



Ángel Ruiz Téllez.

## Centros en Transición®. Gestión del Conocimiento Paradójico®

Ruiz Téllez A<sup>1</sup>, Gracia Pardo L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Concepto y Metodología en Atención Primaria S.L.  
Mollet del Vallès. Barcelona.

<sup>2</sup>CAP Vallcarca-SantGervasi. Barcelona.

Dirección para correspondencia: angelruiztellez@cymap.es

### Resumen

Se comunica la experiencia de la implementación de un proyecto de intervención profesional, centrado en la gestión del comportamiento para la inversión o reversión de la natural tendencia inercial inflacionaria del Sistema Nacional de Salud (SNS), sobre la base de la combinación de conocimiento e información de alto valor.

Ese proyecto, que llamamos Centros en Transición®, que continúa, desarrolló sus fases I y II en los años 2014 y 2015, en el centro de Atención Primaria (CAP) de Vallcarca, una entidad de base asociativa (EBA) de la ciudad de Barcelona, y son sus resultados lo que se publica.

La hipótesis consistía en tratar de demostrar que la modificación de las falsas creencias, los sofismas sobre los que se estructura buena parte de la actividad asistencial, apoyada por información fiable y valiosa, podría modificar el comportamiento inflacionario natural del sistema, consiguiendo la paradoja de “hacer más por menos”.

La metodología consistió en la combinación de Parones® o reuniones, en horario de trabajo, sin sustitución alguna, con todo el equipo, en los que se transmitía la filosofía de la Gestión del Conocimiento Paradójico®, combinado con un potente, sensible y fiable Sistema de Información Sanitaria ISIS Manager®, que permitía demostrar lo conceptualizado en las reuniones.

Tal proceso modificó las creencias. Estas, las actitudes y, finalmente, provocó un cambio de comportamientos profesionales y generales, en la organización funcional.

Sus consecuencias fueron el cumplimiento de la hipótesis, pues, se consiguió la paradoja expresada en la transmisión del Conocimiento Paradójico® pues se aumentó notablemente la población atendida y la actividad asistencial, bien monitorizada en episodios de atención, mientras se reducía de manera global y particular cada una de las áreas de consumo gestionable, el gasto de farmacia, el gasto de derivaciones a especializada y el gasto de días de incapacidad temporal (IT).

¿Cuánto más hay que esperar para comprender que la gestión de los comportamientos profesionales es una de las pocas salidas que tenemos ante la destructiva inercia inflacionaria en la que el SNS se ve arrastrado?

Si deseamos legar a nuestros nietos un sistema sanitario capaz y sostenible, precisamos de un profesional involucrado, motivado y consciente de la realidad poliédrica en la que mueve, tan alejada de la simple imagen plana actual.

La combinación, como en este Proyecto de Centros en Transición® de un conocimiento valioso y una información sensible, fiable han demostrado su impacto sobre el comportamiento profesional que, como consecuencia ha incrementado su efectividad, su eficiencia y su rentabilidad Social.

*Palabras clave:* Gestión del comportamiento profesional; Gestión del conocimiento paradójico; Centros en transición; Gestión.

### **Transition Centers®. Management of Paradoxical Knowledge®**

#### **Abstract**

This is an issue about an experience of implementing a project of professional intervention, focusing on behavior management for investment or natural reversal of inflationary inflexibility of SNS, based on the combination of knowledge and high-value information.

This project is called Transition Centers®. Today it continues. Has been developed its phases I and II in 2014 and 2015, in the CAP Vallcarca, an EBA of the city of Barcelona, and its results are what is published.

The hypothesis was to try to show that modifying false beliefs, fallacies on which much of the care activity is structured, thanks to reliable and valuable information, we could modify the natural inflationary behavior of the system, getting the paradox of "do more for less".

The methodology consisted of a combination of Parones® or meetings during working hours, with all the equipment, in which the philosophy of management Paradoxical Knowledge® is conveyed, combined with a powerful, sensitive and reliable system Health Information ISIS Manager® that allowed prove the conceptualized in meetings.

Such a process modifies beliefs. These, attitudes and, eventually, led to a change of professional and general behavior in the functional organization.

The hypothesis was fulfilled. the paradox expressed in the transmission of Paradoxical Knowledge® as it increased significantly the population served and the welfare activity, well monitored in Episodes Attention was achieved. Another decreased, overall and particularly, each of manageable consumption areas: pharmacy spending, spending Referrals to specialized and IT spending days or Temporary Disability.

How much more you have to wait to understand that the management of professional conduct is one of the few outlets we have before the destructive inflationary inertia in which the SNS is drawn?

If we want to bequeath to our grandchildren a capable and sustainable health system, we need a professional involved, motivated and aware of the multifaceted reality that moves, so far from simple current flat image.

The combination, as in this Transition Centers<sup>®</sup> project, a valuable knowledge and a sensitive and reliable information have proven their impact on professional behavior, as a result, has increased its effectiveness, efficiency and Social Performance.

*Key words:* Professional behavior management; Knowledge management paradoxical; Centers in transition; Management.

## Introducción

Pese a la crisis, pese a la reducción de población atendida (RD 16/2012) y pese a los recortes, la inercia inflacionaria del SNS sigue su "natural" tendencia alcista. El gasto farmacéutico sube, los días de incapacidad temporal (IT) suben y el gasto por derivación al hospital sube.

