

# **El Área de Salud. La aportación de la Atención Primaria a la Gestión Sanitaria**

## **Patronato de la Fundación Signo**

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaino, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Hernando de Larramendi Martínez, Eduard Jaurrieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padial, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

## **Comité de redacción**

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográfico: Ángel J. Pérez Gómez.

Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárcelos Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco de Paula Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

## **Coordinación del monográfico**

Ignacio Ayerdi, Regina Múzquiz y Ángel J. Pérez

## **Colaboradores**

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Juan Ortiz Fuente (Asturias), Carlos Fernández Palomeque (Balears), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaino (Canarias), Alfonso Flórez Díaz (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Gonzalo Castillo de la Arena (País Vasco).

©Fundación Signo 2004

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • [www.fundacionsigno.es](http://www.fundacionsigno.es)  
e-mail: [secretaria@fundacionsigno.com](mailto:secretaria@fundacionsigno.com)

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

CIF: G-82359514

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

**Bases de datos:** Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

## **Tarifa 2005**

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 7 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.



## Índice

<b>Editorial</b>	7
<b>Introducción</b>	
José Barea Tejeiro	9
Margarita Alfonsel	13
José Francisco Martín Rodríguez, Ana Dorado Díaz	17
<b>Protagonistas</b>	
Ignacio Ayerdi El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	23
Alfonso Aguilera Sastre, J. Ignacio Calero Fernández El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	27
Javier Colás Fustero La empresa de tecnología sanitaria en el Sistema Sanitario	31
Javier Elola El valor añadido que la empresa privada puede (y debe) aportar a la gestión sanitaria pública	33
Juan Fajardo El cambio de la relación de los proveedores tecnológicos con las organizaciones sanitarias	37
Belen Garijo El valor añadido de la empresa farmacéutica en el sector sanitario	41

Peter Hug El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	47
Rafael Martínez El valor añadido de las empresas de traumatología y ortopedia al sector sanitario	53
Emilio Moraleda El valor del compromiso de la industria farmacéutica	57
Javier Peris Invertimos en salud. Invertimos en futuro	61
Carmelo Sanz de Barros Valor añadido e innovación tecnológica	67
Juan M. Vidal Gil La importancia relativa sobre treinta innovaciones tecnológicas, según la opinión de un colectivo de médicos internistas	75
José Luis Zabala Productividad y nivel de satisfacción; valor añadido de las empresas de consultoría	79
<b>Opiniones</b>	
Jose M. <sup>a</sup> Amate Blanco La evaluación de las tecnologías y la gestión de los sistemas sanitarios	83
César Antón Beltrán El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	89
Lluís Donoso Bach El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	95
Antonio Iñesta García Valor añadido que produce la industria farmacéutica en la empresa en el sector sanitario	99
María del Mar Julios La aplicación de conceptos de empresa a la gestión de la sanidad pública: la búsqueda de la eficiencia	105
Roberto Sabrido El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	109
Luis Enrique Vicente Sánchez El valor añadido en el sector sanitario, ¿hay alguien ahí?	115
<b>Normas para autores</b>	117

# ***La Dirección de Área: un modelo de gestión integrada por procesos. La experiencia gallega***

José Manuel González Álvarez  
*Consejero de Sanidad de Galicia*

La Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud apostaron durante los últimos años por la coordinación entre atención primaria y especializada en un intento de romper la fragmentación que el usuario percibe en la prestación de los servicios sanitarios. Estas medidas pretendían facilitar la derivación motivada e informada desde atención primaria, poner en marcha la figura de especialista enlace-consultor con el fin de establecer los criterios de derivación de pacientes e incidir en la devolución del paciente desde la consulta de especializada una vez finalizado el episodio de atención hospitalario.

La evaluación de estas medidas ofrece unos resultados limitados que hacen que la actual reforma de la sanidad de Galicia opte de manera clara por la integración de ambos niveles asistenciales frente a la coordinación.

A pesar de la alta calidad técnica del sistema sanitario no podemos obviar la existencia de problemas que le afectan. Entre los que se manifiestan con más claridad podemos citar: la existencia de unas estructuras organizativas en cada uno de los niveles asistenciales con regulaciones propias y con culturas y visiones diferentes del sistema sanitario, la falta de unificación de criterios de indicación y derivación entre ellos y, en definitiva, una excesiva utilización de la atención hospitalaria y de la tecnología que no permiten la optimización de los recursos de forma que la capacidad de resolución de los problemas de salud se desplaza innecesariamente a los hospitales, que tienden a mantener "cautivos" a los pacientes y que no siempre permiten garantizar la equidad.

En el primer nivel de atención, los actuales servicios de atención primaria no incluyen a todos los profesionales, sino solamente a los del nuevo modelo, ni integran toda la atención ya que los puntos de atención continuada y ciertos profesionales de área, pediatras, odontólogos, etc., siguen una estructura diferente que depende directamente de la gerencia.

En atención especializada nos encontramos con que existen múltiples unidades superespecializadas con ámbitos específicos de actuación, que producen una fragmentación de los procesos asistenciales y con líneas jerárquicas específicas

organizadas por profesiones que imposibilitan la actuación por procesos. La necesidad de evitar esta fragmentación llevó a la aparición de iniciativas que buscan la organización por procesos, uniendo servicios y personal multidisciplinar bajo una dependencia única, nos referimos a la gestión clínica.

Parece, por tanto, imprescindible un cambio que tenga como finalidad centrar los esfuerzos en el ciudadano y en el respeto de sus derechos, evolucionar en la organización de nuestro sistema sanitario potenciando la labor del médico de familia como integrador de la atención a los pacientes, eliminando las barreras entre primaria y especializada, clarificar el rol de cada uno de los profesionales que intervienen, definir con claridad los flujos tanto de los pacientes como de la información y organizar la asistencia por procesos.

El primer punto de apoyo de la reforma se encuentra en la Ley 7/2003, de Ordenación Sanitaria de Galicia, que en su capítulo II de Ordenación territorial de la sanidad, establece que en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia la sanidad se estructura territorialmente en áreas sanitarias, y que las áreas sanitarias constituyen las *“estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos”*.

La Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud persiguen con esta reforma tres objetivos básicos, en primer lugar desarrollar una *atención por procesos*, con el paciente como centro de la asistencia, superando la actual separación entre atención primaria y especializada, en segundo lugar alcanzar la *responsabilidad integral* en la continuidad de la asistencia de cada paciente, como superación de la actual fragmentación de la responsabilidad por centros y niveles y, en tercer lugar proporcionar una *mayor capacidad de gestión* que permita la solución de las dificultades del día a día en el nivel de área.

Somos, no obstante, conscientes de las dificultades que entraña este proceso de cambio, entre las que no podemos dejar de señalar en primer lugar que modificar las formas de trabajo superando la inercia de funcionamiento de años solo se puede conseguir con una organización práctica que cuente con el apoyo decidido de los puestos directivos y que, puesto que los procesos asistenciales se extienden entre atención primaria y especializada, gestionarlos y mantener la operatividad de los centros exige establecer una responsabilidad de doble dependencia.

En definitiva, la dirección de área significa un único nivel estratégico para toda el área, en que la asistencia se integra por procesos, los centros disponen de mandos intermedios propios para solucionar los problemas del día a día y la gestión se organiza de forma que sea posible identificar la actividad y los recursos por cada centro de coste.

Entre las particularidades del modelo gallego, queremos señalar:

1º. Los cambios no solo incumben a las áreas, los servicios centrales de la Consellería y del Sergas también modifican su forma de actuar para asumir la nueva forma de organización y para ello es preciso establecer claramente las funciones de autoridad sanitaria y las del Sergas. Es necesario por tanto mo-

dificar el organigrama de la Consellería e del Sergas y definir los principios de relación con las gerencias de área. Estas modificaciones se concretan en los Decretos 13/2005 por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad y 14/2005 por el que se establece la estructura orgánica del Sergas.

- 2º. Los servicios centrales sobre todo en las fases iniciales, en las que existirán simultáneamente dos modelos diferentes, uno de dirección única en el área y en el resto de Galicia con direcciones específicas para primaria y especializada. Para disminuir este problema, las direcciones provinciales deberán acercar su funcionamiento al de las áreas asumiendo, sin cambios estructurales, funciones reales de coordinación.
- 3º. Las funciones de autoridad sanitaria a nivel periférico han de estar en las delegaciones de la Consellería. La inspección está asumiendo en la actualidad funciones de autoridad y de gestión. Hay que identificar los puestos de trabajo con funciones de gestión, que permanecerán en la dirección provincial del Sergas o en el área, mientras que los puestos de autoridad sanitaria deben pasar a las delegaciones. Es necesario ir trasladando progresivamente las competencias y el personal desde las direcciones provinciales a las delegaciones (autoridad sanitaria) y a las áreas (gestión).
- 4º. Las direcciones provinciales irán desapareciendo a medida que se vayan creando las áreas.
- 5º. Las áreas sanitarias gestionarán los conciertos de su ámbito, aunque las funciones de compra de servicios se mantienen en los servicios centrales,

En cuanto a la estrategia normativa, queremos señalar que la LOSGA indica que el ámbito geográfico del área se determinará por decreto, en función de las necesidades sanitarias de la Comunidad Autónoma y teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, meteorológicos y de dotación de vías y medios de comunicación. Se procederá a definir la estructura organizativa de las gerencias de área individualmente, lo que permitirá que el modelo vaya evolucionando progresivamente.

Mediante el Decreto 15/2005 se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol. Esta es la etapa inicial de un proceso que finalizará en el momento en que todas las áreas de Galicia cuenten con una estructura integrada.

La dirección de área de Ferrol es una estructura organizativa sin personalidad jurídica, que gestiona la red gallega de atención sanitaria de utilización pública en su ámbito territorial, así como las prestaciones y programas sanitarios e integra todos los centros de atención primaria y atención especializada del Sergas, por lo que se le adscribe la Dirección de Ferrol de la Gerencia de Atención Primaria de Coruña-Ferrol y el Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

La estructura directiva del área de Ferrol está configurada de la siguiente forma:

- 1º. Órganos unipersonales. El equipo directivo del área tiene al frente al director de área. Del Director del área depende una estructura responsable de las

prestaciones sanitarias (el gerente de procesos, los directores de procesos médicos, quirúrgicos, el director de urgencias y de procesos ambulatorios y el director de enfermería) y una estructura de apoyo (el director de recursos económicos y servicios generales y el director de recursos humanos).

2º. Órganos colegiados. Se conforman tres tipos de órganos colegiados, el de dirección que se constituye como Comisión de Dirección, los de asesoramiento que son la Comisión de Calidad, la Comisión Asistencial y los Comités técnicosanitarios y los de participación que son el Comité de Seguridad e Salud Laboral y la Comisión de Participación Ciudadana.

Pero en la experiencia de Ferrol no solo se apuesta por la integración de primaria y especializada desde un punto de vista organizativo, sino que también se prioriza la prestación de los servicios con un enfoque de proceso.

La gestión por procesos asegura la atención integral al paciente de una manera más adecuada y eficiente que en aquellas estructuras organizadas por funciones o por áreas donde es fácil perder la perspectiva de las necesidades de los pacientes y resulta difícil dar una respuesta coordinada de atención y cuidados. Supone, en suma, un cambio de visión del proceso asistencial, optando por un modelo transversal, donde el paciente es el eje alrededor del cual se producen las decisiones y actuaciones de los profesionales que directa o indirectamente están relacionadas entre sí, o que son interdependientes y que forman un todo complejo con una meta común.

Desde la perspectiva de una organización sanitaria pública, un proceso asistencial es el conjunto de actividades realizadas por los proveedores de la atención sanitaria (actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas), lógicamente interrelacionadas y ordenadas, que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc).

Implica, así mismo, reordenar los flujos de trabajo de forma que aporten valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del cliente y a facilitar las tareas de los profesionales. Es fundamentalmente una metodología de trabajo en equipo, al considerar que son los propios profesionales quienes mejor conocen los procesos y sus posibilidades de mejora.

Un proceso asistencial debe tener, por tanto, un objetivo claramente definible y alcanzable (qué, para qué y para quién), unos límites precisos, con entradas y salidas concretas, secuencias de etapas claramente integrables y debe poder medirse.

El punto de partida de la gestión de procesos es identificar aquellas actuaciones que se consideren prioritarias en función de diferentes criterios como alta prevalencia, impacto social, aportación de valor añadido a los usuarios, factibilidad para abordar el proceso o importancia estratégica para la organización.

La selección es realizada mediante la constitución de consejos de expertos para aquellos procesos de carácter general o bien mediante comisiones creadas a tal fin en las distintas áreas sanitarias para abordar aquellos procesos que afecten de una forma más específica o prevalente su zona de influencia.



En definitiva, esta reforma que se emprende en Galicia pretende, en primer lugar, que sea el ciudadano el centro de las actuaciones sanitarias de forma que sus expectativas sean un elemento básico en la toma de decisiones del sistema, en segundo lugar garantizar la continuidad asistencial evitando la actual fragmentación entre niveles y, en tercer lugar, asegurar la participación, la implicación y la satisfacción de los profesionales.

José Manuel González Álvarez. La Dirección de Área: un modelo de gestión integrada por procesos. La experiencia gallega

Introducción



## **Una apuesta por la gestión integrada del área de salud. El sistema de información para integrar la gestión**

Francisco Agulló Roca  
*Médico de Familia. Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*

La Ley General de Sanidad define las Áreas de Salud como estructuras fundamentales del Sistema Sanitario responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

En este ámbito, y como línea de actuación a favor de la modernización de nuestro Sistema de Salud merece la pena reflexionar acerca de las posibilidades que puede ofrecer el modelo de Gerencia de Área.

A pesar de ser éste un objetivo planteado en nuestro Sector desde hace ya algún tiempo, no es menos cierto que las experiencias llevadas a cabo hasta ahora son todavía limitadas en número, surgiendo en la mayoría de los Servicios regionales de Salud, como iniciativas puntuales que se emprenden por muy diversos motivos, que son revestidas inicialmente de grandes dosis de ilusión e interés, pero que también han resultado, en su evolución, aparentemente poco efectivas.

Las iniciativas destinadas a mejorar nuestra Sanidad, dentro de un entor-

no como el actual, sometido a cambios acelerados y complejos en sus distintas dimensiones, deben dar respuesta a los problemas que afectan a los ciudadanos en el ámbito de la salud y deben tener, en todo caso, como eje central, la atención al paciente.

Las nuevas formas de organización sanitaria, más allá de formalismos teóricos o jurídicos deben responder a una nueva cultura basada en las ideas de mejora continua de la calidad y de creciente eficiencia en la gestión, si bien la suficiencia financiera debe configurarse como un requisito previo y básico a partir del cual pueden conseguirse las mejoras mencionadas.

Por tanto, calidad y eficiencia en la gestión sanitaria, deben ser entendidas como objetivos estratégicos de primer orden para el fortalecimiento y perdurabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Con este marco como referencia, la Atención Primaria debe configurarse, no sólo como la puerta de entrada al Sistema, sino que debe desempeñar el papel de coordinador e integrador de todas las actuaciones que en materia de salud pueda precisar un ciu-

dadano, erigiéndose como asesor y consultor en la "compra" de otros servicios o pruebas más especializadas.

Centrándonos en la eficiencia en la gestión, la reordenación de medios y recursos sanitarios, la implicación de los profesionales, la utilización de las nuevas tecnologías y la coordinación entre niveles asistenciales deben considerarse temas fundamentales, siendo el Área de Salud el ámbito territorial más idóneo y la Gerencia de Área el modelo de gestión probablemente más adecuado para desarrollarlos.

Como denominador común en los nuevos horizontes de la gestión sanitaria, se debe señalar, en primer lugar, la necesidad de conseguir una interacción entre la buena práctica médica y las buenas prácticas de gestión, elementos que no siempre han conseguido una adecuada integración, pero que podría alcanzarse en el marco de la Gerencia de Área.

Por un lado, la utilización de medios y recursos materiales debe racionalizarse, evitando por ejemplo duplicidades en la petición de pruebas entre los niveles asistenciales. Por otro lado, la gestión asistencial debe decididamente inspirarse en los paradigmas de la llamada gestión clínica, abordándose ésta desde el enfoque del *proceso*, para evitar la indeseada fragmentación en la atención al ciudadano.

En segundo lugar, la implicación de todos los profesionales debe buscarse decididamente. Los de Atención Primaria deben percibir estas iniciativas no como una amenaza, por el "efecto esponja" que puede tener el Hospital en un Área respecto a los recursos financieros, y deben participar activamente desde las bases en la definición y construcción de los diferentes procesos. Por el contrario, los de Especializada nunca deberían ver a la

Atención Primaria como algo inferior y mucho menos como la generadora innecesaria de gran parte de su trabajo. Un posible gesto que facilitaría la implicación de los profesionales de Atención Primaria, sería ubicar físicamente la Gerencia del Área en algún sitio fuera del Hospital.

En cuanto a las nuevas tecnologías, hay que destacar la importancia que para el Sistema Nacional de Salud y para los ciudadanos tiene la incorporación de las mismas a la Sanidad, por el valor añadido que aportan y por posibilitar soluciones a múltiples problemas y desafíos que plantea la gestión sanitaria y la práctica clínica. A su vez, la implantación de las nuevas tecnologías, está generando importantes consecuencias en cuanto a los modelos de organización, ya que incentivan la innovación y abren expectativas nuevas a las que necesariamente habrá que dar respuesta. Asimismo, es importante que los profesionales sanitarios perciban las ventajas de estas tecnologías como herramientas facilitadoras de su actividad asistencial. Entre ellas, las nuevas tecnologías de la información y comunicación, con su potencialidad, requieren de dosis crecientes de sensibilización tanto por los gestores del sistema, como por los profesionales y ciudadanos.

Por último, la integración entre los niveles asistenciales debe ser uno de los principios fundamentales, mientras que las ventajas de la continuidad asistencial deben constituir el telón de fondo de estas iniciativas.

Si bien todos estos elementos son claves para construir sobre bases firmes, las respuestas que el actual Sistema Nacional de Salud requiere, uno de los grandes retos para la Atención Primaria, como integradora de las actuaciones en materia de salud para el ciudadano, está siendo y va a seguir sien-

do la gestión de la información, cada vez más amplia y más diversa.

En ese sentido, para una gestión integral de la información en el Área, sería conveniente, al igual que ocurre con los Hospitales, poder disponer en Atención Primaria de una serie de datos homogéneos sobre las características de las personas atendidas, su morbilidad y sobre su proceso asistencial. Esta información tendría como utilidades, entre otras, la planificación de salud y de servicios, la financiación de los mismos, la gestión clínica, la evaluación y la investigación<sup>1,2</sup>.

Poner en marcha un sistema de información de estas características es un proceso complejo y ambicioso, y eso requiere cautela y planificar detalladamente los pasos para su implantación progresiva, pero también es necesario asumir ciertos riesgos para emprender una propuesta como esta, innovadora y de futuro. Debe basarse en dos componentes íntimamente interrelacionados entre sí: la existencia de un Conjunto Mínimo Básico de Datos para Atención Primaria (CMBD-AP), similar y complementario al existente en el entorno hospitalario, y la utilización de un agrupador o sistema de clasificación de pacientes que reduzca las categorías a grupos homogéneos, permitiendo el tratamiento estadístico y el análisis de la casuística (case-mix).

Para ello destacar que, por un lado, desde comienzos de los años 90 vienen apareciendo en la literatura científica suficientes aportaciones teóricas y evidencias, como para considerar la

implantación de un CMBD-AP como un tema maduro<sup>1,2,3,4</sup>. Por otro lado, el desembarco masivo de las tecnologías de la información y la extensión del uso de la historia clínica electrónica en Atención Primaria (independientemente de la aplicación informática que la gestione), han puesto a nuestra disposición grandes cantidades de información en un soporte de alta accesibilidad, eliminando uno de los problemas iniciales más importantes para la puesta en marcha del CMBD-AP y abriendo un abanico de usos y posibilidades, hasta hace poco, insospechado.

Uno de los aspectos que ha generado más polémica ha sido la definición de la unidad de análisis: actualmente podemos afirmar que existe un acuerdo prácticamente generalizado de que, dadas las características de nuestro Sistema Sanitario, la unidad más idónea es el paciente atendido por un *Equipo de Atención Primaria durante un año*<sup>5,6</sup>.

Pero además, con el volumen de datos actualmente disponible, es posible plantearse la recopilación de unidades de análisis más pequeñas –contactos, visitas, episodios–, para agruparlas con posterioridad para formar unidades más amplias, como la arriba men-

<sup>1</sup>Alonso López, F.A.; et al. Informatización en la atención primaria (y II). *Aten Primaria* 2000; 26(8): 559-576.

<sup>2</sup>Fusté, J.; Bolívar, B.; Castillo, A.; Coderch, J.; Ruano, I.; Sicrás, A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria* 2002. 30 (4): 229-235.

<sup>3</sup>Pérez Fernández, M.M.; García Sagredo, P.; Gervás, J.J.: Conjunto mínimo básico de datos en Atención Primaria. Un Estudio Delphi. *Aten Primaria* 1990; 7(2): 112-118.

<sup>4</sup>Juncosa, S.; Bolívar, B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los ambulatory care groups (ACGs). *Gac Sanit* 1997;11(2): 83-94.

<sup>5</sup>Juncosa, S.; Carrillo, E.; Bolívar, B.; Prados, A.; Gervás, J.. Sistemas de clasificación en grupos iso-consumo (case-mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17(1): 102-110

<sup>6</sup>Grupo de trabajo del CMBD en Atención Primaria. Proyecto de análisis y desarrollo de un sistema de información sanitario en atención primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mimeografiado;1999.

cionada. Así, algunos de los agrupadores permiten "seguir" a un mismo paciente o episodio de enfermedad a lo largo de todo el proceso de atención, independientemente del nivel asistencial donde se haya producido, iniciado o resuelto. Ello aporta unas posibilidades hasta ahora inexistentes para su uso en la gestión y en la planificación integrada del Área de Salud, ya que rompe los hasta ahora compartimentos estanco formados por los clásicos niveles asistenciales y nos permitiría establecer un sistema de información para medir la continuidad de los cuidados, auténtico "talón de Aquiles" del Sistema Nacional de Salud y argumento fundamental para la puesta en marcha de la Gestión integrada del Área de Salud.

Por otro lado, el número y características de las variables a recopilar, aunque puede diferir en función del criterio de clasificación y del uso que se pretenda dar al sistema, tampoco es un problema, existiendo un consenso sobre las variables de mayor trascendencia, pudiéndose éstas ampliarse de forma escalonada, en función de lo ambiciosos que seamos en el uso final del CMBD-AP.

El mayor conflicto puede darse sobre el sistema de codificación de diagnósticos y procedimientos, en donde, por el momento, existen dos opciones básicas: usar los sistemas propios de la Atención Primaria (CIAP-2, CIAP) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuyo uso está más extendido en el ámbito hospitalario. Pa-

ra tomar una decisión sobre ellos hay que poner de manifiesto que todos los sistemas de agrupación de pacientes ambulatorios existentes (*Adjusted Clinical Groups* –ACG–, *Ambulatory Visit Groups* –AVG–, *Ambulatory Patient Groups* –APG–, *Products of Ambulatory Care* –PAC–, *Diagnosis Clusters* –DC–) permiten trabajar con la CIE-9-MC, y sólo uno de ellos (*Diagnosis Clusters* –DC–) lo hace con los demás. Sin embargo, existe una adaptación para Atención Primaria de la CIE-9 y tablas de conversión entre los distintos sistemas de codificación que, aunque no tienen una total correspondencia, ofrecen unos resultados más que satisfactorios en su uso<sup>7</sup>.

En este contexto, podemos afirmar, como resumen, que la gestión integrada del Área de Salud debe figurar necesariamente entre las prioridades de los gestores y de las autoridades sanitarias. El objetivo debe quedar meridianamente claro. Se trata de potenciar la eficiencia en la gestión y la calidad, mejorar la continuidad de los cuidados y reorientar el Sistema hacia el paciente. Ello requiere integrar sensibilidades, la propia de atención primaria con la de especializada, la visión del gestor con la del clínico. Se trata de un nuevo reto de nuestro Sistema de Salud, que requiere de un sistema de información distinto, aunque complementario a los actuales, con el que de verdad podamos medir el grado en que hemos logrado integrar la gestión. Conseguirlo será cosa de todos, profesionales, gestores y responsables públicos.

<sup>7</sup>Gonsálbez Pastor, E.; Pérez-Salinas, I.; Díez-Domingo, J.; Ballester Sanz, A.; Costa-Alcaraz, A.M. Sistemas de información en atención primaria: ¿debemos codificar con la CIE-9-MC?. *Aten Primaria* 2003;31(8): 519-523.

## Tiempo en Atención Primaria de Cantabria

José Alburquerque Sánchez  
Servicio Cántabro de Salud  
Director Gerente

Ayer, la cartilla, el médico de cabecera, el ambulatorio; hoy, la tarjeta sanitaria individual, el médico de familia y centro de salud, y en los dos casos, un paciente, formado e informado que también ha cambiado.

Antes y ahora, nos estamos refiriendo a términos que se corresponden con los que la inmensa mayoría de los ciudadanos han venido incorporando al vocabulario habitual en las últimas décadas. Hablamos de algo cercano, de nuestro entorno, que forma parte del acervo cultural de varias generaciones, de lo cotidiano en cualquier conversación, del lenguaje común.

Quienes tenemos alguna responsabilidad en la gestión de la sanidad, además de la ejecución de los presupuestos, del análisis de las cifras macroeconómicas, de la definición de los grandes principios, o del diseño de las líneas estratégicas, no debemos olvidar la naturaleza y el significado que las herramientas con que trabajamos tienen para la población y su incidencia en todos los ámbitos de la sociedad: la salud, la economía, el empleo, la industria o el comercio. La sanidad, directa o indirectamente, lo abarca casi todo, y su manejo, administración y

soluciones están íntimamente ligados a nuestro bienestar general.

Y aquí juega un papel importante la atención primaria, que actualmente disfrutamos, resultado de una reforma realizada en la década de los 80, que ha contribuido en gran medida a alcanzar los buenos indicadores de salud, conseguidos en nuestro país y el elevado nivel de satisfacción de la ciudadanía que reflejan las encuestas.

Sin embargo, no se le ha prestado toda la atención debida a este nivel asistencial en los últimos años y ha provocado que muchas de las funciones que podrían desarrollarse en este ámbito no se lleven a cabo. La mayor parte de los médicos, por falta de recursos tanto humanos como materiales, se ven obligados a dedicar la práctica totalidad de su tiempo laboral a la asistencia de los pacientes.

Por esto, desde Cantabria y en palabras de nuestra Consejera de Sanidad queremos una atención primaria que quiere influir en la salud de la población a través de otro modelo y que tenga además dentro de sus objetivos el ámbito indudablemente de la asistencia, el ámbito de la prevención, el

ámbito de la promoción de la salud, el ámbito de la medicina rehabilitadora y reparadora, en definitiva el ámbito de lo que es una auténtica medicina hoy día. E insiste Charo Quintana en su comparecencia en el Parlamento Regional que Nuestros Servicios Sanitarios deben ser capaces de adaptarse a los problemas de salud emergentes, muchos de ellos motivados por causas sociales. Y deben estar a la altura de las expectativas ciudadanas que confían en la capacidad de los profesionales de la salud, de hacer un abordaje biopsicosocial de sus trastornos de salud.

Teniendo claras estas ideas, desde el Servicio Cántabro de Salud sólo teníamos que darles contenido (como decía D. Santiago Ramón y Cajal, "las ideas no duran mucho, hay que hacer algo con ellas") y hemos apostado por la capitalización del Servicio Cántabro de Salud, capitalización en conocimiento, es decir en profesionales bien formados y motivados. Y capitalización en infraestructuras y tecnologías que hayan demostrado su capacidad para conseguir mejoras en salud.

Lo primero ha sido la actuación sobre las urgencias en atención primaria, creando un modelo de atención a la urgencia en atención primaria, con plantillas estables, que dieran cobertura a toda Cantabria. Hemos creado nuevos servicios de urgencias en funcionamiento en toda la Comunidad desde el 1 de marzo de este año con un presupuesto de 4.700.000 y una plantilla final de 263 trabajadores, que ha supuesto la puesta en marcha de 18 nuevos servicios de urgencias de atención primaria, la integración de 56 refuerzos estables y la creación de 130 nuevas plazas.

En esta capitalización que, para una comunidad pequeña como la nuestra, supone casi el 15% de la plantilla, teni-

amos también clara la actuación, sobre la atención prestada por los equipos de los centros de salud mediante la reducción del número de pacientes atendidos por los médicos de familia hasta una media de 1.500 personas y por los pediatras hasta una media de 1.000 niños y niñas, en pleno funcionamiento ya desde el pasado 1 de abril con un presupuesto de 4.500.000 €.

Esta actuación ha supuesto la contratación de 35 médicos y médicas de familia, de 4 pediatras, de 36 enfermeros y enfermeras, para incrementar los recursos de los equipos de los centros de salud.

Y ha supuesto también una ponderación de tarjeta por edad, para reducir el impacto retributivo que la disminución de tarjetas sanitarias por profesional necesariamente produce.

La tercera actuación ha sido la ampliación de la accesibilidad. Dieciocho nuevos servicios de urgencias, ampliación del horario de atención de los servicios de urgencias de 5 de la tarde a 9 de la mañana de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y festivos, y de los equipos de atención primaria con más consultas de tarde, más profesionales en los centros de salud, médicos de familia y enfermería comunitaria; pero también fisioterapeutas, matronas, psicólogos clínicos, etc..

Incremento de la cartera de servicios, ampliación del derecho a la libre elección de médico en atención primaria. Mejora de la atención a los ciudadanos en los centros de salud con el desarrollo de sus servicios de admisión, que ha supuesto la contratación de 36 auxiliares administrativos y la progresiva implantación del proyecto ANJANA.

Informatización de los 39 centros de salud y 90 consultorios rurales. Impulso a la completa implantación del mo-



delo de atención primaria, mediante una oferta de estatutarización al personal APD y cupo integrado.

Mejora de las infraestructuras y equipamiento. Mejora de la formación continuada de los profesionales y de la posibilidad de realizar investigación, también desde atención primaria. Y, finalmente, mejora de las condiciones laborales.

Con un objetivo: otorgar más tiempo a los profesionales para la atención a los pacientes, reducir el tiempo de espera de los enfermos para lograr cita, y entrar en consulta e incrementar el tiempo de atención por parte del facultativo.

En definitiva, un objetivo claro: tiempo. Más tiempo para el paciente y para el profesional

Y este tiempo, ¿para qué?.

1. Para poder escuchar más y mejor los problemas e inquietudes de los pacientes.
2. Para poderle explorar, diagnosticar y explicar más y mejor su problema de salud.
3. Para hacer más comprensible el tratamiento que se le prescribe y mejorar así su cumplimiento.
4. Para poder incluir en el contacto con el paciente educación sanitaria que mejore sus hábitos de vida y prevenga problemas futuros de salud.
5. Para tratar de forma distinta distintas formas de enfermar: Nuevas enfermedades, la dependencia, la atención en el domicilio de pa-

cientes ancianos, inmovilizados y terminales.

6. Para hacer más resolutive la atención primaria, menos dependientes de los hospitales con acceso a más pruebas diagnosticas.
7. Para mejorar la atención a la urgencia en atención primaria, potenciando los servicios de urgencia en atención primaria y su coordinación con el 061. En la provincia todos los centros están abiertos 24 horas.
8. Para poder aplicar nuevos programas en los centros de salud: Deshabitación, asma en la infancia, el programa de la mujer.
9. Para que se pueda coordinar más y mejor con los servicios sociales y los hospitales.
10. Para poder, en resumen, prestar al paciente la atención integral que los profesionales desean.

Y porque creemos que el tiempo es el recurso asistencial más valioso e indispensable en atención primaria para proporcionar una asistencia sanitaria de calidad, una asistencia personalizada y humana. Y porque sabemos que es la mayor reivindicación de todos los profesionales de atención primaria.

Hasta ahora sólo es un primer paso, pero creemos que este es el camino en la Sanidad de Cantabria, una clara apuesta por el primer nivel asistencial, acercando los servicios sanitarios al ciudadano, orientando los servicios a la población, facilitando el trabajo diario de los profesionales y prestando a los pacientes una atención integral.



## **Gerencias de área: una oportunidad para la atención primaria**

Manuel Alcaraz Quiñonero  
*Director Gerente*  
*Gerencia Integral del Altiplano*  
*Servicio Murciano de Salud*  
*Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma*  
*de la Región de Murcia*

Las administraciones sanitarias en aras a establecer un sistema organizativo para proveer la asistencia sanitaria agrupan los recursos en niveles asistenciales. En nuestro país hace ya casi dos décadas que la Ley General de Sanidad estableció dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). A estos niveles habría que añadir la Atención a la Salud Mental y la necesidad de una atención sociosanitaria debidamente coordinada con el resto. La AP se constituye en la puerta de acceso al sistema y la AE se concibe como apoyo de la AP atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de resolución de ésta. En la mayoría de los países europeos, aunque no en todos, se produce esta misma circunstancia: el acceso al nivel especializado debe ser establecido por los médicos de AP. El nivel primario debe asumir posteriormente la continuidad del proceso asistencial. Este sistema organizativo ha sido adoptado por aquellos países con sistemas sanitarios públicos basados en valores como la universalidad y la equidad en el acceso, con demandas en continuo crecimiento a la que deben dar respuesta con recursos limitados.

En realidad la atención primaria de salud no se trata propiamente de un nivel asistencial sino de un modelo de atención cuyos elementos claves son: 1) la equidad en el acceso (entendida como provisión de atención de acuerdo a criterios de necesidad), 2) la continuidad asistencial, 3) la longitudinalidad (seguimiento de la persona a lo largo de la vida con independencia de la ausencia o presencia de enfermedad), 4) la globalidad o integrabilidad, considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, abarcando tanto servicios preventivos, curativos como rehabilitadores, y 5) la coordinación de la trayectoria de los pacientes dentro del sistema, como garantía de la continuidad de atención (Starfield, 1991).

La amplia gama de modelos diferentes organizativos de AP en Europa y el amplio abanico de reformas e innovaciones plantean interrogantes sobre las ventajas y desventajas de los distintos enfoques de la AP. Hay un grado considerable de acuerdo entre políticos y expertos sanitarios, tanto en Europa como en otros países del mundo, sobre el hecho de que la AP debería ser el centro de gravedad de un sistema sanitario bien diseñado (Ri-

co, 2002). Por otra parte parece que hay cierta evidencia sobre que los países con una AP fuerte tienen sistemas sanitarios más eficientes.

Actualmente, la falta de continuidad asistencial, consecuencia del funcionamiento estanco de los distintos niveles asistenciales, constituye uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Tanto es así, que los expertos hacen referencia a ello como una de las principales asignaturas pendientes de la sanidad española, con una serie de consecuencias insoslayables: ocasiona problemas de accesibilidad, propicia una falta de visión unitaria del paciente, da al ciudadano una visión fraccionada del sistema, ofrece una imagen deteriorada del funcionamiento de las organizaciones y, en ocasiones, una percepción de enfrentamiento entre los profesionales de los diferentes niveles, sin contar con que muchas de las ineficiencias del sistema tienen su explicación en esa falta de coordinación y de integración entre los distintos proveedores del sistema sanitario.

La articulación entre niveles asistenciales admite diferentes posibilidades: desde una interrelación parcial hasta la integración total, pasando por situaciones intermedias (contratos de cooperación, alianzas estratégicas, etc.). Hoy en día las estrategias de mejora de los sistemas sanitarios están centradas en la cooperación y continuidad asistencial precisamente porque la interrelación requerida no precisa mayor burocracia y mayores costes de transacción sino todo lo contrario. Aún a riesgo de ser simplista podríamos sintetizar en dos las medidas que se han puesto en marcha para mejorar la relación entre niveles: de una parte la experiencia británica que traslada a la atención primaria la función de compra de servicios especializados, donde prima de una forma

patente las leyes del mercado con los riesgos que ello conlleva en la provisión de servicios de salud, y de otra la creación de oligopolios que gestiona de forma integrada, tanto vertical como horizontalmente, los recursos de atención primaria y de atención especializada.

