
El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario

Mercedes Alfaro Latorre

Subdirectora General del Instituto de Información Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Atención Primaria, con las características distintivas con las que hoy la conocemos, se incorporó en el Sistema Sanitario español en la primera mitad de los años ochenta y ha experimentado una transformación claramente apreciable en sus dos décadas de recorrido. Su evolución ha suscitado numerosas controversias, más habituales dentro del propio sistema que fuera de él; de hecho, la opinión pública, recogida en innumerables encuestas, concede sistemáticamente una buena puntuación a los servicios que presta. En cualquier caso, lo que no puede negarse es que el primer nivel de atención a la salud se ha modificado notoriamente. También es cierto que los cambios, en cualquier orden de la vida, cuando suponen mejoras se asumen como normales y se pierden con frecuencia las referencias previas. Por el contrario, aquello que no se ajusta a nuestras expectativas se hace más rele-

vante y se corre el peligro de pensar que todo está mal y que nada ha cambiado.

Por ello, conviene, de vez en cuando, hacer balance de la situación, y el vigésimo aniversario de la promulgación del Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud es, sin duda, una buena ocasión para proceder a inventariar las existencias. Hay que reconocer que éste ha constituido, con todas sus limitaciones, un buen fundamento para la construcción del nuevo modelo de Atención Primaria y en muchas ocasiones se ha tornado en una tabla de salvación, para fundamentar la normativa de muchas de las iniciativas de la reforma.

Para definir el papel que desempeña la Atención Primaria en el Sistema Sanitario es conveniente conocer las circunstancias en las que se ha producido su desarrollo, los principales hitos del mismo y los interrogantes pendientes de despejar.

El sistema de protección de la salud

No puede analizarse una parte de ningún sistema sin conocer las principales características del conjunto completo y la Atención Primaria es solamente una pieza del Sistema Sanitario público vigente en España.

La elección del modelo político para la protección de la salud depende, en gran medida, de las creencias sobre las que se apoya cada sociedad y que determinan una cultura orientada más hacia la equidad y la solidaridad o hacia la singularidad y arbitrio personal, cultura que cada colectividad tiene integrada entre sus valores básicos de convivencia.

En nuestro caso nos encontramos con un modelo presidido por el hecho de que la protección de la salud es un derecho constitucional que se reconoce a todos los ciudadanos. Su primer rasgo definitorio lo constituye, por lo tanto, la universalidad del derecho, materializado como una prestación no contributiva y soportada esencialmente por los presupuestos públicos ordinarios. Es justo señalar en este punto que, si bien esta universalidad es prácticamente un hecho, queda un mínimo porcentaje de población que, normativamente, no encuentra acomodo en dicha extensión general de

la cobertura sanitaria y que algunos colectivos con regímenes especiales mantienen todavía algún vestigio de financiación contributiva.

Pero volviendo a la generalidad de la población son en gran medida los impuestos de aplicación directa —en función del nivel de ingresos— los que posteriormente se van a redistribuir en especies (en este caso en forma de servicios sanitarios) atendiendo a criterios de necesidad. Por lo tanto, aunque con algún matiz, el sistema lo financiamos entre todos los ciudadanos proporcionalmente a nuestra capacidad económica, y lo administramos respondiendo a los problemas y requerimientos de cada ciudadano para el cuidado de su salud.

De esta primera característica de solidaridad social de nuestro modelo se deriva, de manera natural, una segunda condición práctica: la equidad en el acceso a sus servicios. Es necesario garantizar que cualquier ciudadano, viva donde viva y tenga las condiciones de autonomía física que tenga, disponga de la atención a las necesidades de salud y de la continuidad de los cuidados necesarios para tratar los problemas que puedan presentarse.

Una tercera característica del modelo es la exigencia constante de asegurar su viabilidad económica. Lo mantenemos entre todos y hay que conseguir los me-

jores servicios y las estrategias más efectivas a un precio que podamos pagar y con la garantía de que se obtiene la mejor relación coste-beneficio posible.

