

ARTÍCULO ESPECIAL

El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas

A. Martín Zurro^a, A. Ledesma Castellort^b y A. Sans Miret^c

^aJefe de la Unidad de Planificación de la Región Sanitaria Costa de Ponent. Coordinador general del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Servei Català de la Salut. ^bDirector del Equipo de Asistencia Primaria. Vic SL. ^cMédico. Técnico de la Unidad de Planificación de la Región Sanitaria Costa de Ponent. Servei Català de la Salut.

Durante los últimos 15 años el ejercicio de la actividad médica pública en el ámbito de los consultorios y del domicilio ha experimentado un cambio estructural muy importante. Este nivel de asistencia ha pasado a conocerse como atención primaria (AP) y se ha dotado de una determinada organización, basada en el trabajo en equipo en un centro de asistencia primaria. Esta nueva situación le ha conferido un determinado prestigio técnico, científico y docente, basado en un considerable aumento de su capacidad para resolver, contener o situar en el nivel adecuado un número importante de episodios o de problemas de salud que hace pocos años sólo se atendían en la atención especializada o en el hospital.

La reforma de la atención primaria en España (RAP) se inició conceptual y técnicamente a principios de la década de los ochenta alrededor de los programas de formación posgraduada de la especialidad de medicina de familia y comunitaria (MFyC). Las primeras modificaciones estructurales y organizativas introducidas en centros de medicina ambulatoria se realizaron el año 1981 con el objetivo de posibilitar el contacto de los médicos residentes de MFyC con esta parte del sistema sanitario. La mayor parte de estos cambios se incorporarían posterior-

mente como parte nuclear del proceso de reforma de la AP. La ampliación del horario de trabajo, la formación de equipos interdisciplinarios, la introducción de los primeros modelos de historia clínica y sistemas de registro, la programación y la protocolización de la asistencia, la organización de actividades no asistenciales (sesiones, reuniones de equipo, investigación...), el establecimiento de los criterios para la dotación material e instrumental de las consultas, la habilitación de espacios físicos para biblioteca, salas de reuniones, son elementos nacidos en los primeros centros docentes de atención del programa de formación posgraduada en MFyC unos años antes de la promulgación de las disposiciones legales iniciales de la RAP en 1984.

Estas pinceladas históricas nos pueden servir para justificar la necesidad y oportunidad de realizar un proceso de reflexión sobre todo lo que, de bueno y menos bueno, ha tenido lugar durante estos años y hacerlo a la luz de la experiencia acumulada hasta hoy, en el contexto político y económico actual, y con una perspectiva de finalización de la reforma que se sitúa alrededor del año 2002.

En el período transcurrido hasta ahora se ha puesto énfasis en la reforma de las estructuras de la asistencia médica ambulatoria, mientras que en el futuro parece necesario priorizar los cambios a introducir en la organiza-

ción y las competencias de los centros y equipos de atención primaria.

En este análisis que presentamos no entramos a considerar las diferentes fórmulas posibles de titularidad jurídica y de participación de los profesionales en la gestión empresarial de la provisión de servicios de atención primaria, ya que nuestro propósito esencial es abordar los problemas de la reforma desde una perspectiva exclusivamente técnica. Partimos de la situación actual para elaborar algunas propuestas concretas que, en algunos casos, lo que delimitan son posibles tendencias evolutivas de la atención primaria más que soluciones de aplicación inmediata. La gran mayoría de estas reflexiones y propuestas ya se han expuesto previamente en otros ámbitos y en diversos documentos. Lo que hacemos aquí es agruparlas de forma diferente y analizar los problemas de la forma más concisa posible. Hemos clasificado los temas en diferentes ámbitos, aunque somos conscientes de que es difícil no caer en algunas repeticiones y que determinados aspectos se podrían analizar desde más de uno de ellos.

ÁMBITOS

1. La atención centrada en el ciudadano.
2. El área básica de salud (ABS) y/o zona básica de salud (ZBS) y el centro de atención primaria (CAP).

(*Aten Primaria* 2000; 25: 48-58)

3. La cartera de servicios de la AP.
4. El equipo de atención primaria (EAP).
5. La organización del trabajo.
6. La atención continuada y urgente.
7. La farmacia y el uso racional del medicamento.
8. La relación de la AP con los otros niveles asistenciales.
9. Los servicios de atención al usuario. La comunicación con la población.
10. La documentación clínica y los sistemas de registro.
11. La docencia y la investigación.
12. La motivación y compensación de los profesionales.
13. La financiación y gestión de la AP.
14. La evaluación de la AP.
15. La calidad de la AP.

LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL CIUDADANO

Muchos aspectos organizativos y funcionales de los que se ha dotado la AP están pensados desde la perspectiva, intereses y necesidades de los profesionales sanitarios. El ciudadano que los utiliza no es el referente básico de la organización de una empresa de servicios y se encuentra sujeto a criterios funcionales de los centros que frecuentemente no tienen en cuenta sus necesidades, demandas y expectativas. Esta situación es la principal barrera a la imprescindible accesibilidad que la AP debe tener si quiere asumir las competencias que teóricamente le corresponden y desempeñar un rol protagonista dentro del sistema sanitario público.

Problema principal

— El ciudadano no es el eje vertebrador de la organización de la AP.

Propuestas

— Reconsiderar la organización y el funcionamiento de la AP con la perspectiva del ciudadano que la utiliza.

EL ABS Y EL CAP

La asignación poblacional

La RAP se fundamenta en la asignación de la población de un territorio determinado a una estructura asistencial. El ABS es el ámbito geográfico legal y administrativo de esta asignación.

El hecho determinante en el momento de caracterizar el ABS es la cantidad de población y su distribución en el territorio, parámetros utilizados para dotar de recursos el EAP, y por tanto determinantes de su potencial capacidad para ofrecer servicios y asumir cargas de trabajo.

Garantizar la identificación de los usuarios adscritos a cada centro y la permanente actualización de sus datos es condición necesaria para poder construir los indicadores imprescindibles para la planificación, evaluación y sistema de pago. No es posible establecer una competencia cierta entre los EAP o entidades proveedoras si su asignación de recursos no está condicionada al número de ciudadanos que los eligen como servicio de AP.

En el ámbito urbano se han asignado volúmenes de población que han dado lugar a ABS complejas y equipos demasiado grandes, difíciles de gestionar y con problemas para conducir sus actividades cotidianas. Este hecho, determinado en ocasiones por dificultades de generación de recursos físicos y en otros por una preocupación, a veces excesiva, por la economía de escalas, ha impedido en algunos casos romper totalmente con la masificación de la antigua asistencia ambulatoria, ha creado nuevas dificultades de funcionamiento y accesibilidad y ha impedido conseguir grados óptimos de eficacia y eficiencia de las estructuras y procesos asistenciales.

Por el contrario, en el ámbito rural, la dispersión de la población adscrita ha originado, en algunos casos, una cierta atomización de los recursos físicos y

humanos, fuente de ineficacia e ineficiencia y de dificultades para el funcionamiento del propio equipo.

Problemas principales

- ABS con población asignada muy numerosa.
- ABS con población con elevada dispersión (ámbito rural).

Propuestas

- Garantizar la identificación de los usuarios adscritos a los centros/ABS.
- Compartir funciones/actividades entre zonas/ABS próximas (pediatría, odontología, trabajo social, atención urgente, algunos programas de salud, apoyo administrativo).
- Reconsiderar la delimitación territorial en ABS en el ámbito urbano, delimitando la ubicación de centros en cada ciudad y garantizando la libre adscripción de los ciudadanos.
- ABS «nucleares» (medicina de familia, enfermería) de tamaño reducido.
- Reconsiderar la asignación de recursos en las ABS del ámbito rural.

Las dotaciones de recursos materiales

A pesar de los esfuerzos realizados, no se puede dejar de reconocer que en algunos casos se detectan déficit en la dotación de recursos que dificultan el funcionamiento normal de los centros y EAP.

En el ámbito de las comunicaciones (telefónica e informática) los equipamientos son inadecuados e influyen negativamente en la accesibilidad y la capacidad resolutoria de la AP, así como en la relación entre los proveedores y con los otros niveles asistenciales. En el ámbito rural la dispersión de los equipamientos inmobiliarios exige una mejora de las comunicaciones para facilitar el trasvase de datos, imágenes y sonido entre los diferentes centros del ABS.

En algunas ocasiones, no muy a menudo, encontramos ciertas carencias en dotaciones de material clínico y de diagnóstico que inciden negativamente sobre el poder resolutivo de la AP.