¿Cuál es, en definitiva, la mejor fórmula de integración de niveles asistenciales? En realidad no existe una receta mágica. La aplicación de una gestión integrada impulsada desde una dirección única o gerencia de área ha sido una fórmula repetitiva que se ha puesto en marcha de forma desigual en áreas sanitarias de distintas Comunidades Autónomas en la etapa pre-transferencial. En la Ley General de Sanidad de 1986 y también en el marco normativo de muchas Comunidades Autónomas se apostaba por las Gerencias de Área. Sin embargo, el modelo no se ha extendido ampliamente. El lento y desigual desarrollo del nuevo modelo de atención primaria, junto con la coexistencia de diferentes tipos de vinculación laboral de sus profesionales, así como el "hospitalcentrismo" en torno al cual se ha ido desarrollando nuestro sistema sanitario, sin olvidar la resistencia al cambio que subyace en la dinámica de nuestras organizaciones o las dificultades para modificar las mismas bajo la presión que supone la gran demanda asistencial y la exigencia social y política sobre la consecución de ciertos objetivos, por ejemplo los relacionados con las listas de espera y las demoras, podrían explicar este escaso desarrollo.

Así pues, antes de producirse las transferencias en materia de provisión de asistencia sanitaria, el modelo de gerencia de área estaba escasamente extendido. Varias comunidades autónomas habían puesto en marcha la experiencia en áreas de salud de tamaño reducido. Este era el caso de Andalu-

cía, Asturias, la Comunidad Valenciana y Navarra. La Comunidad Autónoma de Canarias estableció Direcciones de Área de Salud, una por isla, pero con programas de gestión diferentes para AP y AE con objetivos compartidos. En Cataluña las experiencias de integración han tenido dos vertientes, en unos casos se ha realizado desde los centros hospitalarios y en otros se ha establecido un procedimiento de compra de servicios sanitarios para toda una comarca a entidades con capital privado. Tras el proceso transferencial en algunas comunidades autónomas se ha optado por generalizar el modelo. Es el caso de La Rioja, Valencia, Madrid y Aragón. En otros casos se ha optado por implantarla en áreas de salud muy concretas con la intención de pilotar la experiencia para, en una fase posterior, generalizar el modelo. En esta situación se encuentran Galicia, Castilla La-Mancha y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, donde se ha puesto en marcha la Gerencia Integral del Altiplano.

Ahora bien, ¿el resultado de integrar niveles asistenciales superará sistemáticamente al de la organización convencional?. La integración vertical entre niveles asistenciales - entendida como red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero- tiene, a priori, más ventajas sanitarias y económicas que inconvenientes (Ortún 2000). Pero esto implica que tal integración vertical por sí misma no garantiza mayores cotas de eficiencia, ni la coordinación ni la continuidad asistencial. Es preciso desarrollar una red de interrelaciones horizontales que favorezcan la comunicación permanente de todos los agentes que participen, dejando a un lado los protagonismos y las presiones para adquirir

mayores parcelas de poder, sin primacías de un nivel sobre otro. En definitiva, se trata de buscar con las Gerencias de Área una integración vertical y horizontal que haga operativo un modelo sanitario de calidad y centrado en el ciudadano.

Desde esta perspectiva las Gerencias de Área pueden representar para la AP una evidente oportunidad centrando en la misma las bases de nuestro sistema sanitario. Debe ser más factible desde una estructura integrada de dirección establecer iniciativas para conseguir este objetivo, entre ellas:

1. Planes de formación comunes con base geográfica centrada en el área de salud, alineados con las estrategias de recursos humanos de las Comunidades Autónomas. Planes que han de recoger las inquietudes en materia de formación manifestadas por los profesionales y las necesidades detectadas desde las propias organizaciones.
2. Aumento de la capacidad de resolución de AP mediante el acceso a los medios diagnóstico. Desde estructuras integradas horizontalmente es más fácil establecer catálogos y protocolos consensuados que posibiliten, con racionalidad científica, fijar criterios de adecuación para los profesionales de ambos niveles.
3. Desarrollo de los sistemas de información: Es imprescindible que desde las Gerencias de Área se realicen esfuerzos para conseguir dotar a los centros y a los servicios de los recursos que les permitan interconectar y compartir información. En un escenario de futuro lo ideal es asegurar una historia personal de salud desde el nacimiento hasta la muerte centrada en datos evolutivos de los ciudadanos y que con-

temple los episodios y las intervenciones de los servicios sanitarios. A la misma deben tener acceso todos los profesionales de la salud que participan de una y otra forma en el continuum asistencial.

4. Ordenación de los procesos asistenciales: Se trata de establecer, en razón de las necesidades de los ciudadanos y de los recursos disponibles, el diseño conjunto de protocolos o guías de actuación preventiva, diagnóstica, terapéutica y de seguimiento y control para reforzar la capacidad de resolución y el papel de puerta de entrada al sistema sanitario que ejerce la AP basado en decisiones soportadas en la evidencia científica. La interconsulta y la derivación al nivel especializado ha de ser coordinado desde la AP, desde donde se realizará la priorización y la gestión de casos.
5. Aumento de la comunicación entre profesionales de un forma bidireccional: Algunas Comunidades Autónomas han instaurado la figura de "médico de enlace" o responsable de coordinación en los servicios hospitalarios, fundamentalmente en Medicina Interna, y en los centros de primaria. Esta iniciativa debe complementarse con procedimientos de comunicación directa tales como interconsultas telefónicas o e-consulta, interconsultas presenciales, intercambio de profesionales con rotaciones regladas, sesiones clínicas conjuntas, grupos de trabajo que trabajen en cartera de servicios y protocolización clínica, foros de participación y comisiones clínicas asesoras, etc.
6. Procedimientos de gestión y administración únicos: La gestión integrada de los recursos humanos, la política de compras (con catálogo de productos unificados por áreas), la gestión presupuestaria y de contabilidad, el mantenimiento, el suministro farmacéutico (gestión de botiquines, dispensación y unidades), etc., podrá simplificar los circuitos administrativos eliminando desdoblamientos y todo aquello que no aporte valor, reduciendo los gastos de transacción.
7. Mayor grado de autonomía: Los médicos son los responsables de la ejecución del gasto sanitario en un gran porcentaje. Sin embargo no se ha trasladado riesgo ni obligaciones presupuestarias a los profesionales de una forma generalizada. Algunas experiencias se han puesto en marcha de "gestión clínica". Sin esa descentralización y transferencia de responsabilidad y riesgo a través de fórmulas que supongan cierta autonomía de gestión de las unidades clínicas y centros de salud es muy difícil conseguir la implicación de los profesionales.
8. Objetivos de área: Identificar objetivos en el conjunto del área de salud en lo referente a aspectos presupuestarios, accesibilidad, calidad y racionalización en el uso de los recursos con políticas de incentivos ligadas al cumplimiento de los mismos favorecerá la búsqueda de modelos de asistencia más eficaces y eficientes a través de estrategias de cooperación y no de enfrentamiento entre profesionales.
9. Por último y, no menos importante, se podrán establecer proyectos de investigación de base poblacional con referencia geográfica circunscrita al área en colaboración con otros sectores como la universidad. Sabemos que existe una estrecha relación entre la investigación y la mejora de la práctica clínica, sin olvidar el fuerte componente motivador que supone para el profesional.

En conclusión, las Gerencias de Área, Sector o Distrito se están implantando en el conjunto del país de una forma decidida. Tendrá que pasar algún tiempo para evaluar el resultado de este modelo, pero, en definitiva, se pretende que el ciudadano sea real-

mente el centro del sistema sanitario posibilitando cambios organizativos que aseguren procesos de interrelación ágiles entre todos los agentes de salud que aseguren la continuidad en un proceso de atención de calidad.

Manuel Alcaraz Quiñero. Gerencias de área: una oportunidad para la atención primaria

Los protagonistas





## Atención Primaria de Salud: una realidad y un reto

Luciano Barrios Blasco  
Director del Distrito Sanitario Córdoba Centro. Servicio  
Andaluz de Salud

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud<sup>(1)</sup>.

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la atención primaria. En el documento de Alma-Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema.

Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tan-

to principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Lo más importante son los principios<sup>(2)</sup> que se cifran en lo siguiente:

- acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- enfoques intersectoriales de la salud.

Los elementos principales que deben caracterizar a la Atención Primaria son:

- Integralidad. Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial
- Longitudinalidad. Es una de las características más diferenciadoras de la Atención Especializada y que confiere entidad a la Atención Primaria.
- Accesibilidad. Los ciudadanos deben poder tener contacto con el sistema de salud sin dificultades.
- Trabajo en equipos multidisciplinarios. Hoy en día para desarrollar

cualquier tarea de asistencia colectiva es imprescindible el concurso de todos los profesionales

- Comunitaria y participativa. La Atención a la Comunidad y a los problemas de la misma en el marco que se producen ha sido una tarea específica de la Atención Primaria.
- Resolutiva y sometida a evaluación continuada.
- Con capacidad docente e investigadora

En los últimos 25 años se han producido grandes cambios, a nivel mundial, nacional y local, en los entornos en cuyo marco los valores de la atención primaria deben traducirse en medidas. Entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar el envejecimiento de las poblaciones, la explosión de VIH/SIDA y la creciente carga de morbilidad que presentan los ciudadanos objeto de la atención. Los progresos de la tecnología sanitaria han transformado muchos aspectos de la práctica médica y han generado expectativas respecto al tipo de funciones y servicios que deberían proporcionar los sistemas de salud.

Un sistema de salud basado en la atención primaria:

- estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública;
- creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a la población más desfavorecida
- Asegurará la continuidad de la atención sanitaria en todo el sistema sanitario

- organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.

Estos planteamientos que serían los pilares de la Atención Primaria han ido poco a poco desarrollándose, garantizándose, actualmente, el acceso a la salud para todos los ciudadanos del Sistema Sanitario público, haciendo hincapié cada vez más en la accesibilidad al sistema por parte de los ciudadanos, sin crear demoras en la asistencia y garantizando un alto nivel de calidad en la asistencia sanitaria. Por otro lado Atención Primaria crece en su cartera de Servicios y se plantean nuevas tecnologías que tradicionalmente eran llevadas a cabo por Atención Especializada: aparecen técnicas exploratorias y terapéuticas, tales como espirometrías, Doppler, MAPA, cirugía menor, infiltraciones, inserción de DIUS etc. que a su vez dan lugar a que gran cantidad de patologías queden resueltas en el propio marco de la Atención Primaria, o en cualquier caso garanticen que el segundo nivel de asistencia tiene las pruebas de cara a garantizar una mayor prontitud en el diagnóstico y la terapéutica. Por otra parte, procedimientos diagnósticos no susceptibles en la actualidad de estar ubicados en los Centros de Salud como endoscopias, técnicas neurofisiológicas o TAC deberían ser asequibles a los profesionales de Atención Primaria sin el concurso previo del nivel especializado.

Una de las principales líneas de trabajo en Atención Primaria ha sido el uso racional del medicamento, donde se ha producido un salto cuantitativo con la contención y racionalización del

gasto farmacéutico, así como un avance importante en la calidad de la prescripción. La prescripción por principio activo se ha convertido en una práctica habitual en Andalucía, alcanzando el 58% del total de las recetas prescritas. En este tipo de prescripción, el facultativo indica en la receta los datos del medicamento sin especificar ninguna marca comercial y es la forma de prescribir recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales de la Salud.

El Sistema Sanitario Público Andaluz ha sido pionero a nivel nacional e internacional en el impulso de la prescripción por principio activo. La prescripción por principio activo favorece la mejor utilización de los medicamentos, ya que el médico y el paciente pueden identificar fácilmente el fármaco, puesto que se trata de un solo nombre frente a la gran variedad de marcas que existen en el mercado. Además, esta forma de prescribir facilita a los profesionales sanitarios las búsquedas bibliográficas y el intercambio de información científica.

Una de los elementos claves como es la longitudinalidad ha experimentado un desarrollo impensable en los últimos años con la introducción de la Historia de Salud informatizada que ya existe en muchas de las Autonomías del Sistema Nacional de Salud. En Andalucía existe Historia de salud desde el año 1994 donde se comienza la informatización de forma experimental para extender su implantación en 1996 a toda la red de Atención Primaria, al objeto de tener un acceso a los datos sanitarios de los ciudadanos de manera rápida, ordenada y claramente interpretable. Además permitía tener monitorizados una serie de datos sanitarios de gran relevancia para profesionales y gestores de cara a otra gran asignatura que tenía la Asistencia Pri-

maria. La evaluación y mejora. De esta forma se monitorizaban los datos de Ordenación de recursos, de Actividad asistencial y de Cartera de Servicios lo cual permitía a los Centros sacar una serie de indicadores pactados con los Distritos, en sus contratos de Gestión Clínica, elemento que nace para dar solidez y rigor al desempeño de los profesionales, al objeto de hacer evaluación y planes de mejora.

Otro de los pilares básicos de avance en Atención Primaria ha sido la relación y coordinación entre niveles asistenciales, asignatura pendiente prácticamente desde siempre y que actualmente se está viendo abordada en Andalucía gracias al Plan de Calidad de la Consejería de Salud concebido para dar una respuesta Sanitaria Integral, de Calidad y Satisfactoria a las necesidades del ciudadano, como centro del Sistema Sanitario Público". Su herramienta de trabajo: La Gestión por Procesos, encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total, sustentada en el principio de la "Continuidad Asistencial".

La continuidad de cuidados domiciliarios ha tenido un gran empuje con el relanzamiento de la figura de la enfermería como gestora y garante de los cuidados de nuestros pacientes en sus domicilios, apareciendo la figura de la Enfermera de enlace que ejerce de coordinadora de cuidados entre el nivel especializado y la Atención Primaria, garantizando la continuidad y seguimiento de los mismos. En este marco como apoyo a dichos cuidados y dentro del Plan de Apoyo a las Familias contamos con rehabilitación y fisioterapia domiciliaria.

Para garantizar esta continuidad de cuidados el marco conceptual de su desarrollo es la nueva Historia de Salud Digital del ciudadano, La visión de Diraya es integrar toda la información sa-

nitaria de cada usuario en una Historia Digital de Salud Única para cada ciudadano en el ámbito de Andalucía<sup>9</sup>.

Esto supone que cualquier ciudadano andaluz que se desplace en nuestra comunidad sus datos sanitarios pueden ser consultados en el centro sanitario público donde sea atendido, con la autorización del paciente mediante su tarjeta sanitaria.

En el momento de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, la cantidad de información a disposición de los planificadores de las políticas sanitarias era limitada. Las principales fuentes de información sanitaria basada en la población eran el registro civil, el censo, las encuestas nacionales y los estudios de investigación. La información procedía de los sistemas de notificación sistemática que funcionaban a nivel de los servicios; sin embargo, rara vez se procedía a reunir y usar datos a escala nacional, y se carecía de mecanismos de retroinformación del nivel central al local. Por esta razón todas estas herramientas que van apareciendo paulatinamente y que son mejoradas año a año han sido las que están aportando solidez y credibilidad ante los ciudadanos del enorme avance de la Atención Primaria en los últimos años.

Los progresos realizados desde entonces en el campo de la información sanitaria han sido sustanciales. Se dispone ahora de un volumen creciente de datos sobre el estado de salud, la utilización de los servicios de salud y los determinantes de la salud, obtenidos mediante encuestas de entrevistas sanitarias basadas en la población. No obstante, sigue habiendo lagunas muy importantes. La morbilidad correspondiente a la mayoría de las dolencias no se mide adecuadamente; la cobertura y los costos de muchas intervenciones no son objeto de un mo-

nitorización idóneo, y no se dispone de información suficiente para vigilar la equidad satisfactoriamente; la calidad de la información sanitaria suele ser muy variable y poco circunstancial, y a todo ello se añade una escasa normalización de las definiciones y metodologías. La Historia única de salud, el plan de calidad y unos objetivos cada vez más relacionados y armónicos entre los distintos niveles de asistencia al ciudadano podrán dar un avance muy importante en la consecución de estos logros.

La información sanitaria puede utilizarse al menos con cuatro objetivos distintos pero relacionados, a saber:

- La toma de decisiones estratégicas
- La aplicación o gestión de programas
- La monitorización de los resultados
- La evaluación de lo que funciona y lo que no.

La toma de decisiones estratégicas por los planificadores de políticas sanitarias debería basarse en la mejor evidencia disponible. La evaluación de cualquier indicador sanitario debe basarse en la integración de toda la información pertinente y en el uso de criterios como la coherencia interna y el conocimiento previo de antecedentes de la enfermedad, de modo que puedan mejorarse las estimaciones realizadas a partir de datos poco fiables o incoherentes.

Esta realidad se ha hecho posible en los últimos 20 años donde el esfuerzo de todos los elementos implicados, profesionales, ciudadanos, gestores etc lo han hecho posible.

El gran reto a cumplir en los próximos años es lograr una verdadera integración entre todos los actores implicados en la asistencia sanitaria que me-

joren aún más los indicadores, verdadero termómetro de la situación sanitaria de un país.

### **Bibliografía**

1. Primary health care: a framework for future strategic directions. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01).
2. Declaración de Alma-Ata. En: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6--12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).
3. Barrios-Blasco L. Pérez-Torres F. García-Rodríguez JN. Historia de salud del ciudadano: evolución y retos del futuro. Rev. Calidad Asistencial. 2002;17:143-8.



## **Visión y aportación de la Atención primaria a la Gestión Sanitaria en la Comunidad Valenciana**

Juan Alfonso Bataller Vicent  
*Director general de Asistencia Sanitaria*

Los principios estratégicos de la política sanitaria en atención primaria han mantenido siempre al ciudadano como eje central del sistema. El resultado a lo largo de este periodo ha sido el desarrollo y consolidación de un sistema sanitario valenciano público, universal, solidario, equitativo, gratuito y de alta calidad, que ha contado siempre con la participación de los profesionales.

Desde las transferencias de las competencias autonómicas en materia de sanidad en 1987 para la Comunidad Valenciana, los niveles y campos de actuación sanitaria han transcurrido por caminos separados hasta el comienzo del siglo XXI, la salud pública, la atención primaria y la atención especializada han ido desarrollándose y ejecutando sus políticas en todo el Territorio Valenciano con una vocación de servicio público y mejora continua innegable pero con cierta falta de coordinación y eficiencia en la provisión de cuidados sanitarios entre los diferentes niveles asistenciales.

Teniendo en cuenta el Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2001-2004), todas las reformas organizativas emprendidas por el Gobierno Valen-

ciano mediante la Ley de Ordenación Sanitaria 3/2003 y creación de la Agencia Valenciana de Salud se han encaminado a seguir manteniendo el bienestar del ciudadano, buscando una sanidad pública eficaz, solidaria, eficiente, y de gran calidad, fundamentada en la **equidad y la universalidad**, que permita e impulse la participación ciudadana, desarrolle la humanización de la atención sanitaria y a la vez apueste por nuevos modelos organizativos basados en los procesos, superando los niveles asistenciales y permita la complementación de la sanidad pública y privada como modelo mixto de gestión.

En atención primaria la continuación y consolidación de los citados principios se basan en la orientación de la atención hacia la plena integración asistencial con el resto de niveles asistenciales, procurando una sanidad sin escalones bajo el lema de "continuidad de asistencia y la continuidad de cuidados".

Cuando hablamos de integración en atención primaria no la circunscribimos únicamente a su interrelación con el resto de niveles asistenciales si no que comienza por la propia inte-

gración de las diferentes funciones que se venían produciendo en este ámbito.

En esta línea los objetivos son:

- Fortalecer el papel de la atención primaria asegurando el acceso a los ciudadanos a todos nuestros recursos asistenciales, logrando que se ejerza su derecho a la libre elección regulada de médico y centro sanitario.
- Implementar los recursos necesarios para que el ciudadano reciba una atención sanitaria de calidad, donde el trato personalizado y humanizado constituya un objetivo prioritario, aumentando la satisfacción del usuario.
- Motivar e ilusionar a los profesionales en la gestión sanitaria, facilitando una estructura que permita una autonomía responsable, eliminando barreras burocráticas, e incorporando la carrera profesional.
- Mejorar el vínculo entre los niveles asistenciales (atención primaria, asistencia especializada y atención sociosanitaria).

Para el desarrollo de los objetivos antes citados y como aportación de la atención primaria a la gestión sanitaria se han venido realizando en este sentido las actuaciones operativas que a continuación se citan.

Durante el año 1999 se puso en funcionamiento el Sistema de Información Poblacional (SIP) como base de datos de usuarios de la sanidad valenciana, siendo hoy un instrumento consolidado que permite el reparto equitativo de las cargas de trabajo entre los profesionales de atención primaria, respetando la libre elección por parte de los usuarios.

Desde el 2001, está en funcionamiento el Programa de gestión de la pres-

tación farmacéutica (GAIA), teniendo en su estructura un módulo de Prescripción asistida informatizada, que ya funciona en varios Hospitales de la red asistencial como el Hospital La Fe y el Hospital de la Plana.

Finalmente, desde finales del 2002 se está implantando en todos los centros de asistencia ambulatoria el Programa **ABUCASIS II**, esta actuación constituye un cambio tecnológico sin precedentes en la asistencia de nuestra Comunidad, pues aparte de incorporar la citación informatizada en todos los centros de atención primaria y centros de especialidades también se podrá concertar citas entre los dos niveles asistenciales en ambos sentidos, siendo la aportación más importante la implantación de una historia clínica electrónica ambulatoria única que integrará la asistencia sanitaria entre ambos niveles, mejorando la calidad asistencial prestada a los ciudadanos y permitiendo una comunicación más fluida entre profesionales.

Las actuaciones operativas que se han descrito y que dan soporte a todos los objetivos se han complementado recientemente con otras acciones organizativas, como han sido la creación de la Agencia Valenciana de Salud con los Departamentos Sanitarios e implantación de Gerencias únicas (primaria, especializada), incorporando en los contratos de gestión diversos objetivos que conllevan a la integración asistencial y financiera.

Este esfuerzo integrador a nivel de recursos humanos, se ha materializado por la reconversión de más de 400 puestos ocupados por profesionales pertenecientes al modelo tradicional de cupo y zona en plazas de equipo de atención primaria. Esta creación de puestos de trabajo ha supuesto un incremento por encima del 20% de la plantilla inicial.



A nivel de los Servicios Especiales de Urgencias (SEUs) esta actuación ha implicado la supresión de los citados servicios y la adscripción de todo el personal en los Centros de Salud, con el objetivo de instaurar la atención continuada en las grandes ciudades. Esta intervención supone un verdadero reto para la atención primaria dado el ámbito geográfico donde se produce, por cuanto para ser efectiva deberá mejorar su capacidad de resolución. Con este objeto y siempre que sea posible se dotará a los Puntos de Atención Continuada de tecnología sanitaria básica – Radiología digital, Técnicas point of care diagnostics-.

Esta reforma de la atención urgente en las grandes ciudades deberá ser evaluada de forma continua para ajustar su actividad a las características y flujos de la demanda asistencial.

La integración de servicios y recursos se ha visto completada por la mejora de las infraestructuras con la creación de numerosos Centros de Salud y Consultorios Auxiliares. merece destacar el Programa de Adecuación de Consultorios, mediante el cual se renovaron en el periodo (1995-2000), mas de 200 centros.

Recientemente dentro del Programa Construyendo Salud 2005-2008 de la Generalitat Valenciana, en Atención Primaria están previstas mas de 124 actuaciones, se crearán 51 nuevos centros que permitirán alcanzar el 100% de cobertura por el nuevo modelo, se ampliarán 21 de los centros ya existentes, y por continuando con el Programa de Adecuación de Consultorios, se actuará sobre 52 consultorios de titularidad municipal.

En paralelo a la ampliación y mejora de infraestructuras se han aumentado las plantillas de profesionales en atención primaria. Debemos destacar que

el aumento de plantillas no solo ha supuesto la mejora de la organización asistencial de los centros ya existentes, también ha permitido ampliar la oferta del horario de tardes en todos los centros y el mantenimiento de la oferta asistencial, teniendo además en cuenta el importante crecimiento demográfico que en la actualidad está soportando nuestra Comunidad, por encima de la media del Estado. Siendo la ratios actuales las siguientes

- La ratio de médico general/población > 14 años es de 1.523.
- La ratio de pediatra/población <14 años es de 943.
- La ratio de enfermería/población total es de 2.295.

Debido a las características de nuestra Comunidad, como acogedora de población desplazada nacional y extranjera, se han previsto los Programas de Refuerzo de Verano e Invierno en los Centros de Atención Primaria de los municipios más turísticos, en 2004 se programo la contratación de 653 profesionales.

Hemos destacado la integración de recursos, de servicios, de ampliación infraestructuras y la adaptación de las plantillas a nuestra realidad sociodemográfica como líneas conductoras, conviene señalar los nuevos contenidos que se vienen desarrollando en la atención primaria desde hace un tiempo hasta el momento actual. Estos contenidos están referenciados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, mejorados con los Protocolos y Guías Clínicas en este ámbito.

La Cartera de Servicios está consensuada con las Sociedades Científicas de Atención primaria, y consiste en la definición operativa de los servicios que se deben prestar a la población, incluyendo criterios de inclusión en los respectivos servicios, indicadores

de cobertura, indicadores de seguimiento y resultado que permitan una evaluación objetiva de la asistencia y la actividad de los distintos Centros de Salud.

En la actual Cartera de Servicios aparte de los servicios habituales (vacunaciones, consulta a demanda, control y seguimiento de las enfermedades más prevalentes ...), destacan los servicios dirigidos a las personas mayores y enfermos crónicos (anciano frágil, paciente inmovilizado, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados) y los dirigidos a la mujer (captación y seguimiento de la mujer embarazada, diagnóstico precoz del cáncer de cervix, diagnóstico precoz del cáncer de endometrio, etc...), así como la introducción progresiva de la Cirugía Menor en los Centros de Salud. Pudiéndose introducir nuevos servicios en función de las necesidades percibidas y de las líneas estratégicas básicas que marque la Conselleria de Sanidad. Podemos destacar en este sentido la ampliación de un nuevo servicio como es el Programa de Revisión del Adulto Sano (Chequeos a personas mayores de 40 años).

Los Protocolos y Guías Clínicas en Atención Primaria complementan la Cartera de Servicios, existen guías de actuación clínica tanto para facultativos como para enfermería, con el objetivo de tener protocolizados de forma uniforme en toda la Comunidad las patologías más prevalentes en Atención Primaria. La aparición y contenidos de estas guías clínicas están consensuadas con las sociedades de las especialidades correspondientes y de Atención Primaria.

Estas Guías Clínicas serán revisadas periódicamente introduciendo los nuevos adelantos técnicos e incluirán sistemas de derivación a asistencia especializada.

Estamos seguros que el mayor capital de nuestro sistema son los profesionales, y queremos en este marco desarrollar los siguientes objetivos relacionados con el desarrollo profesional en Atención Primaria.

Potenciar la formación e investigación. El Plan de Salud recoge como un instrumento básico, el desarrollo de la investigación y la formación en ciencias de la salud.

En el ámbito de la atención primaria además de intervenir en las líneas estratégicas perfiladas por dicho Plan se continuará potenciando las Unidades Docentes de Medicina de Familia y de forma progresiva las Comisiones de Investigación y Formación del Área sanitaria.

Potenciar el protagonismo de la enfermería en la atención de domiciliaria, tal y como figura en el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-07.

Regular la función directiva de los Equipos de Atención Primaria. El Coordinador de Equipo de Atención Primaria es una pieza clave en la gestión de la atención primaria. Sus funciones y el sistema de acceso deben ser discutidas y replanteadas con el objeto de incrementar su protagonismo dentro de los equipos potenciando su capacidad organizativa y de gestión.

Aumentar el prestigio social y profesional de los facultativos de atención primaria para lo cual debemos desarrollar la carrera profesional y debemos facilitarle el acceso a exploraciones diagnósticas e imbricarlo en la labor de seguimiento de sus pacientes. El médico de atención primaria debe acompañar a sus pacientes no solo cuando acuden a su consulta o están realizando programas de salud sino también durante su estancia hospitalaria, debe conocer a los especialistas

que tratan a sus pacientes e intercambiar conocimientos con ellos.

En resumen creemos que la integración con la atención especializada, los contratos de gestión, las guías clínicas y la cartera de servicios son, junto con la adecuación de los recursos y la continuación del proceso de informatiza-

ción de los centros las líneas maestras en las que nos debemos basar para mejorar de forma constante la atención sanitaria que se le presta a la población. Con las medidas enumeradas esperamos dar un nuevo enfoque a la atención primaria que redundará en una mejora de la asistencia a todos los ciudadanos.



## La aportación de la Atención Primaria a la Gestión Sanitaria en Euskadi

Iñaki Berraondo Zabalegui  
Subdirector de Atención Primaria de Osakidetza/Svs

En Euskadi, Osakidetza/Svs provee servicios de atención primaria desde Unidades de Atención Primaria (UAP) que mantienen como señas de identidad su naturaleza pública y una organización comarcal. Hay que destacar que este modelo es único para todas las organizaciones de servicios de atención primaria de Osakidetza no existiendo otras fórmulas alternativas de gestión.

Esta organización implica una estructura directiva liderada por el gerente de comarca y su staff directivo que se completa a nivel de cada UAP con una figura que es básica en el modelo de Osakidetza/Svs para una gestión descentralizada: El Jefe de Unidad (JUAP). Esta estructura tiene como objetivo conducir al conjunto de la comarca hacia la mejora continua de la calidad. En este camino, el modelo EFQM sirve de guía para diseñar estrategias y planes de mejora y analizar los avances obtenidos.

El desarrollo de la mejora continua se materializa alrededor del concepto de gestión clínica que se constituye así como una estrategia de gestión para intentar desarrollar la misión del Centro de Salud y para acercarse a la vi-

sión que los centros quieren que de ellos tengan los ciudadano y el resto de las organizaciones sanitarias.

Para lograr este desarrollo, el modelo de gestión clínica en Atención Primaria en Osakidetza/Svs se ha construido sobre la base de cinco elementos interdependientes:

- Componentes estructurales
- Contrato de Gestión
- Gestión por procesos
- Sistema de Información

Este modelo de gestión del Area/comarca de salud, aporta un marco conceptual e instrumentos efectivos para la descentralización de la gestión sanitaria.

### Componentes estructurales

Los elementos que dan forma al modelo de gestión clínica en Atención Primaria se han desarrollado alrededor de lo que podrían llamarse **componentes estructurales** de la gestión clínica definidos en el Decreto 195/1996 sobre Estructura Organizativa de la Atención Primaria que reduce

a dos los niveles jerárquicos de la Comarca: Gerente y JAUP. Determina además los órganos de organización de dirección de la comarca (Gerencias, Consejo de Dirección y Consejo Técnico) y la creación de las Unidades de Atención Primaria.

La incorporación de los profesionales a los órganos de dirección constituye de esta forma la estructura sobre la que se apoyan el resto de estrategias de gestión clínica.

Por otra parte, la figura del JUAP permite depositar el liderazgo en el propio Centro de Salud. El JUAP asume la organización y gestión de todos los recursos de su Unidad lo que supone descentralizar la organización otorgando más autonomía y capacidad de gestión a las Unidades de Atención Primaria (UAP).

### Contrato de Gestión Clínica

Sobre esta base estructural, de los primeros desarrollos de este concepto se define el **Contrato de Gestión Clínica** como elemento regulador de la actividad desarrollada por las UAP. El contrato recoge básicamente los compromisos de la unidad con la Gerencia de comarca. Esto incluye tanto a los compromisos cuantitativos y cualitativos, relacionados con la cartera de servicios como al presupuesto clínico que la UAP puede gestionar.

En este desarrollo del concepto de la gestión clínica y de la implantación del contrato en las UAP, la perspectiva de Osakidetza ha evolucionado desde una posición en la que sólo los centros mejor preparados a priori eran quienes debían tener contrato de gestión clínica, a una posición en la que el contrato se plantea como el elemento regulador de la gestión entre gerencia

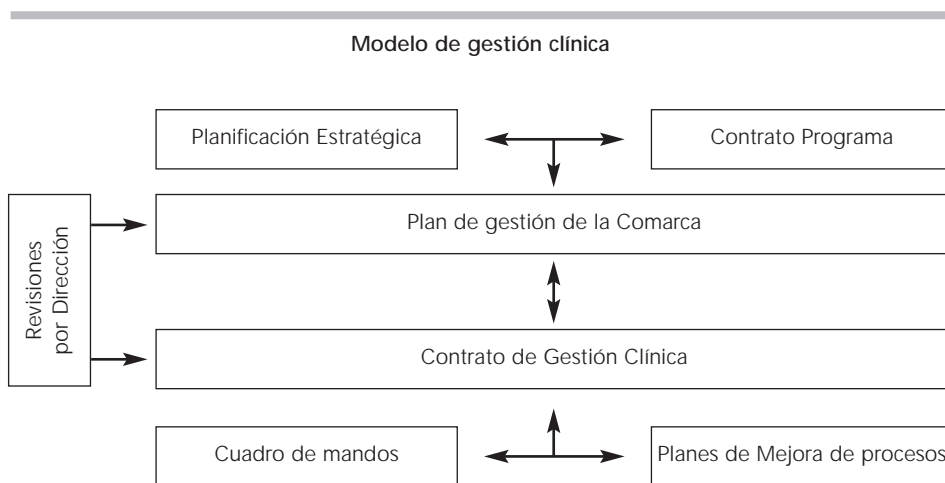
y unidad de AP, es decir, para todas las UAP de Osakidetza/Svs.

Desde que en 1999 se iniciasen los primeros contratos en 11 unidades se ha ido ampliando de forma constante el número de unidades con contrato hasta llegar en el 2004 a 77 unidades con CGC (58,8%) y está previsto completar el despliegue del contrato a todas las UAP en los dos próximos años.

Desde la perspectiva de gerentes y Jefes de Unidad existe el convencimiento de que el contrato ayuda a la mejora continua de los centros. El contrato se plantea como elemento del despliegue de los planteamientos estratégicos de las gerencias, marcando la dirección deseada y sirve además como modulador de una mayor autonomía en la gestión de la unidad. La evaluación formal anual que se coordina desde la Subdirección de Atención Primaria y el hecho de que se trate de un modelo único de contrato son dos elementos que han favorecido la mejora del modelo y su grado de implantación.

El CGC se establece así entre la Gerencia de la Comarca y el Jefe de la UAP. La Organización Central de Osakidetza por medio de la Subdirección de Atención Primaria asume un papel regulador, definiendo las características y líneas generales del contrato y, como se ha señalado, la evaluación anual.

El marco de referencia para el modelo de gestión en Atención Primaria se conforma de esta manera en un diálogo bidireccional entre gerencia y JUAP que tiene como resultado el contrato de gestión. Se produce así el despliegue del Plan de Gestión de la comarca modulado por las revisiones por la Dirección que gerente y JUAP han mantenido para valorar la evolución de los planes de mejora de los procesos de la Unidad.



El CGC se constituye así en el instrumento para la definición de objetivos asistenciales a nivel de las UAP. Como objetivos del contrato pueden enunciarse los siguientes:

- Asegurar el despliegue del plan de gestión de la Comarca
- Integrar los planes de mejora de los procesos gestionados por la unidad.
- Potenciar la mejora de la calidad de los servicios
- Conseguir la implicación y participación de los profesionales en algo que les es propio: la definición de objetivos asistenciales, la gestión de los procesos de la unidad y la utilización adecuada de los recursos gestionados en la provisión de servicios
- Potenciar el uso racional de los medicamentos
- Mejorar los sistemas de información de los procesos asistenciales
- Favorecer el reconocimiento de los resultados logrados por la Atención Primaria

Sobre esta forma de gestionar la Unidad, la aplicación del modelo EFQM

proporciona un marco de referencia para la identificación de áreas de mejora en cada uno de los componentes del modelo. Por ello la autoevaluación EFQM permite a los profesionales de la UAP reflexionar sobre la forma en que se impulsan los objetivos estratégicos de la unidad mediante el liderazgo y el desarrollo e implicación de las personas en este despliegue. Permite también definir áreas de mejora en las alianzas con el nivel especializado y otros grupos de interés y, finalmente en los procesos que se gestionan en la unidad para alcanzar los resultados en las personas de la organización, en los pacientes y a nivel social.