Las entidades de base asociativa (EBA) son las únicas experiencias reales de gestión directa, con responsabilidad financiera, implementadas en la Atención Primaria pública española, y, por tanto, los recortes, en su caso, son reales, pues no hay quien respalde su déficit. Para mayor presión financiera, las EBA cuentan, de manera histórica, con un 30% menos de presupuesto que sus homólogos Centros de Atención Primaria (CAP) públicos, a poblaciones iguales, por esa máxima de la gestión española de que la eficiencia de unos cubrirá la ineficiencia de otros.

Nos preguntábamos qué pasaría con esa inercia inflacionaria de gasto en un centro con alta presión financiera, en plenos recortes, si aplicáramos una experiencia intensiva de intervención

profesional para invertir esa aparentemente intocable e inevitable tendencia inflacionaria.

Partíamos, por un lado, de un largo proceso de análisis de la realidad (proyecto ISIS Manager<sup>®</sup>), que durante más de 15 años habíamos desarrollado en la Atención Primaria pública, y, por otro, del convencimiento del valor de eso que siempre se dice, de que la clave está en el profesional, y de que si alguna vez se aplicara sería extraordinario.

La hipótesis era simple: el margen de maniobra de "hacer más por menos", dentro del mismo SNS, es más grande de lo que se cree, sin necesidad de despedir plantilla, bajar sueldos, reducir ofertas, o de aplicar recortes, si lo que modificamos es el comportamiento profesional.

Aplicamos el método del proyecto, que denominamos Centros en Transición<sup>®</sup>, consistente en modificar el conjunto de creencias sobre las que se articulan y definen las relaciones interpersonales, profesionales y las modalidades de organización, que llamaremos Conocimiento Paradójico<sup>®</sup>. Tal modificación de creencias cuestionaría

las formas rutinarias de relación, provocando otras más efectivas y eficientes, en beneficio general. Hasta aquí la hipótesis.

Si esta fuera cierta, conseguiríamos –la tesis– más actividad, de mayor calidad y complejidad, atenderíamos a más población y más compleja y todo ello lo haríamos con menos consumo de recursos gestionables (gasto de farmacia, gasto en derivaciones y gasto en bajas laborales, principalmente), es decir, conseguiríamos invertir la tendencia inflacionaria estructural de nuestro SNS, con un notable incremento de la productividad, si la definimos como la razón de “lo hecho/lo consumido”. Lo sorprendente sería, además, conseguirlo con un mayor grado de satisfacción profesional.

El área de Conocimiento que se ponía a disposición de los profesionales era una síntesis de los principios del management largamente analizados y adaptados, en unos 30 años, al terreno profesional sanitario, por los componentes de Concepto y Metodología en la Atención Primaria (CYMAP), metodólogos del proyecto.

El reto era sencillo, que no simple: ¿qué pasaría si el profesional “viera” la realidad poliédricamente y no “plana”, como habitualmente hace? ¿Modificaría su actitud ante la presión asistencial, la demanda, la concepción del hospital, el uso de los recursos? ¿Cambiaría su comportamiento, en beneficio de una meta superior? ¿Reconocería su punto de vista equivocado?

## Método

Esto se desarrolló en el CAP de Sant-Gervasi-Vallcarca, en Barcelona ciudad, que es una EBA. El CAP de Vallcarca atiende a algo más de 50 000 habitantes. Funciona con presupuesto

capitativo anual y con la responsabilidad financiera en el gasto de personal, Farmacia, pruebas y gastos generales. Tienen autonomía financiera. El presupuesto para cubrir el gasto de derivaciones, al parecer, seguirá el mismo tratamiento a partir de 2016, según informaciones del CatSalut.

El proyecto Centros en Transición® (a partir de ahora el proyecto), se comenzó a aplicar en 2014. Es un proyecto de intervención para la modificación del comportamiento profesional sobre la base del conocimiento, aunque para ser más precisos, sobre la base de la Gestión del Conocimiento Paradójico®, vista la diametralmente opuesta orientación de los conceptos sobre los que se soporta la relación interprofesional, médico-paciente y la construcción de la organización funcional.

El proyecto está estructurado en cuatro fases:

- **Fase I:** Gestión del Conocimiento Paradójico®.
- **Fase II:** Agenda de Calidad y Gestión de la Demanda®.
- **Fase III:** Gestión del Entorno Relación-Incentivo®.
- **Fase IV:** gestión clínica.

Lo que se muestra en este artículo son los resultados, o el impacto, de las dos primeras fases, estando las otras dos en desarrollo no concluso, en el momento de esta publicación.

La metodología utilizada ha sido la combinación de sesiones presenciales, Parones®, con una información asistencial de alta calidad y potencia, provista por el programa ISIS Manager®, un sistema de información sanitaria (SIS), desarrollada e implementada por CYMAP<sup>1</sup>.