En la construcción de determinados CAP se siguen más criterios estéticos que funcionales. Los profesionales y ciudadanos que los utilizan no tienen muchas posibilidades de influir sobre estos temas. Actualmente nos encontramos con déficit en la dotación de espacios tanto de consulta (por ejemplo, para satisfacer las necesidades planteadas por las visitas descentralizadas de los especialistas) como de espacios polivalentes (por ejemplo, en el ámbito de atención/educación materno-infantil).

La dotación de espacios físicos (consultas) se puede considerar insuficiente en determinados centros. La disponibilidad baja de espacios se agudiza por una política de utilización inadecuada. La división del trabajo del ABS en dos turnos (mañana y tarde) genera bolsas de ineficiencia y duplicaciones en la dotación de recursos humanos de los equipos, sobre todo de enfermería y personal de soporte, pero también de profesionales médicos.

Problemas principales

- Infraestructura telefónica e informática insuficiente.
- Déficit de material clínico y diagnóstico.
- Dotación y utilización inadecuada de los espacios de consulta disponibles.

Propuestas

- Asignar los recursos por habitante y año que corresponden a cada ABS en función de sus clientes potenciales y dotar al EAP de los mecanismos y capacidades de gestión necesarias para invertirlos en las necesidades detectadas.
- Garantizar la conexión informática entre los proveedores autorizados de AP.

– Priorizar las dotaciones telefónicas e informáticas.

- Corregir déficit de material clínico.
- Mejorar la utilización de los espacios de consulta.
- Es necesario modificar los turnos de trabajo actuales de los EAP con una doble perspectiva: garantizar una accesibilidad suficiente a los usuarios y potenciar la integración de las actividades y los profesionales que los componen.

La accesibilidad

Una de las premisas conceptuales de la AP es garantizar una accesibilidad máxima para la utilización de los servicios que ofrece a la población. Además, es necesario que la AP contribuya a mejorar la accesibilidad de los otros niveles y estructuras del sistema al usuario.

En un país desarrollado y con una población predominantemente urbana o semiurbana la accesibilidad condicionada por factores geográficos sólo genera problemas puntuales y minoritarios. La preocupación es necesario situarla en la accesibilidad horaria, comunicacional y personal (con los profesionales). Quedan también por resolver algunos problemas puntuales de accesibilidad a los edificios para personas con minusvalías.

La accesibilidad horaria es importante, pero debe ser correctamente contextualizada estableciendo el tipo de servicio que da la mejor respuesta posible a las demandas, que pueden ser diferentes en determinadas franjas horarias y en grupos concretos de población.

En el caso de la accesibilidad telefónica, es necesario distinguir entre la condicionada por la disponibilidad de líneas y la del propio profesional (médico, enfermero, trabajador social) para dar respuesta a la demanda del paciente.

La accesibilidad telefónica es clave para incrementar el poder resolutivo de

la AP y dar la respuesta adecuada en momentos de incremento importante de la demanda. Es necesario educar y concienciar a los ciudadanos y a los propios profesionales sobre la importancia de este tema y generar pautas correctas de utilización y de respuesta, respectivamente.

Problemas principales

- Accesibilidad horaria a los diferentes servicios muy condicionada y poco adecuada.
- Accesibilidad telefónica insuficiente (del centro y del profesional).

Propuestas

- Incrementar la accesibilidad horaria actual modificando las características funcionales de los EAP, vinculando más las agendas de los sanitarios a las características de la demanda y organizando la consulta según los volúmenes de la misma. En algunos lugares también mediante el turno de atención continuada, estructurándolo y dotándolo en función de las características de los usuarios y de sus demandas.
- Mejorar la accesibilidad telefónica del centro y de los profesionales: señalar a los usuarios una franja horaria concreta de contacto no urgente con sus médicos/enfermeros, atendiendo los sanitarios las llamadas de forma diferida en el tiempo, reservando en las agendas de los profesionales espacios horarios concretos para hacer y/o recibir llamadas, etc.

La calidad ambiental (comfort)

Aunque se ha mejorado mucho durante los últimos años, continúa siendo cierto que uno de los aspectos diferenciales percibidos por los ciudadanos entre la medicina ambulatoria pública y privada es el de la calidad ambiental de los centros y consultas. Las esperas son generalmente más largas en la medicina privada que en la pública,

pero son mejor aceptadas, entre otros factores (culturales, derivados del hecho de pagar directamente, de prestigio, etc.) por la mayor comodidad del entorno.

Problema principal

– Escasa sensación de confort del entorno en que se desarrolla la asistencia.