### Gestión por procesos

La Atención Primaria de Osakidetza/Svs, compuesta por 308 puntos de servicio, es una organización compleja en la que la variabilidad entre centros en ocasiones ha podido significar que los servicios que se proveen desde los diferentes centros sean inaceptablemente desiguales.

Por este motivo, en el año 2.000 se inició un proyecto de aseguramiento de la calidad en el Area de Atención al Cliente (AAC) que perseguía:

- Establecer unos requisitos mínimos de los servicios ofertados por el AAC ("estándares" exigibles en todos los centros de primaria).
- Conseguir la implicación y compromiso de todo el personal del servicio en este proceso generando una cultura de gestión de procesos orientados a satisfacer a los clientes y a la optimización de todas las actividades.

Este sistema de aseguramiento de la calidad ha obtenido una certificación externa con la norma ISO 9002. Esta Norma Internacional especifica los requisitos de un sistema de calidad aplicable cuando se tenga que demostrar la capacidad de una "organización" para suministrar un producto/servicio conforme a unos requerimientos pre-establecidos. Estos requisitos tienen como finalidad fundamental conseguir la satisfacción del cliente mediante la prevención de cualquier no conformidad en todas las etapas en las que se proporciona el servicio.

De esta forma el modelo de AP incorpora una importante herramienta de Mejora Continua caracterizada entre otros aspectos por:

- Auditorías internas cuatrimestrales
- Revisión por la dirección y plan de objetivos anual
- Evaluación de no conformidades
- Auditoría externa anual

La evolución de la Norma ISO y la consiguiente definición de la nueva Norma ISO 9000:2000 que supone una transición de un sistema de aseguramiento de la calidad a un **Sistema de Gestión de la Calidad** coincidió con la necesidad de ampliar el alcan-

ce de sistematizar la gestión no sólo de los procesos administrativos de la UAP sino también los asistenciales. Esto representa una orientación hacia los resultado complementaria al interés sobre cómo se hacen las cosas. En el 2004, 55 unidades de AP obtuvieron la certificación ISO del Área de Atención al Cliente tras la auditoría externa efectuada por AENOR. Doce de estas UAP, obtuvieron además la certificación del sistema de gestión de calidad de los procesos asistenciales.

Este enfoque a procesos y a su mejora continua modela un Sistema de Gestión que da respuesta a cómo la organización define:

- la responsabilidad de la dirección
- la gestión de los recursos
- la realización de producto/servicio
- la medición, análisis y mejora.

El desarrollo de una gestión de los procesos asistenciales y de apoyo ha implicado centrarse más en los **resultados de los mismos** que en cómo se realizan las tareas de los procedimientos establecidos. La gestión por procesos se constituye así en el mecanismo vertebrador del sistema de gestión de la calidad y por tanto, en el vehículo para la mejora continua de las unidades.

### Sistema de información

Como es obvio, la gestión de la actividad asistencial ha requerido además de un **sistema de información** adecuado a las necesidades de clínicos y gestores. El proceso de informatización de la Atención Primaria ha concluido a finales del pasado año en su fase de despliegue. A partir de ahora el proyecto dirigirá sus esfuerzos hacia la mejora de nuevas utilidades y la gestión profesional de la información.



El sistema de información tiene como base estructural el programa de historia clínica 3s-Osabide. Esta aplicación incluye los denominados Planes Corporativos de actividades programadas. Para cada grupo de población (población diana), estos planes recogen la cartera de servicios y las condiciones de calidad de los mismos.

Además de alcanzar la descripción de los Planes Corporativos desde un punto de vista operativo, la información se refiere también al desarrollo de los procesos asistenciales que se prestan en la UAP. Se trata por tanto de informar el cuadro de mandos de las unidades de AP que contempla tanto los procesos asistenciales como administrativos que se producen en la unidad.

Este cuadro de mandos relata la estrategia de la UAP a través de sus objetivos y de la relación de estos con los indicadores de resultado y de desem-

peño. Representa de forma estructurada tanto la estrategia como los objetivos del centro medidos mediante indicadores de desempeño relacionados con planes y compromisos en los diferentes procesos claves que se gestionan en la UAP.

La piedra angular del sistema de información la constituye el desarrollo del proyecto ACGs que supone un importante hito en los sistemas de información en Atención Primaria. Permitirá explicar una parte de importante de la variabilidad observada entre:

- Médicos
- Centros de salud
- Comarcas sanitarias

Midiendo la carga de morbilidad de un centro podrán explicarse las variaciones observadas en los consumos de recursos sanitarios y, facilitar en consecuencia la atención y la gestión clínicas.



## La Atención Primaria de salud. 20 años de reforma del SNS en Asturias

Faustino Blanco

La Sanidad es un mundo complejo, donde con respecto a la protección de la salud, se conjugan tanto las necesidades sociales, como las de los individuos; por lo que antes que nada es una cuestión de responsabilidad política y una función de Estado.

Prestigiosos autores reconocen que la reforma de la Atención Primaria de Salud (APS), está siendo un proceso político y técnico, de transformación continua, que desde un punto de vista histórico aún está en fase de desarrollo. Como casi todos los procesos que parten de una realidad degradada, está teniendo errores, desviaciones y probablemente rigideces, que se deberían corregir. El reto del futuro será dotarse de nuevos instrumentos que faciliten su progreso, pero desde la reivindicación de sus bases conceptuales, que algunos pretenden no reconocer.

Los objetivos de este artículo son:

- Proporcionar una concepción de la APS y un conjunto de conocimientos prácticos.
- Proporcionar un modelo de referencia que tenga aplicación en las instituciones sanitarias, en el marco de nuestro sistema sanitario.

Con carácter previo, en este proceso de Reforma de la Atención Primaria, se pueden reconocer dos momentos diferentes: Un primer momento, resultado de una decisión, en aquel momento comprometida, inteligente e imaginativa, del Profesor D. José María Segovia de Arana de crear por el sistema MIR, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (año 1978). Nunca le estaremos suficientemente agradecidos, pues fue el verdadero impulsor de este programa de formación especializada.

Un segundo momento, que claramente se relaciona con la apuesta política del PSOE, tras la victoria electoral de 1982, para reformar el Sistema Sanitario en el país.

Aquellos eran momentos difíciles, donde cualquier estudio detectaba perfectamente que el progreso científico, la investigación, el trabajo riguroso, el prestigio profesional y social; en resumen el futuro, pasarían de largo de la Atención Primaria de Salud.

Desde entonces muchas cosas han cambiado, casi todas ellas producto de una estrategia que ha permitido el desarrollo y la organización de los Centros

de Salud y sus Equipos de Atención Primaria (EAP). Pero esta nueva organización, que se puede considerar implantada y, en líneas generales, asumida por el conjunto de la sociedad y los profesionales; tiene que ser flexible y estar abierta a nuevas etapas en su crecimiento y desarrollo científico, que lógicamente deberían estar basadas en criterios suficientemente contrastados.

Por tanto, se puede considerar el periodo inicial de la reforma como de ruptura, entendida como sinónimo de cambio profundo, donde se establece una relación muy sólida con el entorno y lo condiciona en sus fundamentos. El cambio supuso en la organización sanitaria una expansión, en términos de mejora de calidad, nuevas técnicas de trabajo y un incremento de recursos muy significativo. Nos colocó ante la oportunidad de hacer las cosas bien, mejorando las disfunciones, controlando el gasto sin economicismo; para así contribuir a la eficiencia social del SNS.

En definitiva, ha sido la gran transformación de la asistencia médica, que ha pasado de una forma simple y muy limitada de actuación, a tener una enorme complejidad, que afecta a los profesionales, a la relación médico-paciente, a la cultura sanitaria de la población y por extensión a las políticas de los gobiernos.

Pero nos enfrentamos a un nuevo paradigma para los servicios de APS en toda Europa, donde se ha convertido en la parte central de los SNS. Consolidar esta centralidad solo será posible si se desarrollan nuevas directrices organizativas que permitan abordar una atención moderna, adaptada a las nuevas necesidades, basada en el conocimiento y con garantías de actualización y calidad.

Esta reforma permite valorar la calidad de sus atributos y, como antes señala-

ba, la capacidad que tiene de evolucionar para adaptarse, a las nuevas tendencias en organización sanitaria. Los Contratos-programa, el diseño de Carteras de servicios, la gestión clínica, el establecimiento de objetivos de salud, son o pudieran ser algunos aspectos que la gestión sanitaria está poniendo en marcha, sin alterar los conceptos que impulsaron la reforma.

Se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la reforma en 1984, esta tiene plena vigencia y sigue siendo un referente estratégico, bien porque aún no se ha completado su desarrollo, bien porque no se ha encontrado otro modelo alternativo mejor en términos de resultados de salud para la colectividad.

Bien es cierto, que a pesar de la ventaja que supone, en términos de acceso, algunos estudios señalan que la percepción que tienen algunos usuarios del nuevo modelo de atención, es de no valorarlo en lo que significa de superación del modelo clásico. Por tanto, parece que la reforma no está siendo suficiente para satisfacer las necesidades o expectativas de las personas o no está siendo suficientemente conocida o explicada.

También algunos estudios sugieren problemas de accesibilidad para actividades distintas a las curativas, más acusado en personas o grupos con menor capacidad de expresar estas nuevas necesidades, lo que además compromete la idea de integralidad en el modelo de atención. Esta es una información que convendría constatar, pues esta desigualdad, que parece confirmarse, requeriría de algunas medidas de mejora.

Pero la atención primaria no se debe entender únicamente en términos de calidad técnica o de gestión, que tam-

bién, sino por su capacidad de dar respuesta a necesidades de muy variada índole y por su función de coordinación con otros niveles, servicios o instituciones. Ver a su propio médico, utilizar la Atención Primaria como puerta de acceso o el asesoramiento sobre intervenciones diagnósticas o terapéuticas disponibles; son indicadores de calidad que contemplan las percepciones de los pacientes.

Al tiempo, que estas otras dimensiones tienen sentido en sí mismas como aspectos de calidad, cabe destacar la realización de actividades preventivas, como un objetivo fundamental de la APS y sobre las cuales diremos que aunque han tenido un cierto impulso, estas tienden a decaer en la medida en que no forman parte de los programas en marcha o de la Cartera de Servicios.

También señalar la especial importancia que está alcanzando el cuidado de enfermos crónicos, domiciliados o no, los cuidados paliativos, o la atención a discapacitados. Estos pacientes requieren un abordaje pluridisciplinario complejo, el cual se está incorporando como un derecho de atención sanitaria y social. Aquí queda pues por desarrollar un gran papel a la APS, que tendrá que incorporar a la cartera de servicios para satisfacer las necesidades de estos pacientes.

Coordinación entre niveles, es otro apartado, donde los avances o logros son escasos y sin embargo, es fundamental para una atención sanitaria adecuada.

Como se puede observar, calidad es un concepto que se adapta a varias perspectivas. Pero con ello, no se puede rehuir el comentario sobre la calidad técnica, donde resulta satisfactorio observar como algunos estudios apuntan hacia una mejor práctica clínica en el nuevo modelo y un mejor

manejo de los problemas de salud de los ciudadanos, acompañándose todo ello de un menor gasto farmacéutico. En esta misma línea, algunos estudios sobre estándares en pautas terapéuticas entre atención primaria y especializada, muestran similitudes muy importantes, que hablan por sí mismas de calidad técnica en APS.

Partiendo entonces de esta realidad, a modo de resumen, se podría concluir que el desarrollo de la APS, tiene sus argumentos en las bases estructurales del nuevo modelo:

Marco legislativo sólido.

Incorporación de especialistas de Medicina familiar y Comunitaria.

Mayor dotación de recursos físicos, tecnológicos y humanos.

Jerarquización del equipo, con dedicación plena de los profesionales.

Mayor producción científica, con un marcado interés por evaluar el proceso y los resultados.

### **Cuales son entonces los dilemas del futuro:**

Existe en el entorno de la APS en Asturias una tensión permanente sobre el horario de trabajo en los Centros de Salud y su modelo organizativo. Siendo esto legítimo, debería enmarcarse respetando los aspectos conceptuales de las Estructuras Básicas de Salud. Alterar este marco, cuando menos, supone debilitar las bases del modelo de Atención Primaria.

Ante esa posibilidad, quisiera enunciar algunas ideas, lógicamente inacabadas, por si pudieran servir para comenzar un proceso de reflexión rigu-

roso, profundo, no excluyente y de largo alcance; el cual no se produce desde hace muchos años:

Los Centros de Salud, si realmente persiguen no menoscabar los principios de accesibilidad, continuidad y permanencia en su modelo de atención a la salud, con las limitaciones que se convengan; tienen que tener una oferta de servicios más ajustada a las necesidades de los ciudadanos.

Avanzando alguna propuesta en este sentido, los Centros de Salud no deberían renunciar a permanecer abiertos mañana y tarde, todos los días de la semana, incluidos sábados, domingos y festivos; con las salvedades que se convengan para determinados Centros rurales, que por su tamaño o densidad de población puedan tener tratamientos específicos.

Cada profesional, dentro de su jornada semanal ordinaria, debería disponer en su agenda de citas, algún día a la semana, en horario de tarde; al objeto de favorecer la accesibilidad de la población a actividades de prevención y promoción de la salud o de atención a patologías agudas que no sean limitantes de su actividad laboral. Este horario de tarde, no debería sobrepasar una cierta hora del día, para respetar la Directiva 2000/34/CE sobre descanso adecuado, siempre superior al de salida de una guardia.

Definida la Atención Continuada como la actividad que se realiza ante demandas de la población realizadas fuera del horario ordinario, incluyendo la atención domiciliaria y la urgente; nos encontramos ante una modalidad de atención que tiene sus aspectos claves en la subjetividad del usuario para interpretar su problema de salud y el tipo de recurso a utilizar y en la valoración del profesional sanitario, que es siempre a posteriori.

En todo caso, la Atención Continuada realizada en el propio Centro de Salud y desempeñada por los propios profesionales del Centro, garantizaría un modelo continuado de atención y unas prácticas profesionales homogéneas dentro del equipo, al tiempo que se desarrollarían programas orientados a ciertas patologías o problemas de salud propios de ancianos, discapacitados y/o en cuidados paliativos; actuaciones donde la Atención Primaria debe nuclear el conjunto de necesidades de los ciudadanos de su ámbito de influencia, sin soluciones de continuidad.

Esta concepción, más amplia que la de atención urgente, aparece por primera vez en la legislación para la Reforma de la APS. Una prestación a realizar, ante una demanda más exigente y compleja, por los mismos profesionales de los Centros de Salud, pues conocida es la experiencia de funcionamiento de los clásicos Servicios Normales de Urgencia (SNU), inadecuados en la medida que el "continuum asistencial" gana importancia como factor de servicio. El resurgir de los SNU significaría la aparición de nuevas formas de ineficiencia: retrasos, derivaciones excesivas hacia otros niveles, alteraciones en la cartera de servicios, pérdida de continuidad en la atención o de capacidad resolutoria, etc.

También parece necesario profundizar en aspectos, desde siempre poco desarrollados en política de personal, donde se tendría que reflexionar sobre materias tan sensibles para los profesionales como cargas de trabajo en jornada ordinaria y/o ritmos de guardias; lo cual redundaría en lo que se podría denominar calidad de vida profesional. Hemos de considerar la ratio de población adscrita por médico general, pediatra y enfermería como muy altas, teniendo su reflejo en

una plantilla asistencial en la red de APS que data de los años 80.

Por tanto, será necesario contemplar aumentos prudentes de plantillas para ajustar mejor las cargas de trabajo que se están soportando, al cumplimiento adecuado de las carteras de servicios. A corto plazo, dada nuestra demografía, parece razonable bajar la ratio de profesional médico y de enfermería hasta alcanzar las 1500 tarjetas sanitarias, siempre que las personas mayores de 65 años no superen el 20 % de ese total. En caso de superar esa proporción de personas mayores de 65 años, se deberían estudiar minoraciones en el cupo<sup>1</sup>. Ello conllevaría tener una perspectiva más dinámica de la estructura de población en el tiempo.

A su vez, será necesario mejorar las retribuciones por jornada de Atención continuada o guardia, a la par que se estudia un nuevo sistema retributivo que se ajuste mejor al modelo de ejercicio profesional y que salvaguarde las necesidades de la población y las relaciones profesionales.

Este esfuerzo tendría que servir para promover, desde lo público, una gestión clínica concebida de forma multidisciplinar y sostenida por la medicina basada en la evidencia y la calidad asistencial; aspectos con los que indudablemente deberán estar comprometidos los profesionales y la Administración. Emergería una nueva cultura organizativa, donde el profesional dimensionaría mejor el alcance de su responsabilidad ante el paciente, sus colegas y la sociedad.

<sup>1</sup>Podría realizarse la minoración sobre ese global en un porcentaje equivalente a multiplicar el número de unidades porcentuales en que se supere ese 20 %, por 3,3; índice estimado en algunos estudios de incremento en consumo de servicios por razones de edad.

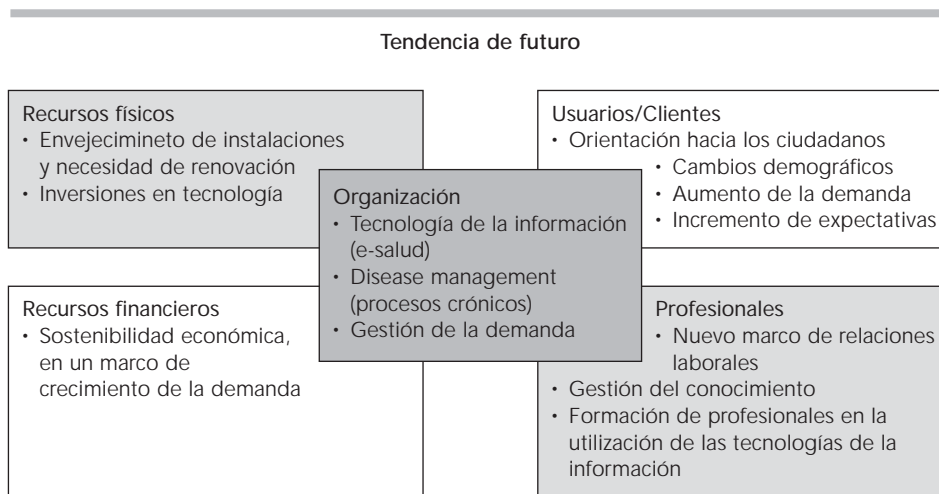
Sería un compromiso serio entre niveles de atención, dejando de presentar la Atención Primaria como mero ámbito de contención de la demanda hacia el nivel especializado. Desarrollaría lo que se podría denominar el “**consenso interdisciplinar**” para un conjunto de procesos susceptibles de ser incorporados a la cartera de servicios de forma integrada y global entre ambos niveles asistenciales, dando contenido en la intervención a los planes de enfermería, y formulando en esa “**cartera**” el acuerdo sobre en qué nivel se es más eficiente en lo concreto y el respeto a la mejor evidencia científica.

Significaría a su vez, devolver poder e influencia a los profesionales con medidas cuya tendencia favorecería la descentralización de la gestión y el dotar de más autonomía a los profesionales, mediante un modelo de pacto y consenso en políticas y programas de mejora. Medidas que indudablemente obligarían a reorganizar los equipos y que podrían significar el inicio de la superación de barreras entre la atención primaria y la especializada.

Consolidar la figura del Coordinador de Equipo de Atención Primaria, es otro elemento sustantivo, buscando establecer sus competencias en un marco legal que especialice, de forma parcial, su función directiva en el nuevo marco conceptual.

Desarrollar políticas de incentivos y reconocimiento al profesional, que tiene que ser recompensado en función de su actuación y de la actuación del equipo, en función de lo que hace, de lo que aporta, de lo que contribuye. Reconocimiento que tiene que estar orientado por lo que sabe, por su contribución técnica y por lo que hace; por los resultados.

Políticas activas de formación continuada para todo el personal, especial-



mente el sanitario, llegando a fórmulas como la realización de periodos sabáticos de formación, que contribuyan a disminuir la fatiga laboral y a minorar los efectos del tan de moda síndrome del "Burn-out". Por otro lado, la carrera profesional en Atención Primaria debe tener presencia en las mesas de negociación de la Administración con los sindicatos.

Financiar con recursos públicos aquella investigación que priorice líneas basadas en los servicios sanitarios, en la atención primaria, en la prevención y en la población; por ser las líneas que más directamente afectan a los resultados sanitarios. La información proveniente de esta investigación debería ser racionalmente aplicada a las políticas sanitarias.

Toma de conciencia de la importancia que para el desarrollo de la APS tiene la creación dentro de los Departamentos universitarios de la disciplina

de Medicina de Familia. En esta misma línea, plantear asociaciones de profesionales, capaces de garantizar ante la población estándares elevados de formación a sus miembros.

Finalmente, propondría a interlocutores sociales, Administración y sociedades científicas, la creación de un "Foro" amplio y permanente de reflexión sobre lo que se debe esperar de la Atención Primaria de Salud en la evolución de la sanidad y los servicios públicos del futuro, procurando resolver con generosidad los conflictos de intereses que lógicamente se tendrán que producir en el análisis.

Podría realizarse la minoración sobre ese global en un porcentaje equivalente a multiplicar el número de unidades porcentuales en que se supere ese 20 %, por 3,3; índice estimado en algunos estudios de incremento en consumo de servicios por razones de edad.



## ***La Atención Primaria de salud: su valoración como servicio público***

Enrique Delgado Ruiz  
*Gerente de Atención Primaria de Soria. SACYL*

La Atención Primaria es uno de los activos más importantes que tiene el Sistema Sanitario Público en España, al menos desde el punto de vista del ciudadano. Así lo indican de manera reiterativa y año tras año todas las encuestas de salud o de satisfacción que se realizan en nuestro país: la encuesta anual de salud, el barómetro sanitario, las distintas encuestas de satisfacción de los servicios de salud, etc.

Así lo percibimos también los gestores, que vemos las fortalezas inherentes del sistema y que, en ocasiones, dudamos de que nuestra actividad de organización y gestión de recursos tenga alguna incidencia positiva (e incluso a veces negativa) en la calidad percibida por el usuario de nuestros servicios. Baste recordar, a modo de ejemplo, los graves problemas que tenemos cuando aumentamos el número de médicos en un centro de salud con la finalidad, muy loable, de disminuir el cupo de cada facultativo y aumentar el tiempo de dedicación del mismo a cada paciente. Nadie quiere que le cambien de médico: "está bien que pongan más médicos, pero cambien a otros, no a mí, porque mi salud es muy importante" o "no me importa esperar o que el médico tenga poco tiempo, esto ocurre

porque es muy bueno y está muy solicitado". Incluso, a veces, nos sorprendemos porque la idea que tenemos de la calidad científico-técnica o el trato humano del médico en cuestión, a nuestro entender, no se corresponde con el cariño incondicional de sus clientes. Esto en el sector empresarial lo llamaríamos "imagen de marca".

Debemos considerar, además, que se da por sentado que el sistema de Atención Primaria ha contribuido de manera decisiva a la mejora del nivel de salud de la población española y lo ha hecho siendo eficiente. Casi sorprende ya que no hemos sido capaces en veinte años de evaluar los resultados de nuestra actuación, ni definir nuestro producto para poder cuantificar su coste y hablar de eficiencia.

La valoración social de la Atención Primaria se incrementa a pesar de los presagios negativos de buena parte de profesionales del sector sanitario (también dentro de la Atención Primaria) y de los expertos en el campo de la planificación y la gestión que aprecian las siguientes debilidades:

1. La ruptura de la relación médico-enfermo

2. El escaso conocimiento por parte de la población de las diferencias con respecto al antiguo sistema de asistencia ambulatoria.
3. La no aceptación del modelo de Equipo de Atención Primaria, donde el papel de la enfermería y del trabajo social está aún por definir y no es bien conocido por la población.
4. La sensación social de que los problemas de salud deben ser tratados por especialistas que tienen un mayor conocimiento científico.
5. Los problemas organizativos, como el escaso tiempo de atención, las demoras para entrar a consulta e incluso las listas de espera.

Todo esto nos debe hacer reflexionar. El modelo de Atención Primaria es fuerte, muy fuerte, y realmente no conocemos, ni siquiera los profesionales sanitarios o de la gestión, el por qué de su fortaleza. El Sistema Nacional de Salud español no puede permitirse prescindir de lo que es uno de sus principales activos. Deberíamos estudiar las razones de su alta valoración social y popular y procurar extenderlos al resto del sector sanitario público.

#### ¿Qué valora el ciudadano de la Atención Primaria?

1. La preparación científico-técnica de los profesionales, especialmente de los médicos. El corpus de conocimientos del médico de familia es aceptado mayoritariamente por la población, al igual que también lo era, en su forma, en el antiguo modelo de asistencia ambulatoria. La duda de este conocimiento sólo se plantea a nivel del propio sistema sanitario. Cuando algún pacien-

te tiene dudas a este respecto utiliza con gran facilidad la libre elección, lo que no ha sido del todo posible en Atención Especializada.

Esta confianza es una fortaleza del sistema, pero al mismo tiempo es también, en algunas ocasiones, una dificultad para la introducción de la gestión por procesos.

2. **El trato directo y personal.** Siempre atiende el mismo profesional y lo hace a lo largo de los años y a toda la familia.
3. **El cuidado global y longitudinal de la salud.** Para un problema de salud grave o urgente, el ciudadano sigue prefiriendo el nivel especializado pero, hoy día, cada vez se valora más el concepto global de salud, la prevención y los cuidados y esto sólo se atiende en primaria. Se ha roto definitivamente el binomio salud - enfermedad.
4. **La accesibilidad y la equidad.** Accesibilidad geográfica y horaria con un nivel de prestaciones de servicios muy similar de unos Centros de Salud a otros. Esto hace que sean muy mal toleradas las listas de espera.
5. **La función de agente en el sistema sanitario.** Antes reservada exclusivamente a los médicos, pero a la que se van incorporando paulatinamente enfermeros y trabajadores sociales. En este aspecto es también bien valorada la función de gestoría de prestaciones que hace años han asumido los Centros de Salud.

Por el contrario, pasan a un segundo plano otros aspectos que en Atención Especializada son muy relevantes como puede ser el confort o incluso el tiempo de demora para entrar en consulta.

Sí que es un factor importante de insatisfacción cuando se percibe por el usuario la separación de niveles y se ve a Primaria como un trámite o barrera para acceder al hospital. Es cierto que esta insatisfacción se da en muy pocos Equipos de Atención Primaria e incluso me atrevería a decir que ocurre con facultativos concretos.

También es detectable la situación contraria, el usuario pierde totalmente la confianza en su médico cuando percibe que carece de la suficiente capacidad resolutive y responde excesivamente a sus demandas de derivación a especializada.

### ¿Qué debemos conservar?

El modelo actual de Atención Primaria es lo suficientemente sólido para que nadie se plantee nuevas reformas estructurales de gran calado. Debemos considerar además que la estructura de nuestro sistema sanitario se basa en gran medida en el modelo de Atención Primaria y que no se podría sustituir éste sin una reforma excesivamente profunda de la totalidad del sistema.

Sin embargo debemos considerar que los aspectos de la reforma que no se han desarrollado a lo largo de 20 años, difícilmente lo van a hacer a partir de ahora y que las circunstancias generales, demográficas y sociales de la población han cambiado tanto, que el sistema, y especialmente la Primaria, precisa una puesta al día que a medida que pasan los años se hace más perentoria. Las fortalezas del sistema no son eternas y pueden verse desbordadas por la evolución social en muy pocos años.

El debate sobre la financiación sanitaria añade otro punto de tensión sobre

Atención Primaria al volver a plantearse su eficiencia dentro del sistema sanitario e incluso su posible contribución, incrementando sus presupuestos, a la eficiencia global del Sistema Nacional de Salud.

En el fondo, el problema se circunscribe al triángulo resultados – valoración social – coste aceptable para la sociedad y en los tres lados la posición de partida quizá no sea mala.

En cuanto a resultados, se sigue aceptando empíricamente su implicación en la mejora del nivel de salud de los españoles. Pero esto no va a durar ya mucho, la sociedad nos va a reclamar en poco tiempo resultados tangibles y cuantificables. Debemos trabajar muy seriamente en la definición de producto y evaluación de resultados, asumiendo en este aspecto la gran ventaja que nos lleva especializada.

La valoración social nos exige un esfuerzo importante para mantener al menos los resultados actuales. La fortaleza del sistema reside casi exclusivamente en el propio acto de la relación profesionales – usuarios, en lo que llamamos gestión clínica. Un sistema excesivamente burocratizado y vertical no favorece precisamente el desarrollo de la gestión clínica.

Y con respecto a la eficiencia también partimos de la sensación generalizada de que el sistema es “bueno, bonito y barato” pero ¿es esto verdad?. La realidad es que hoy día es muy difícil definir lo que producimos y tampoco los costes que soportamos. No existe una completa diferenciación de costes entre primaria y especializada y la imputación de los costes de farmacia con su variabilidad perjudica seriamente la evaluación de costes.

Por tanto podríamos resumir que debemos conservar y preservar:

1. El entorno de Atención Primaria de la relación médico – enfermo. Con el contrato tácito entre los mismos y la facilidad actual de libre elección de médico.
  2. Los avances logrados en la implicación de enfermería como gestor de cuidados.
  3. Las fórmulas de gestión de primaria que se han mostrado más versátiles y adaptadas a sus objetivos que las de especializada, como los sistemas de incentivar, de imputación de costes, de participación de profesionales y usuarios, de oferta integral de servicios, de asignaciones, de definición de objetivos, etc.
  4. El concepto de primar sobre otros aspectos, la accesibilidad y equidad, incluso en el reparto de recursos.
  5. El abordaje integral de la salud del usuario y el concepto de soporte imprescindible para la autoresponsabilización del ciudadano en la misma.
- las actividades comunitarias y de educación para la salud y que el usuario vea en la enfermera el referente para gran parte de sus necesidades de salud.
4. Aumentar la prestación de servicios en la Atención Primaria a todos aquellos aspectos que por su prevalencia o implicaciones futuras en el nivel de salud pueda y deba ser abordado de manera eficiente en Atención Primaria.
  5. Mejorar la capacidad resolutoria de Atención Primaria, eliminando las barreras que aún existen al acceso a pruebas diagnósticas e incorporando nuevas tecnologías a los Equipos de Atención Primaria.
  6. Ocupando el espacio que le corresponde en el sector socio-sanitario, insuficientemente desarrollado en España en este momento y con una gran demanda social. Habría que desarrollar la figura de los trabajadores sociales de E.A.P. para que no sean meros gestores de prestaciones sino que se impliquen realmente en la faceta social de los programas de salud y en la coordinación con otros niveles.

#### ¿Cómo debemos cambiar?

1. Orientar la gestión de Atención Primaria hacia la gestión clínica, manteniendo la accesibilidad y la equidad en la prestación de servicios y en la asignación de recursos como horizonte de la gestión.
  2. Motivar a los profesionales para que se consideren auténticos gestores del sistema.
  3. Desarrollar completamente la figura de la enfermería como gestora de cuidados. Deberíamos conseguir una implicación absoluta con
7. Adecuar los sistemas de información a lo que realmente necesitamos, evaluación de resultados y no sólo de procesos, y organización y planificación de recursos. No puede demorarse más la informatización completa y definitiva de la Atención Primaria, ya que es lo único que puede corregir el problema de la dispersión de sus recursos.
  8. Definir y homogeneizar la oferta de servicios, simplificando y racionalizando la Cartera y evitando la sensación de que es lo fundamental cuando en realidad lo que de verdad importa al usuario es la

atención a demanda de su problema de salud puntual. Deberíamos, incluso antes de aumentar recursos, de ser capaces de organizar agendas de manera flexible, garantizar la consulta a demanda en el día, fijar los tiempos de consulta medios adecuados y por tanto definir los cupos óptimos para una atención de calidad. Controlar la hiperfrecuentación es posible, garantizar el seguimiento integral de la salud de la población asignada también.

9. Utilizar la Equipos y Unidades de Apoyo para rentabilizar y hacer eficientes servicios que no tiene sentido prestar en poblaciones pequeñas.
10. Superar la separación de niveles asistenciales. Tema en este momento muy en boga y en el que parece que existe unanimidad absoluta. Sin embargo no es tan sencillo de resolver como a algunos les parece, el paciente es el mismo, pero el criterio con el que acude a primaria o al hospital y sus ex-

pectativas son diferentes, con lo cual seguramente podremos integrar niveles pero no hacerlos desaparecer.

La integración pasa porque ninguno de los dos niveles fagocite al otro. Atención Primaria debe ser la que se encargue del seguimiento integral del paciente y atención especializada debe actuar puntualmente para aportar un diagnóstico o tratamiento ante un problema de salud determinado. El primer paso para conseguir esto es suprimir las revisiones en hospital solicitadas por atención primaria y la gestión de agendas estableces y suficientes desde los centros de salud.

En cualquier caso, el aspecto fundamental de la integración de niveles es el de la información. Hay que conseguir el compartir íntegramente toda la información entre ambos niveles asistenciales. Esto es, hoy día, tecnológicamente posible y es lo que de verdad hará ver al paciente que se encuentra en el mismo sistema de atención de salud.



## Áreas sanitarias: visión y aportación de la Atención Primaria a la gestión sanitaria

Nieves Domínguez González  
Subdirectora General de Calidad y Programas Asistenciales.  
SERGAS

El día 7 de febrero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de Galicia el Decreto 15/2005, de 3 de febrero, por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol. Este decreto, hace realidad un proyecto, en el que muchas personas de nuestra organización han invertido muchas horas de trabajo y en el que se han depositado muchas esperanzas y no pocas ilusiones, con la finalidad de mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria que se presta al ciudadano.

¿Cómo conseguir este objetivo? El reto es importante, ya que nos plantea un objetivo extraordinariamente ambicioso; obviamente no debemos plantearnos obtener grandes resultados a muy corto plazo, pero es importante comenzar a recorrer las etapas del camino que previamente nos hemos marcado. Es seguro que una de las claves para recorrerlo con éxito, estará en tener siempre presente, la tan manida frase de que "el usuario debe ser el eje del sistema", sin olvidar, y esto es lo realmente importante, que el interés del usuario, es decir el beneficio que obtiene éste del sistema sanitario ha de prevalecer por encima de cualquier otra cuestión.

Cuando consigamos que todos los actores que participan en el mundo sanitario: políticos, gestores de distintos estamentos y de distintos niveles asistenciales, profesionales, pacientes y ciudadanos, aúnen esfuerzos en una misma dirección, que será la de favorecer al paciente, estaremos en el buen camino.

Es conveniente y necesario para seguir avanzando hacer una reflexión sobre lo que somos y donde estamos con el fin de establecer la dirección adecuada en la que trabajar.

De los aproximadamente 2.744.000 habitantes que constituyen la población de la Comunidad Autónoma gallega, más del 98% son usuarios potenciales del servicio gallego de salud (SERGAS) y se encuentran ubicados en aproximadamente los 32.000 núcleos de población que forman los 315 municipios de esta Comunidad.

La atención primaria de salud aporta, como uno de sus valores importantes, al sistema sanitario la accesibilidad, poniendo a disposición del ciudadano un servicio personalizado y continuado a lo largo de la vida del mismo,

próximo, a muy pocos metros de su domicilio e incluso en este mismo cuando la situación lo requiere. Cumplir con esta premisa básica de accesibilidad supuso en nuestra Comunidad Autónoma realizar un importante esfuerzo en materia de infraestructuras, contando en el momento actual con aproximadamente 500 centros de salud y consultorios donde se presta asistencia propia del primer nivel asistencial.