Y cerrando el marco conceptual está el concepto de la calidad, que define una manera de actuar y una cultura de trabajo orientadas hacia lo que creemos que es mejor y que, necesariamente, invade el campo de la equidad, de la eficiencia, del conocimiento, del entorno asistencial..., siendo realmente un concepto infiltrante en pura terminología clínica. La calidad constituye otro de los grandes referentes del modelo sanitario español, todos ellos recogidos en la Ley 16/1986, General de Sanidad y renovados en la Ley 15/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El sistema que se construye para aplicar este modelo de política sanitaria no es algo caprichoso o casual, ni siquiera es original, sino que responde a una estrategia adoptada por los poderes públicos con modelos similares al nuestro que, basados igualmente en la universalidad y equidad en el acceso a los servicios y disponiendo de unos determinados recursos, deben dar respuesta a las demandas y necesidades sanitarias, por otra parte continuamente crecientes.

Un elemento comúnmente adoptado por estas administraciones sanitarias de

para establecer su organización para la provisión de los servicios es la creación de entornos asistenciales: determinadas actividades sanitarias se agrupan en espacios definidos estratégicamente y técnicamente. Las fórmulas empleadas siguen básicamente dos esquemas: Atención Primaria/atención especializada en unos casos y atención ambulatoria/atención hospitalaria en otros. En cualquiera de ellas, la complejidad tecnológica de cada nivel y la accesibilidad al mismo suelen encontrarse en relación inversa.

En el primero de los esquemas suelen establecerse unos servicios sanitarios de primer nivel con capacidad de abordar los problemas de salud de presentación frecuente, dotados de una gran accesibilidad y de capacidad de absorción de la demanda espontánea de los ciudadanos. Este nivel llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isocrona razonable desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patología prevalente, cuya profusa utilización hace que se consideren recursos rentables. El arsenal terapéutico disponible está a su libre alcance salvo algunos medicamentos especiales. Por otra parte, dada su disposición en el entramado de

la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

También son criterios de equidad y eficiencia los que hacen que se atribuya al nivel primario otra función primordial, la de determinar la intervención del nivel especializado en los casos que supera sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas. Con ello se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste, previsiblemente poco equitativo por lo dependiente de la iniciativa personal, nivel cultural, circunstancias sociales y geográficas, tolerancia a la incertidumbre, etc., de cada individuo y, seguramente, de baja eficiencia por lo indiscriminado de su demanda.

En estos modelos la atención especializada entra en acción, por lo tanto, mediante una primera decisión técnica que resuelve la intervención de profesionales especialmente formados para intervenir en patologías concretas y que cuentan con medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran. Tras su intervención, en la mayoría de los casos, el paciente y la información clínica correspondiente deben nuevamente transferirse al médico de Atención Primaria quien, al

disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, debe garantizar la visión clínica y terapéutica global. De igual modo, la transferencia al médico del primer nivel garantiza que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía (atención a domicilio).

Algunos hitos en la historia del nuevo modelo

Este enfoque que venimos comentando es el recogido en el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud y sancionado posteriormente por las Cortes en la Ley General de Sanidad, constituyendo la base de nuestro modelo sanitario. Su construcción no podía realizarse *ex novo*, sino que debía producirse introduciendo cambios importantes en la filosofía y organización sanitaria ya existente. La Seguridad Social disponía, a principios de los años ochenta, de una importante estructura organizada en instituciones cerradas (hospitales) e instituciones abiertas (consultorios y ambulatorios de medicina general y especialidades). Los médicos de estas últimas combinaban su condición de asalariados con una cierta independencia práctica

en el ejercicio de la profesión. Esencialmente su trabajo consistía en pasar, en un local “del Seguro”, una consulta de dos horas y media que podían organizar con total autonomía, sin estar sometidos a ninguna jerarquía clínica. En el caso de la Medicina general y la Pediatría realizaban también, por sí mismos o a través de terceros, atención domiciliaria a solitud del asegurado. La asistencia que se prestaba tenía, generalmente, carácter reactivo respondiendo a las demandas de los ciudadanos, por lo que se componía, fundamentalmente, de actuaciones curativas.