Los Parones<sup>®</sup> (figura 1) eran reuniones mensuales, de seis horas seguidas, en horario laboral, habitualmente los miércoles, con presencia de la práctica totalidad de la plantilla médica, enfermera, auxiliar, administrativa y trabajadora social, sin necesidad de sustituir a nadie, sin que la población se enterase, y sin "rebote" de demanda al día

siguiente. Esta era la primera sorpresa y el primer concepto paradójico aprendido por el equipo ante la queja continua de falta de tiempo: "El tiempo no existe, se crea". En esas reuniones, con diferente metodología inductiva, grupos, etc., se "deconstruía" el pensamiento sofismático imperante, para mostrar la poliédrica realidad, para lo



Figura 1. Imagen de la dinámica de uno de los Parones<sup>®</sup>

que la información de ISIS Manager® se convertía en esencial, puesto que ya habíamos aprendido<sup>2</sup> que para modificar el comportamiento profesional la información proveniente de un SIS, debe ser valiosa, sensible y fiable.

Nada como comprobarlo en los propios datos, cuando estos presentan el máximo grado de Fiabilidad posible, dado que ISIS Manager® soporta un potente sistema propio de Certificación de la Fiabilidad del Registro<sup>3</sup>.

Por ello no fue demasiado difícil que los profesionales comprobaran y comprendieran la falsedad de gran parte de las creencias en la que se estructura y se ha estructurado su actividad y organización funcional a lo largo de años.

Los profesionales se sorprendieron al comprobar falsedades como las siguientes:

- "Con menos pacientes lo haré mejor". Falso. Se hace peor.
- "Con menos pacientes daré más calidad". Falso. Se da menos calidad.
- "Con menos pacientes seré más efectivo". Falso. Disminuye la efectividad.
- "Con menos pacientes seré más eficiente". Falso. Se hunde la eficiencia. Se gasta más farmacia. Se deriva bastante más. Se multiplica la frecuentación.
- "Con menos pacientes y menos complejidad, sería más capaz de ajustar un presupuesto asignado". Falso. El despilfarro corre en sentido contrario al tamaño y complejidad del cupo. Solo los cupos grandes y complejos, no solo, paradójicamente, atienden más, sino que son más eficientes.

- "Yo no tengo lista de espera", estas están solo en Especializada. Siendo cierto que hay listas de espera en Especializada, la lista de espera en Atención Primaria puede ser muy superior, puesto que lo que ha de medirse es la necesidad sanitaria existente no atendida.
- "Mi gasto sanitario depende de mí población". Aunque hay una cierta influencia de comportamientos y consumos por la composición poblacional, lo cierto es que, en poblaciones estandarizadas, e incluso en la misma población, la influencia profesional es la clave, pues basta con cambiar solo de médico, aparecerán diferencias de efectividad-coste superiores al 500%. Influye más el estilo de práctica que la composición poblacional.
- "La demanda es inamovible y secundaria a todos los demás (políticos, hospital, pacientes...)". Aunque siendo cierto en parte, la demanda de cada cupo de Atención Primaria es absolutamente reactiva al estilo de práctica.
- Etc.

Las sesiones de "deconstrucción" de las falsas creencias o sofismas de la fase I se siguieron de la fase II, más utilitarista, con las soluciones de la gestión de la demanda y Agenda de Calidad<sup>4</sup>, que se aplicaron en los tres meses siguientes.

Las fases III y IV, que no son objeto de este artículo, están en actual implementación y desarrollo y son un paso más del cambio de estilo, no solo de práctica, sino también de Entorno Relación-Incentivo®, pues se consolida la gestión por presupuesto delegado, con responsabilidad financiera individual, por profesional.

## Unidades de medición

Se utilizó el programa ISIS Manager® para la medición de la información sanitaria. ISIS Manager® se alimenta de las tablas del programa OMIAP, para toda la información, con excepción de la información de prescripción, que, por depender de la receta electrónica catalana, proviene del informe 750, que mensualmente el CatSalut publica con la información de dispensación.

## Unidades temporales

Periodo anual: para evitar la alteración de las fluctuaciones estacionales o mensuales, todas las unidades de medida se contabilizan, cada mes, en el periodo retrospectivo de 12 meses. Por tanto, cada valor que se represente referente a un periodo se referirá, siempre, a la actividad, a los consumos, a la población atendida, en los últimos 12 meses desde esa fecha. Es el análisis por Total Anual Móvil (TAM) que permite, con precisión, medir las tendencias, sin la distorsión de las fluctuaciones estacionales, pues todos los periodos contienen todas las estaciones.

## Unidades de población

- Población base: La población TIS, o con tarjeta sanitaria adscrita al centro, realmente atendida en el centro en el último año. Por tanto, cada habitante de población base podríamos equiparlo a paciente o habitante atendido.
- Población ponderada: es la población base ajustada por varios factores geosociodemográficos estándar para todos los cupos médicos. Esos factores, por cupo, son edad, sexo, dispersión geográfica, penuria social y tamaño de cupo. De acuerdo con esos factores se posibilita estandarizar la población para permitir la comparación.

Aquel cupo que tenga pacientes más ancianos, con mayor dispersión, con mayor penuria, tendrá un mayor número de población ponderada y viceversa. Esta ponderación permite reconocer el grado de complejidad demográfica de la población, a la hora de comparar. Por tanto, cada habitante ponderado podríamos equiparlo a paciente ponderado o estandarizado.

- Población base IT: población de 16-65 años, precisa para la ponderación de los consumos de días de incapacidad temporal.

## Unidades de actividad

El programa de historia clínica que usa el CAP de Vallcarca es el programa OMIAP, por lo que disponíamos de un buen modelo de datos en base al episodio de atención, sobre la base de la codificación Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP 2).