Si el esfuerzo en infraestructura fue importante, no fue menor el que hubo que realizar en materia de ordenación asistencial, para la organización y la gestión de los recursos humanos. Con esta finalidad, en el año 1993, se publicó el decreto que sirvió como pilar fundamental para la organización de la atención primaria. Este decreto supuso el pistoletazo de salida y la herramienta necesaria para llevar a cabo la reforma de la atención primaria gallega, estableciéndose en el mismo la creación de las unidades de atención primaria. De estas unidades habría al menos una por municipio, dotadas de médico, enfermería y personal no sanitario, agrupables en una estructura organizativa superior, los servicios de atención primaria, los cuales cuentan además con unidades de apoyo como pediatría, fisioterapia, odontología, matronas, trabajo social, etc.

En el momento actual, y partiendo de una cifra en el año 1996 de 52 unidades de atención primaria contamos con 323 unidades, de las cuales 75 prestan atención ordinaria en horario de mañana y tarde de forma ininterrumpida. Estas unidades se integran en un total de 119 servicios de atención primaria, los cuales reciben en el 100% de los casos el apoyo de unidades como pediatría, salud buco-dental (82 unidades) y fisioterapia (47 unidades, 16 de ellas con horario de mañana y tarde).

En resumen, en este momento desarrollan su actividad en atención primaria un total de 6.100 profesionales, alcanzándose unos ratios poblacionales de 1413 usuarios por médico de familia, 971 usuarios menores de 14 años por pediatra y 1767 usuarios por enfermera

La atención urgente extrahospitalaria, se reguló mediante otro de los decretos básicos en la organización de la atención primaria en Galicia en el año 1995, que estableció que esta prestación se realizase bajo la modalidad de presencia física, en los denominados Puntos de Atención Continuada (PAC), generalmente de ámbito supramunicipal. En la actualidad existen 93 PAC que dan cobertura bajo esta modalidad al 97'3% de la población gallega.

Una vez elaborada la normativa y simultáneamente a la realización del esfuerzo organizativo y de ordenación de la atención primaria se fueron dando otros pasos, buscando siempre la mejor calidad de los servicios que se prestan. Así, bajo esta premisa de calidad y tratando de dar respuesta a otra de los principios básicos de un sistema sanitario público y universal como el nuestro, como es la equidad en el acceso a las prestaciones, en el año 1999 se elaboró un plan para homogeneizar la prestación de servicios en este nivel asistencial, en nuestra Comunidad Autónoma: se establecieron objetivos comunes para todas las unidades de atención primaria, se publicó un manual de procedimientos clínicos en atención primaria que recogía los servicios a prestar y los criterios mínimos de calidad con los que estos habían de prestarse y se instauró una metodología de evaluación de los mismos, que incluye una auditoría de historias clínicas que permite conocer los resultados obtenidos y detectar las áreas de mejora en las que seguir trabajando e invirtiendo esfuerzos.



Simultáneamente a este trabajo realizado a nivel periférico, en los servicios centrales del Sergas se unificaban las direcciones generales de Atención Primaria y Atención Especializada, creándose una única dirección general de Asistencia Sanitaria con cuatro subdirecciones, la de Atención Primaria, la de Atención Especializada, una tercera subdirección de Coordinación asistencial, a fin de unificar criterios y establecer aquellos objetivos que deberían ser comunes para los dos niveles asistenciales y una cuarta denominada de programas asistenciales, investigación y calidad..

Las mejoras en la calidad de los servicios prestados, que era el objetivo a conseguir, indudablemente fueron una realidad, y no tan solo desde el punto de vista de los resultados de las evaluaciones internas, si no también desde el punto de vista de la satisfacción del usuario, prueba de ello son los resultados de las últimas encuestas de satisfacción de usuarios realizada por la Universidad de Santiago de Compostela.

¿Podíamos darnos por satisfechos con la situación actual y mantenerla? El trabajo y el esfuerzo realizado permitiría una razonable satisfacción, ya que los logros obtenidos eran evidentes pero manteníamos una asignatura pendiente: se habían mejorado los servicios prestados en atención primaria, se habían mejorado los servicios en atención especializada, se había hecho una importante labor de coordinación, mediante la instauración de objetivos comunes en los contratos-programas (PIAF) de ambos niveles, pero todos estos esfuerzos no fueron suficientes y los niveles asistenciales de atención primaria y especializada seguían manteniendo caminos paralelos en demasiados aspectos: presupuestos diferenciados, gestores distintos, culturas distintas, intereses dis-

tintos y, siendo realistas, en ocasiones contrapuestos.

Parecía el momento de introducir un nuevo cambio de cultura en la organización. La ley 7/2003 de ordenación sanitaria de Galicia (Losga) sentaba las bases jurídicas necesarias para que este cambio fuese posible ya que en su artículo 7 establece que le corresponde a las áreas sanitarias la gestión unitaria de los recursos sanitarios públicos de su ámbito territorial así como de sus prestaciones y programas sanitarios.

El diseño de estas áreas sanitarias, con el importante cambio organizativo que supone, ha de realizarse de forma secuencial y progresiva para evitar disfunciones asistenciales.

Esta nueva visión de la organización no solo podía afectar a los servicios periféricos, si no que tenía que ser interiorizado también por los servicios centrales de la Consellería de Sanidad y del SERGAS. Para ello, el mismo lunes 7 de febrero al que nos referíamos al inicio de este artículo se publica en el Diario Oficial de Galicia el decreto 13/2005 y el decreto 14 /2005 por el que se establece la estructura orgánica de la Consellería de Sanidad y del SERGAS. En esta nueva estructura encontramos una División de asistencia sanitaria encargada de establecer la coordinación con el resto de divisiones (de recursos económicos y de recursos humanos) y responsable de la coordinación asistencial de las áreas sanitarias. Desaparecen las subdirecciones generales de atención primaria, atención especializada y coordinación y se establecen cinco nuevas subdirecciones: subdirección general de procesos asistenciales, ordenación asistencial, calidad y programas asistenciales, atención sociosanitaria y docencia e investigación.

**Miedos y reservas:**

El ser humanos en general vive los cambios, en cualquier ámbito, con cierta preocupación y esta realidad no supone una excepción en el ámbito profesional de los trabajadores de los servicios de salud.

Las reservas de mayor calado para este proyecto parecen estar sobre todo en el entorno de la atención primaria. Los profesionales de este nivel, posiblemente recordando antiguas épocas de hospitalocentrismo, tienen cierto temor a ser de algún modo "fagocitados" por los centros hospitalarios, lo que entienden, se traduciría en un menor peso en las decisiones, en menores inversiones para infraestructuras, para recursos humanos, en este primer nivel asistencial. Y todo esto, basado en la experiencia del pasado, difícilmente extrapolable al momento actual, y en alguna experiencia de otros servicios de salud, tampoco comparables exactamente con el proyecto gallego. Hay experiencias en algún servicio de salud, en los que si bien existe un único gerente de área, se han mantenido estructuras diferenciadas entre ambos niveles a nivel de las áreas y por tanto es posible que se haya producido algún avance en coordinación pero la integración real no se ha producido.

El modelo que la Comunidad Autónoma gallega propone en su área de Ferrrol, es novedoso al preconizar una verdadera integración de niveles a través del trabajo en equipo mediante la instauración de procesos asistenciales.

**Beneficios:**

Este cambio organizativo no tendría sentido si no se esperase de él beneficios claros tanto para los usuarios como para los profesionales, así como para el conjunto del sistema sanitario.

El usuario obtendrá una asistencia integrada, sin escalones, donde fluya la información (que será única) entre los distintos profesionales encargados de prestarle la asistencia. Acercando los servicios, de forma que se presten en el lugar idóneo más cercano. Manteniendo las garantías de accesibilidad, equidad y mejora continua de la calidad.

Los profesionales sanitarios de atención primaria aumentarán su nivel de resolución y control sobre los pacientes ya que por una parte, la mayoría de los procesos asistenciales tendrán su entrada y su salida en este nivel asistencial y por otra se dará respuesta a lo establecido en la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud (ley 16 /2003) que en su artículo 12 sobre prestación de atención primaria recoge: " la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos".

Los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios realizarán su trabajo de forma más cómoda y eficiente al reordenarse los flujos y actividades de la forma que ellos mismos, junto con sus compañeros del primer nivel, hayan establecido en el diseño de los procesos asistenciales. En los centros hospitalarios se realizarán todas aquellas actividades que por su complejidad o necesidad de infraestructura no puedan realizarse en los centros de salud.

El sistema sanitario en su conjunto también sale beneficiado, ya que por un lado aumentaremos el nivel de calidad de la prestación que recibe el usuario gracias a la integración y a la implantación de procesos asistenciales y como consecuencia debería in-

crementarse el nivel de salud de nuestros ciudadanos, y al mismo tiempo estamos creando un sistema más eficiente al prestar la asistencia en el lugar más idóneo.

A pesar de la corta andadura de este proyecto, ya se han comenzado a implementar medidas que permitan conseguir los objetivos: la implantación del proyecto lanus (historia clínica informatizada única) en todos los

centros de salud del área y la central de llamadas con un número único para la cita previa, que estarán operativos en el verano de 2005 constituyen dos ejemplos claros.

Habrà que esperar algún tiempo para analizar los resultados, pero debemos seguir esforzándonos por mantener la ilusión y seguir trabajando en esta nueva línea, que confiamos, nos llevará a alcanzar los objetivos propuestos.



# Áreas sanitarias: visión y aportación de la Atención Primaria a la gestión sanitaria

Carlos Fernández Rodríguez  
*Director General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León*

## 1.- Gestión integral de Área, la solución propuesta para la crisis del Sistema Sanitario. Pero ¿estamos realmente en crisis?

En los años noventa existía un amplio consenso al considerar que el sistema sanitario público español vivía una profunda crisis, marcada por la deslegitimación ante la sociedad y el descontento de los profesionales que en él trabajaban. Esta situación no era una apreciación aislada en la sociedad española, sino que respondía a una corriente mundial, que condujo a la introducción de cambios y reformas en todos los sistemas sanitarios del entorno europeo. Transcurrida más de una década, y con el traspaso de las competencias en materia de atención sanitaria completada a todas las Comunidades Autónomas, la percepción de la crisis del sistema sanitario continúa, e incluso, para algunos, se intensifica. En las próximas líneas tratamos de analizar las características de la crisis, las posibles medidas a adoptar y la aportación que la gestión integral de las Áreas Sanitarias puede realizar para ello.

Como ya se ha comentado, la aplicación del término situación de crisis al

contexto del sistema sanitario ha sido una constante a lo largo de la última década, si bien, dependiendo de quien lo utilizaba, se hacía más énfasis en alguna de las acepciones del término: peligro de continuidad, escasez de recursos o bien situación de cambio.

El profundo arraigo que tiene la atención sanitaria dentro del contexto del Estado del Bienestar, hace imposible su quebranto, salvo que se produzca un deterioro absoluto del propio Estado de Bienestar. Los responsables políticos que deberían adoptar esta medida, no pueden dejar de valorar que la atención sanitaria es uno de los bienes públicos más apreciados por los ciudadanos. No obstante, si es posible que se puedan adoptar medidas de racionalización y que éstas puedan ser interpretadas como restricción del servicio sanitario.

La escasez de recursos está más relacionada con las expectativas reales de los usuarios y, sobre todo, de las inducidas por el propio sistema sanitario (responsables políticos, gestores, profesionales) que con la percepción real del ciudadano, tal y como se refleja en las encuestas de opinión que todos

los Servicios de Salud realizan entre sus usuarios.

La sensación de crisis está, fundamentalmente, relacionada con la necesidad continua de introducir cambios que permitan adaptarse a las transformaciones que tan rápidamente está experimentando nuestra sociedad. Por otra parte, no se nos puede escapar que los determinantes de la crisis actual son las reformas adoptadas en el pasado. Así, la transformación del sistema sanitario, que ha evolucionado desde un modelo de seguridad social a uno de sistema nacional de salud, con la consiguiente ampliación de cobertura a toda la población residente, extranjeros incluidos; la tendencia a la ampliación de los servicios, sin realizar análisis previos de la repercusión que los mismos van a tener en la mejora del nivel de salud de la población y mucho menos un análisis del coste/beneficio; la tendencia integradora de todos los centros y servicios en el sistema público, la funcionarización del personal sanitario, la implantación de un modelo basado en dos subsistemas, atención primaria y atención especializada, con el peligro de que aparezca un tercero, emergencias sanitarias. Todo ello ha conducido a la actual crisis financiera (déficit presupuestario), crisis de servicios (todo para todos), crisis profesional (desmotivación y falta de implicación), crisis política (fraccionamiento del sistema sanitario y preponderancia de los criterios políticos sobre los técnicos en la gestión de los recursos), crisis de gestión (descoordinación de los dos niveles asistenciales e ineficiencia). Debemos, por tanto, ser cautos a la hora de proponer nuevas reformas e intentar adivinar los posibles efectos perversos de las medidas proyectadas y por tanto, evitar en lo posible, nuevas crisis en el futuro.

## 2.- El camino recorrido por la Atención Primaria

Desde atención primaria se ha tratado de huir de soluciones como la aportación del usuario o la aparición de listas de espera, ya que se pueden considerar como sistema de racionamiento de la sanidad. Tampoco se ha considerado el fácil reclamo, en el que algunos están cayendo actualmente, de considerar que toda la crisis se debe a una escasez de recursos a este nivel y un desequilibrio en la distribución de los mismos entre atención primaria y especializada, ya que para realizar este análisis, debería estar claro antes el coste adecuado de los servicios que se prestan por cada uno de los dos niveles asistenciales.

Las alternativas que se han introducido en la Atención Primaria están más relacionadas con los siguientes aspectos:

### A. Definición de Servicios.

Mediante la Cartera de Servicios se ha definido la Oferta que atención primaria presenta a los usuarios del sistema sanitario, al mismo tiempo que permite definir las características, contenidos y criterios de calidad de los Servicios en ella contenidos.

### B. Orientación al usuario.

Introduciendo mecanismos que, por un lado, posibiliten la libre elección de médico de familia y pediatra, aunque no se ha dado solución a la libre elección del resto de profesionales y, por otro, mejoren la accesibilidad horaria y geográfica de los usuarios a los servicios sanitarios y aumenten la confortabilidad de los centros, disminuyan los tiempos de espera para acceder a la consulta y posibiliten la solución

del problema en el menor número de visitas posibles.

#### C. Definición de la estructura de responsabilidades.

La figura del Coordinador como responsable máximo del equipo de atención primaria ha permitido, si bien es verdad que con diferencias sustanciales entre las distintas áreas sanitarias y zonas básicas de salud, dotar a esta figura de alguna capacidad de gestión y dirección de los recursos humanos y materiales asignados al centro de salud.

La utilización de una metodología de dirección participativa y por objetivos ha facilitado la definición de responsabilidades y la sustitución, con mayor o menor fortuna, en cada zona básica de salud, de las relaciones tradicionales con la gerencia de atención primaria basadas en la autoridad por otras fundamentadas en la colaboración y la mutua confianza.

Quizás, ha llegado el momento de dar un paso más e introducir la figura del director de Equipo de Atención Primaria.

#### D. Retribuciones relacionadas con la actividad, la calidad y la eficiencia.

Como consecuencia de la introducción de la libre elección, se hizo necesario que las retribuciones estuvieran relacionadas con el número de usuarios que cada profesional tenía asignados. Asimismo, la dirección por objetivos, hizo posible la introducción de mecanismos de incentiación que permitieran el reconocimiento de los logros alcanzados, favoreciendo así las conductas tendentes a mejorar los servicios que se prestan a los usuarios, tanto en calidad como en

cantidad y la utilización racional de los recursos mediante prácticas basadas en la eficiencia.

#### E. Compra de servicios entre unidades asistenciales.

Las medidas encaminadas a convertir a la atención primaria en gestor del proceso asistencial, mediante la introducción de mecanismos de compra de servicios a atención especializada, especialmente interconsultas y pruebas diagnósticas, han tenido escaso éxito, si excluimos los modelos de gestión sustentados en equipos de base asociativa.

### 3.- La gestión integral del Área Sanitaria y las respuestas a la crisis

Aún cuando la Ley General de Sanidad define el Área Sanitaria como la estructura básica de planificación y gestión del sistema sanitario, la realidad es que la atención primaria y la atención especializada han marchado por caminos paralelos, la mejor de las veces, cuando no divergentes e incluso encontrados. Este aspecto, que constituye uno de los determinantes de la actual crisis, no puede ser valorado como el único, y mucho menos pensar que la instauración de una gerencia única es la solución, si no introducimos al mismo tiempo otra serie de medidas dirigidas a atajar el resto de factores determinantes.

#### A. Crisis de servicios.

El principal objetivo del Sistema Sanitario es la prestación de servicios sanitarios que contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población. Solo desde esta perspectiva se debe abordar la fijación de la Cartera de Servicios, las propues-

tas de ampliación de las actuales prestaciones, la puesta en marcha de nuevos servicios o el incremento de la cobertura de los ya existentes.

Para ello, se hace necesario disponer de sistemas de información que integren ambos niveles asistenciales y que permitan la consecución de indicadores de resultados clínicos, de resultados en términos de incremento de los niveles de salud de la población y de la eficiencia de las actuaciones planteadas.

Los objetivos deben plantearse desde una perspectiva integral, de nada sirven unos resultados excelentes en el nivel de atención primaria si el nivel de atención hospitalaria no consigue sus objetivos, o viceversa. Exige, así mismo, que en su formulación se introduzcan criterios de efectividad, pertinencia, priorización y capacidad a nivel de todos los servicios que componen el Área Sanitaria.

## B. Crisis financiera

El crecimiento de la población protegida, el envejecimiento y la consiguiente mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la dispersión, más patente en algunas Comunidades Autónomas, la incorporación de nuevas tecnologías que, lejos de abaratar los costes, los encarecen, o de nuevos medicamentos que son incorporados a la farmacopea y financiados por el sistema, a pesar de que su precio es superior a los ya existentes y aún cuando no esté probado que realmente mejoran la efectividad del tratamiento, son factores que generalmente se aducen para explicar el incremento del gasto sanitario. Sin embargo, existen otros

factores que raramente se mencionan y entre los que hay que destacar los incrementos de costes derivados del personal, tanto por incremento del mismo como de sus retribuciones, y el incremento del gasto como consecuencia de la tendencia incrementalista de cobertura en actividades preventivas.

Fijada la Cartera de Servicios, de acuerdo con lo expuesto en el punto anterior, cualquier nuevo servicio o prestación debería ir acompañado de la correspondiente memoria económica. Utilizando una base epidemiológica y poblacional y, fijados los estándares óptimos para los servicios de carácter preventivo, podría determinarse, con carácter prospectivo, el coste de la atención sanitaria para cada Área Sanitaria, quedando en el ámbito de la gestión las decisiones correspondientes a quién y dónde debe atender a los pacientes o quien y desde donde decide el acceso a los medios diagnósticos.

## C. Crisis profesional.

En una Organización destinada a la provisión de servicios, donde los prestadores finales del servicio son los propios trabajadores, contar con la implicación de estos es la base que permite que el producto final cuente con un alto nivel de calidad.

La tendencia de los sistemas de incentivos se han dirigido, preferentemente, a la motivación extrínseca, basada en la suposición de que una persona será motivada a trabajar mejor si las recompensas y sanciones van vinculadas directamente al desempeño, dejando de lado la motivación intrínseca, que supone que algunos trabajadores pueden sentirse egoimplicados



con su trabajo y comprometidos emocionalmente a hacerlo bien, enorgulleciéndose por la demostración de que son capaces de hacerlo y de que su trabajo contribuye a la consecución de los objetivos de la Organización.

La motivación extrínseca exige la fijación de metas que puedan ser medidas y evaluadas por medios objetivos, así como disponer de un sistema de premios y castigos efectivo.

La motivación intrínseca implica la integración de los trabajadores en las funciones de planificación y ejecución, incrementando el componente discrecional y minorando el programado o automático. La suposición básica es que si una persona tiene libertad para determinar cómo hará su trabajo, lo considerará más un reto que si se le dice exactamente qué hacer y cuando hacerlo.

Tanto la motivación extrínseca como la intrínseca se necesitan mutuamente, pero es ésta última la que consigue realmente la implicación de los trabajadores con la Empresa y la que menos desarrollada tenemos en nuestra organización sanitaria.

#### D. Crisis de gestión.

Es necesario buscar fórmulas que acaben con el actual planteamiento del Sistema Sanitario, prácticamente dividido en dos subsistemas independientes, con objetivos diferentes, cuando no contrapuestos, y caminar hacia modelos integrados en los que, a través de la implantación de programas de historia clínica única informatizada, la información clínica del paciente sea compartida. Donde los objeti-

vos sean analizados de forma integrada e integral y no como ocurre actualmente, en que a un nivel se le exige un incremento de coberturas, que lógicamente va a acarrear un aumento de demanda de interconsultas y, a otro nivel, se le pide una reducción de las listas de espera, o se pide a atención primaria que aumente su capacidad de resolución, pero el hospital limita el acceso a pruebas diagnósticas desde atención primaria.

Por otra parte, si se quiere impulsar la motivación intrínseca de los profesionales, es necesario buscar fórmulas de gestión descentralizadas que posibiliten la participación real de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos asignados, en la fijación de las prioridades y en la planificación de sus áreas de mejora. En esta línea, en los Planes Anuales de Gestión del año 2005, en la Gerencia Regional de Salud, hemos introducido la posibilidad de que algunos Equipos de Atención Primaria que cumplan una serie de requisitos, puedan optar voluntariamente por un programa de gestión propio.

#### E. Crisis política.

Hemos hecho referencia a la necesidad de planificar y presupuestar los servicios sanitarios en base epidemiológica y poblacional, sin embargo no podemos olvidar que el Sistema Sanitario debe también ser capaz de dar respuesta a las demandas de la población en cuanto a oferta de horario, capacidad de elección, puntualidad, accesibilidad, y no podemos caer en la tentación de creer que la calidad científica técnica es suficiente para validar el sistema ante los ciudadanos, ya que sus expectativas deben tener una respuesta y su satis-

facción con los servicios recibidos debe ser evaluada.

Esta labor se hace imposible si no se establecen criterios objetivos, que permitan delimitar la capacidad de respuesta de la Organización sanitaria ante estas demandas.

Por último, se hace necesario la separación por un lado del aseguramiento - planificación, encargado de determinar la Cartera de Servicios de cada Área Sanitaria en can-

tidad y calidad y el coste de la misma y, por otro, la gestión de los servicios sanitarios, encargada no solo de decidir quién, dónde, cuándo y cómo se atiende a los pacientes, sino que también se responsabiliza de la gestión de los recursos humanos, incluido el dimensionamiento de la plantilla, la negociación con sindicatos y la política de incentivos, sin sobrepasar en ningún caso el coste fijado por los responsables del aseguramiento-planificación.

# **La continuidad asistencial en el Área de Salud: de la colaboración a la integración**

Eduardo E. García Prieto  
*Director Técnico de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Castilla y León*

## **1. Regreso al futuro**

La Ley General de Sanidad, en el año 1986, establecía el Área de Salud como la estructura fundamental del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos, para la realización de estas actividades contemplaba la Ley dos ámbitos, atención primaria y especializada, que debían actuar procurando la integración de la información relativa a cada paciente, bajo el principio de la historia clínica única, la complementariedad de los servicios y la interrelación de los dos niveles asistenciales. Diecinueve años después volvemos a inventar las Áreas de Salud, bajo la denominación de Gerencias Únicas.

## **2. La Odisea**

Creo que antes de realizar un enjuiciamiento sobre esta propuesta, es conveniente analizar el viaje que hemos recorrido hasta llegar aquí y las causas

que han provocado que tardemos tanto tiempo en llegar a nuestro destino.

Iniciamos el viaje hacia un Sistema Nacional de Salud en las naves del sistema sanitario de la Seguridad Social, en el momento en que se promulgó la Ley General de Sanidad este último se articulaba en dos niveles asistenciales, el ambulatorio y el hospitalario. En el primero se integraban la atención primaria, la atención especializada ambulatoria y los servicios diagnósticos que daban apoyo a ambos. La atención en uno u otro nivel asistencial dependía de que el paciente necesitase o no hospitalización y de la complejidad del proceso.

Cada uno de los niveles utilizaba sus propios servicios de apoyo diagnóstico, estando los más complejos en el nivel hospitalario, siendo su utilización restringida para el nivel ambulatorio. La resolución del proceso en el nivel ambulatorio se realizaba de forma rápida y no era infrecuente que cuando el paciente necesitaba de un importante número de pruebas, o las mismas eran de una cierta complejidad, se optara por el ingreso hospitalario del paciente. Ambos niveles estaban

dirigidos a la restauración y rehabilitación de la salud de la población cuando el individuo enfermaba, encargándose otras estructuras del sistema sanitario, ajenas a la Seguridad Social, de las actividades de promoción, educación, y prevención de la salud. Desde los años setenta cada uno de estos niveles tenía órganos de dirección y gestión diferenciados.

Tras la publicación de la Ley General de Sanidad se inicia la transformación del sistema de Seguridad Social en un Sistema Nacional de Salud mediante la paulatina sustitución de un sistema de financiación basado en las cuotas a un sistema de financiación basado en los impuestos, y la progresiva ampliación de cobertura a todos los ciudadanos con independencia de que coticen o no a un sistema de seguro social, a pesar de lo cual todavía sigue siendo la Seguridad Social quien ostenta la capacidad de reconocimiento del derecho de asistencia sanitaria.

A finales de los años ochenta y principios de los noventa se inicia una transformación de los órganos de gestión periféricos del Insalud, que se organizan en dos niveles, atención primaria y atención especializada. A la primera se adscriben los servicios de medicina general, pediatría, odontología, enfermería, matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Con la salud mental se adopta una solución salomónica y los psiquiatras son adscritos a atención especializada mientras que los psicólogos y enfermeras lo son a atención primaria. Todos los servicios diagnósticos pasan a depender de atención especializada salvo algunos equipos de radiología simples que estaban instalados en centros de salud.

Estos nuevos órganos de dirección a nivel periférico, gerencia de atención primaria y gerencia de atención especializada, se ven reforzados, ante la si-

tuación de crisis económica y crecimiento exponencial del gasto sanitario, como órganos de gestión que deben buscar la eficiencia como objetivo fundamental, en detrimento de las direcciones provinciales que pasan a ser mas órganos de coordinación y supervisión que de dirección de ambos niveles asistenciales. Así a partir de ese momento el Director Provincial participa en la negociación de los objetivos de atención primaria y atención especializada, pero la misma se lleva a cabo por separado.

Por otra parte la atención primaria había iniciado, a partir del año 1984 con la publicación del Real Decreto 137/1984, una progresiva evolución que la lleva a incluir dentro de sus actividades ordinarias, aquellas orientadas a la prevención, educación y promoción de la salud, mediante el desarrollo de programas de salud.

Dentro de los cambios que se introducen en la gestión de los centros aparecen los contratos programas, mas adelante denominados contratos de gestión, a través de los cuales se pretende establecer una metodología basada en la medición de lo que se hace, con que nivel de calidad se hace, con cuanto se hace y que nivel de resolución se alcanza.

Dentro de esta metodología, la medición de actividades generadas por el equipo de atención primaria pero realizadas por atención especializada, fundamentalmente las interconsultas y pruebas diagnósticas, adquieren una especial relevancia, ya que la capacidad de resolución de atención primaria, viene medida por la tasa de interconsultas. Por su parte a la atención especializada se le pide que resuelva rápido, es decir que disminuya la relación primeras / sucesivas y que reduzca la lista de espera. A ambos niveles se les piden que incrementen la

producción en cantidad y calidad y que disminuyan o al menos controlen el crecimiento del gasto.

Todos estos cambios parecen fortalecer y mejorar el sistema, al menos inicialmente, pero pronto empiezan a aparecer efectos no deseados entre los que tal vez conviene destacar los siguientes:

- a. La atención primaria perdió la capacidad de gestionar sus propios servicios de apoyo diagnóstico, pasando a depender de la atención especializada que integró las unidades diagnósticas ambulatorias en los servicios hospitalarios aumentando su complejidad y orientándolos a dar respuesta, principalmente, a las necesidades hospitalarias.
- b. La atención primaria orientó su actividad y sus esfuerzos en crecer en cobertura en los servicios incluidos en cartera, dando lugar, en este nivel asistencial, a un incremento de la frecuentación como consecuencia de la detección de una mayor cantidad de patología o al menos de procesos que era necesario controlar y además en una población cada vez más joven que pasaba así a ser usuario habitual del sistema. Este incremento de actividad en atención primaria tenía como consecuencia una mayor demanda de pruebas diagnósticas e interconsultas, provocando una saturación en la capacidad de respuesta de la atención especializada.
- c. La atención especializada integró las consultas ambulatorias dentro de la organización de las consultas externas del hospital, sin embargo no se tuvo en cuenta que la cultura hospitalaria hacía que la organización del mismo pivotase, fundamentalmente, en la hospitalización

y en el bloque quirúrgico, siendo las consultas externas el brazo de la balanza más débil, de tal manera que cuando se hace necesario reorganizar la actividad del hospital lo primero que se modifica son las agendas de consulta externa, ya que es prioritario mantener la actividad quirúrgica y de hospitalización. Esto provoca que se pierda la rapidez en la contestación a la solicitud de informe de atención primaria, que era tal vez la única virtud del sistema de consultas ambulatorias.

- d. Ambos niveles intentan mejorar el uso racional del medicamento, pero mientras que la atención primaria dirige sus esfuerzos hacia la prescripción por receta, la atención especializada lo hace hacia la prescripción intrahospitalaria, detectándose, en muchas ocasiones, contradicciones e incluso enfrentamientos entre las dos políticas.
- e. Tanto Atención primaria como especializada han desarrollado historias clínicas únicas, adaptadas a sus centros, pero en ninguno de los casos la una a tenido en cuenta la existencia de la otra.
- f. El concepto de derivación (remisión de un paciente por un médico a otro para que el segundo se haga cargo del proceso asistencial hasta su finalización) e interconsulta (un colega consulta a otro. El solicitante es el responsable último del paciente y el destinatario de la información.) no ha sido bien aclarado.
- g. En todo caso la implantación de la hoja de interconsulta en sustitución al P-10, hizo creer que el intercambio de información entre los dos niveles quedaba reducida a la comunicación inicial (solicitud y motivo) y

al final (informe de alta), olvidándose de que durante todo el proceso, hasta que se produce el alta, el paciente sigue siendo visto por atención primaria y atención especializada y el conocimiento por parte de ambos sobre lo que esta haciendo el otro es vital para asegurar la calidad de la atención sanitaria que recibe el paciente.

- h. Se inició así un proceso de alejamiento y desconocimiento mutuo de los dos niveles que conducía a la creación de dos subsistemas. Para intentar cortar esta situación se crearon comisiones de área donde, bajo la presidencia del Director Provincial, se reunían gestores y profesionales de ambos niveles. Estas comisiones pretendían establecer objetivos comunes y favorecer el conocimiento mutuo, y desarrollar protocolos consensuados, y sistemas de información comunes. Consiguieron algunos resultados, como un cierto equilibrio entre la oferta y la demanda a través del establecimiento de pactos, pero no lograron el establecimiento de objetivos comunes y sobre todo carecieron del elemento ejecutivo.

### 3. Volver a empezar

Y en este punto hemos empezado a vislumbrar que es necesario regresar a los orígenes, para recomenzar el camino ya una vez andando, sin prisa, sin tropezar en las mismas piedras y sin perdernos en las mismas encrucijadas.

El origen es la búsqueda de fórmulas que permitan la integración de los dos niveles sin que ninguno de ellos pierda su propia personalidad. No hay que cambiar todo, pero sí que hay que tener claro lo que buscamos, y estar de acuerdo en ello. ¿Y que queremos?:

- Que todos los problemas de salud que puedan ser resueltos en el nivel de atención primaria no sean enviados a atención especializada.
- Que los pacientes a los que se les solicite interconsulta sean vistos en un plazo de tiempo razonable.
- Que la información sanitaria entre los dos niveles llegue de forma fluida y por cauces institucionales, dejando de utilizar al usuario como correo, y asegurando la continuidad en la atención al paciente.
- Que fomente el conocimiento mutuo y el desarrollo de objetivos y estrategias comunes.
- Que el proceso asistencial sea un continuo.

Para alcanzar estos objetivos, las medidas que creo son necesarias son las siguientes:

- Implantación de una historia clínica informatizada, con acceso desde los dos niveles y que permita compartir la información.
- Acceso a la tecnología con el exclusivo límite de la capacidad para utilizar los resultados. Adaptando los servicios diagnósticos, no solo a las necesidades del hospital sino también a las exigencias de rapidez, fluidez y en ocasiones inmediatez de las consultas externas y de atención primaria.
- Planificación de las actividades derivadas de los programas de salud, y especialmente de la cobertura en los servicios incluidos en la cartera de atención primaria teniendo en cuenta la capacidad de producción de los servicios de atención primaria, de atención especializada y de las unidades de apoyo diagnosti-

- co, intentando conseguir con ello, alcanzar el equilibrio entre la oferta y la demanda a fin de evitar la generación de listas de espera.
- Valorar, dentro de la planificación y priorización de que algunos servicios, especialmente los de carácter preventivo, requieren unos mínimos de cobertura para asegurar su efectividad.
  - Introducir de forma progresiva indicadores de resultados, al menos de resultados clínicos, sin dejar de intentar la utilización de resultados en salud.
  - Desarrollar una política de uso racional del medicamento común para los dos niveles asistenciales.
  - Establecer puntos de encuentro que favorezcan el conocimiento mutuo de los profesionales.
  - Promocionar la gestión de procesos como estrategia orientada a la consecución de la mejora de la calidad asistencial y a la satisfacción de los usuarios del sistema de sanitario.
  - Potenciar la figura del Director o Gerente de Área como máxima autoridad del área, bajo cuya responsabilidad actúan las direcciones de atención primaria y especializada.

---

<sup>1</sup>Artículo 56 de la Ley General de Sanidad

<sup>2</sup>Artículo 71 de la Ley General de Sanidad

<sup>3</sup>Artículo 75 de la Ley General de Sanidad





## Evaluemos la calidad

Jesús Hernández Díaz  
Gonzalo Sánchez Sánchez  
*Dirección General de Atención Sanitaria. Área de Atención  
Primaria.*  
SESCAM - Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Desde la implantación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria nos ha preocupado la forma de evaluar. La aparición del Contrato de Gestión, la introducción de objetivos, los incentivos, etc. generaron un tipo de evaluación basado en el examen de las historias clínicas y de determinados aspectos generalmente conocidos con anterioridad, lo que de alguna manera podía cuestionar la calidad de la misma evaluación. Por otro lado los baremos a puntuar se basaban en datos cuantitativos (porcentaje de coberturas, numeradores y denominadores) sin más criterio, e implicaban mayor o menor incentivación, a su vez condicionada a que el resto de compañeros del E.A.P. también cumplieren sus objetivos.

Los programas generaron mayor control, más diagnósticos, seguimientos estrictos y mejores planteamientos científicos, pero al mismo tiempo y de forma irreversible las historias, que antes de la reforma de Atención Primaria eran inexistentes engordaron a base de papeles, consultas de seguimiento, derivaciones, laboratorios, etc. Se produjo un importante incremento de "elementos burocráticos" y a veces la sensación entre los profesionales de

"caza de enfermedad/enfermo". A modo de ejemplo, cuando a un diabético le seguimos durante 3-4 años con todos sus controles, exploraciones, fondos de ojo, analíticas, inclusión en grupos de Educación para la Salud, etc. éste debería tener un grado de conocimiento de su enfermedad cercano a un master en la materia. Si esa sucesión de citas, cumpliendo el programa, se aplica al diabético anterior, que además es hipertenso y un poco obeso, sin olvidar su ligera hipercolesterolemia y añadido el factor de riesgo tabaco, con sus dos cervezas diarias y su sedentarismo, tendremos en nuestra consulta a nuestro buen paciente prácticamente todas las semanas.