Propuesta

- Asegurar que en el diseño construcción y dotación de los centros se tendrán en cuenta los aspectos de confort.
- Asegurar el correcto mantenimiento de las instalaciones y los equipamientos.
- Dar una atención personalizada, cuidando la imagen y la recepción de los pacientes.

LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA AP

La relación de competencias de la AP es, por definición, muy amplia. En cualquier caso, es necesario tener en cuenta que la asignación de determinadas responsabilidades asistenciales a la AP y el incremento de su poder resolutivo en ciertos campos han de ir acompañados de una reestructuración paralela en el ámbito especializado. No hacerlo así puede incrementar la ineficiencia del conjunto del sistema.

Además de la que podríamos llamar cartera de servicios básica de la AP, es necesario considerar la necesidad de incorporar nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas a la AP con la finalidad de hacerlas más accesibles y eficientes (cartera de servicios ampliada). En estos momentos se pueden considerar superados los planteamientos de distribución de las competencias entre la AP y los especialistas de tipo estanco o independientes. Es necesario priorizar la planificación con una perspec-

tiva de colaboración e interacción entre los dos niveles y situar las responsabilidades directivas y asignar los recursos al lugar donde se supone que las actuaciones alcanzarán mayores grados de eficacia, eficiencia y equidad y tendrán la accesibilidad adecuada.

Las actividades preventivas y de promoción de la salud son un elemento nuclear de la AP. A pesar de ello su cumplimiento es muy irregular y con una priorización insuficiente de aquellas que han demostrado mayores grados de eficacia y efectividad al ser aplicadas en el ámbito de la AP.

La atención domiciliaria no tiene el nivel de priorización que requiere y se realiza sin un grado suficiente de motivación. Se lleva a cabo poca atención domiciliaria programada, con una insuficiente participación y liderazgo de los profesionales de enfermería y escasa coordinación con otros recursos de atención social y sanitaria. No se resuelven, por parte de los equipos, las demandas específicas planteadas por los enfermos terminales o por los que sufren determinadas enfermedades crónicas que requieren técnicas especiales de tratamiento o control.

Problemas principales

- No se resuelven o contienen muchos de los problemas de salud propios de este nivel.
- Duplicaciones de recursos y actividades entre la AP y la especializada.
- Asignación estanca de competencias a los dos niveles asistenciales.
- Insuficiente cumplimiento e integración, y priorización incorrecta de las diferentes actividades preventivas y de promoción de la salud.
- Desarrollo insuficiente de la atención domiciliaria.

Propuestas

– Planificación de recursos, oferta de servicios y actuaciones en función de la mejor respuesta y cobertura posi-

bles de las necesidades y demandas de salud de cada población concreta.

– Recursos de atención especializada y productos intermedios asignados al EAP para su gestión, con responsabilización en la utilización de los mismos y posibilidad de utilizarlos en función de las necesidades del servicio.

- Abrir el abanico de proveedores de atención especializada a disposición de la AP, con la capacidad de optar entre proveedores en función de la eficiencia que sean capaces de ofrecer.
- Priorizar más e incentivar la coordinación interniveles.
- Integrar y evaluar las actividades de prevención y promoción de la salud.
- Incentivar el cumplimiento de objetivos en actividades preventivas y de promoción prioritarias.
- Potenciar e incentivar la atención domiciliaria programada y espontánea incrementando el papel de los profesionales de enfermería como líderes y responsables de estas actividades.
- Priorizar la incentivación del cumplimiento de objetivos específicos en atención domiciliaria.
- Potenciar la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en AP.

EL EAP

El tamaño de los equipos

Muchas ABS tienen una población asignada demasiado numerosa, lo que condiciona equipos de tamaño excesivo, hecho que puede originar bolsas de ineficacia e ineficiencia por las dificultades de manejo que comporta esta característica.

Se hace difícil pensar en un verdadero trabajo en equipo multidisciplinario cuando a una hipotética reunión plenaria deberían asistir más de 40 personas entre médicos, enfermeros, profesionales de soporte y de trabajo social. La realidad de estos equipos de gran tamaño demuestra que no funcionan como una organización única,

sino que se compartimentalizan en diferentes subunidades o subequipos (médicos de familia, pediatras, enfermeros/as, turno de mañana, turno de tarde, etc.).

La confluencia de diferentes factores (tamaño excesivo, turnos de trabajo, tendencia espontánea a la agrupación por colectivos profesionales) potencia la disgregación y falta de integración funcional de los equipos.