De manera general no se utilizaba ningún registro de información clínica, a lo sumo algunos apuntes en fichas que recogían los médicos con mayor conciencia profesional, siendo excepcional el uso de la historia clínica.

El acceso a consulta se realizaba, tras una larga y concurrida espera, habiendo cogido un “número” que solía proporcionar el celador o el escaso apoyo administrativo existente, por lo que el médico ni siquiera sabía ni a cuántos ni a quiénes iba a atender. Sí se tenía una idea aproximada de la demanda, tanto por experiencia como porque se llevaba una estadística de los pacientes que cogían número, pero sin posibilidad de caracterizarla por ningún atributo.

El papel de la enfermería se centraba, en la mayor parte de los casos, en la aplicación de algunas técnicas (los inyectables constituían la mayor actividad numéricamente hablando) y en el apoyo a la consulta médica (fundamentalmente en la cumplimentación de recetas y otras tareas de carácter burocrático).

El nuevo modelo de Atención Primaria introduce una filosofía diferente: la organización del trabajo bajo la fórmula de equipo, con mayor participación de las profesiones sanitarias distintas a la médica en el cuidado de la salud y con una dedicación horaria a jornada laboral completa. Se incorporan actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, se comienza a trabajar por programas y se ponen en marcha sistemas de información y evaluación de la actividad realizada.

La enfermería, el trabajador social, la matrona y el fisioterapeuta comienzan a asumir responsabilidades directas. Se impulsa el trabajo de enfermería intentando alejarlo de tareas de amanuense y dotarlo de actividades en consonancia con su formación profesional.

La historia clínica se considera herramienta imprescindible para la práctica clínica, la consulta no sólo se produce a demanda del ciudadano, sino que aparece la consulta planificada dentro de los pro-

gramas de salud. Se promueve una postura activa de intervención sobre la población, que conlleva transmitir más y mejor información y se crean grupos para la educación sanitaria. Por último, se establecen registros específicos de los usuarios atendidos y se recogen diferentes datos sobre la actividad realizada para sentar las bases de los sistemas de información que permitan la evaluación y la mejora de los servicios prestados.

Los cambios organizativos en los centros

Si se observa la reorganización que se debió acometer fuera de las consultas para que todo lo anterior fuera posible, se percibe con facilidad la evolución de la Atención Primaria. En esta reorganización la mejora del trato al usuario emerge, además, como un objetivo esencial, es decir, la orientación de los servicios hacia el ciudadano daba sus primeros pasos.

Se inician los programas de cita previa⁽¹⁾, que, además de ofrecer comodidad en el acceso, permitirían tener un listado de pacientes antes del inicio de las consultas, con lo que era posible organizar

⁽¹⁾ Si bien la implantación de sistemas de citación por los distintos Servicios de Salud sucedió a diferentes velocidades, en el País Vasco y en el INSALUD (que gestionaba entonces 13 Comunidades Autónomas [CCAA]) su implantación fue generalizada a finales de los años ochenta.

racionalmente el uso de la historia clínica y su archivo centralizado.

La existencia de un mecanismo de citación permitió desarrollar unos sistemas de información que iban más allá de la estadística derivada del número para entrar en consulta. Ya era posible caracterizar la demanda por algunos aspectos básicos. Por otra parte el facultativo debía registrar en la propia hoja de cita, determinadas decisiones clínicas, como la solicitud de pruebas diagnósticas o de interconsulta especializada, así como la incomparecencia del paciente. Todo ello, procesado posteriormente en el área administrativa, supuso la introducción de un sistema de información normalizado de actividad médica y de aproximación a la medida de la demanda de servicios al nivel especializado. Ya se tenía alguna base sobre la que orientarse para tomar decisiones.