Esta aparente crítica, no es tal. Podemos afirmar rotundamente que el sistema de Programas ha sido positivo para la Atención Primaria pues a través de los mismos hemos podido planificar y alcanzar niveles de conocimiento envidiables.

Comentamos al principio, que la evaluación no ha sido todo lo rigurosa que debiera y no por los evaluadores sino por ese conocimiento previo de lo que nos podrían evaluar, con la po-

sible perversidad de "retoque o acicalamiento de historias" para la evaluación. Como factor añadido, lo primordial era alcanzar un nivel de cobertura determinado y la cumplimentación de Normas Técnicas pasaba a un segundo plano. Debía incrementarse no sólo el grado de cobertura de la vacuna antitetánica, cuestión lógica, evidentemente, sino que los hipertensos, los obesos, los enfermos terminales...etc. captados debían ser siempre superiores al año anterior. Esta dinámica pudo tener un sentido en los años iniciales de la cartera de servicios de Atención Primaria en la que las coberturas eran bajas y se estaba iniciando a muchos profesionales en la metodología de trabajo por programas.

Las preguntas que no nos hacíamos en esos momentos podrían ser las siguientes: ¿Estaban correctamente tratados nuestros pacientes?, ¿Tenían más salud que antes nuestros pacientes? ¿La tensión arterial estaba mejor controlada? ...No era el momento o es que simplemente el conseguir un 5% más de cobertura que el ejercicio anterior era el árbol que no nos dejaba ver el bosque.

Hemos conocido datos grotescos como el encontrar un número de tratamientos hipolipemiantes prescritos frente a los pacientes incluidos en programa claramente incongruentes. Y todo ello por el afán del número en detrimento de la calidad y reconociendo de nuevo la utilidad de las coberturas para aspectos planificadores.

A partir de las transferencias sanitarias del Insalud a las Comunidades Autónomas en el año 2002, los nacientes Servicios de Salud y las Consejerías de Sanidad tomaron su propio rumbo en materia de planificación, manteniendo inicialmente la Cartera de Servicios heredada, para posteriormente realizar las oportunas adaptaciones a los res-

pectivos Planes de Salud. En Castilla-La Mancha tomando como referente el Plan de Salud 2001-2010 y con la puesta en marcha de diversas herramientas básicas como ha sido la informatización y el incremento de participación de los profesionales, reflexionamos sobre el papel de la Cartera de Servicios, su desarrollo y su evaluación.

En un reciente artículo Juan del Llano Señaris recoge dos tipos de herramientas en aras de la calidad del servicio: "Herramientas aditivas" que aportan poca novedad de implementación "cuidadosa" y "Herramientas disruptivas" que aportan gran cambio (informatización, historia única electrónica, evaluación de la calidad, la participación de los profesionales...) y por ello muy recomendables.

Considerando que a menos un 30% de la carga asistencial de los profesionales se debe a tareas administrativas y que el incremento de la actividad asistencial es notorio es nuestra obligación plantearnos alternativas más eficientes en la prestación de los servicios sanitarios. Simplemente analizando los Programas de salud que en la tradicional Cartera de servicios se dirigían a controlar factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial, Diabetes, Obesidad e Hipercolesterolemia) se puede apreciar la reverberación de las actividades a realizar, siendo el paciente el mismo y presentando éste una proporción variable de dichos factores de riesgo. La consecuencia: repetición innecesaria de citas, exploraciones, analíticas, derivaciones...etc.

Y así ha sido en nuestra Comunidad Autónoma en la que en la actualidad está ya incorporado en nuestro modelo de historia clínica Informatizada "TURRIANO" un programa de gestión integral de los factores de riesgo cardiovascular que, tras los primeros

meses de implantación en la evaluación piloto, nos anima la proyección de reducir en más del 25% las visitas que precisará realizar un paciente con varios factores de riesgo cardiovascular en relación al sistema tradicional de cartera.

Otra herramienta que pensamos es disruptiva, en la línea de lo afirmado por Juan del Llano Señaris, es una nueva metodología evaluativa que hemos puesto en práctica en Castilla-La Mancha y que hemos denominado "EHCAP" (Evaluación de la Historia Clínica en Atención Primaria). Supone un cambio de criterio basándonos en la calidad más que en la cantidad. La primera fue realizada en enero-febrero de 2004 sobre una muestra de 18.984 historias clínicas de usuarios mayores de 14 años de edad con representatividad de Área de Salud y con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 2%. Dicha evaluación incluyó la verificación del cumplimiento de 14 indicadores de calidad, de actividades preventivas, de proceso y de actividad no conocidas previamente por los sanitarios responsables de la atención de los usuarios seleccionados.

Así hemos llegado a conocer que un 27% de los pacientes no tienen en historia clínica (porcentaje aún más alto aun entre edades comprendidas entre 25 y 44 años) o que en Castilla la Mancha el porcentaje de hipertensos conocidos en mayores de 14 años es del 15% y el de diabéticos del 6,3%, cifras bastante coherentes con datos publicados a nivel nacional en diversos es-

tudios. Asimismo hemos podido evidenciar que en un 4,5% de los hipertensos conocidos no consta en su historia una determinación de tensión arterial en los últimos 4 años y que en un 4,8% de los dislipémicos conocidos no consta en su historia una determinación de colesterol en los últimos 5 años, ambos a pesar de seguir medicándose.

En el año 2005 se ha realizado una evaluación similar referida al Programa de Salud Infantil sobre una muestra de 4.035 historias clínicas de usuarios menores de 15 años de edad. Además de poder estimar las coberturas de vacunación, por cierto con caídas preocupantes en algún tramo etáreo, hemos evidenciado la existencia de controles deficitarios (por ejemplo en exploración de las caderas).

A través de estas opiniones queremos proponer una apuesta por la calidad en cuanto a los Programas, facilitando con herramientas informáticas una simplificación de tareas administrativas, una apuesta por la calidad en cuanto a Evaluación, valorando los aspectos del "cómo hacemos las cosas" más que en el "cuántas hacemos".

En resumen, una apuesta por la mejora de la calidad en la Atención Primaria que debe plantearse en un futuro un nivel de reflexión más elevado con preguntas como: ¿Estamos consiguiendo objetivos terapéuticos?, ¿Estamos controlando los Factores de Riesgo? o ¿Realmente estamos consiguiendo disminuir la morbilidad y la mortalidad?



# **La gestión empresarial en Atención Primaria, elemento necesario para un sistema sanitario más eficiente**

Albert Ledesma Castelltort  
*Médico de Familia*

## **Introducción**

La creación y la delimitación de ámbitos de atención en el sistema sanitario público español ha dado lugar a una atención primaria dotada de recursos propios y con unas funciones definidas. Este marco determina una estructura con recursos humanos y materiales que han de gestionarse, la atención primaria ha de dotarse de instrumentos útiles para este fin que le permita ofrecer el mejor servicio sanitario posible a los ciudadanos.

salud de una población definida, la desempeñan en colaboración con otros agentes y disponen de un amplio margen de autonomía para organizar estos servicios. La misión de este ámbito es *ofrecer a la población asignada un servicio de salud accesible, satisfactorio, técnicamente adecuado, capaz de atender a la mayor parte de los problemas de salud que le son propios y realizados en el lugar más adecuado para las necesidades de cuidado de la persona.*

## **¿Qué gestiona la Atención Primaria?**

En el breve periodo de 20 años este ámbito de atención, ha pasado de ser un simple gestor administrativo con escasos recursos a desempeñar funciones asistenciales de creciente complejidad. Este nuevo rol viene a complementar los que desempeñan la atención hospitalaria, la atención sociosanitaria y la atención a la salud mental. Los responsables de proveer estos servicios de atención primaria disponen de unos recursos, tienen asignada una función de atención a la

## **La organización al servicio de la misión**

La atención primaria española se estructura a partir de una situación ya existente que condiciona el nuevo marco funcional. La existencia de un determinado modelo de relaciones laborales fue el factor limitante de mayor peso, si bien el de asignación de presupuestos y el mantenimiento de una organización centralista no son factores menores. Pasados estos años parece razonable adecuar los servicios de atención primaria, sinónimos de equipos de atención primaria, para darles una estructura y unos instru-

mentos de gestión que les implique en la inexcusable necesidad de ejecutar la misión que se les ha encomendado y pensados para dar respuesta a la misma.

### Condiciones necesarias para configurar unos servicios con entidad organizativa propia

- A) Modificar el marco de las relaciones laborales para:
- Hacer posible la elección de los profesionales por parte de los responsables del servicio.
  - Decidir la organización horaria del personal.
  - Tener capacidad para fijar una parte substancial de la política retributiva, en función de una parte variable.
  - Otorgar al director del servicio amplias facultades en el ámbito de la gestión de recursos.
- B) Fijar cual es el producto de atención que el Servicio de Salud correspondiente espera obtener de este servicio:
- Fijar horarios de atención y el nivel de accesibilidad contratada
  - Determinar que procesos de atención han de ser atendidos en este ámbito y hasta que nivel
  - Fijar las condiciones de relación con el resto de ámbitos asistenciales, momento de derivación de cada proceso, nivel de información con el que ha viajar el paciente por los distintos niveles, pactos terapéuticos a respetar, etc.
  - Determinar competencias en aspectos de prevención y de atención a la comunidad y como se normalizan en la organización.
- C) Fijar los recursos económicos con que cuenta cada servicio para realizar la función asignada:
- Asignar como recursos económicos no condicionados previamente una parte substancial de la cantidad asignada por contrato.
  - Dar capacidad de gestión económica al director del servicio
  - Pasar la responsabilidad del uso de los recursos al propio centro, vinculando los resultados con la parte variable de la remuneración
  - Amortizar las inversiones
  - Implantar una política de inversiones y mantenimiento para cada centro de la que el director es responsable
  - Crear una contabilidad propia que le permita al director del centro, a sus colaboradores y a quien corresponda cual es la situación económica y que acciones puede tomar
- D) Fijar una política de servicio al cliente como instrumento de mejora de la calidad
- Fijar condiciones de accesibilidad al servicio que den respuesta a las expectativas del ciudadano y también a las condiciones contractuales establecidas
  - Mantener las instalaciones en unas determinadas condiciones para asegurar un nivel de confort adecuado
  - Establecer un tiempo medio de espera para las consultas que de cómo resultada un buen nivel de satisfacción por parte de los ciudadanos
  - Establecer un trato personalizado con un mentalidad de cliente proveedor en una empresa de servicios
  - Fijar un tiempo medio de consulta por profesional que asegure la posibilidad de atender de forma correcta al paciente
- E) Otros aspectos a considerar
- Política propia de recursos humanos

- Formación continuada para mantener o mejorar la calidad del servicio
- Valorar la posibilidad de ejercer funciones de docencia en el servicio
- Implantar la investigación como un función más
- Evaluación de resultados como instrumento de mejora de la calidad

### ¿Cuál es la razón de ser de la gestión o del director del servicio de atención primaria?

La gestión ejecutada a través de la dirección del servicio de atención primaria no es solamente un instrumento de promoción interna, la razón de ser es la de cumplir la misión que tiene asignada. Conseguir este cambio de mentalidad en los servicios de atención primaria no es sencillo, sino lo hacemos nunca podrá asumir el rol propio que todos identificamos claramente a nivel teórico y que pocos centros han conseguido.

El argumento conceptual en el que ha de basarse la dirección de un servicio en atención primaria ha de ser asimilable a este: *Como gestiono los recursos que me han asignado para ofrecer un producto de atención con un determinado nivel de calidad, contando con la implicación de unos profesionales razonablemente satisfechos y dando respuesta a las expectativas de los ciudadanos.*

Es importante resaltar aquí que los recursos que se le asignan a la atención primaria (farmacia, pruebas complementarias y funcionamiento del centro) representan alrededor del 50% de los destinados a la atención sanitaria pública.

El valor añadido de este ámbito de atención en el seno de sistema públi-

co de salud, tiene una relación directa con su capacidad para generar confianza entre la población que atiende, la accesibilidad que ofrece ante las demandas de la misma, su capacidad profesional para atender la mayor parte de los problemas de salud planteados, los medios técnicos de que dispone para hacerlo, la capacidad de realizar las pruebas complementarias necesarias en el menor espacio de tiempo posible, la posibilidad de consultar con el resto de ámbitos de atención de forma ágil y la experiencia profesional para determinar el momento adecuado para consultar con profesionales de otros ámbitos o para delegar la atención en ellos.

Si asumo la responsabilidad contractual de dirigir la gestión de un servicio de atención primaria para realizar la misión que se le encomienda en el seno del sistema sanitario público, ¿Qué condiciones son exigibles?. ¿Cómo establecería las prioridades de la gestión?.

Existe consenso entre los profesionales de este ámbito entorno al rol actual del director o coordinador de equipo, la mayoría acepta que es una figura de bajo perfil de dirección con unas capacidades de gestión muy limitadas de unos recursos económicos que no controla por estar previamente asignados. Si se pretende cambiar este rol para configurar un perfil de dirección con responsabilidades y funciones claras al servicio de su misión, también encontramos consenso profesional en cuanto a las condiciones exigibles para asumir este papel con posibilidades reales de éxito.

Alrededor del 75% de los recursos asignados a la atención primaria (sin considerar el presupuesto de farmacia) se destinan a recursos humanos, este capítulo es el que determina como es o puede ser un servicio de

atención primaria. *Un director de servicio de atención primaria ha de tener amplias facultades en la selección y en la gestión de los recursos humanos.* La gestión eficiente de este capítulo presupuestario y la capacidad para mover parte de estos recursos a otros capítulos son aspectos esenciales en su perfil de dirección.

*La autonomía del servicio de atención primaria para organizarse es otro de los elementos claves en el perfil de gestión de este nivel.* Las expectativas de los ciudadanos han de encontrar respuesta en los centros de atención primaria, organizar un servicio para hacer factible este objetivo no es fácil, ya que no siempre, esta organización funcional, coincide con los intereses laborales de los profesionales. Disponer de autonomía y de instrumentos de gestión que permitan delimitar un marco en el que los intereses de los ciudadanos y de los profesionales sean compatibles es otra condición necesaria para el éxito de nuestra misión.

*Disponer de recursos y de capacidad para gestionar las compras y las pruebas complementarias es otra responsabilidad de gestión que ha de estar en el ámbito del servicio de atención primaria.* Existe evidencia suficiente para determinar la asignación de recursos necesaria para gestionar ambos capítulos, la capacidad de gestión de los centros ha de contemplar este aspecto y respetar su autonomía para llevarla a la práctica en función de los objetivos que tiene fijados.

*Asumir un capítulo presupuestario en el ámbito de la prescripción farmacéutica es otra función propia de la gestión de estos servicios de atención primaria.* No es razonable que cada centro tenga una capacidad de gasto ilimitada y no condicionada a un determinado nivel de calidad. El capítu-

lo de farmacia representa en torno al 25% del gasto y la su gestión en atención primaria requiere que se asuman determinadas responsabilidades en el nivel de gasto y en el de calidad.

*Condicionar el servicio que nos prestan otros ámbitos asistenciales con el fin de conseguir una accesibilidad adecuada, una calidad técnica correcta y un trato personal satisfactorio para nuestra población son capacidades que deberíamos asumir en la gestión de nuestros servicios.* Naturalmente que esta capacidad de influir en otros ámbitos ha de asumirse desde la negociación entre niveles y a partir de un determinado nivel de calidad en nuestro servicio, el cual tiene asumida y conseguida su misión. Los instrumentos para realizar esta interacción entre niveles son variados, en todo caso están a nuestro servicio para resolver esta cuestión.

*Introducir mecanismos de mejora de la calidad que contemple la evaluación de resultados como parte del proceso y como instrumento de retroalimentación de las acciones necesarias para mantener o mejorar la calidad de atención que ofrecemos a los ciudadanos.* Es obvio que este instrumento es útil solo si la capacidad de gestión de nuestros centros y la autonomía en la organización de los mismos nos permite cambiar o adaptar los procesos de atención al ciudadano.

*Todas estas capacidades de gestión y nivel de autonomía han de relacionarse de forma proporcional con las responsabilidades, riesgos y compensaciones que se asumen, tanto por parte de los profesionales como de los directivos.* Es imprescindible que se establezcan determinados niveles de responsabilidad, riesgo y compensaciones en cada nivel profesional en función de las tareas a realizar y los resultados obtenidos.



Queda abierto aquí un debate entorno a como conseguimos implicar a los distintos profesionales en su ámbito propio de trabajo para que asuman este nuevo rol, está demostrado que la actual organización dista mucho de conseguir estos objetivos. Se pueden plantear diversas soluciones, ninguna de ellas sencilla, lo que no deberíamos hacer es dejar que la situación actual se perpetuó en detrimento del sistema sanitario en general y de la atención primaria en particular.

### Conclusiones

Esta claro que la gestión en atención primaria ha conseguido retos en términos de mejora de la salud de la población que hace unos años nadie soñaba. Su compromiso exitoso con la atención a procesos crónicos muy prevalentes, en colaboración con otros especialistas, ha permitido un mayor nivel de diagnóstico, tratamiento y control de patologías o factores de riesgo directamente relacionados con la morbilidad y la mortalidad de la población española.

Su rol protagonista en la prevención primaria, secundaria y terciaria no lo pone un duda nadie. Estas acciones no existían prácticamente hasta la cre-

ación de la atención primaria, su articulación ha conseguido sensibilizar a otros ámbitos de atención que solo daban respuesta a las tareas de curación. En este momento nadie se plantea un proceso de atención sin considerar los aspectos preventivos.

Adaptar todo nuestro sistema sanitario público a la realidad de cada momento en un entorno muy cambiante, en el que se desarrollan o configuran nuevos ámbitos o competencias en cada uno de ellos y que su interrelación influye en los demás es complicado. Dar respuesta a esta realidad exige una organización flexible, adaptable, con instrumentos de gestión modernos y eficientes, implementar estos cambios estructurales en todos los niveles de atención comporta situaciones de tensión y conflicto que han de gestionarse adecuadamente.

En este ámbito de atención el papel del profesional y su autonomía en la organización son determinantes para el éxito de la misión. El ejercicio de esta capacidad de decisión casi ilimitada debe de regularse con la asunción de riesgo económico en la gestión de los recursos asignados y con un determinado nivel de calidad, fijado por los responsables del sistema encargados de la compra de servicios.

Albert Ledesma Castellori. La gestión empresarial en Atención Primaria, elemento necesario para un sistema sanitario más eficiente



## En Cantabria, 20 años después del inicio de la reforma de la Atención Primaria

José Manuel Liendo Marquín

Después de más de 20 años de trabajo en Atención Primaria (AP), vuelvo a tener la ilusión de los comienzos de la Reforma, y eso sólo se puede producir por la repetición de circunstancias parecidas a las que motivaron los primeros compases de la misma: Necesidad de mejorar y responder a las demandas sociales emergentes, con el aporte muy importante de recursos.

A partir del Acuerdo Marco de 27 de Agosto de 2002, sobre actuaciones en materia de AP, desarrolladas con el acuerdo que acaba de entrar en vigor el 1º de Enero de este año, en la Sanidad de Cantabria se está visualizando un apoyo decidido a la AP (más de 200 plazas nuevas de Médicos de Familia, Pediatras, Personal de Enfermería, Auxiliares Administrativos... para la AP), es decir, mayores recursos para la puerta de entrada del sistema sanitario, lo que permitirá una mejor accesibilidad y un mayor desarrollo de la AP, poniendo al ciudadano como eje del sistema y a la calidad total como exigencia básica del trabajo de todos sus profesionales.

Entre otras medidas, el Servicio Cantabro de Salud pone en marcha:

- La reestructuración gradual del modelo de urgencias: De atención continuada por los Equipos de AP (EAP) a Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), de 17 a 9 horas, de lunes a viernes, y de 9 a 9 horas, sábados, domingos y festivos. Con la adecuada organización funcional de las interfases entre ambos recursos.
- La adopción del modelo basado en dos tipos de recursos: EAP y SUAP para la atención sanitaria de sus ciudadanos las 24 horas del día, 365 días al año. Uno de entre los posibles e implantados en nuestro Sistema Nacional de Salud. Con las mismas exigencias de calidad de servicio para ambos recursos.
- La disminución progresiva de las Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) La disminución del número de TIS/Profesional (Promedio de 1500/MF y Zona Básica de Salud –ZBS–, con un máximo de 1650/MF, y 1000/Pediatra y ZBS, con un máximo de 1250/Pediatra), al adecuar el número de profesionales y de tarjetas sanitarias a la nueva realidad social y asistencial, pretende mejorar el acceso, respon-

der a la demanda de consultas de tarde e incrementar el tiempo de dedicación a los pacientes.

- La nueva valoración de la TIS (Tarjeta Individual Sanitaria) a efectos retributivos para los profesionales, con incrementos en la TIS de los mayores de 65 años y, especialmente, en la de los mayores de 75 y, en Pediatría, con incrementos en la TIS de niños de 0 a 24 meses y, especialmente, en la de 0 a 12 meses, para no mermar las retribuciones de los Médicos de Familia (MF), Pediatras y Enfermería por la disminución del número de TIS.

Es fácil colegir que estas medidas, entre otras, van a permitir a los equipos multiprofesionales trabajar, con la mejora de los contratos de gestión, que incorporan actividades de prevención y promoción, además de las propiamente curativas, recogidas en las últimas evidencias científico-técnicas, y contribuir a la formación de nuevos profesionales y a la investigación en AP. Dando, así, respuesta a una queja extendida en la AP: Los avances se han producido por el esfuerzo de los profesionales, gracias a su calidad científico-técnica, sin recursos y sin apoyo de la Administración (presupuestos escasos...)

Por otra parte, el espacio socio-sanitario podrá ser definitivamente abordado, con garantías de éxito, gracias a

que la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales integra ideas, competencias y recursos para ambos espacios.

Viendo todos estos recursos y la firme decisión de apoyo a la AP, los acuerdos en materia laboral, expresados por algunos representantes sindicales y colegiales sobre cuestiones como la movilidad, la indefinición del número máximo de TIS/profesional de enfermería, las "plazas de peor calidad" (sic) en cuanto a horarios se refiere... no pueden empañar el logro que los profesionales de la AP vemos culminado: tiempo para nuestros pacientes e importantes partidas presupuestarias, en respuesta a una petición largamente expresada. Este logro habrá de contribuir, necesariamente, a la mejora de la calidad asistencial.

A los 20 años de la Reforma de AP, en la sociedad, en los foros sindicales y profesionales y, también, en el Servicio Cántabro de Salud se está hablando de las reformas necesarias para adecuar el sistema sanitario a los tiempos y responder a las demandas sociales, apostando por un sistema público sanitario universal y de calidad. Pero mientras se debate, no puede haber parálisis, los ciudadanos no lo entenderían. El lugar que ocupa actualmente el sistema sanitario en el aprecio social me permite afirmar que nadie está dispuesto a abandonar o dilapidar dichos logros, porque, a pesar de todo, el balance es positivo.

## La utopía sirve para avanzar

Covadonga López Truébano

*"Ella está en el horizonte; das un paso y ella da otro, por mucho que lo intentes nunca la alcanzarás. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso, para avanzar".*

**E. Galeano**

Cuando en septiembre de mil novecientos setenta y ocho la Conferencia Internacional de Alma-Ata definía la Atención Primaria de Salud como *"la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"*, corrían tiempos de optimismo. Años en los que parecía posible el lema de la OMS "Salud para todos en el año 2000"

Para los que entonces éramos estudiantes de Medicina y no veíamos cómo compatibilizar nuestro ideal profesional con el progresivo organicismo y fragmentación a que estaban dando

lugar el espectacular desarrollo de los conocimientos y la tecnología, la aparición de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, con su visión holística del individuo y su concepción de la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social.....", cuya realización exige la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del de la salud", fue nuestro camino de Damasco. Pocas veces se ha dado una generación de profesionales tan motivada, utópica e idealista como aquella.

La mayoría de las especialidades médicas se han desarrollado por uno de dos mecanismos: la fragmentación de una macroespecialidad, Medicina Interna por ejemplo, de la cual surgen Cardiología, Neumología, Nefrología, Endocrinología, Neurología..., o bien como consecuencia del desarrollo tecnológico (Radiología, Endoscopia, Medicina Nuclear) o de los avances en el conocimiento científico (Genética, Inmunología...).

La Medicina Familiar y Comunitaria sin embargo aparece como reacción a la fragmentación y despersonalización que la atención médica estaba su-

friendo en los países más industrializados. Señala John Naisbitt que una de las necesidades más profundas de las sociedades tecnológicas es el contacto personal, y la Medicina de Familia es la respuesta del sistema a esa necesidad social. Como decía Schopenhauer, hay épocas en las que el progreso es reaccionario y la reacción es progresista. Así que dando un paso atrás, recuperamos al viejo y tradicional generalista, que conocía a sus pacientes uno a uno por sus nombres, sabía de sus virtudes y defectos, su trayectoria vital y laboral, su profesión y su lugar en la comunidad, dotándolo de un adiestramiento específico en el postgrado que le facilitaba la adquisición de un determinado conjunto de habilidades y conocimientos, y asignándole un papel concreto y bien diferenciado en el sistema de Servicios de Salud.

No deja de ser significativo que todo esto ocurriera en el momento de mayor desarrollo de la medicina hospitalaria, cuando se creaban los grandes centros médicos en los países industrializados, nacía la mayor parte de las especialidades que existen en la actualidad y se avanzaba exponencialmente en el equipamiento tecnológico.

Según el Dr. Ceitling, **la incorporación de servicios de Medicina Familiar en un sistema de salud es una decisión política. Agregar un servicio de terapia intensiva o de neurocirugía es una decisión más bien técnica.** Incorporar la Medicina de Familia a un sistema significa su transformación de centripeto con eje en los hospitales, a uno centrífugo, que privilegia las unidades de servicios ambulatorios descentralizados. El cambio implica además una reestructuración del recurso humano médico, cuantitativa y cualitativamente, para lograr una proporción equilibrada entre médicos de familia y especialistas del modelo tradicional.

Es de todos conocido que la eficiencia del Sistema Sanitario de un país depende directamente de su Atención Primaria. Y no solo por ser el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema de salud, ni por solucionar más del ochenta por ciento de los problemas sanitarios, sino porque su visión integral de la persona da respuesta a problemas para los que la sociedad aún no ha arbitrado soluciones. Después de la declaración de Alma-Ata, la Biblia de toda una generación, el lema de los médicos de familia podría ser la conocida frase de Terencio: "hombre soy y nada de lo humano me es ajeno"

Han pasado 25 años y la realidad, según su costumbre, no ha cumplido nuestras expectativas. Y sin embargo, mirando hacia atrás, es sorprendente el camino recorrido: incorporación de áreas de conocimiento que ni siquiera se contemplaban como parte del saber médico – la comunicación, el control de la calidad, la gestión del sistema sanitario-, la enorme inversión en la formación de especialistas cada vez más competentes,

la progresiva exigencia de una población que espera del Sistema de Salud soluciones inmediatas y universales a problemas que muy frecuentemente desbordan el ámbito de lo sanitario, el creciente prestigio de una especialidad que durante años fue una no-especialidad o la hermana menor de todas las especialidades.....

Queda por abordar la participación de la comunidad en la Atención Primaria. En palabras de Kofi Annan en la cumbre mundial para el desarrollo social del 2000 "Una sociedad saludable es aquella que cuida de todos sus miembros y les da la oportunidad de participar en las decisiones que afectan a sus vidas". ¿Estamos preparados para esta participación? Todos los es-

tudios hechos hasta el momento muestran la divergencia entre lo que preocupa a los médicos o a las autoridades sanitarias y lo que preocupa a los pacientes.

El ejercicio profesional diario, por otra parte, nos convence cada vez más de la imposibilidad de solucionar los problemas de los ciudadanos dentro de nuestras consultas.

Hoy nadie duda que los estilos de vida determinan el estado de salud, y que este se relaciona directamente con el nivel de instrucción, de forma que a mayor nivel de estudios existe una mayor preocupación por la salud propia y la de la familia, expresada en una mayor tendencia al autocuidado, mejores hábitos preventivos y mayor acceso a múltiples fuentes de información sanitaria. El médico debe de ser, además de modelo de salud, un educador, pero ¿podemos conseguir nuestros objetivos si los medios de comunicación bombardean continuamente a la población con mensajes contrarios a los nuestros? La competencia en términos de mercadotecnia es excesiva. En nuestra sociedad los medios de comunicación son claves, porque son ellos los que determinan las ideas, las creencias y los hábitos de vida. Y los hábitos de vida determinan la salud.

Por otra parte el exceso de información sanitaria, no siempre veraz y contrastada, atribuible en gran parte al acceso a Internet, la inclusión de temas sanitarios en la agenda pública de los políticos y una cultura ciudadana que favorece el paso de "paciente" a "consumidor-cliente", legitimado por tanto para expresar preferen-

cias, elegir posibilidades y evaluar resultados, eleva las expectativas de la población, que tiende a esperar mejores investigaciones, más información y una atención sanitaria de mayor calidad, dotada de la más avanzada tecnología. Los cambios de expectativas se constatan en la aparición de nuevas demandas: atención más personalizada, mejora de la comunicación médico-paciente, aproximación holística al enfermo y no a la enfermedad, participación activa del paciente en las decisiones que afectan a su salud y consideración de sus objetivos vitales en las decisiones terapéuticas.

Estas nuevas demandas y las necesidades subyacentes ponen de manifiesto que, por mucho que se diga lo contrario, los sistemas sanitarios actuales no están orientados hacia los pacientes ni éstos son el centro del sistema. Queda mucho por hacer: la Atención Primaria debe romper los límites sanitarios a los que está circunscrita y abrirse a otros campos de actuación: la educación en la infancia y la adolescencia, la salud laboral, el fomento de hábitos saludables, el control de los alimentos, la prevención de las adicciones, la integración y el cuidado de los ancianos, la participación de la comunidad en la determinación de prioridades sanitarias y en la definición de políticas de salud.....No conviene olvidar que la mejora de la alimentación y de las condiciones laborales, el sistema de alcantarillado o el agua potable, han hecho más por la salud de un pueblo que todos los conocimientos médicos reunidos.

Como dijo Rilke, "El futuro nos envuelve, para transformarse con nosotros, mucho antes de que ocurra".





## La atención primaria de Mallorca

M<sup>a</sup> Antonia Mir Pons<sup>(1)</sup>

M<sup>a</sup> del Carmen García Paz<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Directora Médica Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

<sup>(2)</sup>Subdirectora Médica Gerencia Atención Primaria. Mallorca.

### Introducción

La Atención Primaria como puerta de entrada y eje fundamental del Sistema Sanitario, debe garantizar que la población reciba los servicios que precise en este nivel asistencial, así como establecer los mecanismos de coordinación adecuados con la atención especializada a fin de que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se realicen en el nivel más adecuado.

Los profesionales de AP deben tener la capacidad de distribuir los flujos de pacientes a especialistas, hospitales y servicios de urgencias. Deben ser los agentes "clave" del sistema sanitario y los gestores-agentes de pacientes (gate manager).

Nuestra Área de salud está dividida en tres sectores (cada uno con su correspondiente hospital de referencia) y en el plazo de 18 meses con la puesta en funcionamiento del nuevo hospital comarcal de Inca, se creará un 4º sector. Está compuesta por 40 Equipos de Atención Primaria que dan cobertura al 100% de la población. Estos EAP están distribuidos en 17 Centros de Salud en Palma y 23 en zona rural,

en la cual la dispersión de la población hace necesario que se disponga de 84 Unidades Básicas de Salud.

La atención a la demanda urgente se estructura en 4 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 3 en Palma y 1 en zona rural. Además contamos con 23 Puntos de Atención Continuada (PAC) para el resto del Área atendidos por los profesionales de los EAP correspondientes.

Las Unidades de Apoyo, trabajando de forma coordinada con los EAP, complementan la actividad asistencial:

- Equipo de soporte de Atención domiciliaria (5).
- Unidades de Salud Mental (6 adultos y 1 Infanto-juvenil).
- Unidades de Atención a la mujer (13).
- Unidades de Fisioterapia (11).
- Unidades de Trabajo social.
- Unidades de Odontología (7).
- Unidades de Salud Bucodental (6).

### Datos demográficos

Según los últimos datos disponibles (TSI a 31.05.05), la población atendida

en el nivel de AP en el Área de Mallorca es de **751.751**, distribuidas por zonas y edad, según la tabla adjunta:

Sector	<14	15-65	>65	Total
Ponent	46.648	254.684	49.814	351.146
Migjorn	34.977	179.465	36.103	250.545
Llevant	21.072	103.306	25.682	150.060
<b>TOTAL</b>	<b>102.697</b>	<b>537.455</b>	<b>111.599</b>	<b>751.751</b>

Además se presta asistencia sanitaria a un importante número de personas que por diferentes razones (trabajo, vacaciones, inmigrantes sin recursos, etc.) residen temporalmente en nuestra Área de Salud.

### Recursos humanos

Médicos de Familia	355
Pediatras	93
Enfermeros/as	407
Matronas	36
Auxiliares enfermería	49
Personal no sanitario	299
Odontólogos	15
Psicólogos	15
Fisioterapeutas	19
Trabajadores sociales	15
Higienistas dentales	5
<b>Total</b>	<b>1.308</b>

### Docencia e investigación

Formando parte de nuestro gabinete técnico encontramos las Unidades de Docencia y de Investigación.

La unidad de docencia durante el año 2004 organizó 48 actividades formativas en las que participaron aproximadamente 1.200 profesionales. Para ello se contó con un presupuesto de 50.096 €. Hasta un total de 22 de estas actividades fueron acreditadas por

la Comisión de Formación Continua de las Illes Balears. Otra de las funciones de esta unidad es la supervisión y registro de las sesiones formativas realizadas en los CS, que en el 2004 han sido 2.437 sesiones de médicos y 1.495 de enfermería.

Nuestra gerencia cuenta con una reconocida tradición investigadora que arrancó con la creación de la Comisión de Investigación de AP (1991) y posteriormente con la Unidad de investigación de AP(1993).

Se ha obtenido la financiación de agencias públicas nacionales a 42 proyectos, así como ayudas de infraestructura y personal de apoyo a la investigación. Uno de cada cuatro proyectos financiados por el FIS en Baleares es para nuestra gerencia. Baleares, con el 2% de habitantes de España, ha conseguido el 9% de los proyectos FIS entre 1996-02.

Se participa en 4 redes temáticas de investigación competitiva del Instituto Carlos III y hay 14 proyectos financiados activos, en los que participan 159 profesionales (40% de enfermería) de 39 EAP.

Con el ánimo de fomentar la investigación, este año se ha decidido que los "overheads" de los proyectos que recibe la GAP se destinen a financiar las sustituciones de los investigadores y que uno de los indicadores de medición del producto de los EAP contemple la investigación.

Para la formación de médicos residentes (en el 2005 son 70 residentes) están acreditados los 3 hospitales y 9 Centros de Salud (7 en Palma y 2 en zona rural), coordinados por nuestra Unidad Docente de MFyC.

### Actividad asistencial

Durante el año 2004 ha sido:

Nº consultas MF	2.913.187
Nº consultas Pediatría	458.339
Nº consultas Enfermería	2.479.368
Nº consultas urgentes	472.653
TOTAL CONSULTAS	6.323.547

### Presupuesto

El presupuesto fijado para la Gerencia en el Contrato Gestión 2005 se desglosa en las siguientes cantidades:

CAPÍTULO	PRESUPUESTO
I. Personal	80.960.000 €
II. Gastos corrientes	8.060.000 €
IV. Farmacia	123.105.270 €
VI. Inversiones	1.045.000 €
TOTAL	113.170.270 €

### Estrategias de gestión

Una de las líneas estratégicas de nuestra organización es potenciar el trabajo por **Procesos Asistenciales**, en el que las distintas estructuras que conforman la red pública de centros sanitarios organicen su trabajo de forma conjunta para ofrecer al ciudadano un servicio de mayor calidad, desarrollando herramientas que aseguren la continuidad y eficiencia en la atención al usuario, debiendo existir para ello una secuencia lógica de actuaciones que permitan salvar la separación actual existente entre los distintos niveles asistenciales.