- El grado de Certificación de la Fiabilidad del Registro®, del programa ISIS Manager®, certificaba la calidad de la información registrada, tanto en su vertiente funcional como en su calidad en la codificación.
- La actividad, por tanto, podía medirse correctamente en unidades de episodio de atención, de acuerdo con la definición oficial<sup>5</sup>.
- La medida se establecía en episodios diferentes atendidos en los 12 meses posteriores. Se define episodio atendido como aquel que tiene cualquier tipo de registro, a lo largo del año, sea un comentario, una prescripción, una prueba, etc.
- Episodio de atención en unidades relativas de valor (URV) es la ponderación de la complejidad clínica



del episodio atendido, de acuerdo a 40 factores que el programa ISIS Manager® dispone. De esa forma puede compararse y evaluarse, con mayor precisión, la implicación y competencia profesionales. El número de URV de un episodio de atención indicará la complejidad del mismo. Cuanto más alto, mayor será.

- Índice de complejidad asistencial: es el cociente entre la suma de los episodios de atención en URV, dividido por el número de episodios de atención. Cuanto mayor sea, mayor la complejidad asumida por el profesional.

### Unidades de consumo gestionable

#### D1. Unidades de Gasto de Farmacia ambulatoria:

- **Gasto de Farmacia:** a través de la información de dispensación oficial, proveniente del informe 750 del CatSalut, ISIS Manager® contabiliza el gasto en PVP. Gasto de Farmacia por periodo: será el gasto acumulado en los 12 meses previos a la fecha del periodo mensual.

#### D2. Unidades de consumo de derivaciones:

- **Consumo de derivaciones:** contabilizado como primeras derivaciones, derivaciones a partir de ahora, desde la Atención Primaria. Consumo de derivaciones por periodo: será la suma de derivaciones en los 12 meses previos a la fecha del periodo mensual.

#### D3- Unidades de Consumo de IT:

- **Consumo en días de IT:** contabilizado como suma de días de IT por paciente, ajustado por fechas (no duplica el cálculo en caso de doble

baja por doble empleo del trabajador), días IT, a partir de ahora. Consumo de días IT por periodo: será la suma de días IT en los 12 meses previos a la fecha del periodo mensual.

## Resultados

Como puede verse en la tabla 1, en el trascurso del tiempo de aplicación del proyecto, el CAP Vallcarca incrementó casi un 10% la población atendida (población base), un 9,73%, valor que se duplica al ajustar la población, 19,91% de población ponderada, por los factores de ponderación sociodemográficos.

La actividad, medida en episodios atendidos, también se incrementa en números brutos un 24,36%, valor que vuelve a duplicarse cuando se analiza la complejidad de tales episodios de atención, al aumentar un 41,48%.

El aumento es algo más que lineal, pues como puede comprobarse en los valores relativos de los episodios atendidos, sea en números absolutos o en URV, por un habitante base o un habitante ponderado, el porcentaje de variación crece mostrando mayor número, tanto de episodios atendidos, como de número de URV de episodios atendidos, por cada paciente atendido o por cada paciente ponderado. Si la intensidad asistencia fuera idéntica estos valores relativos no hubieran variado, sin embargo, crecen notablemente, básicamente cuando se analizan los valores en número de URV de episodios atendidos, que presentan incrementos del número de URV por cada paciente (1 población base) o por cada paciente estandarizado o ponderado (1 población ponderada) del 28,94% y del 17,89%, respectivamente.

Ello explica y es corroborado por el índice de complejidad, medida de la activa implicación asistencial de los profesionales



**Tabla 1. Evolución de la población atendida y la actividad. CAP Vallcarca. Enero 2014-diciembre 15**

Población	Periodo anual enero 2014	Periodo anual diciembre 2015	Variación
Población base	29 746	32 639	9,73%
Población ponderada	30 387	36 438	19,91%
Población base IT	10 470	12 457	18,98%
Actividad	Periodo anual enero 2014	Periodo anual diciembre 2015	Variación
N.º de episodios atendidos	164 109	204 085	24,36%
N.º de episodios atendidos/1 población base	5,52	6,25	13,34%
N.º de episodios atendidos/1 población ponderada	5,40	5,60	3,71%
N.º URV de episodios atendidos	2 115 404	2 992 858	41,48%
N.º URV de episodios atendidos/1 población base	71,12	91,70	28,94%
N.º URV de episodios atendidos/1 población ponderada	69,62	82,14	17,98%
Índice de complejidad	12,8902	14,6648	13,77%

**Periodo anual:** 12 meses previos a la fecha marcada; **Población base:** población atendida; **Población ponderada:** población atendida ajustada por factores de ponderación sociodemográficos para la estandarización; **Población base IT:** población de 16-65 años, precisa para la ponderación de los consumos de días de incapacidad temporal; **1 población base:** 1 habitante de población base; **1 población ponderada:** 1 habitante de población ponderada; **URV:** unidades relativas de valor para ponderar el peso de la complejidad de los episodios atendidos; **Índice de complejidad:** división del número de URV de episodios atendidos por el número de episodios atendidos, como medida del grado de complejidad asistencial asumido.

en complejidad epidemiológica, que crece un 13,77%.