Poco tiempo después, en una buena parte del Sistema Nacional de Salud⁽²⁾, los centros de Atención Primaria comenzaron a asumir una función de gestoría ante el conjunto de la organización sanitaria, acercando a los ciudadanos aquellos trámites administrativos relacionados con las prestaciones sanitarias y que se realizaban directamente en los cen-

⁽²⁾ INSALUD 1992.

tros encargados de su provisión o autorización (hospitales, ambulatorios, inspecciones, direcciones provinciales, Instituto Nacional de la Seguridad Social [INSS]). Los ciudadanos debían desplazarse a ellos incluso para su solicitud, como si se tratase de otra organización ajena al centro sanitario al que acudían en su barrio o en su pueblo.

El mayor impacto de esta gestión, desde el punto de vista numérico, fue la citación con la atención especializada para consultas y pruebas que, además, introdujo una nueva fuente de datos para el sistema de información: el volumen de consultas realmente citadas con el segundo nivel y el plazo en que iban a ser atendidos los pacientes. Esta información era realmente estratégica para avanzar en el conocimiento del balance entre oferta y demanda interna de servicios y tomar conciencia de la corresponsabilidad en la continuidad asistencial y facilitar la toma de decisiones.

La identificación de la población protegida y sus corolarios

Paralelamente, se introdujo desde Atención Primaria un sistema de identificación individualizada de los ciudadanos que se había expresado normativamente por vez primera en el Real Decreto

137/84, aunque no se desarrolló hasta unos años después: la tarjeta sanitaria individual (TSI).

Por una parte, el conocimiento de las características y distribución de la población protegida era una exigencia inaplazable para mejorar la planificación y gestión del Sistema Sanitario. Por otra, la identificación unívoca y personalizada de cada usuario era un elemento imprescindible para la mejora de la calidad asistencial y para el control de las prestaciones sanitarias. La información clínica, situada en cualquier punto del sistema sanitario, solamente sería accesible a todos los profesionales que la requirieran para una mejor atención al paciente si estaba basada en una identificación común y única de cada ciudadano. Si el sistema de almacenamiento es electrónico, como era previsible que sucediera, esta condición es indispensable.

Dado que el médico de Atención Primaria actúa como “agente” del ciudadano ante el conjunto del sistema sanitario la ejecución del sistema TSI se basa en una serie de códigos que relacionan a cada persona con su médico de familia o pediatra. Sobre ese vínculo posibilita asociar todas las actuaciones llevadas a cabo, desde cualquier dispositivo, sobre un mismo individuo. La base de datos que soporta a la TSI relaciona a la población

con los recursos sanitarios, especificando referencias geográficas y demográficas.

Además, el hecho de que la Atención Primaria se hiciera cargo de una tarea relacionada con temas de aseguramiento sanitario, que hasta entonces venía desempeñando la Seguridad Social, supuso dar un mayor protagonismo a la administración sanitaria remarcando el carácter universal del derecho a la protección de la salud. La emisión de la TSI se acompañaba necesariamente de la asignación de médico por el sistema sanitario, (que igualmente se venía efectuando por la Seguridad Social) y todo ello constituyó la base de la libre elección de facultativo y de la introducción del componente capitolativo en la retribución de los profesionales, con el objetivo de compensar las diferentes cargas de trabajo que ocasiona la edad y dispersión geográfica de la población asignada.

La cartera de servicios

Con la reforma del modelo sanitario los profesionales de Atención Primaria habían empezado a afrontar el cuidado de enfermedades o de grupos vulnerables que hasta entonces se venían atendiendo a través de programas verticales (diabetes, hipertensión, enfermedades respiratorias, prevención del cáncer, etc.)

o no se abordaban como tales (atención al anciano y planificación familiar). Los programas verticales se llevaban a cabo, en no pocas ocasiones, desde centros y estructuras monográficas, que intentaban dar una respuesta a problemas de presentación muy frecuente y universalmente repartidos por la geografía a través de dispositivos “especializados” de limitada cobertura y accesibilidad.