En este sentido, hemos estructurado el Contrato Gestión 2005 en dos apartados, uno al que llamamos **"oferta básica"** y en el que aparecen los objetivos tradicionales que deben asegurar el correcto funcionamiento interno

de nuestros Centros de Salud, y otro al que llamamos **"oferta integradora"**, en el que recogemos un conjunto de objetivos comunes para ambos niveles asistenciales.

Como objetivos más relevantes de nuestro Contrato Gestión podemos destacar:

### Oferta básica

- Finalización del despliegue del Contact Center (cita previa centralizada en el 100% de los C.S. de Mallorca).
- Implantación del eSIAP (programa informático asistencial de Atención Primaria) en el 100% de los CS y UBS. Dicha herramienta contempla entre otras utilidades, la prescripción electrónica y la elaboración y seguimiento de partes de Incapacidad Temporal.
- Potenciación de la imagen corporativa al ciudadano (folletos, página web, identificación del personal).
- Favorecer las opiniones y sugerencias de los ciudadanos mediante la creación de hojas de sugerencias y buzón en el 100% de CS y UBS.
- Gestión de agendas de calidad, con un estándar en tiempo de espera no superior a 20 minutos.
- Programa "Cita sin demora": cada centro asegurará la atención del usuario que solicite ser visitado.
- Protocolizar la atención de enfermería ante las situaciones urgentes.
- Potenciación de los programas de salud comunitarios:
  - Plan de Tabaquismo.

- Consulta Joven en los institutos con el objetivo de mejorar la salud de los adolescentes.
- Educación para la salud en las escuelas.
- Mejoras Organizativas y de Gestión:
  - Creación de una Comisión de Calidad de AP.
  - Impulsar actividades de Benchmarking.
  - Mejoras en la seguridad laboral.

### Oferta integradora

- Acceso a la citación de las agendas de Especializada desde Primaria de forma telemática.
- Continuidad asistencial del profesional:
  - Comunicar al Médico de Familia el ingreso de sus pacientes.
  - Conocer los pacientes dados de alta hospitalaria.
  - Implantación de Hoja de Valoración de Críticos.
  - Asegurar que los pacientes que se den de alta en el hospital y precisen continuidad de cuidados por parte de enfermería de AP, sean atendidos por la enfermera de referencia antes de las 72 horas.
  - Creación de una guía de farmacoterapéutica conjunta con hospital del sector.
  - Establecer protocolos para tratamiento de patologías de alto coste, mayor prevalencia y/o impacto social.
  - Mejorar la eficiencia de los sistemas de adquisición y distribución de medicamentos mediante un sistema centralizado de compras.
  - Implantación del programa de Farmacéutico de enlace entre niveles (FACE).
- Ofrecer soporte al cumplimiento terapéutico a un grupo definido de pacientes mediante SMS.
- Fomentar la cultura de Proceso único entre ambos niveles asistenciales como herramienta de trabajo clínico mediante el desarrollo de guías clínicas y protocolos que den al usuario una atención sanitaria integrada.
  - Guía de derivación radiológica del sector.
  - Monitorización de los enfermos con deterioro cognitivo.
  - Jornadas de coordinación asistencial. En octubre del 2004 se celebraron las primeras jornadas entre AP y el Hospital Universitario Son Dureta. Es un objetivo para el 2005 repetir esta experiencia con los otros dos hospitales de referencia (H. Son Llatzer y el H. Fundación Manacor).
  - Constitución de la Comisión Asistencial de Procesos de Sector (CAPITA).
- Como Programas de Área se desarrollarán:
  - El control de la anticoagulación oral en AP dando cobertura al 100% de la población de la zona rural.
  - Consolidación del programa de prevención precoz del cáncer de cérvix.
  - Consolidación del programa de derivación a Hospital de día Geriátrico. Gestión de pacientes por parte del ESAD.
- Aumentar la capacidad resolutive del los EAP.
  - En la actualidad muchos de nuestros CS están ofertando cirugía menor, espirometrías, MAPA, talleres de deshabituación tabáquica, dispensación de metadona. Como objetivo para el 2005 nos proponemos que 3 nuevos CS, ofrezcan a sus usuarios estos servicios.

## Política farmacéutica

Este año el presupuesto de los EAP para medicamentos se ha hecho aplicando la tarifa corporativa del Ibsalut por tramos de edad isocoste por usuario adscrito y se regulariza mensualmente, considerando el incremento de número de usuarios adscritos a cada centro.

La tarifa corporativa se ha fijado según el promedio de los centros con mejores resultados en los indicadores de prescripción en el año anterior.

Se ha creado un **Comité de indicadores** con el objetivo de mejorar la prescripción y utilización de medicamentos mediante el establecimiento de objetivos operativos, indicadores y estándares.

Los objetivos operativos propuestos por el Comité de indicadores son:

- Incrementar la prescripción de medicamentos genéricos.
- Minimizar la prescripción de los nuevos medicamentos que no aporten ninguna mejora en eficacia y seguridad.
- Fomentar la calidad de la prescripción en las patologías de mayor prevalencia.

Estos objetivos son comunes para Atención Primaria y Especializada.

En los Contratos de Gestión entre la GAP y los EAP se incluye un **Plan de Incentivos** para mejorar la calidad y disminuir la variabilidad de la asistencia que recibe el paciente, fomentar el uso eficiente de los recursos y reconocer la buena práctica de los profesionales, y que se destine parte del incentivo a reinversión en proyectos orientados al usuario.

Se asigna un incentivo de partida a cada equipo en función de su cupo a final de 2004 (1,76 € / TSI).

El incentivo final que puede conseguir cada EAP resulta de multiplicar el incentivo de partida por tres factores multiplicadores K, que dependen de los resultados en:

- Cumplimiento presupuestario: Factor k 0-1.25
- Objetivos asistenciales: Factor k 0-1.2
- Objetivos de prescripción: Factor k 0-1.50

El reparto dentro del EAP es:

- Individual a los médicos: 60%, según resultados individuales en los indicadores de prescripción.
- EAP un 40%, según propuesta de la dirección del centro, ratificada por la Gerencia.

## Retos del futuro

- Mejorar canales de comunicación: correo electrónico, email del gerente, intranet, tablón de anuncios virtual, portal web.
- Potenciación de la imagen corporativa. Página web.
- Sistema telemático para firma de contratos.
- Redefinición del rol de admisiones y potenciación de su función de atención al cliente externo e interno.
- Creación Unidad de Atención al profesional (UAP).

- Revisión organizativa de la estructura directiva de los CS: redefinición de los cometidos del Equipo Directivo y clasificación de coordinadores en función de la tipología de los CS.
- Gestor de peticiones. Acceso al His de los hospitales de referencia por parte de los médicos de AP para solicitud de interconsultas y de pruebas complementarias.
- Utilizar el sistema de clasificación de pacientes (Adjusted Clinical Groups), para describir el case-mix de nuestra población y de esta forma hacer una asignación de recursos más equitativa.
- Talleres con la participación de directivos, profesionales y expertos con el objetivo de avanzar en la mejora del estándar corporativo para la financiación capitativa de la prestación farmacéutica iniciada este año.
- Implantación de ERP económico financiera común para todo el Ib-Salut.
- Certificación de un CS mediante ISO 9001.

## ***Instrumentos de gestión en atención primaria: la experiencia del Institut Català de la Salut***

Ramón Morera

El rápido desarrollo social impone la evolución continua de los servicios sanitarios. La atención primaria (AP) cuenta entre sus valores con una gran flexibilidad y capacidad de adaptación a las nuevas realidades sociales. Para seguir esta evolución aprovecha las oportunidades que ofrecen los avances técnicos, tanto médicos como en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), y las experiencias desarrolladas con nuevos o clásicos instrumentos de gestión.

En este artículo se van a exponer algunas de las recientes experiencias en gestión llevadas a cabo en la División de Atención Primaria (DAP) del Institut Català de la Salut (ICS).

Para situar el marco de referencia debemos tener en cuenta que la DAP cuenta con un importante despliegue de recursos humanos, cerca de 20.000 trabajadores, distribuidos en 550 servicios, de los cuales 271 son centros de salud. Estos centros son el referente sanitario más cercano de los aproximadamente 5.600.000 ciudadanos i ciudadanas a los que ofrecen asistencia, que representan el 80 % de la población de Catalunya. También es remarkable el hecho de que 73 % de es-

tos ciudadanos utilizaron, durante el año 2004, los referidos servicios.

### **El complemento de productividad variable**

Entre los instrumentos de gestión con más impacto situamos la clásica **Dirección por Objetivos (DPO)**, dotada de un complemento salarial (el complemento de productividad variable). El ICS lo incorporó a su modelo retributivo en el año 2003, asignando una dotación anual de entre 5.200 y 6.000 euros por profesional. Nuestra experiencia es la de haber cerrado dos ciclos completos y estar plenamente en su tercer año de implantación.

Como características propias de la DPO destacaría el hecho de que se establece de forma centralizada, conforme a las prioridades estratégicas que marca la División de Atención Primaria y con un marco de aplicación territorial.

Los objetivos de cumplimiento que se persiguen se incluyen en cinco grandes directrices, cada una de ellas valorada con un porcentaje del total del complemento. Estas son, en orden de

importancia: la mejora de los resultados en salud, la mejora de la calidad de la prescripción, la satisfacción de los usuarios, el cumplimiento presupuestario y, por último, se incluye un quinto apartado como "cajón de sastre" para incorporar otras prioridades estratégicas variables.

En el momento actual su principal debilidad son los sistemas de información, que no permiten establecer los objetivos que deseáramos por la dificultad que comportaría el procedimiento de evaluación. Los servicios de AP del ICS están en pleno proceso de informatización, a lo largo de este año se ha de completar la dotación de equipos, actualmente disponibles en el 90 % de las instalaciones, y está previsto un período de tres años como máximo para finalizar la informatización de toda la información sanitaria. Mientras tanto el proceso de evaluación se desarrolla de una manera mixta entre la ágil explotación informática y la penosa auditoría de las historias clínicas en papel. A medida que la información sanitaria esté informatizada las posibilidades de marcar objetivos de resultado del producto de la AP se completarán.

Podemos afirmar que la aceptación por parte de los cerca de 4.000 médicos implicados es buena. Si bien se pueden crear ciertas tensiones en el proceso de establecer los niveles exigidos de cumplimiento de cada objetivo o en algún objetivo concreto territorial, globalmente es un instrumento bien acogido. También los profesionales son legítimamente exigentes en el cumplimiento de los plazos marcados.

La magnitud del proceso nos exige, a los gestores, la máxima celeridad y rigurosidad en su aplicación. Para ello durante el último trimestre del año se fija el cronograma, se establecen las líneas estratégicas y se concretan los objetivos operativos que se van a va-

lorar, así como también se prepara la evaluación. El final del desarrollo se lleva a cabo en el primer trimestre del año, a través de un doble proceso que se lleva a cabo en paralelo, evaluando los objetivos del año anterior profesional por profesional y, a la vez, estableciendo los de nuevo cumplimiento. Se concluye con la firma voluntaria del médico o directivo del documento de objetivos que le afecta (para el año en curso firmaron el 100 % de los profesionales) y con el abono salarial en la nómina del mes de Abril de la parte conseguida a cada profesional (sólo se retribuyen si el nivel de cumplimiento es superior al 50 %).

Con relación al nivel de cumplimiento se han confirmado las previsiones realizadas al inicio de la implantación de este sistema. Para el primer ciclo se consiguió un nivel de cumplimiento alto, un promedio del 83 % de los profesionales cobraron todo o parte del complemento. Para el segundo ciclo, cerrado en abril del 2005, este porcentaje ha disminuido a un 77,7 %. Cualquier instrumento de incentiva- ción ha de conseguir discriminar.

En cuanto al impacto cabe destacar, en primer lugar, la mejora de los resultados en prescripción farmacéutica. La mejora de los estándares de calidad establecidos, junto al altísimo cumplimiento del objetivo de no-sustitución de los fármacos incluidos en el decreto de precios de referencia, dieron como resultado una mejora de los indicadores de calidad de la prescripción con un impacto económico muy favorable. El crecimiento farmacéutico fue el menor de todo el Estado, un 4,6 %, comportamiento excepcional si tenemos en cuenta la inflación y el crecimiento demográfico del 3,5 % que tuvo Catalunya.

Se aprecia también una mejora de los indicadores de salud (básicamente es-



tablecidos para procesos crónicos) y de los resultados de satisfacción, así como un exquisito cumplimiento presupuestario, pero la participación de la DPO en este objetivo institucional es menor.

Para poder valorar el instrumento y sus posibilidades de mejora se contrató un equipo consultor externo, Hay-Group, que confirmó el impacto positivo en los resultados y realizó algunas aportaciones de mejora.

La conclusión que podemos extraer de esta experiencia es que el establecimiento de un complemento salarial vinculado a la consecución de objetivos ha sido un instrumento válido para los servicios de atención primaria del ICS y bien aceptado por sus profesionales. Representa un esfuerzo significativo de gestión y evaluación y es de esperar que consiga su plenitud cuando la informatización de la historia clínica se complete. Como medidas a considerar seriamente están la de incluir al personal de enfermería en un futuro y establecer una parte de los objetivos de forma plurianual.

### **Instrumentos de información y de participación profesional**

Para las grandes organizaciones que cuentan en su estructura con una extensa dispersión territorial, como es el caso de los servicios públicos de atención primaria, la información y la participación son siempre un reto. Con la voluntad de atender las inquietudes de todos nuestros profesionales hemos iniciado una estrategia de participación con múltiples frentes.

Para avanzar en la **mejora de la información** un buen recurso es utilizar las oportunidades que nos ofrecen las TIC. Partiendo de esta premisa hemos

creado una publicación electrónica interna llamada "*AProp*" (que significa "cerca" en castellano), y que está previsto difundir entre los 20.000 trabajadores. La intención es, bajo el mismo nombre, realizar una publicación dividida por áreas territoriales y por segmentos profesionales (que conforman 160 versiones distintas).

Para empezar hemos lanzado el *AProp* directivos, dirigido a directores de unidades y personal de staff, un total de 1.050 personas. Es una publicación con periodicidad quincenal, cuya pretensión es recoger exhaustivamente distintos temas que afectan a los directivos; en cada edición reúne unas 20-25 noticias con un resumen y un enlace al texto completo. Ha sido muy bien aceptada y permite garantizar a toda la estructura directiva el acceso a la información relevante.

Está previsto en breve lanzar la edición para el resto de profesionales, incluyendo, además de información de interés de la organización, información territorial y profesional.

Con relación a la **participación** hemos explorado distintos instrumentos: desde un proceso Delphi y un posterior trabajo en 11 grupos presenciales, con 150 líderes clínicos para marcar los objetivos asistenciales, hasta la creación de foros virtuales de participación abiertos a todos los profesionales donde se exponen para el debate distintas políticas de la División. Es de destacar el éxito del foro virtual de Farmacia, donde se debatieron los estándares de calidad de la prescripción farmacéutica, con más de 600 participantes.

Los foros y chats, además de abrir a la participación profesional, ayudan a impregnar a sus participantes de los nuevos objetivos prioritarios de la institución. También es importante tener

en cuenta que las metas que establecen los propios profesionales son más ambiciosas que las que se podrían marcar desde la dirección.

La lectura es definitiva: si se ofrecen canales de participación buena parte de los trabajadores se suman y aumenta su nivel de implicación y de satisfacción con la organización.

### La carrera profesional

El desarrollo de la carrera profesional está siendo un nuevo reto para nuestra organización. Desde el diseño del modelo, con sus aciertos y sus errores, hasta su aplicación han representado un esfuerzo importante. Sin duda es un nivel de madurez para una organización sanitaria el disponer en su modelo salarial de la carrera profesional.

Nuestra experiencia en este campo es también reciente; hasta la fecha se han abierto 3 tramos de los 4 que se compone, tal y como establece el pacto sindical. Para progresar de nivel es necesario cumplir los requerimientos establecidos. En este sentido mencionaríamos que la primera dificultad para los médicos ha sido conseguir los créditos de formación; esto es debido, por una parte, a la cuidadosa selección que se ha realizado para aceptar las acreditaciones de actividades realizadas y, por otra, a la escasa inquietud previa de los profesionales

por conocer los requerimientos que les exigía la normativa para la obtención del nivel de carrera correspondiente.

En el caso de la enfermería la dificultad ha residido en establecer objetivos individuales, lo que ha significado el ser sustituidos por objetivos grupales, por la cual cosa ha discriminado en menor medida.

El gran tema de nuestra carrera es el informe directivo del profesional (CIT), que engloba el compromiso con la empresa, la interrelación y el trabajo en equipo. El requerimiento ha supuesto desarrollar una función directiva poco habitual en nuestro medio: evaluar a los trabajadores. Este elemento ha permitido introducir en la carrera un medio de discriminación necesario, pero no exento de tensión en algunos casos.

Podemos concluir manifestando que los servicios sanitarios precisan de la atención primaria para su avance y potenciación. Es necesario desarrollar nuevos instrumentos de gestión, especialmente en el área laboral, y además hay que procurar una mejora continua de los sistemas de información. Podemos contar con la participación de los profesionales y, para todo ello, disponemos de una oportunidad excepcional gracias al espectacular avance de las tecnologías de la información y la comunicación.

# ***El Modelo de Área de Gestión Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía***

Jose Luis Rocha Castilla

## **El papel de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud**

La Declaración de la Conferencia Internacional celebrada en Alma-Ata (Kazajistán) del 6 al 12 de septiembre de 1978, expresaba la necesidad de desarrollar la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud integrado, identificándola como elemento clave para alcanzar el objetivo de "salud para todos en el año 2000".

En España, los principios de la Declaración Alma-Ata inspiraron el desarrollo del nuevo concepto de atención sanitaria del primer nivel asistencial, que pretendía modificar sustancialmente el modelo de asistencia médica ambulatoria de la seguridad social, completamente desprestigiado en los años 80, con una notable insatisfacción de usuarios y profesionales debidas a su escasa resolutiveidad y ausencia de medios.

En este sentido, el Real Decreto de 1984, sobre estructuras básicas de Salud, supuso el comienzo de la reforma de la atención primaria en nuestro país, refrendada con la Ley General de Sanidad de 1986. Esta reforma produ-

jo, junto a la incorporación de las actividades de promoción y prevención de la salud y el desarrollo de la docencia y la investigación en el nivel de atención primaria, un incremento notable de su capacidad de resolución y una mejora significativa de la calidad asistencial.

## **La Atención Primaria en Andalucía**

En Andalucía, el inicio de la reforma de la atención primaria coincidió con la culminación de las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma, en 1984. Por esta razón, el modelo de atención primaria desarrollado en el territorio andaluz es, en buena medida, un modelo propio, si bien inspirado en los mismos principios que el Sistema Nacional de Salud, de equidad, justicia, eficiencia, solidaridad e integralidad.

La reforma de la atención primaria en Andalucía culminó en el año 2001. La red sanitaria pública andaluza cuenta en la actualidad con 1.459 centros de atención primaria, organizados en 33 distritos, para la atención a una población de 7.606.848 habitantes. En pro-

medio hay 1.299 pacientes asignados por médico de familia y 961 por pediatra. La actividad de atención primaria en nuestra región, en el año 2004, supuso 49 millones de consultas de medicina de familia, 7 millones de consultas de pediatría y 150.000 intervenciones de cirugía menor.

Como elementos singulares del desarrollo de este nivel asistencial en nuestra Comunidad, pueden destacarse el impulso de la gestión clínica, las políticas de uso racional del medicamento, la estrategia digital, la gestión por procesos asistenciales o la línea de acreditación de la calidad. Todas estas iniciativas, con el respaldo y el esfuerzo de los profesionales han llevado a una valoración muy positiva de la calidad percibida por el usuario de estos servicios y por los ciudadanos en general. Según la encuesta anual realizada por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, el porcentaje de usuarios satisfechos o muy satisfechos con los servicios de atención primaria era del 89% en el año 2004 (en 1999 era del 85%), datos obtenidos sobre 18.377 entrevistas a usuarios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

### **Nuevas fórmulas de gestión. Las Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía**

Numerosos expertos han señalado a la dificultad de coordinación entre los dos niveles asistenciales definidos por la Ley de Sanidad de 1986 como uno de los principales problemas del Sistema Sanitario. Se ha expresado la necesidad de buscar fórmulas que acaben con la división actual en dos subsistemas independientes con objetivos diferentes, para avanzar hacia modelos

integrados. Otros han destacado los potenciales beneficios de la gerencia única, inherentes a la optimización de las economías de escala, que permitirían generar sinergias con altos valores añadidos sin merma de los servicios y prestaciones que se proporcionan en la actualidad. Por el contrario, el modelo de gestión única se ha percibido como una amenaza para la atención primaria por alguna sociedad científica de este ámbito, señalando el riesgo de hospitalocentrismo.

En Andalucía se ha analizado esta cuestión en profundidad, coincidiendo en identificar, como problemas fundamentales del sistema sanitario, los relativos a la coordinación entre niveles, la centralización de la toma de decisiones y la rigidez en la gestión de los recursos. Así, en el documento *"Elementos a considerar para el desarrollo de las Áreas de Salud en Andalucía"* elaborado por la Escuela Andaluza de Salud Pública en 1991, se resaltaba la escasez de objetivos y programas comunes entre ambos niveles o la existencia de culturas organizativas no coincidentes que afectan al control de calidad y al enfoque de la planificación. La articulación de los dos niveles de atención se mostraba necesaria para una mayor eficacia y eficiencia del sistema, precisando una estructura de gestión adecuada que facilitase un mejor desempeño de ambos dentro de los objetivos de la organización.

Estos análisis llevaron a la creación, en 1994, del Área de Gestión Sanitaria de Osuna y, en 1996, del Área Sanitaria Norte de Córdoba. Su fin era organizar demarcaciones territoriales que permitieran la gestión unitaria pública de los recursos de un hospital y el correspondiente distrito de Atención primaria. Debe destacarse que las áreas orientaban sus actividades de forma prioritaria hacia la promoción de la

salud y prevención de enfermedades, propiciando una organización en base a las necesidades de la población. En este mismo sentido, en el año 2002, se creó el Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Son características de esta nueva estructura la integración funcional de los recursos y la autonomía de gestión en su marco territorial, acercando la toma de decisiones al lugar donde se producen los servicios y se consumen los recursos. Además de contrato-programa y presupuesto únicos, el modelo posibilita unidades administrativas comunes para la gestión de personal, contabilidad o suministros; servicios generales unificados para mantenimiento, electro-medicina, lavandería o gestión de residuos; una unidad integrada de apoyo a la formación, investigación y docencia; comisiones clínicas unificadas; la gestión coordinada del sistema de vigilancia epidemiológica y el servicio de medicina preventiva; la gestión única de programas de salud o servicios de atención al usuario y la planificación conjunta de las urgencias y emergencias.

La creación de áreas de gestión sanitaria respondía, pues, a la necesidad de experimentar nuevas fórmulas organizativas que diesen respuesta a los problemas planteados en el sistema sanitario, en especial los derivados de la falta de coordinación entre los dos niveles de atención. Se pretendía garantizar una atención integral a los ciudadanos dentro de un marco de mayor calidad y eficiencia en la gestión de los recursos.

### **Evaluación del funcionamiento de las Áreas de Gestión Sanitaria**

La introducción de las áreas de gestión sanitaria en Andalucía se planificó con un período de transición, consi-

derándose necesario diversificar las experiencias y evaluarlas. La extensión progresiva de las áreas a la totalidad de la red se produciría, en su caso, incorporando las modificaciones que la evaluación aconsejase.

Las áreas de gestión deberían permitir mejoras en la calidad asistencial y mayor eficiencia en la gestión de recursos. La expectativa era obtener una disminución de los costes de personal, farmacia y gastos corrientes, como consecuencia de una administración común y una gestión de mayor escala, junto a un avance en los objetivos asistenciales que requieren coordinación entre el nivel primario y el especializado sin detrimento del resto de objetivos. En conjunto se esperaba un impacto positivo en los profesionales sanitarios y los ciudadanos del área.

En 2001 se realizó una evaluación cualitativa por expertos de las áreas sanitarias en ese momento existentes en el Servicio Andaluz de Salud. Según este análisis, la unificación del equipo directivo y la estructura organizativa habían permitido avanzar en la integración de niveles y mejorar en numerosos aspectos respecto a las estructuras tradicionales. Se destacaron mejoras en la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios, así como en la coordinación entre niveles y la organización por procesos. Globalmente, parece que se consigue una asignación más eficiente de los recursos diagnósticos y se optimiza la prestación farmacéutica. Se sugería que las áreas permiten un uso más eficiente de los recursos, destacando las ventajas de gestionar de forma conjunta las compras, la logística y la contratación de servicios. Dado que el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud del año 2000 otorgaba una gran importancia a la continuidad asistencial, a la coordinación interniveles, y a la atención integral, se consideraba que las áreas de

gestión sanitaria se encontraban en una posición inmejorable para lograr estos objetivos, aunque deberían aumentar su coordinación e integración, sobre todo a nivel asistencial.

Para completar esta valoración, en 2004, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, realizaron un nuevo análisis cualitativo mediante discusión entre expertos con técnicas de grupo nominal y un estudio observacional controlado de elementos cuantitativos, comparando indicadores de actividad, resultados de calidad asistencial y datos económicos. La comparación se estableció con los hospitales comarcales del grupo IV, que comparten características esenciales con los que eran objeto de estudio, y los distritos de atención primaria de su área de influencia.

Los resultados cuantitativos (ver tabla 1) se mostraron favorables para las áreas de gestión sanitaria con respecto al modelo convencional. Así, las primeras tuvieron una tasa de frecuentación de urgencias más baja, una menor derivación a atención especializada desde atención primaria, un menor volumen de pacientes ingresados, una estancia media más breve y una reducida tasa de reingresos. Las áreas registraron tasas menores de cirugía programada y urgente, con mayor actividad, en cambio, en cirugía mayor ambulatoria. El promedio de procesos asistenciales implantados fue menor en hospitales y distritos convencionales y la satisfacción de los usuarios fue mayor en los centros de atención primaria integrados en las áreas. La tasa de gasto en farmacia extrahospitalaria, en personal y en bienes y servicios fue más elevada en hospitales y distritos tradicionales.

Estos datos indican mayor capacidad de resolución en atención primaria y especializada en las áreas de gestión sanitaria; más eficiencia económica, mayor satisfacción de los ciudadanos y mayor continuidad asistencial.

Por tanto, las Áreas Sanitarias pueden ser una herramienta eficaz para la adaptación del Sistema Sanitario Público a los retos que nos plantea la sociedad andaluza. Para ello se precisa su expansión y desarrollo, con un apoyo institucional decidido, que permita su constitución en piezas organizativas fundamentales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Con este fin, el estudio mencionado también analizó las oportunidades de mejora en el modelo existente de área de gestión sanitaria, así como los criterios de planificación más apropiados para el desarrollo futuro del mismo.

### **El futuro de las áreas de gestión sanitaria en Andalucía**

Las áreas de gestión sanitaria deben ser instrumentos de una estrategia global dirigida a mejorar la continuidad asistencial, que han de combinarse con otras herramientas alineadas en ese sentido: gestión por procesos asistenciales integrados, gestión clínica, dinámicas de alta resolución, historia clínica digital compartida, cuadro de mandos integral, telemedicina y otras.

Para ello, es esencial que su concepción conserve, e incluso potencie, la posición clave de la atención primaria dentro del sistema sanitario público. Por tanto, no deben ser sólo instrumentos de racionalización de la gestión, sino, sobre todo, un medio que propicie una forma de organizar todos los recursos del sistema sanitario en beneficio de las necesidades de la población.

Así, el modelo de áreas de gestión sanitaria de Andalucía, lejos de suponer una quiebra del sistema basado en la atención primaria, supone un impulso del mismo, superando los problemas derivados de la falta de coordinación entre los dos niveles de atención e incrementando la capacidad de resolución de la atención primaria. Andalucía ha apostado por construir un sistema de salud que pivote sobre la atención primaria, en la convicción de que es un modelo mucho más eficiente, efectivo, justo y solidario. Por tanto, la opción de gerencia única sólo es coherente si su diseño funcional y organizativo orienta los servicios desde la perspectiva del usuario, favorece la participación del ciudadano y la autonomía de los profesionales, impulsa la cultura de la calidad asistencial y la evaluación por resultados y permite

una mayor capacidad resolutoria y diagnóstica de la atención primaria.

El II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008 va a seguir impulsando la innovación en los modelos organizativos y en los instrumentos de gestión que permitan un sistema sostenible y orientado a resultados. En este sentido, orientará acciones hacia el desarrollo de modelos que profundicen en un sistema más flexible y horizontal. Así, en los próximos cuatro años, Andalucía extenderá su modelo de áreas de gestión sanitaria en el ámbito de los hospitales comarcales y distritos de atención primaria de su área de influencia, promoviendo decididamente la integración entre niveles como una de las formas de caminar hacia la excelencia en la prestación de servicios de salud.

**Tabla 1: Comparación entre Áreas de Gestión Sanitaria (AGS) y el resto de hospitales comarcales del grupo IV (Control) agrupados con los distritos de atención primaria de su área de influencia. Indicadores de actividad asistencial, calidad de la asistencia y resultados económicos. Año 2003.**

Indicador	AGS	Control
Frecuentación de urgencias (por 1000 habitantes)	533	1.044
Presión de urgencias	0,57	0,74
Derivación a atención especializada (por 1000 TAE)	196	204
% consultas At. Especializada citadas en menos de 30 días	74	45
Número de pacientes ingresados (por 1.000 habitantes)	69	76
Estancia media (días)	5.83	5.93
Reingresos (por 1.000 habitantes)	0.94	1.11
Intervenciones programadas (por 1.000 habitantes)	15.66	16.01
Intervenciones CMA (por 1.000 habitantes)	20.55	19.96
Promedio de procesos asistenciales implantados (año 2004)	14	12
% Satisfacción de usuarios de Atención Primaria	90.11	89.16
Reclamaciones en Atención Primaria (por 1.000 habitantes)	1.44	3.13
Reclamaciones en At. Especializada (por 1.000 habitantes)	0.43	1.18
Gasto en personal (€ por 1.000 habitantes)	244.587	318.308
Gasto en bienes y servicios (€ por 1.000 habitantes)	80.176	105.542
Gasto en farmacia extrahospitalaria (€ por 1.000 habitantes)	224.332	240.462
Gasto en farmacia extrahospitalaria (€ por TAE)	3.212	3.485





## Atención Primaria. La hora del cambio

Carlos Rodrigo Benito  
*Dirección de Atención Primaria Área 6.Valencia*

La Atención Primaria, constituye uno de los pilares básicos del sistema sanitario. Nadie discute el avance que supuso hace ya dos décadas la reforma y el desarrollo del nuevo modelo de atención Primaria. En Alma Ata se sentaron las bases que dieron lugar, junto al magnífico desarrollo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del sistema MIR, a una auténtica revolución en el primer nivel de la atención sanitaria en nuestro país.

Sin embargo ha pasado tiempo, y hoy parece que comienza a ser necesario ir cambiando algunas cosas, si queremos seguir siendo ese puntal necesario en la mejora de los niveles de salud de la población.

A través de un estudio dirigido por el experto en investigación sanitaria J.J. Artells<sup>4</sup>, publicado por Doyma en sus cuadernos de Gestión Sanitaria hace ya algún tiempo, la inmensa mayoría de los profesionales consultados se muestra de acuerdo en lo que se podría y debería hacer en A. Primaria y sobre todo en aquello que habría que evitar.

Hoy la mayor parte de los profesionales comparten una visión de la Prima-

ria, conocen los nuevos retos a los que se enfrentan y son mayoritariamente partidarios de la autogestión, la formación continua y la medicina gestionada.

El inicio de la incorporación de los médicos en la gestión sanitaria, se relaciona con la necesidad de las administraciones sanitarias de influir en la práctica y por tanto en las decisiones clínicas para intentar controlar el gasto sanitario y asegurar la eficiencia económica del sistema.

El control de la práctica clínica se inicia en la mayoría de los países con la implantación de la figura del gerente y con el establecimiento de indicadores, sobre todo de actividad<sup>7</sup>.

En una siguiente fase la estrategia se orienta a intentar cambiar la actitud y la percepción de los profesionales sobre su propia práctica y su responsabilidad acerca de la utilización de los recursos a su alcance. El resultado de esta forma de enfocar la cuestión es un cambio cultural y de funcionamiento de las instituciones sanitarias, con la incorporación de los profesionales a la propia gestión de su organización<sup>2</sup>.

Los profesionales deben ser capaces de gestionar su propio trabajo, porque son quienes mejor lo conocen, además saben que necesidades presentan sus usuarios y cuales son las soluciones a esas necesidades, por tanto partiendo de ese conocimiento, son ellos quienes están en mejor situación para decir como ser más eficientes al desarrollar su labor, de ahí la necesidad de implicarse en la gestión sanitaria.

En este sentido, en lo que a Atención Primaria se refiere, en nuestro país, se han ido dando pasos en todas las Comunidades Autónomas, y en la Comunidad Valenciana desde hace tiempo, se está avanzando en una dirección, a través de una serie de iniciativas legislativas que se inician con la Ley 3/2003 de 6 de Febrero de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana<sup>6</sup> que establece la creación de la Agencia Valenciana de Salud y la ordenación del territorio en los llamados Departamentos de Salud. A tal efecto la Agencia Valenciana de Salud se constituye como el organismo autónomo responsable de la gestión y administración del sistema Sanitario Valenciano, separando al proveedor del financiador.

Los cambios sociales y sanitarios están determinando la aparición de nuevas necesidades, comunes en todos los países de nuestro entorno, que se caracterizan por el progresivo envejecimiento de la población, un aumento de la inmigración y modificaciones en el patrón epidemiológico, que aconsejan la implantación de nuevos modelos organizativos que faciliten potenciar prestaciones como la mejora de la atención domiciliaria, la cirugía sin ingreso, la hospitalización a domicilio, etc.

Igualmente el avance de los medios de diagnóstico y de tratamiento, junto

al desarrollo de los sistemas de comunicación esta permitiendo la interrelación asistencial entre los centros sanitarios en tiempo real.

En este contexto es necesaria la plena integración entre niveles asistenciales de forma que sea posible la circulación de los distintos profesionales por los diferentes dispositivos existentes a fin de que al paciente se le atienda por el profesional más idóneo en el momento y lugar más adecuado según el problema que presente<sup>5</sup>.

En esta línea, previamente a este desarrollo legislativo o en paralelo al mismo, Atención Primaria se ha ido dotando de herramientas que van a permitir que la integración antes mencionada sea eficaz. En primer lugar hace ya tiempo se definió la Cartera de Servicios de Atención Primaria<sup>1</sup>, es decir qué tenemos que hacer. En ella se establecen una serie de indicadores tanto de cribaje, como de cobertura y de resultados que han sido la base de los últimos contratos de Gestión de los Equipos de A. Primaria.

En segundo lugar se desarrollaron las Guías de Actuación clínica, es decir cómo lo tenemos que hacer, son Guías de Actuación Clínica sobre aquellas patologías de mayor prevalencia en A. Primaria<sup>3</sup>. En tercer lugar los contratos de Gestión de los últimos 3 años nos han ido marcando unas metas, unos objetivos que aunque con un seguimiento irregular han ido señalando cuánto y con que resultados teníamos que hacer. Es decir qué, como y cuanto debíamos hacer.

A partir de ahora entramos en un escenario nuevo con la creación de los Departamentos de Salud y la Gerencia única, un escenario de integración no sólo directiva o presupuestaria, sino sobre todo, asistencial, con un presupuesto único para el departamento,

y en el que el paciente que se sitúa en el centro del sistema, presenta una serie de problemas, procesos, y que puede estar en dos entornos diferentes, hospitalizado o en su domicilio, y sobre el que irán actuando los diferentes recursos asistenciales del departamento en función de su proceso, de su nivel de complejidad o de las características del mismo.