En la tabla 2 podemos observar la evolución del gasto de Farmacia, medido en valores absolutos, número de recetas y en costo o gasto de Farmacia.

Puede observarse una reducción bruta de ambos conceptos, del -3,44% y del -5,15%, respectivamente, que ocurre simultáneamente al incremento de población atendida y actividad asistencial (tabla 1). Es por ello por lo que la diferencia se agranda hasta el -20%,

**Tabla 2. Evolución del consumo de Farmacia. CAP Vallcarca. Enero 2014-diciembre 2015**

Farmacia	Periodo anual enero 2014	Periodo anual diciembre 2015	Variación
N.º de recetas	652 036	629 618	-3,44%
N.º de recetas/1 población base	21,92	19,29	-12,00%
N.º de recetas/1 población ponderada	21,46	17,28	-19,47%
Gasto de recetas	7 616 247,80 €	7 224 272,97 €	-5,15%
Gasto de recetas/1 población base	256,04 €	221,34 €	-13,55%
Gasto de recetas/1 población ponderada	250,64 €	198,26 €	-20,90%

**Periodo anual:** 12 meses previos a la fecha marcada; **Población base:** población atendida; **Población ponderada:** población atendida ajustada por factores de ponderación sociodemográficos para la estandarización; **1 población base:** 1 habitante de población base; **1 población ponderada:** 1 habitante de población ponderada.

-19,47% y -20,90% cuando relativizamos la información respecto a lo que se hace con un paciente atendido, que es mayor cuando estandarizamos al paciente (paciente atendido ponderado).

La información que el Ministerio de Sanidad ofrece en su página web sobre facturación de recetas<sup>6</sup>, muestra, tras el "recetazo" de julio de 2012, un crecimiento sostenido anual medio, en prescripción de número de recetas del 2,26% y del 3,13%, si nos referimos a España en su conjunto o a la comunidad autónoma de Cataluña, respectivamente. También crece sostenidamente el gasto de Farmacia ambulatoria por receta, al 3,0% y 2,42% anual, para España y Cataluña. El gasto medio por receta anual, ahora comparando enero 2014 y diciembre 2015, tiene un incremento medio del -1,46 €/receta (de 10,22 € a 10,07 €) en Cataluña y del 2,07% en el conjunto de España (de 10,62 € al 10,84 €).

La tabla 3, por una parte, nos presenta los resultados en derivaciones a la Especializada, al hospital desde la Atención Primaria, mostrando una intensa reducción, del -21,56%, que aumenta

de intensidad hasta el -28,51% y -34,59% si se analiza relativizado por cada 100 paciente (100 población base) o por cada 100 pacientes estandarizados o ponderados (100 población ponderada), respectivamente. Igualmente, esto se produce, paradójicamente, acompañando al incremento de población atendida y de actividad asistencial (episodios atendidos).

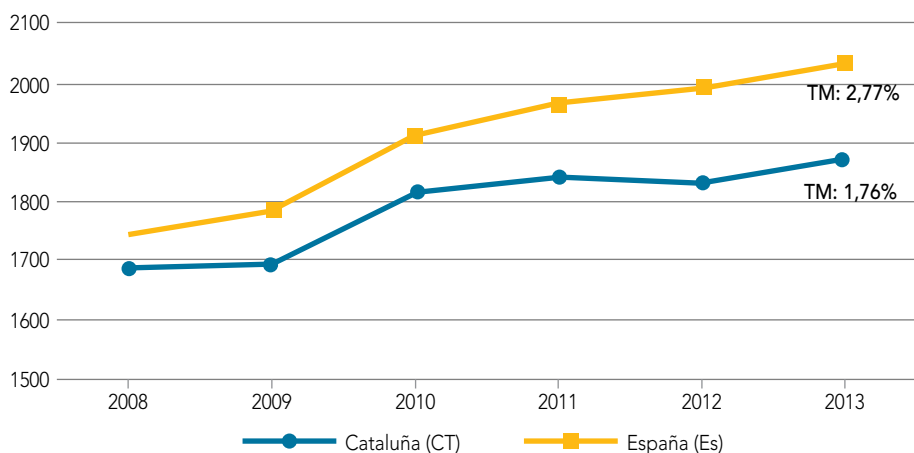
En la figura 2, sin poder tener el valor nacional de derivaciones, sin embargo, podemos inferir la tendencia nacional de las mismas a partir de la frecuentación a consultas de Especializada<sup>7</sup>. Observamos una sostenida tendencia de la misma a nivel nacional y en la autonomía de Cataluña, con valores tendenciales de incremento medio anual del 2,77% y 1,76%, respectivamente.

