

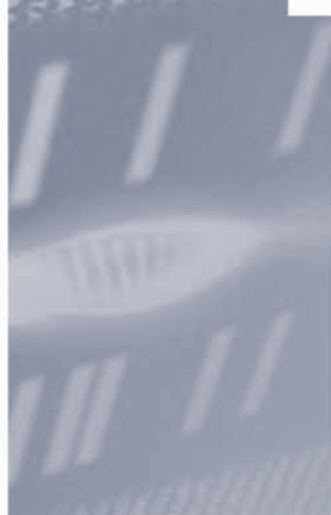
Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia

Informe técnico



Propuestas de transformación de la Atención Primaria en Galicia

Informe técnico



La Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS) no se hace responsable de lo publicado en este documento. La responsabilidad de las opiniones y de los contenidos de los trabajos corresponderá exclusivamente a el/los autor/es.

Edita:

Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud
Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS)

Grupo de expertos:

Casajuana Brunet, Josep
Clavería Fontán, Ana (Secretaría Técnica)
Domínguez Sardiña, Manuel
Garnelo Suárez, Luciano
Gervas Camacho, Juan
Maíz Cal, Carlos
Martín García, Manuel
Ortún Rubio, Vicente (Presidente)
Prieto Orzanco, Asunción
Rey García, Jesús (Secretaría Técnica)
Rivera Campos, Isidoro
Rodríguez Iglesias, Francisco Javier
Solla Camino, José Manuel
Vaamonde García, Pablo

Diseño y maquetación:

Andaina  Publicidade

Impresor:

Gráficas

Depósito Legal:

PO 000-2009

Índice

PRESENTACIÓN	5
I. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)	9
1. Introducción	11
2. Composición de la Unidad de Atención Primaria (UAP)	13
3. El jefe de servicio y el organigrama del EAP	17
4. Condiciones de trabajo	18
5. Funcionamiento general del EAP: las agendas	19
6. Atención pediátrica	22
7. A modo de conclusión	22
II. PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC)	25
1. Introducción	27
2. Definición de la urgencia	27
3. Organización de las urgencias extrahospitalarias	28
4. La atención urgente en Atención Primaria	29
5. Los Puntos de Atención Continuada (PAC)	30
6. Situación actual	32
7. Alternativas de futuro	34
8. Conclusión	38
III. INCENTIVACIÓN Y AUTONOMÍA	39
1. Conocimiento y constataciones de las que se parte	41
2. Consenso sobre incentivos: hacia una Atención Primaria fuerte	43
IV. SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y MEDICIÓN DE RESULTADOS	51
1. Análisis de la situación (pasado, presente, futuro)	53
2. Más de lo mismo o cuando la solución es el problema	53
3. La historia clínica	55
4. Las bases centralizadas en la historia clínica informatizada	55
5. Mediciones de la calidad del sistema	56
6. Base mínima de datos para evaluar el sistema	57
7. Funciones de los diversos agentes	58

V. INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: ARTICULACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	61
1. Gestión clínica	68
2. Retribuciones e incentivos para explicitar la función de coordinación entre niveles	68
3. Coordinación en los contratos	68
4. Sistemas y tecnologías de información y comunicación	69
5. Cultura común	69
6. Propuestas de actuación	69
VI. CONCLUSIONES	71

Presentación

Las Líneas Estratégicas de la Consellería de Sanidad para la legislatura 2005-2009, presentadas en el Parlamento en noviembre de 2005, incluían como tercera línea de actuación la de garantizar una atención integral de salud, mejorando la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada. Para ello se proponía:

- Priorizar la Atención Primaria, que para nosotros no sólo es la puerta de entrada del sistema sino su eje principal
- Elevar la capacidad de resolución en Atención Primaria
- Realizar la gestión conjunta de los servicios sanitarios
- Ordenar esta continuidad en función de la enfermedad del paciente
- Mejorar el sistema de derivaciones a la Atención Especializada y el posterior seguimiento de los pacientes
- Establecer cauces de comunicación entre los médicos de primaria y especializada, a través de la historia del paciente y del desarrollo de la historia de salud electrónica

Teniendo todo esto en cuenta y con la intención de acomodar las líneas estratégicas de la Consellería a las del documento *Estrategias AP21* y a las perspectivas de los profesionales de Atención Primaria integrados en la *Plataforma 10 minutos*, el 2 de abril de 2007 se firmó el *Plan de Mejora de la Atención Primaria de Galicia 2007-2011*.

El *Plan de Mejora* tiene como valor básico el de ser producto de un consenso alcanzado con todas las asociaciones profesionales y organizaciones sindicales con representación en la Atención Primaria de Galicia. Se trata, además, de un plan de objetivos, de una propuesta de medidas a tomar para, con el modelo existente, paliar en lo posible los actuales defectos estructurales de la Atención Primaria.