Problemas principales

- Tamaño excesivo de los equipos como generador de ineficacia e ineficiencia.
- Integración y comunicación insuficientes de los componentes de los equipos, sobre todo en el ámbito rural.
- División en subequipos o subgrupos.

Propuestas

- Diseñar equipos (unidades operativas de AP) más reducidos.
- Priorizar los aspectos favorecedores de la comunicación e integración de sus componentes.

Composición de los equipos

Parece evidente que existen problemas frecuentes en el funcionamiento de los equipos, derivados de una política de gestión de recursos inadecuada y que a menudo comporta un uso ineficiente de los recursos humanos en relación a las necesidades de cada EAP, tanto desde una perspectiva cuantitativa (número de componentes) como cualitativa (tipo de componentes).

La asignación de profesionales de enfermería no se tendría que realizar exclusivamente en función del número de médicos.

En un contexto de planificación y gestión centralizados y en un entorno económico restrictivo en que el ahorro es el objetivo más apreciado, las asignaciones de recursos se hacen con ten-

dencia a la baja y, en muchos casos, no se valoran prioritariamente las necesidades reales que plantea la asistencia. Las cargas de trabajo soportadas por los profesionales de un equipo pueden ser muy diferentes y generar conflictos y agravios comparativos más o menos explicitados. Un ejemplo de esto son los equipos mixtos con profesionales médicos de contingente y reformados.

Problemas principales

- Asignación y gestión inadecuadas de los recursos humanos de los equipos.
- Distribución heterogénea de las cargas de trabajo.

Propuestas

- Dar más capacidad a los EAP para gestionar los recursos humanos, dotándolos de la capacidad de escogerlos y redistribuirlos.
- Reajustar las proporciones de población asignada a cada médico en aquellos casos con una mayor sobrecarga asistencial.
- Reajustar las cargas de trabajo en el equipo introduciendo las modificaciones organizativas y en la asignación de responsabilidad que sean necesarias.
- Asignación de profesionales de enfermería en función de las necesidades reales y no del número de médicos.

El perfil y el papel del director (coordinador) del equipo

El director o coordinador del EAP debería asumir cada vez más responsabilidades efectivas en la gestión de sus recursos, pero en muchos casos no le dejan y es frecuente que no tenga la preparación suficiente para hacerlo.

Problemas principales

- Insuficiente capacidad de gestión del director del equipo.

- Falta de delimitación del perfil técnico de la figura del director del equipo y de sus necesidades formativas.

Propuestas

- Incrementar la capacidad de gestión y los ámbitos de decisión del director del equipo, con especial referencia a la selección de los recursos humanos propios.
- Delimitar el perfil técnico del director del equipo y garantizar su formación.

LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

La organización del trabajo en los EAP necesita una reconsideración en profundidad para corregir los importantes problemas que se han ido evidenciando a lo largo de estos años de desarrollo de la reforma.

La rigidez en la distribución de las actividades a lo largo de la jornada laboral, con la realización prácticamente simultánea por todos los profesionales de los diferentes tipos de tareas (consultas, domicilios, reuniones...) son características comunes a muchos centros y equipos. Esta rigidez es fuente de disfunciones significativas, que afectan negativamente la accesibilidad y sobrecargan en determinados momentos los servicios de atención al usuario.

La programación de las visitas, y principalmente la cita previa, se ha convertido en un obstáculo para la atención adecuada (en forma y tiempo) de las personas más que en lo que debería ser un instrumento facilitador de la atención. Es necesario encontrar nuevas fórmulas organizativas para dar respuesta a demandas asistenciales no urgentes pero que necesitan respuesta rápida.

Problemas principales

- Realización simultánea de los diferentes tipos de actividades.
- Cita previa como obstáculo para la accesibilidad.

– Falta de respuesta inmediata y resolutive ante demandas no urgentes.

Propuestas

– Flexibilización organizativa que permita diversificar la distribución de las tareas en el horario siempre que se respeten determinados espacios de tiempo para las actividades comunes.

– Atención en el día de la cita previa.

– Capacidad para cambiar la organización y tipo de actividades de los equipos en función de determinados picos de demanda (gripe, verano en zonas costeras).

– Incentivar la capacidad de dar respuesta inmediata a demandas no específicamente urgentes.

– Priorizar contractualmente la posibilidad de que cada médico se responsabilice de la atención a sus clientes durante todo el horario de apertura normal del centro en los días laborales.