La tabla 3 también muestra el comportamiento del consumo en días IT anuales de la población adscrita al centro, es decir, del total de días de incapacidad temporal del total de pacientes con situación de baja laboral en el periodo anual retrospectivo estudiado. El resultado es una escasa variación, aunque negativa, de un -0,52%, pero que

**Tabla 3. Evolución del consumo de derivaciones e incapacidad temporal. CAP Vallcarca. Enero 2014-diciembre 2015**

Derivaciones	Periodo anual enero 2014	Periodo anual diciembre 2015	Variación
N.º de derivaciones	11 707	9183	-21,56%
N.º de derivaciones/100 población base	39,36	28,14	-28,51%
N.º de derivaciones/100 población ponderada	38,53	25,20	-34,59%
Incapacidad temporal			
N.º de días de IT	200 067	199 020	-0,52%
N.º de días de IT/1 población base IT	17,65	15,03	-14,84%

**Periodo anual:** 12 meses previos a la fecha marcada; **Población base:** población atendida; **Población ponderada:** población atendida ajustada por factores de ponderación sociodemográficos para la estandarización; **1 población Base:** 1 habitante de población base; **1 población ponderada:** 1 habitante de población ponderada; **N.º de días IT:** total de días en situación de baja laboral, de todos los pacientes en IT, en el periodo anual retrospectivo a estudio; **1 población base IT:** 1 habitante de población de 16-65 años, precisa para la ponderación de los consumos de días de incapacidad temporal.

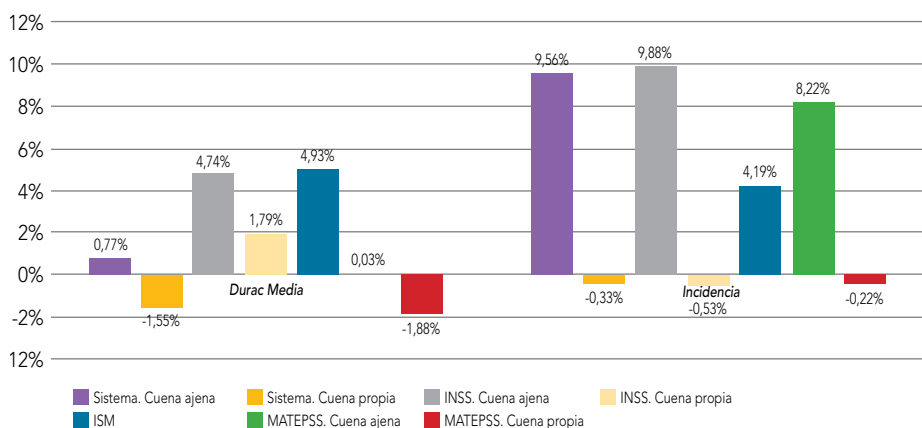


**Figura 2. Evolución de la frecuentación de las consultas de Especializada. Comunidad autónoma de Cataluña y España**

se incrementa, negativamente, al -14,84% si se analiza en relación con la población base IT (tabla 1), que es la población de 16-65 años, que creció, en el tiempo del estudio un 18,98%.

La figura 3, también como en el caso de las derivaciones, sin poder disponer de la misma unidad de medida a

nivel nacional, nos muestra una idea de la evolución de dos indicadores importantes, la duración media y la incidencia media mensual de bajas por 1000 trabajadores protegidos, que, en general, es incremental en 2015, con respecto a 2014, en la mayoría de los tipos de aseguramiento. También, a finales del 2015, la Seguridad Social



**Figura 3. Variación de 2015 respecto a 2014 de la duración media y la incidencia media mensual de bajas por 1000 trabajadores protegidos. España**

informó del importante crecimiento de las bajas, tanto en número de ellas, como en el gasto consecutivo<sup>8</sup>, con cifras de incremento del 23% y del 14%, respectivamente. De manera sostenida, superada la tendencia bajista desde el inicio de la crisis, la baja laboral crece una media de un 20% desde 2013.

## Discusión

¿Cuánto más hay que esperar para comprender que la gestión de los comportamientos profesionales es una de las pocas salidas que tenemos ante la destructiva inercia inflacionaria en la que el SNS se ve arrastrado? Sin duda la gestión de recursos y de estructuras ha tenido su valor y su momento, sobre todo en los años de expansión del SNS, pero sin hacer partícipe al profesional, de manera determinante, poca salida nos queda. No por una cuestión formal y políticamente correcta, sino porque el profesional, en la empresa sanitaria, es el verdadero jefe de compras: el que indica la terapia, la prueba, el ingreso, la derivación, el gasto gestionable y variable, en resumen, y, por tanto, el que manda por la vía de los hechos. Una muestra del estilo de desatención crónica que los servicios de salud españoles mantienen sobre su verdadero activo está en la traducción como "Recursos" de las siglas RR. HH., cuya traducción no debiera ser otra que "Relaciones Humanas".

La experiencia de Centros en Transición® plenamente implementada en el CAP de Vallcarca, experimentada, con éxito, año y medio antes en el CAP de Sarriá, otra EBA de 50 000 habitantes de la ciudad de Barcelona, ha sido poco a poco desarrollada a lo largo de los 15 años de contacto de CYMAP con varios cientos de centros de Atención Primaria de varios servicios de

salud, analizando las claves del comportamiento profesional.

Se ha demostrado, con este proyecto, vistos los resultados, posible el cambio y la expresión pragmática del concepto del Conocimiento Paradójico® por el que el SNS puede "hacer más, bastante más, con menos, con bastante menos".

Los datos presentados rompen la lógica de que "a mayor actividad, mayor consumo", la de que "a más compleja actividad (la falacia actual de los crónicos), mayor consumo" y la de que "a más población atendida y más compleja, mayor consumo". Esa lógica hubo de romperse, primero, en la mente de cada uno de los profesionales del CAP, para, después, romperse en la mente global de la organización. Se habían roto los moldes, la lógica tendencial, la forma inercial de ver la realidad.

