, niños que cumplieron 15 años y que se les pasa del pediatra al médico general, porque aún no entraron en el reajuste mensual.

En Andalucía, los usuarios pueden efectuar su elección de médico general y pediatra sin necesidad de justificación, con la única condición de que hayan transcurrido al menos tres meses desde el último cambio de médico. La solicitud de asignación de médico puede denegarse cuando en aras de una mayor calidad asistencial no sea conveniente la asignación de más usuarios a un determinado médico (cupos máximo, tiempo medio de consulta, frecuentación, porcentaje de menores y de mayores de 65 años, etc.) o bien existan otras dificultades que lo justifiquen (dispersión geográfica, problemas especiales que eleven la demanda asistencial, etc.).

**Según el R.D. de 1993, la elección podrá realizarse en cualquier momento sin necesidad de justificación, solicitando una entrevista previa con el facultativo elegido**

Las funciones que realizan los centros y que tienen carácter territorial, entre otras las que suponen desplazamiento al domicilio del usuario, las desarrolla siempre el centro asignado por domicilio. Esto es así aunque el usuario haya elegido un facultativo de una Zona Básica de Salud distinta.

Los partidos políticos también tienen su opinión al respecto. Así, Matilde Valentín, secretaria federal de Bienestar Social del Partido Socialista, opina que los ciudadanos "hacen uso de este derecho sin problemas, aunque (es un derecho) que sólo se suele ejercer entre los facultativos del propio centro de salud". Las limitaciones vienen dadas, explica la secretaria de Bienestar Social, porque no suele ser habitual admitir pacientes de otras zonas básicas, o porque en algunos centros hay sistemas de limitación de los cupos de algunos médicos, con el objeto de alcanzar una distribución más homogénea entre los mismos.

No obstante, para Valentín, en general, el sistema que se ha implantado en Atención Primaria parece adecuado, "dado que la libre elección en una zona más amplia podría dificultar la atención domiciliaria de médicos y enfermería".

"De todos modos, de cara al futuro podría ser bueno flexibilizar un poco más el sistema para los casos de zonas básicas limítrofes u otros casos justificados. También se podrían estudiar modelos de incentivos mayores que los actuales a fin de compensar, en mayor medida, a los facultativos que son más solicitados por los ciudadanos", concluye.

Desde el PP también se incide en el compromiso de facilitar la libre elección de médico y centro sanitario mediante la presentación de la tarjeta sanitaria en los centros de salud, tal y como venía recogido en su programa electoral.

IU, por último, pone de relieve la necesidad de una óptima dotación de profesionales en los centros de salud, con la distribución de 1.500 pacientes por médico general y 800 niños por pediatra.

## **El Médico**