LA ATENCIÓN CONTINUADA Y URGENTE

La capacidad de resolución y cobertura de la AP en este ámbito es susceptible de una mejora significativa. Es evidente que la cultura de utilización de los servicios de urgencia por parte de la población se dirige prioritariamente a los hospitales, pero también es cierto que es necesario modificar, en todo lo que sea razonable y positivo para el usuario, estos comportamientos y potenciar también en las urgencias el papel de la AP como puerta de entrada del sistema, evitando la creación de vías alternativas de asistencia. Como consecuencia de lo anterior, en los momentos de crisis (por ejemplo, en las epidemias gripales) es imprescindible que la AP tenga los recursos y la flexibilidad organizativa suficiente para dar una respuesta adecuada y en coordinación con los otros niveles asistenciales.

Problemas principales

– Falta de motivación de los profesionales para estas actividades.

– Falta de información de la población respecto a los recursos urgentes de la AP.

– Dotación insuficiente de los servicios de urgencia de AP.

– Insuficiente adaptación organizativa y priorización de actividades inadecuadas en los equipos en los momentos críticos de demanda de atención urgente.

– Falta de coordinación con otros niveles asistenciales en este campo.

Propuestas

– Incentivar la participación de los profesionales en este ámbito de actividad.

– Dar más información a los profesionales y a la población sobre la atención urgente en la AP.

– Dotar adecuadamente los servicios de urgencia de AP.

– Potenciar los mecanismos de adaptación de los equipos a las situaciones de crisis.

– Potenciar la coordinación con los otros niveles asistenciales y con los sistemas de emergencia.

– Facilitar la contratación puntual o periódica de profesionales.

LA FARMACIA Y EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

El gasto farmacéutico es uno de los capítulos presupuestarios principales de la AP, y por tanto necesita ser analizado tanto desde la perspectiva económica como desde la técnica y ética.

La RAP ha introducido elementos indudables de mejora técnica en la prescripción, incrementando su calidad intrínseca y la adecuación indicación/prescripción. También existen datos objetivos que demuestran una disminución relativa del gasto farmacéutico per cápita en la AP reformada respecto a la no reformada.

A pesar de estos cambios positivos, el crecimiento del gasto farmacéutico supera las previsiones y expectativas de los responsables políticos y de los gestores y constituye un motivo constante de preocupación que se traslada en forma de presión a los profesionales de la AP. Son múltiples los diseños de estrategias de incentivación que se han hecho para intentar frenar el crecimiento de la factura farmacéutica. La mayoría continúa poniendo énfasis en el ahorro económico.

A veces nos olvidamos de que el gasto farmacéutico es el resultado de todo un amplio abanico de factores que inciden sobre el uso racional del medicamento. También olvidamos a menudo que una parte significativa de las prescripciones realizadas por los médicos de atención primaria tienen su origen en la atención hospitalaria y especializada. Tampoco consideramos siempre el hecho de que la prescripción farmacéutica es necesario enmarcarla en un contexto cultural, político y económico determinado y sobre el cual es necesario incidir con medidas estratégicas y de medio y largo plazo si queremos obtener resultados duraderos en el tiempo.

Problemas principales

– Gasto farmacéutico con un crecimiento importante y continuado.

– Estrategias de intervención dirigidas exclusivamente o principalmente a la incentivación del ahorro inmediato.

– Adscripción exclusiva a la AP del gasto generado por la prescripción en otros ámbitos del sistema.

Propuestas

– Diseñar estrategias de incentivación basadas en la política de uso racional del medicamento, promocionando la prescripción de calidad (intrínseca y de adecuación) al precio más económico posible.

- Garantizar la reinversión «local» de los incentivos obtenidos.
- Adscripción racional del gasto a los diferentes ámbitos del sistema.
- Dar capacidad a la atención primaria para conocer y regular el gasto farmacéutico generado por especialistas.

LA RELACIÓN DE LA AP CON LOS OTROS NIVELES ASISTENCIALES

No es necesario volver a insistir en las dificultades de relación existentes entre los hospitales y la AP a nivel institucional y profesional. Tampoco se ha avanzado lo esperado en la comunicación y colaboración entre la AP y los ámbitos de atención a la salud mental y sociosanitaria.

Para mejorar este aspecto, es necesario prescindir de las declaraciones teóricas y de las propuestas genéricas y bien intencionadas y pasar a la acción.

