
Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria

Eduardo Enrique García Prieto

Director Técnico de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

En 2004 se han celebrado los 20 años del inicio de la reforma de Atención Primaria mediante la publicación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud.

Durante estos 20 años se ha recorrido un largo camino, a veces fácil, otras, la mayor parte, lleno de dificultades, que ha permitido, gracias al entusiasmo de muchos de los profesionales que iniciaron esta andadura, transformar un modelo de Atención Primaria basado exclusivamente en la asistencia y escasamente resolutivo, en el modelo actual donde las actividades de promoción y prevención de la salud se integran en el trabajo cotidiano y donde tienen cabida, aunque hay que reconocer que a veces con dificultad, las actividades de docencia e investigación. Este cambio ha supuesto un incremento de la capacidad de resolución del nivel de Atención Primaria, una mejora muy significativa de la percepción que el usuario tiene de los servicios que se le prestan, y la introducción de métodos

de trabajo basados en la evidencia científica, que han supuesto una importante mejora de la calidad científicotécnica.

Si algo ha caracterizado a este período ha sido el continuo afán de superación de toda la Organización, que ha conducido a un proceso de permanente renovación e innovación. Sin embargo, es esta misma necesidad de mejora la que provoca que tan sólo se perciban las carencias y no se valoren los logros. Por otra parte, el reciente proceso de transferencias de la sanidad a las Comunidades Autónomas ha creado una expectativa, y al mismo tiempo un temor en toda la Organización Sanitaria que es necesario superar y ser capaces de reconducir como una oportunidad.

Veinte años de evolución y el proceso de descentralización territorial de la sanidad completado hacen de este momento el más adecuado para que nos planteemos qué tenemos, qué es lo que queremos conservar, de qué carecemos y cómo lo podemos conseguir.

Entre los problemas que el actual Sistema Sanitario parece presentar hay tres que destacan. El primero de ellos es la dificultad de coordinación entre los dos niveles asistenciales definidos por la Ley de Sanidad en 1986, el segundo es la actual tendencia inflacionista del Sistema Sanitario que conduce a un incremento continuo de la actividad, y por ende del gasto; por último hay que destacar la progresiva desvinculación del personal con respecto a la organización del Sistema Sanitario.

Con respecto al primero de los problemas planteados 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 objetivos sean analizados de forma integrada e integral, y no como ocurre actualmente, que a un nivel se le exige un incremento de coberturas, lo que lógicamente va a acarrear un aumento de demanda de interconsultas, y al otro nivel se le pide una reducción de las listas de espera, o por poner otro ejemplo, se pide a la Atención Primaria que aumente su capacidad de re-

solución, pero el hospital limita el acceso a pruebas diagnósticas desde ésta, porque entre sus objetivos está la contención del gasto en reactivos.

El segundo problema está relacionado con el propio Sistema Sanitario, pero también con las políticas sanitarias definidas por la Autoridad Sanitaria. Todos somos conscientes de que el Sistema Sanitario tiene sus limitaciones, sin embargo el incremento de prestaciones, la puesta en marcha de nuevos servicios, los objetivos de incremento de cobertura de los ya existentes o de actividad, es una constante en todos los Servicios de Salud. Se hace necesario dirigir el Sistema Sanitario hacia la consecución de resultados medidos en niveles de satisfacción de la población, resultados clínicos, resultados en incremento de los niveles de salud de la población y en eficiencia de las actuaciones planteadas. Como se indicaba anteriormente, estos objetivos deben ser analizados desde un perspectiva integral, de nada sirven unos resultados excelentes en el nivel de Atención Primaria si el de atención hospitalaria no consigue sus objetivos, o viceversa. Exige así mismo una reorientación de las políticas sanitarias, introduciendo criterios de efectividad, pertinencia, capacidad y priorización con respecto a los objetivos de cobertura por servicios sanitarios, y por su-

puesto, en la puesta en marcha de nuevos servicios y prestaciones.

En una Organización destinada a la provisión de servicios, donde los prestadores finales del servicio son los propios trabajadores, contar con la implicación de éstos es la base que permite que el producto final cuente con un alto nivel de calidad. La tendencia de los sistemas de incentivos se ha 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 implicados con su trabajo, comprometidos emocionalmente a hacerlo bien y enorgullecerse por la demostración de que son capaces de hacerlo, así como que su trabajo contribuye a la consecución de los objetivos de la Organización. La primera 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 segunda 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 liber-

tad para determinar cómo hará su trabajo lo considerará más un reto que si se le dice exactamente qué hacer y cuándo hacerlo. Tanto la motivación extrínseca como la intrínseca se necesitan mutuamente, pero es esta última la que consigue realmente la implicación de los trabajadores con la Organización.

Buscar una solución a estos tres problemas implica, necesariamente, un rediseño de la organización de los servicios sanitarios. En la mesa hemos contado con tres expertos que ya han puesto en marcha nuevas fórmulas organizativas.