El profesional comprendió, en su propia experiencia que, con menos pacientes y más simples, no solo no tenía más tiempo, sino que no era ni más efectivo, ni más eficiente, ni provocaba más seguridad del paciente. Comprendió, paradójicamente, y lógicamente, de acuerdo a la nueva lógica del Conocimiento Paradójico®, que la clave de la competencia profesional radicaba en, precisamente lo contrario, la complejidad, en las horas de vuelo asistencial en pacientes de alta complejidad. Comprendió que la demanda es reactiva por el propio estilo de práctica, y no está tan predeterminada ambientalmente. Comprendió, sorprendido, que la oferta no es un "entero", sino una tasa entre "lo atendido/lo existente, en base epidemiológica y poblacional". Fue sorpresivo y aleccionador reconocer que, ante la misma población, un profesional atendía el doble, el triple, el cuádruple de episodios, con las mismas visitas y con

un consumo (Farmacia, IT, derivaciones) en relación inversa con la efectividad y la oferta.

Centros en Transición<sup>®</sup> es la sintética traslación de los conceptos clásicos y profundos del *management* al acto cotidiano asistencial. No solo es la respuesta, es la "pregunta correcta". "¿A dónde vamos?, ¿dónde estamos?, ¿cómo demonios llegamos?". Para ello, la potencia, seguridad y fiabilidad del SIS ISIS Manager<sup>®</sup> fue primordial, puesto que el profesional, de entrada, no se creará las afirmaciones realizadas en los Parones<sup>®</sup> si no vienen acompañados de la información adecuada.

Hace casi 20 años comprendimos que, siendo posible la modificación de comportamientos profesionales, solo se alcanzaría esta si se acompañara de un SIS que respondiera a tres sencillos conceptos. Debía ser valioso, sensible y fiable. Desde entonces nos empeñamos en la construcción, diseño y desarrollo de ese SIS que respondiera a esas tres condiciones. Los resultados de este estudio muestran el éxito del proyecto, pues combina la conceptualización teórica con el soporte informativo e informático de tales aseveraciones y con información válida y fiable.

La incertidumbre profesional sobre los resultados mostrados por ISIS Manager<sup>®</sup> se eliminaba, primero, por sus 98 factores de ajuste para la comparación, aplacando el sentir general de aquello de que "mi población es especial", al verse contemplado y reflejado en algunos de esos factores y, segundo, por la Certificación de la Fiabilidad del Registro<sup>®</sup>, que descartaba las dudas sobre los problemas del registro y la codificación.

Pero lo que movió el comportamiento fue ese tercer concepto de "valioso", al responder, el SIS, al por qué y al

para qué, que movilizan profundamente, desde la motivación trascendente, la actitud y el comportamiento profesional.

Si la meta se hacía explícita, respondiendo a esas dos preguntas esenciales, la natural ceguera autocomplaciente desaparecía como por ensalmo. ¿Por qué existe el sistema sanitario? Porque hay problemas sanitarios. ¿Para qué existe el sistema sanitario, y yo en él? Para resolverlos.

Se establecía, de manera explícita en el centro de Atención Primaria, la Meta común de resolver las necesidades sanitarias existentes, de la manera más efectiva, equitativa, accesible, eficiente y sostenible. Todo tipo de actitud, de comportamiento, de organización funcional, al compararse con la misma, se ubicaba y se podía considerar como una acción que nos acercara o nos alejara de la misma. Se evidenció la demasiada frecuencia de la presencia del verbo de acción de entretener o controlar como razón de tantas acciones asistenciales. Y comenzó el cambio. Y la sorpresa de la teoría del Conocimiento Paradójico<sup>®</sup> dejó de ser teoría para hacerse real, "haciendo más, bastante más, por menos, por bastante menos".

Si no, ¿cómo es posible que, mientras el ambiente general sigue en su deriva inflacionaria, un CAP como el de Vallcarca, inmerso en ese magma, pueda, no solo flotar, sino navegar en sentido contrario?

Además, a lo que ya hace el CAP de Vallcarca de reducir un -5,15% en bruto, o un -20,90% en valor relativo al incremento de población y actividad, hay que sumarle otro -3,13% anual de lo que inercialmente crece la Farmacia en la comunidad autónoma. Al igual que hay que sumarle otro -1,76% de crecimiento de las derivaciones en la

comunidad autónoma a la espectacular rebaja del -21,56% de derivaciones, en valores absolutos, o del -34,59%, en valor relativo al incremento de población y actividad.

La aparente estabilización del gasto absoluto en IT del -0,52%, aunque no relativo, que alcanza el -14,84%, por el incremento de población de 16-65 años, es un éxito tremendo ante la noticia de la Seguridad Social Española que indicaba un incremento del gasto general del 14%, que, como poco, habría que sumar como valor de ahorro al esfuerzo del CAP.

Y, todo ello, con incremento de población, casi un 20% más de población ponderada y con incremento bruto de actividad (episodios atendidos) del 24,36% y del 41,48%, en valores absolutos o ponderados por complejidad (URV), demostrado por el incremento de un 13,77% del índice de complejidad.

Por tanto, ¿recortes o *management*?