Problemas principales

- Comunicación y colaboración insuficiente entre AP y hospital.
- Comunicación y colaboración insuficiente entre AP y salud mental y programas sociosanitarios.

Propuestas

- Incentivar contractualmente la existencia de planes concretos de colaboración de ámbito territorial, poblacional e institucional, así como sus resultados.

LOS SERVICIOS DE AP AL USUARIO. LA COMUNICACIÓN CON LA POBLACIÓN

Los servicios de atención al usuario son un elemento nuclear y de la máxima prioridad para el correcto funcionamiento de un equipo y delimitan un porcentaje muy elevado de la imagen que proyecta la AP.

La población asignada y usuaria de los servicios de AP no tiene, en muchos casos, una información suficiente so-

bre los recursos existentes ni sobre su organización y forma de utilización.

Problemas principales

- Priorización insuficiente de las unidades de atención al usuario.
- Información inadecuada de la población usuaria de AP.

Propuestas

- Introducir como parte variable (objetivos) los relacionados con resultados en atención al usuario.
- Designar un responsable de comunicación del equipo.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA Y SISTEMAS DE REGISTRO

En estos momentos la cobertura en términos de historias clínicas abiertas a la población demandante en la AP reformada es alta, pero en bastantes casos la calidad de la información clínica no se puede considerar suficiente. Por otro lado, los sistemas de archivo y las estrategias de informatización necesitan ser reconsiderados.

Problemas principales

- Calidad insuficiente de la información clínica.
- Bajo nivel de informatización.
- Archivos obsoletos.

Propuestas

- Diseñar una estrategia general de información e informatización de los centros.
- Introducir cambios significativos en el modelo de historia clínica.
- Cambiar los sistemas de archivo de la documentación.
- Impulsar estrategias generales de informatización en diferentes campos: historias, recetas, peticiones de consulta y de exploraciones complementarias...

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

El desarrollo de actividades docentes (de posgrado y, en fase inicial, de pregrado) ha adquirido relevancia significativa en términos cuantitativos y cualitativos en AP. A pesar de ello, persisten puntos de conflicto derivados de una cierta falta de reconocimiento y apoyo de este grupo de actividades por parte de los elementos directivos y también de la existencia de agravios comparativos en el cobro del complemento de docencia por los profesionales en las diferentes comunidades autónomas.

Las actividades de investigación han tenido un desarrollo desigual y con un nivel de calidad relativamente bajo. El número de ensayos clínicos realizados en AP continúa siendo muy escaso en relación al que sería esperable.

Problemas principales

- Reconocimiento heterogéneo de la actividad docente.
- Actividades de investigación de un nivel relativamente bajo.

Propuestas

- La compensación de los médicos de AP acreditados como tutores docentes no debería estar ligada a un incremento de la dedicación horaria, ni significar una retribución directa e igual para todos por el hecho de ser tutor, independientemente de si se desarrolla o no correctamente esta actividad. La compensación de los tutores se debería implementar en el contexto de la retribución variable y en relación al cumplimiento de objetivos (actuación tutorial correcta).
- Es necesario potenciar y controlar la calidad y los gastos generados por las actividades de investigación en AP.

MOTIVACIÓN Y COMPENSACIÓN DE LOS PROFESIONALES

En estos momentos se está empezando a percibir un cierto grado de desánimo en los profesionales que trabajan

en la parte reformada de la AP. Esta situación es necesario ponerla en relación con diferentes factores, entre los que se pueden destacar los siguientes:

- Cargas de trabajo excesivas y/o no bien compensadas y repartidas en función del número de personas adscritas a cada médico.
- Falta de perspectivas de futuro personal en el ámbito profesional (asistencia, docencia e investigación).
- Remuneración insuficiente de los médicos y otros profesionales y sin relación con las cargas de trabajo, el nivel de responsabilidades, los resultados del proceso de atención o la satisfacción de los clientes.
- Ausencia de relación entre cantidad y calidad de la actividad desarrollada y compensaciones profesionales y económicas.
- Insuficiente sentimiento de pertenencia a un nivel asistencial del sistema sanitario con personalidad propia (AP).
- Énfasis excesivo de los estamentos de dirección y gestión en los aspectos económicos e insuficiente en las mejoras técnicas y de ambiente laboral.

Problemas principales

- Falta de una política definida de recursos humanos.
- Desmotivación de los profesionales.
- Falta de incentivación adecuada.
- Escasa relevancia de la parte variable de la retribución en relación al cumplimiento de objetivos.