Se diseñaron los programas integrales de salud, que consistían básicamente en una serie de acciones coordinadas de prevención y control comunitario de grupos de patologías, entendiendo que se podía aumentar la eficacia de las actuaciones sanitarias desde el enfoque de la multicausalidad de las enfermedades prevalentes y de la multiplicidad de efectos de un mismo factor de riesgo.

La integración de actividades permitiría un uso más racional de los recursos disponibles que, en buena lógica, aumentaría la eficiencia. Todo esto debía suponer una mayor efectividad en el impacto de las acciones desarrolladas, con una mayor cobertura de la población diana desde los dispositivos más cercanos a ella.

Programas del anciano, de atención a la mujer, del niño sano, de salud mental, de salud bucodental, etc., protocolos de diabetes, de hipertensión, de planificación

familiar, psicoprofilaxis obstétrica, de fisioterapia, de atención sociosanitaria... proliferaron en los equipos de Atención Primaria (EAP).

Existían programas “marco” de aplicación general, que eran impulsados desde las administraciones sanitarias, pero el espectro de actividades de los centros de salud presentaba ciertamente una considerable variabilidad, incluso dentro de un mismo servicio de salud o de una misma área sanitaria. En función del dinamismo de profesionales y gestores, de la presión local social y política sobre unos u otros problemas, y de otros factores circunstanciales (algún profesional motivado para un determinado tema, alianzas con profesionales del nivel especializado, etc.) se desarrollaban unas u otras actividades de forma prioritaria.

Ante la posibilidad de que aumentase progresivamente la dispersión de actividades, y con ello la confusión sobre los cometidos del nuevo modelo, surgió la necesidad de definir y concretar, de modo inequívoco para los profesionales, de forma comprensible para todos los usuarios y de manera precisa para el organismo financiador, aquellos servicios que los ciudadanos podían esperar recibir de la red de Atención Primaria de manera generalizada.

La primera cartera de servicios que vio la luz⁽³⁾ se concibió como “el conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, y que favorecen el nivel de salud de la población”. En este contexto, un servicio se concretó como “una actividad o un conjunto de actividades destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria”. Cada servicio integra actividades de promoción, prevención, curación y control y seguimiento del problema.

La cartera de servicios no es otra cosa que una herramienta de trabajo y un elemento de legitimación de la Atención Primaria ante los ciudadanos. Las carteras de servicios de las diferentes administraciones autonómicas presentan una composición esencialmente común, y contienen aquellos elementos indispensables para garantizar la pertinencia y la calidad de los servicios: criterios de inclusión en cada servicio, normas técnicas de buena práctica y sistema de evaluación.

La recientemente aprobada Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, prevé el establecimiento, con

⁽³⁾INSALUD 1991.

carácter general, de una cartera con los servicios financiados públicamente que, en el caso de la Atención Primaria, seguramente no difiera de modo sustancial de los contenidos que se manejan actualmente, debiendo contribuir a su mayor desarrollo y a dotar de un carácter normalizado a la oferta de servicios en el Sistema Nacional de Salud.

No estamos solos y sabemos lo que queremos

Como se viene mencionando repetidamente, nuestro Sistema Sanitario se organiza en dos grandes niveles de intervención que deben asegurar a cada ciudadano la continuidad en la atención de su salud, término que es equivalente a calidad, eficiencia y confort⁽⁴⁾. Ello requiere una adecuada interrelación entre las partes, de modo que se perciba al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que debe resolver íntegramente las demandas, y cuya segmentación operativa y transacciones internas deberían ser imperceptibles para el ciudadano.