Esto hace además necesario que se produzca la integración de los servicios sociosanitarios y la necesaria coordinación con Salud Pública, estableciendo objetivos comunes en el seno del departamento, en materia de prevención y promoción de la salud.

La integración entre niveles asistenciales no puede quedarse en una mera integración de estructuras directivas. Lo difícil, aunque también lo verdaderamente eficaz es la necesaria integración a nivel asistencial. Para ello se hace preciso avanzar en una dirección, en la mejora de los sistemas de información, que permitan compartir dicha información y que supongan a su vez un potente sistema de comunicación.

En la Comunidad Valenciana el sistema SIA (Sistema de Información Ambulatoria), actualmente en fase de implantación y ya presente en los centros de salud de varias áreas, constituye un sistema de Información integral que contempla todo el ámbito extrahospitalario, esta permitiendo ya mejorar la accesibilidad al sistema por parte del usuario, recoger y codificar toda la información sanitaria haciendo realidad la Historia de Salud única por paciente, y que esta información con las necesarias precauciones de confidencialidad y custodia sea compartida por todos aquellos profesionales que intervienen en el proceso asistencial del paciente, evitando repeticiones innecesarias de pruebas y tratamientos.

El SIA es el nexo de unión de toda una serie de aplicaciones corporativas que permiten la gestión de las agendas y por tanto de la cita tanto de Primaria como de Especializada, el mantenimiento de la Historia clínica electrónica, más conocida como Abucasis, el mantenimiento de una base de recursos corporativos, la receta electrónica y el registro nominal de vacunaciones de la Comunidad. Todo ello sobre la base fundamental que lo sustenta que es el Sistema de Información Poblacional<sup>8</sup>.

Todo este desarrollo, que como se puede adivinar es de una gran envergadura y por tanto de cierta complejidad, es necesario para poder introducir mecanismos de incentivación en nuestro sistema sanitario y sobre todo en A. Primaria. Así este año 2005, la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana ha establecido un Acuerdo de Gestión para el Departamento de Salud con objetivos de ámbito departamental, que los responsables de cada departamento deben ir desagregando entre las diferentes unidades funcionales y profesionales del mismo, independientemente de que se trate de Primaria o de Especializada. El Sistema de información va a permitir medir de forma fiable los indicadores propuestos, y establecer una incentivación en función del grado de cumplimiento de los objetivos, esto es productividad variable en la retribución de los profesionales.

Por tanto en este momento en A. Primaria en nuestra Comunidad disponemos de nuestra Cartera de servicios, las guías, y un acuerdo de gestión con objetivos marcados que permitirán alcanzar mayor o menor grado de productividad variable.

Por último faltará para completar el diseño propuesto establecer por fin una carrera profesional ligada a objetivos no sólo docentes e investigado-

res sino también a objetivos asistenciales esto es a los Acuerdos de gestión de cada año.

De ahora en adelante el reto de A. Primaria en la Comunidad Valenciana es avanzar en este proceso de integración, ahora sí desde el punto de vista asistencial, que facilite a los equipos de atención primaria abordar con éxito los desafíos más importantes que van apareciendo como nuevas necesidades de nuestra sociedad desde el punto de vista de salud, entre otros los problemas que se derivan del aumento de la patología crónica degenerativa, como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, de ahí la importancia cada vez mayor de mejorar la atención en el domicilio, estableciendo programas de actuación conjunta entre todos los recursos que actúan en el mismo, esto es A. Primaria, hospitalización a domicilio, servicios de atención urgente, salud mental y recursos sociosanitarios, todo ello sin dejar de mantener todo el esfuerzo que tradicionalmente ha supuesto para los profesionales de Primaria las actividades de prevención y promoción de la salud.

Es en este nuevo escenario, en el que va a ser necesario que se introduzcan cambios en el modelo organizativo de los equipos de A. Primaria. Hay que dotarles de mayor capacidad de autogestión, de forma que establezcan su propia cartera de servicios, negociando unos objetivos, que en la medida en que se consigan determinen en parte los recursos tanto presupuestarios como humanos del propio equipo. Hay que redefinir la figura del Coordinador, y al menos en equipos con más de 15000 usuarios adscritos o bien con más de un centro a su cargo, dicha figura debe ser asimilada a la de un jefe de servicio, liberándole de tarea asistencial, en primer lugar en beneficio de los pacientes y en segundo

lugar a fin de poder exigirles la responsabilidad que supone dirigir, en un contexto como el que hemos descrito anteriormente, sus equipos de A. Primaria.

Por otro lado hay que ir pensando en fórmulas, que con ingenio y atrevimiento, y asegurando la continuidad asistencial en todo momento, permitan poder dedicar recursos de los equipos a tiempo completo a tareas específicas que va a ser necesario estimular, como por ejemplo la atención domiciliaria, la atención urgente, la cirugía menor, la atención obstétrica simple, etc,

Por último, creemos que en este proceso de reorganización de los servicios sanitarios, es necesario incorporar a los usuarios, a través de la participación activa de representantes de los mismos, en las decisiones de planificación y asignación de recursos relacionados con objetivos de salud, a través de la provisión de información a los pacientes sobre su salud y sobre el rendimiento de los proveedores. En definitiva promover el autocuidado y la corresponsabilidad por parte de los profesionales como de unos ciudadanos cada vez más informados en el uso y gestión de los recursos sanitarios<sup>9</sup>.

## Bibliografía.

1. Cartera de servicios de A. Primaria de la Comunidad Valenciana. Monografía. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. Consellería de Sanidad. 2000.
2. Gené J, Duran J. Gestión en Atención Primaria. En: Martín Zurro A y Cano Pérez J editores. Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica (4ª ed.). Madrid; Harcourt Brace, 1999: 69-81.

3. Guías de actuación clínica: A. Primaria de la Comunidad Valenciana. Monografía. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. Consellería de Sanidad. 2002.
4. J.J. Artells. La gestión de la Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales. Cuadernos de Gestión Sanitaria. Ed. Doyma, Vol 5, Abril de 1999.
5. La doble gerencia dificulta la integración de la atención primaria y la especializada Diario médico 19/09/2001.
6. LEY 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. (DOGV número 4440 de fecha 14.02.2003).
7. Lola Ruiz. Claves para la Gestión Clínica. Ed. McGraw-Hill. 2004.
8. Manual de formación SIP. Monografía. Consellería de Sanidad. 1999.
9. Sang, B. La organización colectiva de los pacientes y el cambio cultural son más importantes que las leyes para situar al paciente en el centro del sistema. Gestión Clínica y Sanitaria. Vol. 7. 2005.



## Gerencia única de área. El debate

Álvaro Santos Gómez  
*Médico de Familia. Gerente de la Gerencia Única de Puertollano*

Uno de los problemas "eternos" en la Sanidad es la coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), y entre los diferentes servicios y redes asistenciales.

La Ley General de Sanidad preveía una manera de conseguir una buena coordinación. En realidad, se trataba de superar la coordinación consiguiendo la integración. En efecto, se dice en la Ley que el Área Sanitaria contará con una estructura de gestión que tendrá capacidad organizativa sobre la atención primaria y la atención especializada. También se preveían órganos de participación de área.

En el artículo 65 de la misma Ley, se establece la necesidad de que "en todo caso se establecerán medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales"

Pero con la posterior aprobación de la Ley General de Sanidad no se llevó a cabo la creación de vínculos institucionales y organizativos entre AP y AE, existiendo hasta hoy una descoordinación entre los dos niveles de atención sanitaria.

La AP y la AE tuvieron y tienen dos estructuras jerárquicas (modelo bigerencial) independientes entre sí, cada una de las cuales funciona según sus criterios y prioridades. Pero como atienden a la misma población, y a veces por los mismos procesos, en ocasiones aparecen disfunciones.

La Atención Primaria se queja de que la Atención Especializada no es ágil, tiene muchas esperas prolongadas, no trata de igual a igual a sus colegas de AP, no les informa, les genera prescripciones muy costosas, etc. La Atención Especializada se queja de que la AP no resuelve, que le deriva casos banales, que no frena la demanda de Urgencias y que le bloquea el hospital. Los dos niveles asistenciales caminan por libre sin apenas nexos de unión, salvo la hoja de interconsulta, abriendo mil fisuras en el proceso asistencial. La Atención Primaria olvidando, cada vez más, sus funciones asistenciales, alejándose del hospital al que odia, evitando participar en la atención continuada, acercándose cada vez más a una "medicina de manos limpias y guante blanco". La Atención Especializada, siempre más lucrativa y perversa, navega de forma mixta (pública y privada) secues-

trando enfermos en sus consultas externas sin quererlos soltar, con la excusa de que "no hay vida inteligente fuera del hospital" o, pensando mal, intentando conseguir actividad extraordinaria que complete los sueldos de la sanidad pública.

El desconocimiento del funcionamiento de los dos niveles respectivamente origina desconfianza e incomodidad entre ellos. Esto lleva con bastante frecuencia a repetir pruebas complementarias y como digo a retener pacientes en consultas sucesivas. Estas situaciones se agravan cuando la consulta de AE tiene carácter rotatorio y el profesional es distinto en cada consulta que acude el paciente.

Esta descoordinación conlleva una dilatación en la resolución del problema de salud del paciente, produciendo insatisfacción en profesionales y usuarios y un aumento de costes innecesario.

Ahora bien, si el paciente y su proceso de enfermedad son únicos parece evidente que único debería ser el proceso asistencial. El paciente y su proceso asistencial se mueven a lo largo de una cadena interdisciplinar en la cual, la debida coordinación entre los distintos niveles es la clave del éxito.

Sin una adecuada Coordinación Asistencial, no parece posible un nivel aceptable de Atención Sanitaria.

Sea como fuere lo cierto es que es necesario mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales pues al usuario lo único que le importa es que le solucionen su problema de forma correcta y ágil no queriendo saber nada si hay coordinación o no entre los distintos actores que intervienen en la resolución de su proceso.

Para superar estos problemas en la relación entre primaria y especializada,

se han creado Comisiones Paritarias, Comisiones de Coordinación y otros mecanismos para intentar mejorar la coordinación, con reuniones periódicas, protocolos comunes, sistemas de información compartidos, sistemas de citas y de admisión coordinados, protocolos de derivación, guías clínicas, sesiones clínicas conjuntas, interconsultas docentes, programas basados en las nuevas tecnologías, etc., pero la realidad es que el problema persiste.

Estando así las cosas, deberíamos preguntarnos ¿por qué todas las medidas que se han puesto en marcha no han conseguido el objetivo buscado?.

La respuesta a mi entender y aplicando un poquito de sentido común es obvia "Existe diferentes objetivos e intereses, en ocasiones contrapuestos, entre los Equipos Directivos de ambos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria" que dificultan y frenan la coordinación entre los dos niveles.

Llegados a este punto cabría preguntarse, si esto es así, como podríamos hacer confluír los objetivos e intereses de los equipos de gestión. La respuesta está clara: con la **Gerencia Única de Área**.

Pero, recientemente estamos asistiendo a un debate sobre la necesidad o no de implantar estas Gerencias Únicas de Área, hay quien asegura que el modelo de gestión única es una amenaza más para la atención Primaria que supondrá un deterioro definitivo de la actividad en los centros de salud y la destrucción irreversible del modelo de la atención primaria, otros ponen en duda la eficacia y efectividad real de estas experiencias argumentando que allí donde se han puesto en marcha no han dado resultados determinantes: no se ha visto que se tra-



duzcan en una mejor satisfacción para el usuario ni en mejores índices de coordinación entre los distintos niveles asistenciales ni tampoco en mejores resultados económicos, hay quien opina que los profesionales de atención primaria necesitan salir de la cultura de la queja y buscar respuestas estructuradas que busquen vías para solucionar el problema., yo sin embargo opino, que el éxito o fracaso de estas experiencias radica en si se han cumplido o no una serie de premisas, a mi juicio, totalmente necesarias en la implantación de las Gerencias Únicas de Área.

Así, si se pretende que la Gerencia Única de Área sirva para mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales se deben dar obligatoriamente las premisas siguientes:

- Implicación de toda la Organización.
- Orientación al Usuario.
- Organigrama Único para los dos niveles asistenciales que favorezca la integración del personal dejando a un lado la dualidad primaria-hospital pasando a hablar de Área.
- Presupuesto Único común.
- Cartera de Servicios Única orientada a la Gestión por Procesos.
- Contrato de Gestión de Área.

Si observamos las experiencias puestas en marcha hasta la fecha, vemos que en la mayoría de ellas no se dan las premisas anteriores, o bien no hay implicación de toda la organización lo que sin duda alguna dificulta que el modelo avance al tener que sortear multitud de resistencias, o se mantiene la doble estructura de gestión Atención Primaria- Atención Hospitalaria creando por encima de ellas un "supergerente" que en nada favorece la integración del personal en el Área, pues siguen persistiendo distintos ob-

jetivos e intereses, o no existe un presupuesto único con lo que no es factible una política adecuada de personal y recursos, y por último no se utiliza en el Área la Gestión por Procesos lo que imposibilita avanzar en la configuración de una Cartera de Servicios Única, tendente a superar las dificultades inherentes a las organizaciones por funciones o áreas, para percibir o identificar de forma integrada las necesidades de los pacientes y coordinar las respuestas de atención y cuidados. La garantía de continuidad asistencial es el fin perseguido en una Cartera de Servicios orientada a procesos asistenciales y centrada en el paciente y sus necesidades, permitiendo de esta forma la distribución adecuada de los recursos disponibles hacia uno u otro nivel asistencial.

Estoy plenamente convencido de que si se cumplen las premisas anteriores la Gerencia Única de Área favorecerá la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, y en ningún momento la Atención Primaria podrá salir perjudicada ni absorbida por el hospital como predicen algunos si se aplica la gestión por procesos y el dinero va donde sé este desarrollando la actividad en primaria o en el hospital.

Y digo esto basándome en la corta pero fructífera experiencia que estoy viviendo como responsable de la Gerencia Única de Puertollano y en la que, a juzgar por los resultados obtenidos y las acciones puestas en marcha, ninguno de los dos niveles asistenciales ha salido perjudicado.

Tras la puesta en marcha de la Gerencia Única de Puertollano se inició un proceso de reflexión global sobre los objetivos, funciones, y actividad en los diferentes ámbitos de actuación de la organización con la intención de crear "Cultura de Gestión Única Área". Fase de "Conceptualización".

Posteriormente se diseñaron las herramientas de gestión necesarias de cara a crear una cultura de excelencia y conducir cambios que fueran compartidos por los diferentes actores implicados (profesionales y pacientes, ciudadanía y dirección).

**Nos planteamos como objetivo general garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficiencia general del sistema mediante una adecuada organización, que comportara participación en la gestión de profesionales y usuarios y una constante relación entre el personal sanitario y no sanitario de ambos niveles asistenciales.**

Así, y en esta línea, estamos en vías de ofrecer una adecuada atención al paciente, continuada y personalizada, haciendo efectiva la libre elección de especialista, promoviendo atención personalizada, de tal forma que el paciente sea atendido por el mismo especialista a lo largo de todo el episodio.

Hemos mejorado los sistemas de comunicación y los circuitos asistenciales de citación de pacientes garantizando la cita directa a Especializada (consultas y pruebas) desde todos los Centros de Salud del Área y como experiencia "Piloto" facilitamos la cita online a Atención Primaria desde el domicilio del paciente en tres Equipos de Atención Primaria.

Por otro lado, se garantiza que todas las revisiones de especializada sean citadas por el propio especialista, al tiempo que los informes de consultas especializadas, altas hospitalarias, informes de enfermería al alta y resultados analíticos llegan a todos los centros de salud vía electrónica y nos encontramos en la fase de implantación del módulo de Consultas (Turriano) de AP en AE. lo que supondrá el disponer en breve de Historia Clínica elec-

trónica común para los dos niveles asistenciales.

Se han puesto en marcha distintos mecanismos para favorecer la intercomunicación entre clínicos (Teléfonos móviles, correspondencia por e-mail...). En cada Servicio de hospital existe un responsable de comunicación con Atención Primaria.

Desde le Servicio de Recepción y Documentación Clínica se informa a cada médico de AP, en tiempo real, de los pacientes de su cupo que ingresan en el hospital especificando motivo de ingreso y nº de habitación.

Se ha formalizado el Pacto Anual entre Atención Primaria y Especializada orientado a reequilibrar la oferta y la demanda de servicios especializados estableciendo compromisos de actividad y demanda con todos los profesionales del Área con evaluación mensual de dichos Pactos y publicación de los resultados en la Intranet del Área

Hemos organizado las "Agendas" de Atención Primaria y de Especializada de cara a que el profesional disponga del tiempo suficiente para atender con calidad al paciente.

Se han establecido cauces de interrelación entre responsables clínicos de ambos niveles asistenciales, así, mensualmente se cuelgan en la Intranet de Área los datos de actividad de AP y AE así como las lista de espera de especializada y consumo farmacéutico de ambos niveles asistenciales.

Cada médico de AP tiene conocimiento, mensualmente, sobre sus interconsultas a especializada, normales y preferentes, a través de la Intranet de Área.

Se han instaurado Sesiones Clínicas de Área con participación de profesio-

nales de ambos niveles asistenciales y se ha puesto en marcha el intercambio "formativo" de profesionales entre los distintos niveles asistenciales como elemento clave de la coordinación de niveles. La mejor relación entre niveles se alcanzará cuando caigan la mayor parte de las barreras psicológicas que ahora los separan y que nos conducen al desconocimiento de lo que uno y otro nivel hacen. Por este motivo se ha puesto en marcha el desplazamiento de especialistas a los Centros de Salud y un reciclaje a la "carta y de por vida" de AP en AE (cada profesional de AP pasa, una jornada de su trabajo, cada 15 días, en el Servicio hospitalario que escoja y por el tiempo que estime necesario.), con un doble objetivo, por un lado que médicos de AP y AE encuentren las soluciones al sistema y a los problemas de los enfermos, mejorando las referencias clínicas y, por tanto, la satisfacción profesional (el error más grave de la AP es haber renunciado al proceso diagnóstico de la enfermedad), potenciando el grado de participación en el proceso asistencial (ampliación de su arsenal diagnóstico), aumentando la capacidad de resolución de AP, estimulando la confianza del usuario, descendiendo la incertidumbre diagnóstica todo ello en aras de evitar la "actual derivación en masa" hacia AE y por otro intentar conseguir que los profesionales de ambos niveles se CONOZCAN requisito este imprescindible, a nuestro entender, para propiciar una buena coordinación.

Se han establecido áreas Clínicas susceptibles de mejora como fase previa a la instauración de la Gestión por Procesos. Creemos que, una vez conocido que los profesionales sanitarios tienen, por las nuevas tecnologías, un acceso amplio, bueno e inmediato a la información médica, y la escasa utilidad práctica que están demostrando tener las vías clínicas amplias para el desarro-

llo de los procesos asistenciales (esto es una realidad) es más adecuado avanzar en la realización de **rutas de coordinación**, consensuadas entre los dos niveles asistenciales, sabiendo que, el rápido avance de las nuevas tecnologías, hará que sean modificadas periódicamente. En cuanto se pueda incorporar la historia clínica única informatizada podrán obviarse muchos pasos que, en la actualidad, fisuran enormemente la coordinación-integración de los dos niveles asistenciales. *En nuestro proyecto de Area Unica dicha meta está cercana y, por lo tanto, no valdría la pena establecer mecanismos y vías de coordinación que generasen un gran esfuerzo, tanto intelectual como prolongado en el tiempo, impidiendo avanzar en otros aspectos más urgentes, como la correcta organización de la asistencia y la formación continuada, por ejemplo. Por este motivo nos hemos decantado por esquemas más directos, obviando lo obvio, rutas reales, cercanas y alcanzables. El estudio concienzudo de la patología es responsabilidad intrínseca de los profesionales y no es la organización quién deba imponérselo.* La función de la Gerencia es facilitar las herramientas para ejercer una medicina moderna y basada en evidencias, siempre, por supuesto, adaptado a nuestros recursos.

Se ha aprobado el Catálogo de Exploraciones accesibles desde Atención Primaria que contempla que el acceso a la mayor parte de las pruebas será libre para AP, con algunas salvedades indicadas por la eficiencia. Determinadas pruebas requieren el cumplimiento de las condiciones marcadas en un protocolo para que puedan ser realizadas, tanto si son solicitadas por médicos de AP como si lo son por médicos de AE.

Se está preparando el acceso a las pruebas de imagen a través de la digitalización, de forma que se puedan

transmitir a cualquier terminal de la red del Área; de esta forma, las imágenes estarán disponibles rápidamente para cualquier profesional, evitando la duplicidad de pruebas y la exposición innecesaria del paciente a radiaciones.

Como órganos de participación y asesoramiento a la Gerencia se ha constituido una Comisión de Coordinación Médico-Quirúrgica de Área integrada por Coordinadores de EAP y Jefes de Servicio Hospitalario así como una Comisión de Cuidados de Área integrada por los Responsables de Enfermería de los EAP y los Supervisores de Unidad de Hospital.

Así mismo se ha constituido un grupo evaluador EFQM formado por el Equipo Directivo del Área y profesionales de ambos niveles asistenciales, con la finalidad de utilizando las herramientas que proporciona este modelo identificar áreas de mejora que nos ayuden a gestionar el cambio hacia la Gerencia Única.

Se han introducido mejoras en la gestión económica del Área, unificado criterios en las áreas de Suministros y Asuntos Generales para realizar concursos de Área que impliquen a AP y AE, y se ha instaurando un programa en las áreas de laboratorio y radiología que racionaliza las peticiones de muestras y pruebas e identifica las repeticiones.

Por último estamos elaborando un pacto ligado a la autogestión que contemple incentivos potentes relacionados con la gestión eficiente de los capítulos presupuestarios I, II. (de esta forma, apoyándonos en el pacto Oferta-Demanda y en la contabilidad

analítica adjudicamos a cada profesional un número determinado de pruebas complementarias (Rx y Laboratorio) e Interconsultas y las cuantificamos en el Capítulo II con el fin de obtener una cuenta de resultados. Al disponer de presupuesto único, no se trataría de facturación entre niveles asistenciales si no de imputación de costes, así mismo el equipo-servicio gestionará su capítulo de personal).

Creo sinceramente que con las medidas que de forma resumida he relatado ningún nivel puede salir perjudicado, y que solamente con un nivel organizativo único, con estructuras jerárquicas claras en relación a la gestión por procesos asistenciales (su seguimiento y obligatoriedad), se podrá frenar la zozobra en la que está inmersa la relación entre niveles asistenciales. Me refiero, una vez más, a la Gerencia de Área Única seriamente tratada. Sin complejos, con arrojo, con mano de hierro donde se precise y con incentivación donde sea necesario (por una vez estimular e incentivar al buen profesional). Si actuamos así, y se cumplen las premisas anteriores "La Gerencia Única de Área puede ser la autopista por la que puedan circular de manera fluida las distintas herramientas de coordinación que de manera infructuosa se han ido poniendo en marcha a lo largo de estos últimos años".

Por último animo a todos, políticos, gestores, profesionales a que sean valientes, miren al futuro y apuesten sin tapujos por aquellas experiencias que como la Gerencia Única de Área pueden de una vez acabar con la descoordinación Primaria-Hospital a favor de la atención integral del usuario.

## **Aportación del farmacéutico al conocimiento y gestión del medicamento en Atención Primaria**

Mónica Ausejo Segura  
*Presidenta de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria*

*"Un uso inteligente y apropiado de los medicamentos probablemente representa la tecnología de mejor relación coste-eficacia de toda la asistencia sanitaria"*

*Jerry Avorn  
Universidad de Harvard*

Los Farmacéuticos de Atención Primaria, comenzaron a desarrollar su trabajo en las estructuras de Atención Primaria hace 20 años tras la publicación del documento Uso racional de Medicamentos de la OMS en 1985 y el nuevo modelo de atención primaria.

Como agrupación profesional, desde la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, SEFAP, se ha trabajado para potenciar la formación continuada en materia de evaluación e información de medicamentos. El resultado es que disponemos en la mayoría de las áreas sanitarias de nuestro país de farmacéuticos que tienen un conocimiento profundo de la metodología para la evaluación de medicamentos muy similar al de profesionales de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que realizan a diario estudios de utilización

de medicamentos con Sistemas de Información sofisticados y vanguardistas, que actúan como asesor en el uso de los medicamentos, tanto hacia los profesionales sanitarios como a los pacientes, que colaboran en las actividades de gestión del medicamento (60% de los presupuestos en atención primaria) y que aseguran y garantizan que los ciudadanos dispongan de los medicamentos más adecuados en las urgencias de atención primaria y en los Centros de salud.

Además han dinamizado trabajos en equipo con los clínicos elaborando instrumentos de comunicación informativa (boletines de información de medicamentos, guías farmacoterapéuticas, sesiones de actualización en farmacoterapia etc..) y orientadas a la ayuda en la toma de decisiones en materia de medicamentos en atención primaria de tal forma que también han contribuido a generar un mayor enriquecimiento en el conocimiento del medicamento en este medio.

En el año 2004 se han celebrado los 20 años de la Atención Primaria en España. Con la reforma de Atención Primaria llegó una nueva forma de traba-

jar, la generalización del uso de la historia clínica, la incorporación de programas de prevención y promoción de la salud, la cartera de servicios, el trabajo en equipo, el programar un espacio y un tiempo para la docencia, la formación continuada y la investigación y un largo etcétera de cambios que han tenido una gran repercusión en el sistema sanitario actual. En ese marco joven, dinámico y abierto a impulsar nuevas acciones que tuvieran como resultado una mejora de la atención prestada a los pacientes surgieron las primeras apariciones de farmacéuticos de atención primaria.

En estos 20 años, los farmacéuticos de atención primaria han sabido transmitir con gran profesionalidad a los médicos que los medicamentos tienen beneficios, pero también riesgos y costes; que la calidad de la prescripción pasa por una valoración global de estos aspectos; y siendo plenamente conscientes de que la calidad de la prescripción está ligada a un correcto diagnóstico, y a una evaluación de los resultados en salud intermedios o finales.

En general, cuando se habla del gasto farmacéutico en nuestro país se maneja el subconcepto de gasto de receta médica y se mira hacia el ámbito de atención primaria como mayor generador del mismo y de forma aislada del resto de la asistencia sanitaria. Es necesario comenzar a enfocar de forma correcta el gasto farmacéutico de la asistencia sanitaria y para ello es imprescindible tener en cuenta que el gasto farmacéutico está compuesto de costes directos, como son el gasto de receta generado por los médicos de atención primaria y especializada, y el gasto farmacéutico que proviene de la propia atención en los hospitales y del cual se dispone de información desde hace tiempo. Al hacer este ejercicio obtenemos que los costes di-

rectos del uso de los medicamentos ascienden al menos al 30% del gasto sanitario.

Si además añadimos los gastos indirectos tenemos que sumar:

- los costes de los ingresos hospitalarios relacionados con los medicamentos, según la OMS para Europa son un 15% de los ingresos, ¿no podríamos conocer de que medicamentos se trata y que esta información retornara hacia los médicos de atención primaria para tratar de minimizarlos?
- los costes de los errores de medicación publicados en el informe errar es humano ¿qué ha pasado en el reciente informe publicado 5 años después?
- los costes que provienen de los estudios sobre cumplimiento terapéutico que indican que en nuestro país en patologías crónicas como la prevención del riesgo cardiovascular a la que destinamos más del 33% de recursos en medicamentos, el incumplimiento es mayor del 50% ¿qué resultados tenemos en nuestros pacientes? y si no cumplen el tratamiento y tenemos resultados, ¿que otros factores están implicados?
- los costes de los medicamentos que no son utilizados por la población, ya que existen estudios en donde se ha puesto de manifiesto que casi un tercio de los medicamentos no utilizados por los pacientes están sin abrir ¿porqué no toman los pacientes los tratamientos? ¿tenemos que avanzar hacia las decisiones compartidas?

En este momento realmente existe una gran ignorancia del verdadero alcance del coste que tienen los medicamentos, y aunque periódicamente aparecen informes y análisis del gasto farmacéutico en nuestro país, grupos,



ponencias y debates de expertos, sabios y consultoras, todos ellos son incisivos en la idea de la macrocifra del gasto por receta en donde el copago es el primer elemento que se transluce como salvador de este hecho.

En mi opinión, y es muy personal, creo que el sistema sanitario tiene claras oportunidades de mejora en materia de uso racional de los medicamentos y es optimizar su uso haciendo mucho más hincapié en una gestión global desde el punto de vista de la efectividad y gestionando el riesgo. Recientemente Lucian Leape de la Universidad de Harvard exponía si únicamente se deberían financiar aquellas opciones sanitarias que realmente tienen resultados. Y es que en materia de medicamentos, la informatización de la historia clínica en atención primaria ya hace posible avanzar en esta dirección. Será por lo tanto imprescindible comenzar a hablar de gasto farmacéutico unido a indicadores de asistencia sanitaria para poder hacer "una valoración en un contexto".

En este momento muchos farmacéuticos de atención primaria, en cada servicio de salud, ya están trabajando en una nueva dimensión de la medida de la calidad de la prescripción unida al diagnóstico del paciente y orientada hacia los resultados del uso de los medicamentos en términos de efectividad. Por supuesto que no están trabajando solos, lo están haciendo con los médicos, ya que no demos olvidar que si existen farmacéuticos trabajando en las estructuras de atención primaria es porque muchos médicos lo solicitaron hace más de 20 años y lo quieren en el momento actual. Además hace falta la colaboración de todos los profesionales, de todos aquellos que quieran unir su "profesionalidad" (no profesionalismo) en una gran empresa que es la de utilizar los medicamentos de forma racional, juiciosa, basada en la evidencia

o como se quiera denominar en beneficio del paciente y de la sociedad en su conjunto.

Como indicaba anteriormente los presupuestos de farmacia de las gerencias de atención primaria representan entorno al 60% de los presupuestos globales, y por ello ha sido fundamental en estos años el trabajo que en este sentido han desarrollado los farmacéuticos de atención primaria también al lado de los equipos directivos. La gestión de la prescripción farmacéutica que se ha realizado con los datos que provienen de la factura farmacéutica y a penas sin poder disponer de denominadores como diagnósticos, pacientes por grupos de edad etc, hicieron que se desarrollaran múltiples indicadores y estrategias de gestión. Pero esta gestión es la que cambiará drásticamente en los próximos años. Con la implantación de la receta electrónica ya no se hablará de recetas sino de tratamientos, ya no existirán recetas de tratamiento inducido sino que cada clínico será responsable de sus tratamientos y tendrá que rendir cuentas sobre los resultados que se medirán. La receta electrónica contribuirá a disminuir la frecuentación, a detectar duplicidades de tratamientos, a realizar un mayor seguimiento de cumplimiento y fundamentalmente a centrar la atención de los profesionales del sistema sanitario en el paciente.

En este entorno el farmacéutico de atención primaria sigue teniendo un gran espacio, en los sistemas públicos de salud, no solo es necesario rendir cuentas de los costes sino de la calidad, más no es siempre mejor y si hoy somos eficientes podremos ofrecer recursos suficientes para cubrir las necesidades del futuro sistema sanitario. En lugar de enfocar de forma derrotista al gasto farmacéutico la propuesta de SEFAP es que el Ministerio de Sanidad y Consumo sepa reconocer la aporta-

ción de este grupo de profesionales sanitarios a la mejora de la utilización de los medicamentos en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria y promueva a través de la especialidad una formación reglada que conduzca a

la mejora del uso de estos agentes terapéuticamente vitales que son los medicamentos y cuyo uso es necesario mejorar en beneficio de generaciones futuras.



## **El Área de Salud. La aportación de la Gestión Sanitaria a la Atención Primaria**

Verónica Casado Vicente  
*Médico de Familia. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.  
Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de  
Medicina Familiar y Comunitaria*

Puede sorprender al lector que el título del artículo sea justo al revés del propuesto, como tema monográfico: "El área de salud. La aportación de la Atención Primaria a la Gestión Sanitaria". La razón del cambio es que la gestión es una herramienta y la Atención Primaria es un ámbito y una función sanitaria. Por lo tanto la herramienta debe estar al servicio de la función y, en definitiva, al servicio de la salud de las personas y es difícil entenderlo expresado al revés. Se debe pensar en clave de qué puede hacer la gestión por la Atención Primaria para que está sea más efectiva, eficiente, equitativa y viable y no qué puede hacer la Atención Primaria por la gestión del área. Gestionar es, según el DRA, hacer diligencias para el logro de algún objeto. Por lo tanto, la gestión es la responsable de hacer diligencias para que la Atención Primaria consiga los logros que a ella le han sido encomendados, como función central del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (1) establece en su capítulo 12 que: "La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad

*de la atención a lo largo de toda la vida del paciente actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud así como la rehabilitación física y el trabajo social."*

Los profesionales de Atención Primaria son gestores de parte de los recursos del Sistema Nacional de Salud, son gestores de tiempo, gestores de la información, gestores de la calidad en un marco de responsabilidad civil y médico-legal y, sobre todo, son gestores clínicos que deben tomar decisiones eficientes basadas en la mejor evidencia disponible, en la propia experiencia clínica y teniendo en cuenta las expectativas del paciente.

En las consultas de Atención Primaria se atienden anualmente más de 200 millones de consultas, que se resuelven, en ese nivel, en un porcentaje cercano al 95%. Es decir, que entre sus múltiples funciones ejerce la función de puerta de entrada, filtro o como lo mejora la Ley de Cohesión de reguladora de flujos y gestora de casos.

Las diferentes modalidades de financiación, aseguramiento y gestión de los sistemas sanitarios tienen un impacto sobre la consecución de los objetivos. Diversos estudios han demostrado que los Sistemas Nacionales de Salud, basados en la Atención Primaria, obtienen mejores resultados en la consecución de estos objetivos. Starfield (2) en 1994 comparó 12 países industrializados y demostró que la utilización de la Atención Primaria para el primer contacto conlleva una atención más apropiada, mejores resultados de salud y la disminución de los costes totales.

Farmer y cols.(3) fueron los primeros en demostrar, con datos obtenidos de todos los condados de los EEUU, que los condados con menos tasas de mortalidad ajustada por edad eran aquellos con mayor densidad de médicos de familia.

Shi (4) amplió el estudio, con el objetivo de determinar el impacto del número de médicos de familia y de otros especialistas por habitantes sobre los indicadores vitales. Demostró que, independientemente de otros factores influyentes, los indicadores vitales (mortalidad global, neonatal, por cardiopatía isquémica, por cáncer, esperanza de vida y bajo peso al nacer) son mejores cuanto menor es el número de habitantes por cada médico de Atención Primaria y cuanto menor es el número de otros especialistas.

Asimismo, otros estudios demuestran el impacto que los médicos de familia y la Atención Primaria tienen sobre la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente, así como sobre la globalidad y la relación que estas características tienen sobre los niveles de salud. Como afirma Starfield (5) hay justificación importante tanto teórica como empírica para la función de filtro de la Atención Primaria y que *el éxito de la Atención Pri-*

*maria depende de que la Sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios.*

El impacto sobre los indicadores de resultados es alto y parece evidente la existencia de correlación entre una buena Atención Primaria y unos buenos resultados. Los criterios que determinan que una Atención Primaria sea definida de calidad (5) son:

- *Relacionados con el sistema sanitario:* Equidad financiera, equidad en el acceso, asignación de la función de Atención Primaria a un tipo particular de médico con formación específica: el médico de familia, multidisciplinaridad, salarios en Atención Primaria equiparables en relación a Atención Especializada, porcentaje de médicos en Atención Primaria igual al porcentaje de médicos en el segundo nivel.
- *Relacionados con el nivel de funcionamiento:* Puerta de entrada, atención longitudinal, atención integrada e integral, coordinación entre niveles, atención a las familias y orientación comunitaria.