Propuestas

- Analizar los lugares de trabajo necesarios actualmente y en el futuro y diseñar estrategias de recursos humanos para garantizar su cobertura.
- Facilitar la libre elección del médico.
- Reconsideración de las cargas de trabajo del equipo y de cada profesional. Reajuste de la población asignada en los casos más conflictivos.

– Reconsideración del nivel de las retribuciones totales percibidas por los profesionales en determinados casos.

- Diseño de la carrera profesional.
- Mecanismos de incentivación suficientes y con capacidad de discriminación en relación a la cantidad y a la calidad del trabajo desarrollado por el equipo y por cada profesional y procedimientos de evaluación de los objetivos que sean trascendentes y basados en los resultados.
- Descentralización de la gestión de recursos humanos y de la capacidad para establecer variaciones significativas en la política general de incentivos.
- Énfasis en los aspectos técnicos de la actividad y en la mejora del ambiente laboral.

FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA AP

A pesar de las declaraciones de políticos y gestores respecto a la elevada prioridad del desarrollo y dotación de la AP, la realidad presupuestaria continúa mostrando la tendencia a un mayor crecimiento de los recursos asignados a los hospitales en relación a la actividad desarrollada tanto desde una perspectiva cuantitativa como cualitativa (cartera de servicios).

La gestión de la AP en las empresas proveedoras de determinadas comunidades autónomas se ha colocado en una cierta perspectiva de subsidiariedad respecto a la de la atención especializada.

Las diferentes fórmulas que se están ensayando para la gestión de EAP incentivan la participación de los profesionales en las responsabilidades económicas, con un cierto parecido con el modelo inglés. Todavía no disponemos de suficiente número de datos y resultados para establecer comparaciones con el modelo clásico o entre los propios de autogestión.

Problemas

- Asignación ineficiente de recursos a la AP.
- Financiación independiente de la actividad.
- Gestión de la atención primaria subsidiaria de la hospitalaria.

Propuestas

- Planificación conjunta hospitalaria y de AP, pero gestión de AP no subsidiaria de la primera.
- Eliminar las bolsas de ineficiencia, especialmente en recursos humanos, que no aporten nada al producto final de la provisión de servicios de AP.
- Asignación de recursos de AP también en relación con el nivel de resolución y resultados conseguidos.
- Financiación directa de algunos aspectos de las carteras de servicios.
- Descargar a los profesionales sanitarios de trabajos administrativos y de gestión.

LA EVALUACIÓN DE LA AP

Es imprescindible que las diferentes partes implicadas en la evaluación de los servicios que presta la AP (financiadores, proveedores y profesionales) encuentren ámbitos y fórmulas de evaluación satisfactorias y que reflejen el nivel de calidad y satisfacción conseguida con las actuaciones diseñadas y sus resultados. La evaluación de la AP es necesario que responda de la forma más estrecha posible a su realidad asistencial, docente e investigadora y que tenga una trascendencia clara para el equipo y los profesionales.

La evaluación actual parece excesivamente burocrática, está centrada en el proceso de atención y es únicamente cuantitativa. Es necesario introducir cambios significativos en este ámbito para evitar su deterioro técnico y prestigio.

Problema principal

– Evaluación burocrática, de proceso, exclusivamente cuantitativa, poco trascendente y con periodicidad general fija.

Propuestas

- Generar mecanismos de evaluación de interés común para el financiador, el proveedor y el profesional.
- Evaluación trascendente centrada en los resultados y con componentes cualitativos.
- Proceso de evaluación abierto en el tiempo.

LA CALIDAD DE LA AP

La calidad de los procesos asistenciales, docentes e investigadores y los resultados obtenidos en términos de impacto positivo sobre la salud de la población es un producto complejo que nace del abordaje y solución de los problemas expuestos en los apartados anteriores, pero también es necesario reflexionar sobre el concepto de calidad en sí mismo como instrumento (que no finalidad) de mejora continua de la organización. Es necesario que las actuaciones sanitarias sobre las personas tengan un nivel óptimo de la calidad intrínseca y de la percibida por los pacientes.

Problemas principales

- Insuficiente desarrollo de los instrumentos de garantía de calidad.
- Priorización insuficiente de los objetivos de calidad en la planificación y gestión de servicios y actividades.

Propuestas

- Creación de grupos de mejora en los EAP.
- Incluir sistemáticamente objetivos específicos de calidad en la contratación de los equipos.