Sin embargo, en la práctica, las cosas son de otra forma: tradicionalmente los dos niveles se han venido prestando una

mutua desatención y, además, han experimentado sus principales desarrollos en diferentes épocas e ignorando al otro. Probablemente como secuela de este descompás, persiste para algunos el rancio sentir de que en uno de los niveles –y solo en uno–, es donde reside la verdadera ciencia.

Por otra parte, el entendimiento entre dos unidades de gestión distintas, con presupuestos propios que han de cumplir, con una gran repercusión (mutua) de las decisiones que toman (aisladamente) y sin unos objetivos y unos incentivos (comunes) que fomenten sinergias, es una labor verdaderamente difícil. El resultado de todo ello es que pacientes y profesionales perciben claramente dos contextos distintos, casi siempre ajenos entre sí, que mantienen una relación esencialmente burocrática.

Además de los efectos negativos sobre el propio paciente, esta situación es una de las principales causas de ineficiencia de los recursos, incluida la gestión del conocimiento y del tiempo asistencial. Puede parecer exagerada esta valoración pero, desgraciadamente, no lo es: basta recordar la escasa costumbre de transmitirse, entre profesionales de uno y otro nivel, la información clínica relativa a un paciente sobre el que están actuando ambos. El efecto inmediato es una utiliza-

⁽⁴⁾ Nótese que todos los términos son, en realidad, sinónimos de calidad.

ción redundante de recursos o una merma de la calidad asistencial que se hubiera podido alcanzar.

En este sentido la reforma interna que ha experimentado la Atención Primaria ha adolecido de una insuficiente proyección fuera de sus muros y, si bien ha sido posible un notable progreso intrínseco –palpablemente apreciable y que proporciona importantes beneficios a la sociedad a la que sirve–, sólo se ha visto correspondida en una pequeña parte con el necesario cambio de enfoque del conjunto del sistema, que debería haberse traducido en el rediseño de estrategias y procesos en la provisión de servicios para la salud.

Y, sin embargo, nos movemos en un escenario donde se plantean desafíos que la dinámica actual del sistema no parece poder afrontar. El aumento del nivel de información y de exigencia de la población, el incremento de la población asegurada, el envejecimiento progresivo, la proliferación de pacientes crónicos y la irrupción de tecnologías caras y eficaces, junto con la existencia de un sistema sanitario caracterizado por la gratuidad en el momento del servicio que confiere a los ciudadanos una enorme capacidad de uso, encuentran respuesta, incomprensiblemente, en unos subsistemas compartimentados que intentan achicar el agua

de la demanda por diferentes vías, echándose la realmente al otro lado del mismo barco.

El progreso del nivel primario o del nivel especializado no puede concebirse por separado y, de hacerlo así, estaremos poniendo en cuestión el propio modelo sanitario, más cuando los ciudadanos –que otorgan cada día mayor prioridad a su salud–, esperan (esperamos) una atención de calidad, en la que las decisiones clínicas se tomen basadas en el conocimiento científico pero, además, desean (deseamos) que los servicios sean altamente accesibles, rápidos, eficaces y que no supongan más impuestos o costes particulares.

Estas son las expectativas y, como se viene observando, no pueden satisfacerse con una organización parcelar y tendente a la incomunicación, por mucho que internamente mejore cada una de sus partes.

En el mundo en el que vivimos es un hecho que cada día van cambiando funciones y se van descentralizando procesos, produciéndose una transferencia de responsabilidad entre los agentes que intervienen en ellos al disponer de la información necesaria para tomar decisiones. Este fenómeno se da en cualquier aspecto de la vida y forma ya parte de la cultura de una sociedad que comienza

a demandar otras formas de organización para atender sus necesidades. Por tanto, es imprescindible determinar cómo podemos avanzar en la adecuación de los recursos, la organización y la capacidad de resolución de la Atención Primaria, para lo cual hay que preguntarse cómo debe reenfocarse el conjunto del sistema.