Su correcta organización y accesibilidad determina una rápida respuesta y adaptabilidad a todos los cambios que se están introduciendo en relación a:

- los cambios demográficos (envejecimiento, movimientos migratorios, nuevo papel de la familia, nuevo marco de relaciones entre personas),
- los cambios sanitarios (incremento de las incapacidades, de las conductas adictivas, de los trastornos de conductas de riesgo, de los trastornos adaptativos y del riesgo social),

- los cambios sociales (incremento del nivel de exigencia: se demanda mayor capacidad de resolución, mayor calidad de las prestaciones, mayor capacidad para la autonomía y mejora del trato humano; tendencia a la ambulatorización de la atención: altas precoces, cuidados paliativos en domicilio, técnicas que se trasladan a Atención Primaria).

Pero ¿Cómo gestionar la Atención Primaria? En los últimos tiempos se está generando un debate que apasiona a unos, aterroriza a otros y desde luego no deja indiferente a nadie: es el tema de las Gerencias Únicas y el papel que debe jugar la Atención Primaria en ellas.

Los entusiastas del método apoyan las grandes ventajas que esta modalidad supone para la coordinación entre niveles y la eliminación de barreras; sin embargo, enfrente se hallan los profesionales que recuerdan que no hace mucho tiempo existían las direcciones sectoriales de ambulatorio, que no gestionaban hospitales pero sí la gestión del segundo nivel ambulatorio y de la Atención Primaria y muchos recuerdan que el desarrollo de la Atención Primaria se produjo cuando se crearon equipos de gestión independientes y sólo centrados en la gestión de la Atención Primaria. La heterogeneidad del segundo nivel, la complejidad de su aparataje y el mayor prestigio social concedido a éste, hacía que los gestores desviaran siempre más la atención a sus problemas. El despegue se produjo cuando profesionales de la gestión, única y exclusivamente, reflexionaron en la gestión de la Atención Primaria, que tiene, evidentemente, sus elementos específicos y diferenciadores. Asimismo, las Direcciones Provinciales que integraban en sus consejos ambas gerencias ya hacían o debían hacer este pa-

pel de gestión unitaria de los centros. Pero parece que esto no es suficiente.

Por lo tanto, se debe reflexionar sobre el papel de la gestión de área y es evidente que esta gestión va siguiendo a la planificación sanitaria en sus cuatro niveles:

1. El nivel normativo que define los marcos legislativos, aseguradores de prestaciones y la financiación macro. Y esto debe realizarse a nivel estatal y de comunidades autónomas.
2. El nivel estratégico: Es el nivel clave para la gestión única de un área sanitaria. Se inicia su definición en las Comunidades Autónomas y se implementa en las Áreas. En ella es donde se deben establecer las condiciones higiénicas de participación de los dos niveles en la gestión. Se deben equilibrar la financiación de los dos niveles: la alta tecnología, sobre todo en el segundo nivel; la farmacia, sobre todo en Atención Primaria; y, de forma equilibrada, la docencia, la investigación; la distribución equilibrada de profesionales entre ambos; los mecanismos de coordinación entre niveles y su relación, y siempre sin perder de vista que el objetivo central del sistema sanitario son las personas, porque ambos ámbitos son necesarios y es difícil tener un buen sistema sanitario el uno sin el otro y sin la coordinación de ambos. Se deben implementar medidas que mejoren la continuidad de la atención y que la gestión siga a las personas en su "deambular" por el sistema sanitario. En este nivel se deben reorientar servicios e introducir las mejoras de gestión: sistemas de información y sistemas de coordinación, gestión de casos y regulación de flujos y todos ellos basados en la evidencia y la experiencia y no

en la opinión y, en el peor de los casos, en la obediencia.

Se deben asegurar las prestaciones de ambos niveles y se debe mejorar el acceso y la resolutiveidad de la atención primaria y disminuir las barreras en la coordinación, pero no por mejorar la gestión del hospital, sino por mejorar la calidad de vida y la salud de las personas. Se debe trabajar por el prestigio y reconocimiento de la Atención Primaria. Hoy por hoy sigue siendo más llamativo un trasplante que afecta a una persona (y evidentemente es un gran logro) que la disminución de la mortalidad cerebrovascular imputable a Atención Primaria y que afecta a muchas personas (que también, evidentemente, es otro gran logro). Se debe trabajar porque los médicos de familia se sigan formando en los dos ámbitos sanitarios, pero también que los especialistas de otras especialidades también se formen en Atención Primaria. Es importante que la MF pueda ofertar sus contenidos, entornos docentes y metodologías de aprendizaje a las especialidades que formen parte de su propio tronco. La interrelación con otros especialistas que vengán a formarse a Atención Primaria puede condicionar beneficios para los dos ámbitos de Atención.

Uno de los errores que se ha cometido es pensar que la Atención Primaria debería solucionar los problemas del ámbito hospitalario. La Atención Primaria debe solucionar los problemas de las personas y contribuir a mejorar su nivel de salud, y, en algunos casos, servirá para "descargar" algunas actividades del hospital, y en otras, al contrario, al identificar problemas en fases más precoces por sus mayores niveles de sensibilidad y especificidad. En todo caso el ámbito hospitalario debe solucionar los problemas de la Atención Primaria, si ésta es la función central real del sistema y es la

que presta la longitudinalidad y la continuidad de la Atención.

- 3 El nivel táctico de gestión: Una vez realizado lo anterior, en este nivel las estructuras de gestión deben ser independientes. Debe existir un equipo de profesionales de la gestión ocupados y preocupados por la gestión de la Atención Primaria. Sus funciones son desarrollar los servicios que responden a las prestaciones definidas en el nivel anterior, fijar las actividades de los servicios: efectividad, calidad y producción. Poner los recursos necesarios al servicio de la consecución de los objetivos y mantenerse cerca, apoyando y resolviendo los problemas que surjan en el primer nivel sanitario.

La gestión debe facilitar que la Atención Primaria pueda desarrollar sus competencias genéricas, sus competencias de atención a los problemas y necesidades del individuo, de los grupos de riesgo y de los grupos poblacionales, sus competencias de atención a la familia, a la comunidad, de formación, investigación y docencia, para que esta sea efectiva, eficiente, accesible, equitativa y viable. Debe perseguir la eficacia de nivel en los mejores marcos de evidencia científica, debe medir resultados imputables a la Atención Primaria, debe poner a su disposición los procedimientos diagnósticos y terapéuticos precisos para aumentar su resolutiveidad, debe minimizar las barreras que tienen que superar los profesionales de Atención Primaria, poner a su disposición sistemas sólidos de información e informatización y minimizar la burocratización. Debe favorecer los cambios en la práctica que mejoran los niveles de salud y para eso debe utilizar todos los mecanismos a su alcance para motivar a los profesionales. El gestor interesado en introducir estrategias de

mejora de calidad o favorecer cambios en hábitos de prescripción farmacológica o de pruebas complementarias puede seleccionar estrategias que han demostrado ser efectivas en el cambio de práctica (6-8). Las evidencias en gestión demuestran que las intervenciones más efectivas para la mejora de la práctica profesional son las visitas formativas en los centros de trabajo (prescripción de medicamentos), los recordatorios (computerizados o no), las intervenciones combinadas (combinación que incluye dos o más de los siguientes: audit. y feedback, recuerdos, procesos de consenso local o marketing) y los encuentros educativos interactivos (incluyen talleres prácticos y discusión con la participación de los proveedores)

4. El nivel de gestión operativo: El marco legislativo de creación de la Atención Primaria define para este ámbito sanitario cuatro funciones: la asistencia, la docencia, la investigación y la gestión. Y así se ha ido desarrollando, incluso, los perfiles profesionales de los profesionales que trabajan en Atención Primaria, y en el último programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria publicado el 3 de mayo en BOE (9), se incluyen entre las competencias esenciales del médico de familia: la comunicación, el razonamiento clínico, la bioética y la gestión de la atención. Y en esta se incluye la gestión clínica, la gestión y organización de la actividad, la gestión de la calidad, el trabajo en equipo, los sistemas de información y la responsabilidad civil y médico-legal. Una buena gestión clínica y no clínica (organizativa) va a determinar que los profesionales de Atención Primaria tengan el impacto deseado sobre los objetivos del sistema sanitario: la efectividad, la eficiencia, la equidad y la viabilidad del sistema.

La gestión de la Atención Primaria determina un elemento básico de la eficiencia microeconómica que es la eficacia de nivel es decir la capacidad de resolución de problemas con calidad científico-técnica y a un coste razonable en el nivel en el que éstos se deben resolver. Pero se debe seguir avanzando en ella e incorporando las evidencias científicas en gestión sobre gestión clínica, fórmulas organizativas más eficientes y efectivas en el marco de la equidad, sistemas de información y sistemas de trabajo en equipo entre niveles y entre sectores y, sobre todo, tiempo.

### Bibliografía

1. La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E de 29 de mayo de 2003.
2. Starfield B. ¿Es la Atención Primaria esencial? *The Lancet* 1994. 344: 1129-33.
3. Farmer F, Stokes S, Fiser R, Papini D. Poverty, primary care and age-specific mortality. *J Rural Health* 1991; 7: 153-169.
4. Shi L. Primary care, speciality care and life chances. *Int J health Serv* 1994; 24: 431-458. Rosser W Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 2: 139-144.
5. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson. Barcelona. 2000.
6. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Auditoría y devolución: efectos sobre la práctica profesional y los resultados de atención de salud

(revisión Cochrane traducida). En: LA Cochrane Library plus en español, número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd.

7. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Pagos por objetivos en la atención primaria: efectos sobre la práctica profesional y sobre los resultados de la atención de salud(revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Library plus en español,

número 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd.

8. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing Provider Behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care 2001; 39 (supl 2):2-45.

9. BOE nº 105, la Orden SCO/1198/2005 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

## ***El discreto encanto de lo cotidiano***

Asunción Prieto Orzanco  
*Médico de familia (Madrid)*

Con demasiada frecuencia cuando se habla de gestión, se toman la gestión económica, la gestión de proveedores, la de personal y otras ligadas a la contabilidad –preferentemente referidas a cantidades importantes– como sinónimos del concepto global de gestión.

Quizás en ningún ámbito sea más lógico dar este enfoque que en una revista y una organización cuyo contenido esencial es el análisis y evaluación de costes. Pero quizás por esta misma razón, ningún otro foro sea tan adecuado como este para reflexionar qué aporta a la gestión del sistema sanitario un nivel de atención que se caracteriza por emplear pocos recursos y dispersos, por comparación con el hospital.

Como le gustaba comentar hace tiempo a un conocido economista y antiguo responsable del INSALUD, la atención primaria se asemeja a efectos de gestión y funcionamiento a una red de panaderías y, en forma equivalente, un gran hospital se asemeja más bien a una gran fábrica de automóviles.

Así es que, convencida de que otros autores en este monográfico ofrece-

rán su visión sobre temas de gestión dura, es decir, sobre el gasto, los consumos, la eficiencia o los avances en la medida del producto sanitario de la atención primaria, intentaré abordar el como algunas características de la gestión blanda podrían (y deberían) tomarse como referentes para la gestión sanitaria en general.

El primer esfuerzo a realizar es sin duda apartar los prejuicios, el mayor de los cuales es considerar que la gestión de la atención primaria no tiene importancia, ya que su estructura física se aleja del paradigma de gestión sanitaria que es para muchos gestores y responsables políticos el hospital (bastante razonable dada la gran visibilidad del hospital que es la mayor empresa en muchas provincias españolas y en casi todas las Areas de Salud). Procuraré en las líneas que siguen que el lector que no proceda de la atención primaria, pueda elaborar su opinión respecto a cómo las diferencias estructurales (y algunas más) hacen que la gestión de la atención primaria tenga, y precise, diferencias en la forma y contenidos de la gestión, algunas de las cuales serían en cualquier caso útiles aportaciones a la gestión del Area de Salud.



Efectivamente la atención primaria está tan presente y es tan poco visible como una red de elaboración y venta de pan: ofrece un servicio de necesidad y uso cotidiano, poco llamativo, que requiere estar disponible muy próximo a quien lo necesita. No ofrece lujo tecnológico, aunque nadie compraría el pan en un lugar descuidado ni en el que se supiera que las condiciones de elaboración siguen las normas de seguridad y de higiene de hace un siglo. Como es un producto básico, debe tener un coste (y en consecuencia un precio) mínimo. Pero ojo ¡ no tan mínimo como para que sea incomible!. Y puesto que de una red hablamos, la calidad, el precio y los tipos de pan no deben diferir demasiado entre puntos alejados. O al menos no deben diferir más de lo que las demandas y necesidades locales requieran, para que los establecimientos de nuestra red puedan sobrevivir en ámbitos y circunstancias diversas.

Como en toda red dispersa, cada unidad que presta el servicio tiene un responsable. En el caso de la atención primaria es el coordinador o director de equipo, cuyas responsabilidades administrativas y gestoras en materias de personal y organización han sido habitualmente mayores que las de un jefe de servicio hospitalario, y para un más variado tipo de profesionales, al conservarse en los equipos de atención primaria un esquema legalmente jerarquizado (aunque exista una comisión directiva con responsables de los distintos estamentos profesionales).

La implicación en la gestión del Area (del centro de gasto), se ha producido en atención primaria a partir de dos mecanismos: la participación en reuniones periódicas de los Consejos de Gestión y el pacto de objetivos de actividad y gasto de cada EAP, con firma y posterior evaluación anual de cumplimiento de los Contratos de Ges-

tión. Estos acuerdos de gestión anuales se han venido realizando por cada gerencia de Atención Primaria con cada EAP, siendo también individualizada la evaluación de cada unidad de provisión. Este sistema de funcionamiento tradicional desde hace más de diez años va sufriendo modificaciones, que no siempre pueden considerarse avances, tras la culminación del proceso de transferencias en 2002.

Los Consejos de Gestión en atención primaria (reunión periódica de responsables de todas las unidades de provisión con la gerencia y direcciones médica, de enfermería y gestión) puede tener efectos relativamente escasos en temas de organización general o aplicación de políticas de personal, e incluso nulos en cuanto a una efectiva participación de los profesionales en la elaboración de presupuestos. Sin embargo, indudablemente proporciona un foro de discusión e intercambio que fomenta vínculos entre las unidades y con las direcciones de Area.

En atención primaria es imposible encontrarse con profesionales de otros servicios, salvo que se convoquen reuniones, por una razón obvia: los centros de salud, a diferencia de los servicios de un hospital, no están conectados por pasillos y ascensores, sino separados por calles o ubicados en diferentes localidades. Por lo tanto se convierte en obligada la dinámica de reuniones tanto de carácter gestor (el ya mencionado Consejo de Gestión), como técnico-científicas (definición por consenso de normas y procedimientos clínicos u organizativos) La experiencia ha demostrado en cualquier caso que la personalidad y estilo directivo de los gerentes y directores es relevante para cohesionar la actividad de un Area y sus dispersas unidades de provisión hacia metas concretas.



Quizás esta sea una primera y notable aportación de la atención primaria a la gestión: que a pesar de su dispersión geográfica los servicios (EAP) mantienen en general una cultura de implicación, de asumir como propios objetivos conjuntos del Área y del sistema sanitario. La muy diferente utilización de medicamentos genéricos en atención primaria respecto a hospitalaria (incluida ambulatoria), ofrece un buen ejemplo de esta cultura de implicación en objetivos globales.

La gestión en la atención primaria ha estado ligada además en gran medida a una cultura de evaluación, en la cual las distintas y dispersas unidades de provisión (EAP, centros de salud, unidades de apoyo) puede que hayan o no alcanzado los objetivos pactados, pero participan en evaluarse y en general procuran la mejora de sus actividades previas, discuten con las gerencias los objetivos poco realistas y, sobre todo, son todavía capaces de sentirse molestas tanto porque se les pidan imposibles como por no haber alcanzado metas factibles.

La cultura de evaluación está arraigada en la atención primaria, de forma que cada dos años se evalúa además el cumplimiento de las actividades preventivas en los más de 600 centros de salud voluntariamente adscritos al programa PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y Promoción de Salud) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, programa PAPPS que a su vez está compuesto por actividades de las cuales se evalúa el nivel de evidencia disponible respecto a su eficacia, para mantener su recomendación (o proceder a su retirada).

Los protocolos para cuestiones puntuales han estado presentes en la cultura hospitalaria desde hace muchos años. Pero cuando hace unos veinte

años la atención primaria que hoy conocemos inició su andadura, no pocos (en la propia atención primaria y sobre todo en otros ámbitos del sistema sanitario) veían extravagante el afán de contar con protocolos para todo lo posible. Lógicamente el adoptar actitudes pioneras conlleva algunos riesgos, y uno de ellos fue elaborar durante los primeros años algunos protocolos más de excelencia que básicos, y por lo tanto poco operativos. Pero la actuación rutinariamente protocolizada bajo distintas denominaciones ha pasado a ser una piedra angular de la gestión clínica también en el hospital (en donde ha entrado a partir del ámbito hospitalario anglosajón). Simultáneamente, los protocolos empleados en atención primaria han ido evolucionando, simplificándose y convirtiéndose en referentes para la práctica cotidiana de los clínicos del primer nivel.

La capacidad de la atención primaria para evolucionar, ya sea en cuanto a renovar la actuación protocolizada o referido a las formas de organización, ha sido a juicio de algunos autores insuficiente, habiendo quedado superada a en su opinión la organización en equipos. Sin embargo, parece que la capacidad constatada a lo largo de los años para aumentar tanto la cantidad de actividades como los tipos de servicios desarrollados en la atención primaria prestada por equipos ofrecen un contrapeso empírico notable frente a posibles ventajas, hasta el momento solo teóricas, de posibles modelos alternativos. La evolución sigue siendo en cualquier caso necesaria, especialmente en el mayor peso que deberán tener en el futuro algunas actividades actuales de los equipos, como la atención domiciliaria en general y los cuidados de enfermería en particular, ya que deberán aumentar considerablemente en el futuro, dada la evolución de la demografía hacia una

mayor proporción de personas dependientes..

Estas peculiaridades de la gestión blanda de la atención primaria son parte de un tipo de cultura, existiendo cierta homogeneidad en los planteamientos e intereses de la atención primaria y de sus profesionales a lo largo de distintas Áreas y Servicios de Salud. Si cada hospital es un mundo aparte, la atención primaria ha sido, hasta ahora y en conjunto, un mundo. Este tipo de cultura puede ponerse en valor cuando el sistema sanitario funciona en forma de Áreas de Salud (como estaba prevista en la Ley General de Sanidad), pero queda inevitablemente arrasado cuando los sistemas denominados de gerencia única rompen la estructuración legalmente establecida en dos niveles, y supeditan la gestión dura y blanda de la atención primaria al dispositivo gestor del sistema hospitalario dando por asumido que, si el responsable es único, la coordinación entre los dos escalones asistenciales funcionará por sí misma.

Esta opción aparentemente novedosa de "unificar" la gestión de la atención primaria y la hospitalaria es pues, teóricamente, una panacea de coordinación. La lástima es que su efecto ha sido ya probado como ineficaz en el pasado ya que esa forma de mezclar la gestión de ambos niveles, retrotrae a la atención primaria y al hospital a antes de 1990, con las sectoriales de ambulatorios (en las que la consulta de especialista y la del médico general dependían del mismo director, sin que se obtuviera efecto benéfico alguno) y direcciones provinciales (que gestionaban mínimas porciones del presupuesto por comparación con el hospital) como referentes gestores unificados. Pero en eso años ninguno de ambos niveles asistenciales estaban

precisamente bien (esa fue la época en la que se inició la Comisión Abril).

Quizás lo único que quede por intentar es lo que, a pesar del tiempo transcurrido desde la Ley de Sanidad, no se ha ensayado en sentido estricto: constituir un auténtico nivel directivo de Área de Salud, dotado de las competencias, los contenidos y los presupuestos que debieran ser comunes a ambos niveles de atención (sistemas de derivación, de recursos diagnósticos, de gestión de farmacia y de gestión del conocimiento) y recogerlos y negociarlos mediante contratos de gestión específicos de Área de Salud. Es decir, buscar instrumentos de gestión específicos para la interfase y la coordinación y dotar a dicha interfase de presupuesto específico, para poder gestionar lo que hoy es tierra de nadie (o de todos) o aquello que, como la gestión de la factura farmacéutica y el uso racional de medicamentos, debiera implicar por igual a ambos niveles de atención en un territorio determinado.

Sin duda tanto la atención primaria como la hospitalaria tendrían mucho que aportar en trabajo y contenidos para una orientación de este tipo y ambas, y sobre todo los ciudadanos, podrían resultar beneficiadas.

Hay en fin un aspecto de la gestión de la atención primaria que no sería nada conveniente imitar, y que detectan con rapidez los visitantes extranjeros: ¿cómo es posible que se conozca tan poco dentro y fuera de nuestro país una atención primaria que resiste con buena nota su comparación con las de todo el mundo desarrollado?. La respuesta está en cómo en atención primaria en particular (y en el sistema sanitario en general) se obvia la gestión de información hacia el exterior.

## Tareas directivas en Atención Primaria. Glosario según tendencias 2005-2009

Juan Gérvas  
Equipo CESCA, Madrid

Las tareas directivas participan de los valores imperantes en la sociedad y en la empresa en que se ejercen. Ello se traduce, por ejemplo, en los términos más frecuentemente empleados, la jerga común a los gerentes y directivos. No es cuestión de azar que por épocas se hable de continuo de "Alma Ata", o de "calidad total", y en otras casi no se mencionen, y se llene el vacío mental entonces con, por ejemplo, "Medicina Basada en la Evidencia", "coste-eficiencia" o "Gerencia única".

A continuación listo en un breve glosario lo que creo será parte de la jerga en el quinquenio 2005-2009. Dejo al lector inteligente la tarea de comprobar si se cumplirá lo que hay de deseo en el glosario.

- **Brecha entre eficacia y efectividad:** Medición de la calidad imputable a un proveedor. La eficacia marca el límite en la consecución del máximo en las posibilidades de producción, y la efectividad mide el grado en que se logra en la práctica esa producción. Si llamamos  $x$  al tamaño de la brecha, el límite de  $x$  tiende en el infinito a cero, cuando hay un empeño organi-

zativo en disminuir la brecha. En otros casos, la brecha se mantiene o aumenta, con las consecuencias esperables en el gasto, y en la morbilidad y la mortalidad no evitadas. Gran parte del trabajo sobre la brecha implica que la clínica inunde la gestión, y que el conocimiento científico se aplique adecuadamente.

- **Cochraniano:** Se dice del que cree en los ensayos clínicos con más pasión y menos juicio que Archie Cochrane. Es, también, el sujeto que ha transformado su fe en los ensayos clínicos en una actividad altamente lucrativa. Ambas especies conviven sin dificultad, pues tienen un triple denominador común: la veneración de las universidades de Mac Master (Canadá) y Oxford (Reino Unido), el culto a los informes de la Biblioteca Cochrane, y el patrocinio de sus actividades por la industria farmacéutica (a la que aparentan despreciar, en público). Muchos son médicos que han renegado del trabajo clínico, y que reniegan de los médicos clínicos. Además, utilizan barbarismos incontables e innecesarios, como traducir *evidence* por *evidencia* (y

no por prueba, testimonio o hecho), y *library* por *librería* (y no por *biblioteca*). Si Archie Cochrane levantara la cabeza de su tumba vomitaría sobre los cochraneanos, sin duda.

- **Era de la genética:** Periodo de tiempo que comienza en el año 2000. Le han precedido la era de la higiene y sanidad (de 1840 a 1889), la era de las enfermedades infecciosas (de 1890 a 1949) y la era de los factores de riesgo (de 1950 a 1999). En la era de la genética lo que predomina es una expectativa excesiva acerca de las posibilidades del diagnóstico precoz y del tratamiento según pautas de fundamento genético. Las aplicaciones clínicas decentes van muy por detrás de las que se venden, y ello convierte la brecha genética entre eficacia y efectividad en un abismo insondable, en el que se quemará mucho dinero, y mucha salud. Importa tener claro los conceptos de riesgo relativo, absoluto y atribuible.
- **Prevención cuaternaria:** La intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. La prevención sanitaria trata de evitar los efectos adversos de la actividad sanitaria, muy frecuentes. La prevención cuaternaria intenta que la actividad sanitaria no sea un factor patógeno, cuando en nombre de la prevención o de la curación se emprenden cadenas diagnósticas o terapéuticas innecesarias o imprudentes. La prevención cuaternaria pretende evitar las consecuencias del exceso de cuidados médicos. La prevención cuaternaria obliga a resistir ante las modas. La prevención cuaternaria exige autonomía y conocimiento científico sólido.
- **Error:** Aquello que el médico hubiera deseado no haber cometido, y que no desea cometer en el futuro. Hay errores de comisión y de omisión. Los errores pueden ser individuales o sistemáticos, según ser produzcan ocasionalmente, o con regularidad. Las consecuencias de los errores pueden ser menores o mayores (incapacidad permanente y muerte). Lo peor que puede suceder con un error es no advertirlo o ignorarlo. "Un error es un tesoro", dicen los japoneses de la industria automovilística, y con esta filosofía han conseguido el mejor producto.
- **Mar de la Incertidumbre:** Ambiente en el que trabaja alegre y confiado el médico general. Por el contrario, ambiente que rechaza el especialista, que prefiere habitar en los puertos de la costa de dicho mar. El médico general prudente desembarca a los pacientes sólo cuando es necesario en el puerto del especialista apropiado (el especialista es un cíclope que ve a través de una lupa o microscopio de su ojo único, con una visión deformada por su especialización). El Mar de la Incertidumbre rodea al Reino de los Diagnósticos y al Imperio de los Tratamientos. Existe una correspondencia biunívoca entre puerto de especialidad, y lugar del Reino de los Diagnósticos y del Imperio de los Tratamientos (no hay enfermos, sino enfermedades y tratamientos según el especialista que toque).
- **No enfermedad:** Situación fisiológica, normal, que se transforma en enfermedad por el poder médico de definir salud. Una "no enfermedad" es una enfermedad imaginaria definida por los médicos. Por ejemplo, la menopausia y el climaterio son situaciones fisiológicas,

normales, transformadas en enfermedades que justifican la intervención médica y medicamentosa. Cada vez hay más "no enfermedades", lo que se traduce en la práctica en la pérdida de salud de la población y en su medicalización. El sano diagnosticado de una enfermedad imaginaria adopta el papel de enfermo y se somete a rituales diversos, de citas y recetas, de análisis y pruebas, y de tratamientos físicos y químicos. La enfermedad imaginaria, la "no enfermedad" tiene un alto coste social, que se traduce no sólo en aumento del gasto sanitario, sino en infelicidad.

- **Pornoprevisión:** Búsqueda heroica de la prevención, de la fuente eterna de la juventud a través de la evitación de los factores de riesgo. Es tarea imposible y estéril. Por ejemplo, se han descrito más de cien factores de riesgo cardiovascular, con lo que su evitación convertiría la vida en un infierno. Mediante la pornoprevisión se pretende controlar toda incertidumbre y obtener la seguridad rutinaria de lo previsible. Es un intento vano, pero la sociedad llega a creer en la pornoprevisión, y así se termina por rechazar todo lo que se considera no controlable. Cualquier daño, accidente, enfermedad o muerte se considera evitable, prevenible.
- **Seguridad del paciente:** Calidad o condición que libra al paciente de los riesgos y peligros inherentes a la actividad clínica. Cuando se habla de seguridad del paciente se va más allá de la calidad, pues no se trata sólo de aplicar procedimientos con calidad, sino de evitar los daños innecesarios, que pueden sobrevenir incluso cuando se trabaja con calidad. La seguridad del paciente se consigue cuando

se evitan errores, cuando se hace prevención cuaternaria y cuando se aplican los procedimientos en los lugares adecuados. La seguridad del paciente es central en el proceso de atención, pues los daños producidos por la actividad médica nunca deben ser más de los necesarios.

- **Síndrome del barquero:** Situación en la que un profesional retiene un conocimiento, o una técnica diagnóstica o terapéutica, pese a que los avances tecnológicos o el desarrollo científico permitirían su manejo por otro profesional más cercano a la población, o por el propio paciente. El síndrome del barquero es muy frecuente, y expresa el deseo de monopolio y de poder del profesional que lo ejerce. Por ejemplo, padecen el síndrome del barquero en forma crónica los ginecólogos y tocólogos que niegan el acceso a los médicos generales a ecografías ginecológicas, como los del Hospital La Paz, de Madrid. El resultado final del síndrome del barquero es la ineficiencia del sistema sanitario (la atención sanitaria se presta "demasiado lejos del paciente"), lo que significa despilfarro de recursos y persistencia o agravamiento de problemas de calidad de vida y sufrimiento en los pacientes.
- **Síndrome del gato:** Situación en la que un profesional o lego (el paciente o algún familiar, por sí o en asociación) reclama un conocimiento, o una técnica diagnóstica o terapéutica, pese a que los avances científicos o tecnológicos no permiten atender esa reclamación, por razones de eficacia, efectividad o eficiencia. Sirva de ejemplo del síndrome del gato la auto-determinación de glucemia en los pacientes diabéticos no insulino-de-

pendientes, en los que el conocimiento de la cifra de glucemia no mejora ni la salud física ni la mental. De hecho, el consumo de tiras de glucemia se convierte en un gasto canceroso que crece hasta estar por encima del gasto en el tratamiento de la propia enfermedad. El resultado final del síndrome del gato es la ineficiencia del sistema sanitario (la atención sanitaria se presta "demasiado cerca del paciente"), lo que significa despilfarro de recursos y persistencia o agravamiento de problemas de calidad de vida y sufrimiento del paciente.

- **Tierra de la Anécdota y de la Categoría:** Lugares separados por un estrecho de aguas procelosas y turbulentas. La Tierra de la Anécdota se llena de las cosas que suceden en la práctica clínica diaria. La Tierra de la Categoría está habitada por los resultados de los ensayos clínicos y de los meta-análisis. Algunos ilusos pretenden mezclar ambas tierras, sin meditar en sus consecuencias. Es como desear que el Código Penal gobierne directamente nuestras vidas, sin necesidad de jueces que interpreten las leyes según contextos y situaciones.

- **Tragedia clínico estadística:** Expresión acuñada por Feinstein para definir el peligro de aplicar los resultados epidemiológicos a los pacientes individuales. Los resultados epidemiológicos se refieren a poblaciones, por lo que es un ejercicio riesgoso el aplicarlos a los pacientes en la práctica clínica. Si no se ejerce con precaución, la pirueta puede ser trágica, y el resultado final peor que actuar sin información epidemiológica. La tragedia clínico estadística explica que sea innecesario y peligroso el uso de las tablas de riesgo, tan populares entre clínicos y gerentes. El riesgo con que trabajan las tablas es un riesgo epidemiológico, cierto en poblaciones, pero el resultado se aplica al paciente, al individuo, en el que nunca sabemos bien cómo hacerlo. Sin precaución, la tragedia clínico estadística lleva a un peor resultado sanitario.

*Nota:* Este texto se basa en el contenido de un libro ("Reivindicación de una medicina clínica cercana, científica y humana") que está escribiendo el autor, con Mercedes Pérez Fernández.

## **La aportación de la formación y la investigación en Atención Primaria**

Tomás Gómez Gascón

El cambio en la sanidad española, con la reforma comenzada en 1984 creando los centros de salud, ha sido muy importante para mejorar el primer nivel de atención, y, con ello, contribuir a la eficiencia del sistema.

Con una gran mayoría de la población atendida por equipos de Atención Primaria (EAP) en todo el territorio del Estado, dentro del Sistema Nacional de Salud, es fundamental la cualificación de los profesionales sanitarios que trabajan en estos equipos.

La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1978 y su desarrollo progresivo durante los últimos 26 años ha complementado la reforma estructural, junto con la transformación de los estudios de enfermería en diplomatura universitaria en los años 80.

El médico de familia, en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, ha ido adquiriendo una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Es conocedor de que el uso inadecuado de un recurso sanitario (un fármaco, una prueba complementaria, una consulta a otro médico, etc.) no sólo represen-

ta un riesgo de yatrogenia para el paciente sino también un gasto innecesario que priva al conjunto de la población de otros recursos. Por ello, el médico de familia ha tenido desde el principio un compromiso social en el uso eficiente de los recursos sanitarios y en evitar activamente la discriminación en el acceso a los servicios de salud. Esto es algo que se aporta desde el primer nivel de atención al sistema sanitario y que se ha ido extendiendo lentamente, planteándose actualmente el dar formación a todos los médicos residentes, independientemente de su especialidad.

Dentro de estos cambios, que se han manifestado por una mejor atención clínica, trabajo en equipo, actividades de prevención y promoción de la salud, mejora de la calidad, ..., que ha incidido en la alta satisfacción percibida por los usuarios, tienen un papel fundamental las actividades de formación e investigación.

Una de las grandes aportaciones del trabajo en equipo ha sido la realización de sesiones, ya que ha supuesto una oportunidad de realizar la **formación continuada** dentro del horario laboral. Además se ha visto que esta



formación es la más efectiva de todas las realizadas. En los últimos dos años las sesiones han decrecido por el aumento de la presión asistencial, pero sigue siendo una actividad fundamental de los EAP, como se puede ver en la tabla 1 (sale una media en 2004 de 61 sesiones por centro de salud).

El profesional sanitario es consciente, en general, de que debe tomar sus decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y por ello reconoce la necesidad de mantener actualizados sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales. Por tanto complementa las sesiones con actividades de formación por medio de cursos o talleres, como se puede ver en la Tabla 2, referida a formación ofrecida por la propia empresa sanitaria.

Los profesionales sanitarios de los centros de salud actúan como docentes de otros profesionales, colaborando activamente en la formación pregrado de las diplomaturas de Enfermería, Fisioterapia y Trabajo Social, así como en Medicina en la mayoría de las facultades, aportando la visión de la Atención Primaria. A nivel de **postgrado** la contribución de la Atención Primaria es muy relevante, al ser los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria un tercio del total de MIR y además realizar guardias en los hospitales, siendo en los hospitales comarcales los únicos residentes existentes.

Avanzar en **investigación** supone hacerlo en desarrollo profesional. La investigación en Atención Primaria ha adquirido un gran avance en los últimos años, aunque todavía es insuficiente.

Tabla 1: Sesiones en los centros de salud del Área 11 de Madrid: años 2000 a 2004

2000	2001	2002	2003	2004
2.618	2.671	2.626	2.279	2.327

Tabla 2: Distribución de las horas lectivas por categoría profesional: años 2000 a 2004. Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

Tipo profesional	Horas/ profesional 2000	Horas profesional 2001	Horas/ profesional 2002	Horas/ profesional 2003	Horas/ profesional 2004
Facultativos	37,48	31,85	25,49	25	24,33
Enfermeras	47,69	30,23	23,98	15,71	19,23
Trabajadores sociales	47,08	30,15	31,15	39,38	14,61
Aux. enfermería	7,19	11,36	8,53	3,38	15,53
Aux. administrativos y Administrativos	29,14	26,68	11,19	12,26	13,46
Celadores	11,74	16,15	5,46	5,94	7,59
Total	34,9	28,44	20,42	17,53	19,36



ciente para las necesidades de la población y del sistema sanitario.

La Atención Primaria aporta unas características muy importantes para la investigación:

- estudia los problemas de salud de los seres humanos en su hábitat natural, lo que le confiere una diferenciación clara con respecto al medio hospitalario.
- contempla la historia natural de la enfermedad en todos sus estadios evolutivos, así como los factores condicionantes del estado salud/enfermedad desde una perspectiva clínica, epidemiológica o de organización de los servicios de salud.
- puede evaluar las modificaciones e impactos que producen determinadas intervenciones sobre los estados de salud del individuo, de la familia o de la comunidad.

La investigación en Atención Primaria se dirige fundamentalmente a la reso-

lución de problemas de salud, no teniendo sentido la contestación de preguntas sólo por curiosidad intelectual. Es una investigación más pragmática y aplicada.

La puesta en marcha de la RedIAPP (Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria) ha permitido desarrollar líneas de investigación sobre ejercicio físico, tabaco, riesgo cardiovascular, etc, que darán su fruto en poco tiempo y aportarán conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones de promoción y prevención de la salud al tener proyectos de investigación con una base poblacional de 3000 a 4000 personas.

Los EAP, con sus profesionales bien formados, son necesarios e imprescindibles para el buen funcionamiento del sistema sanitario.