Los recortes nos han demostrado que no alteran, en absoluto, como se muestra en las figuras 2 y 3, el estilo de práctica y, por consecuencia, la destructiva tendencia inercial inflacionaria del sistema.

Este proyecto, que combina el conocimiento y la información sanitaria, muestra una de las sendas más firmes y efectivas para la inversión y reversión de esa senda de tendencia inercial inflacionaria, que nos amenaza en hacernos encallar, en menos de un lustro, mutualizando al SNS a "la americana", en perjuicio de todos y cada uno de los miembros de esta comunidad.

Es verdad que la Agenda de Calidad y Gestión de la Demanda®, la fase II del proyecto, la desarrollamos hace 22 años para los CAP públicos y es verdad que cuando se aplicó, una parte

de lo comentado en este artículo se hizo realidad en algunos centros. Pero pasaron varias cosas para que no concluyera con el éxito que hoy mostramos. En primer lugar, no disponíamos de un SIS tan potente, sensible y fiable como ISIS Manager®, por lo que la evidencia solo era una intuición aceptada por las mentes abiertas y con elevada capacidad de autocrítica, cualidad poco extendida. En segundo lugar, la progresiva pérdida de poder profesional, delegado al cada vez más elevado eslabón jerárquico, impidió poco a poco, la implementación de un proyecto profesional como el presentado.

En los ochenta bastaba hablar con el director o coordinador del centro para aplicar una iniciativa en un centro. En la primera mitad de los noventa ya debías tratar con el director médico del área. En los noventa finales, precisabas el plácet del gerente del Área. En los 2000 la delegación de la toma de decisión ha sido tal que ni hablando con el consejero se podía hacer nada. La organización se había autogripado a sí misma en su celo de heterocontrol y desconfianza estructural.

Sin embargo, para implementar semejante proyecto exitoso, de elevada rentabilidad social, solo hubo que contar, tanto en el CAP de Sarriá como en el de Vallcarca, cuyos datos ilustran este escrito, con el director de la EBA, que una vez convencido, dio la orden de ejecución del mismo.

¿Cuánto más hay que esperar para dejar al profesional que se organice?

¿Hemos de espera tanto, si hoy ya es tarde?

Las tasas de derivación nacionales, consideradas como el porcentaje de pacientes con una o más citas anuales a especializada, se mueve en el entorno del 50%. Una auténtica barbaridad.

Es decir, que, cada año, de cada dos pacientes atendidos en la Atención Primaria, uno es derivado al hospital, a consultas externas de especializada. El CAP de Vallcarca, hoy se mueve en el 21% de tasas de derivación, tras una reducción considerable de las derivaciones, como se ha comentado. Sabemos que cada derivación inadecuada multiplica por cuatro el costo, dispara la iatrogenia, colapsa la lista de espera y no resuelve el caso<sup>9,10</sup>.

Si deseamos legar a nuestros nietos un sistema sanitario capaz y sostenible, precisamos de un profesional involucrado, motivado y consciente de la realidad poliédrica en la que mueve, tan alejada de la simple imagen plana actual.

La combinación de un conocimiento valioso y una información sensible, fiable han demostrado su efectividad y eficiencia, en este proyecto de Centros en Transición<sup>®</sup>.

## Agradecimientos

Especial agradecimiento al colectivo profesional y trabajador del centro de Atención Primaria de Vallcarca, sin cuya implicación el proyecto no hubiera sido posible.

## Bibliografía

1. ISIS Manager<sup>®</sup>. En: CYMAP [en línea]. Disponible en: [http://www.cymap.es/isis\\_manager.html](http://www.cymap.es/isis_manager.html)
2. Ruiz Téllez A, Alonso López F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. MEDIFAM. 2001; 11:247-52.
3. Ruiz Téllez A, Alonso López FA, Aldanondo Gabilondo A. Los *dirty data*. Hacia la certificación de la fiabilidad de los datos. En: Revista de

Innovación Sanitaria y Atención Integrada [en línea]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/33544061\\_Los\\_Dirty\\_Data\\_Hacia\\_la\\_certificacion\\_de\\_la\\_fiabilidad\\_de\\_los\\_datos](https://www.researchgate.net/publication/33544061_Los_Dirty_Data_Hacia_la_certificacion_de_la_fiabilidad_de_los_datos)

4. Ruiz Téllez A. La Agenda de Calidad y Gestión de la Demanda<sup>®</sup>. Disponible en: [http://www.unida.defectividad.net/Portals/0/WebHelp\\_Ag\\_Calidad/WebHelp\\_AC/index.html](http://www.unida.defectividad.net/Portals/0/WebHelp_Ag_Calidad/WebHelp_AC/index.html)
5. Lamberts H, Wood L. CIAP Clasificación Internación de la Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1990.
6. Facturación de recetas médicas. En: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad [en línea]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
7. Indicadores de frecuentación a especialistas. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. En: Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad [en línea]. Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
8. Calderón I. Las bajas laborales se disparan un 23% y el gasto en Incapacidad sube un 14%. En: El Economista [en línea]. Disponible en: <http://www.eleconomista.es/indicadores-espana/noticias/6973772/09/15/Las-bajas-laborales-se-disparan-un-23-y-el-gasto-en-incapacidad-laboral-suben-un-14.html>
9. Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. Br J Gen Pract. 2007;57:912-7.
10. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. Int J Health Serv. 2000;30:541-55.