Es posible que sea el momento de redefinir los entornos asistenciales en los que nos venimos moviendo, atendiendo a la evolución de los patrones epidemiológicos y sociodemográficos, a los avances técnicos en el diagnóstico y tratamiento y al gran desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (historia clínica electrónica, diagnóstico por imagen, intercambio de datos, etc.) que son, a su vez, los generadores de las nuevas expectativas en la sociedad. Hay que ponerse a ello, nadie nos lo va a dar hecho. La evolución de un sistema tan complejo y tan estratégico en la cohesión social como es el sanitario no puede dejarse a la improvisación, ni pensar que se realiza en un plazo corto de tiempo. Y, además, debe irse adaptando a los diversos fenómenos de alcance social que se van produciendo, debe haber decisión y voluntad política y hay que correr algunos riesgos. De hecho, en los primeros años de la reforma

de la Atención Primaria, con presupuesto público comprometido y muchos profesionales apostando por ella, la frase “este modelo es todavía reversible” sonaba con cierta frecuencia. Y podía haber sucedido, no era el único modelo posible y estaba contestado desde diferentes ámbitos.

Hoy podemos decir, sin embargo, que la reforma de la Atención Primaria ha ido transcurriendo de manera razonable, ha ido perdiendo y ganando cosas en el camino respecto a sus planteamientos iniciales y el balance puede considerarse positivo. No obstante, sin haberse cerrado totalmente la implantación del modelo, reclama sonoramente la atención de los que deciden en política sanitaria.

¿Sabemos lo que tenemos?

Tres baterías de preguntas podrían ser útiles para iniciar el análisis previo a cualquier nueva propuesta que se considere pertinente formular. Aquí se quedan enunciadas, esperando que sean de alguna utilidad.

I. ¿Está suficientemente definida la cartera de servicios?

– ¿Se ha planificado su puesta en marcha implicando a la organización?

– ¿Es conocida por toda la organización?

2. ¿Tienen los profesionales capacidad y métodos para gestionar la oferta de servicios?

– ¿Hay una distribución organizada de tareas en los equipos profesionales?

– ¿Está acorde con la dotación de recursos y con los objetivos de la cartera?

– ¿El tiempo destinado y el rendimiento de las consultas tienen margen de mejora?

– ¿Tiene acceso la Atención Primaria a un repertorio de pruebas diagnósticas cualitativamente suficiente para abordar las patologías prevalentes?

– ¿Se dispone de una oferta cuantitativa y de un sistema de organización eficaz del acceso del paciente a diferentes consultas y pruebas del nivel especializado? ¿Tienen estabilidad las agendas ofertadas de consultas externas especializadas y pruebas diagnósticas?

– ¿Existe un sistema que permita intercambiar y compartir la información clínica entre los diferentes profesionales/niveles que tratan a un mismo paciente?

– ¿Está implantado el manejo protocolizado de las patologías que, con mayor frecuencia, son abordadas conjuntamente

por ambos niveles? ¿Se hace medicina “de cabecera” (por localización anatómico-funcional) y preventiva “comunitaria” desde el hospital?

– ¿El programa de formación continuada se orienta a la mejora de la cartera de servicios?

3. ¿Existe una política de orientación de los servicios al ciudadano?

– ¿Se plantean objetivos generales de mejora en la respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos que afecten al conjunto de la organización?

– ¿Se acompañan de metas operativas y de herramientas que permitan su viabilidad?

– ¿La toma de decisiones está asignada en función de la capacidad y responsabilidad de cada nivel asistencial?

– ¿Existen incentivos sustanciales que fomenten las sinergias necesarias dentro del sistema?

Para finalizar esta reflexión, les dejo un apunte de corte emblemático: no perdamos la estela de la Organización Mundial de la Salud. Transcurridos 25 años desde la conferencia de Alma Ata propone considerar a la Atención Primaria como el “eje conductor del Sistema Sanitario”.