Albert Ledesma Castelltort, Presidente de l'Associació d'Entitats de Base Associativa de Catalunya, nos habló de la experiencia, desde el punto de vista de una entidad privada que provee servicios públicos, de las aportaciones que el modelo de Entidades de Base Asociativa ha realizado al sistema sanitario público de Catalunya, no sólo en el ámbito de Atención Primaria, donde ya está implantado, sino en el conjunto del Sistema Sanitario. Transmitió la visión de que la capacidad real de gestión, y por tanto la implicación de los profesionales sanitarios, sólo puede conseguirse desde fuera de la Administración Pública. Desde su punto de vista el modelo, basado en la gestión de riesgo compartida con el Servei Català de la Salut, ha contribuido a la mejora de

la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales, al incremento de la eficiencia tanto por el aumento de la calidad del producto asistencial, como por la reducción del coste (equipo de Atención Primaria + prestación de farmacia), ha propiciado cambios en la organización de la Atención Primaria y en los sistemas de compra estimulados por la presencia del modelo desde 1996.

Sin embargo, el modelo tiene una capacidad limitada de crecimiento, como consecuencia de la finalización de la reforma de Atención Primaria en Catalunya.

Elisa Tarazona, Directora Adjunta a Gerencia Área de Salud La Ribera área de salud 10 de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana, refirió la experiencia del modelo Alzira y su evolución desde el modelo inicial centrado en el hospital a su extensión y consolidación con la integración de todo el área tanto a nivel de servicios hospitalarios como de Atención Primaria. El modelo, inicialmente concebido como una concesión administrativa, a la UTE La Ribera Salud, para la gestión de la atención especializada, se ha extendido también a la Atención Primaria. Manteniendo las bases conceptuales del modelo: financiación pública, pago caputivo, control público, propiedad mixta (pública/privada) y prestación privada, el modelo ha conseguido mejorar

la satisfacción de los pacientes, poner en marcha un sistema integrado basado en centros sanitarios integrados que concentran servicios de Atención Primaria, especializada y Urgencias, con acceso a la Red Digital de Salud de Área, que incluye la historia clínica única informatizada, la posibilidad de citación de especializada desde el centro de salud y programas de gestión. La ponente destacó, dentro de las estrategias de integración, la creación de la figura de los agentes integradores asistenciales o *links*, médicos internistas integrados en cada zona básica de salud, conocedores de los circuitos asistenciales, que actúan como facilitadores de contactos entre los médicos de atención especializada y los de Atención Primaria, a través de interconsultas, sesiones clínicas conjuntas y seguimiento de pacientes hospitalizados. La creación de comisiones integradas de área, y la instauración de un sistema de información unificado, ha permitido avanzar en la gestión por procesos, la mejora en el uso racional del medicamento, la fijación de objetivos de área, y el desarrollo de un nuevo sistema de incentiación.

Por último Manuel García Encabo, Director General de Planificación y Aseguramiento de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, nos describió el proyecto de implantación de

	Desde	Hacia
Objetivo	Eficiencia por parte de los gestores basada en los recursos	Legitimación social (usuarios) y realización personal de los profesionales basada en los resultados
Producto	Incremento de la actividad	Servicios efectivos y de calidad
Recurso	Equipamiento, recursos, centros	Unidades clínicas
Activos	Equipos de dirección y de gestión	Profesionales sanitarios
Energía	Regulación jerarquizada y estratificada por niveles de complejidad	Conocimiento y competencia de los profesionales. Información basada en la evidencia, útil y suficiente
Organización	Centralizada, divisional, uniforme	Flexible, descentralizada, coordinada, instrumental respecto a usuarios y profesionales

Tabla I. Nuevos valores estratégicos

una gestión única del Sector de Salud como elemento integrador de la gestión de Servicios Sanitarios. El objetivo es cambiar una organización basada en la gestión de recursos por una organización profesional que se justifica por sus resultados.

Esto supone basar todas las decisiones en la relación entre profesionales y pacientes a través de un proceso de rediseño organizativo para incorporar al profesional sanitario a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica con criterios exclusivos de efectividad y calidad.

La modificación de los valores estratégicos de la organizaciones expone en la tabla I.

Para desarrollar estos valores se plantean las siguientes líneas estratégicas:

1. Servicios de atención y admisión transparentes para los ciudadanos y que equilibren las decisiones de gestores y profesionales.
2. Desarrollo de la gestión clínica.
3. Favorecer la eficiencia mediante mecanismos de economía de escala.
4. Establecer claramente las relaciones formales entre las distintas unidades: sector-centro, centro-unidad.
5. Favorecer la continuidad de la atención al paciente.
6. Armonizar las líneas de producción de salud mental y sociosanitaria con las funciones inherentes de Atención Primaria y especializada.

Durante el debate que posteriormente se desarrolló surgieron algunas preguntas y nuevos interrogantes que podemos agrupar en los siguientes apartados:

- Sobre las funciones y responsabilidades de la Atención Primaria a la luz de las nuevas demandas y la incorporación de las tecnologías.

- Sobre los modelos o sistemas de asignación de recursos a los centros de Atención Primaria en consonancia con el desarrollo de la gestión clínica.

- Sobre las necesidades de información para el profesional y los ciudadanos en relación con el desarrollo de la gestión clínica y la capacidad de decisión y elección de los usuarios.

- Sobre las relaciones laborales y contractuales con los equipos de Atención Primaria en consonancia con la decisión de dotarles de más autonomía y responsabilidad.

- Sobre la relación de la Atención Primaria con otros centros y servicios sanitarios y sociales.