Dentro del *Plan* se incluyen medidas sobre la creación de plazas de personal de todas las categorías de profesionales en jornada ordinaria y el aumento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria, y sobre la gestión y desburocratización de las consultas.

En definitiva, es un plan que recoge una serie de medidas para mejorar la funcionalidad y los recursos económicos y humanos de este nivel asistencial. Además, es un plan dinámico, pues lleva aparejada una comisión de seguimiento, con funciones de evaluación del plan, que se reúne según el calendario prefijado en el mismo, y que está formada por personal del Sergas y por un representante por cada organización que lo ha firmado.

Sin embargo, el *Plan de Mejora* es mucho más que un incremento de recursos humanos, económicos, informáticos, tecnológicos y funcionales. El *Plan de Atención Primaria* persigue un objetivo transversal y estructural a lo largo de su vigencia como es el de sentar las bases para el diseño del mejor modelo organizativo y de gestión integral que posibilite una Atención Primaria en Galicia accesible, eficaz, eficiente y que responda a las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI. Es preciso tomar en consideración a los actores más importantes, los usuarios, configurar el mejor modelo de atención a las urgencias (PAC) y estudiar las medidas organizativas y de gestión que den respuesta a estos objetivos estructurales.

Teniendo en cuenta todo esto, la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud decidieron encargar a un grupo de profesionales con amplia experiencia en Atención Primaria la realización de un documento de debate que incluya propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia.

Este es el documento que ahora presentamos, y que pretende ser un punto de arranque en la transformación de la Atención Primaria. Como tal, esperamos que contribuya de una manera fundamental al diseño y modelo organizativo de gestión de la Atención Primaria que dé respuesta a las necesidades asistenciales de los ciudadanos del siglo XXI. Que en el ámbito de la mesa de seguimiento del plan de mejora de la AP y por las partes que lo firmaron, sea debatido, mejorado y consensuado siguiendo el modelo de trabajo que desde el principio dio valor al plan. La participación y el consenso han sido los valores que han legitimado desde el inicio el cambio en la AP y esperamos que siga siendo este el camino.

Santiago de Compostela, 26 de febrero de 2009
La conselleira de Sanidad

Encargo

Tras la aprobación, en abril de 2007, del *Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia 2007-2011*, el secretario general del SERGAS pidió, en octubre de 2007, a un grupo de personas que se constituyeran en grupo de expertos para promover un documento de consenso donde se incluyan las mejoras propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia. Si el *Plan de Mellora* contempla una serie de medidas tendentes a mejorar la funcionalidad, los recursos económicos y humanos de este nivel asistencial, con objetivos evaluables durante la vigencia del mismo, las propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia han de contribuir al diseño de un modelo y organizativo de gestión que dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos del siglo XXI.

El grupo se reunió por primera vez el 20 de noviembre de 2007 para establecer el método de trabajo y el reparto de tareas entre cinco subgrupos. Cada subgrupo trabajó en los temas asignados y los resultados fueron puestos en común, y compartidos también con una audiencia más amplia, en otra reunión presencial los días 25, 26 y 27 de febrero de 2008. Diversos intercambios siguieron a la puesta en común hasta llegar a las propuestas que aquí se presentan.

Comisión de expertos de Atención Primaria

CASAJUANA BRUNET, JOSEP. Médico de familia. Gerente del Ámbito de la Atención Primaria en Barcelona. Institut Catalá de la Salut.

CLAVERÍA FONTÁN, ANA. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de Servicio de la Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud.

DOMÍNGUEZ SARDIÑA, MANUEL. Médico de familia. Centro de Salud de Sárdoma (Vigo). AGAMFEC (Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria)

GARNELO SUÁREZ, LUCIANO. Pediatra. Centro de salud Pintor Colmeiro (Vigo). Miembro de AGAPap (Asociación Gallega de Pediatría en Atención Primaria)

GERVAS CAMACHO, JUAN. Médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid. Profesor de salud internacional (Escuela Nacional de Sanidad) y de salud pública (Universidad Autónoma), Madrid

MAÍZ CAL, CARLOS. Pediatra. Centro de salud O Ventorrillo (A Coruña). Presidente AGAPap (Asociación Gallega de Pediatría en Atención Primaria)

MARTÍN GARCÍA, MANUEL. Médico de familia. Centro de salud O Seixo (Marín). ADSP (Asociación Defensa da Sanidade Pública)

ORTÚN RUBIO, VICENTE. Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) y profesor del Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

PRIETO ORZANCO, ASUNCIÓN. Médico de familia. Centro de Salud de General Ricardos (Madrid). Grupo de coordinación del documento Estrategias AP21.

REY GARCÍA, JESÚS. Médico de familia. Subdirector general de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud.

RIVERA CAMPOS, ISIDORO. Médico de familia. Ambulatorio Virxe da Peregrina (Pontevedra). SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

RODRÍGUEZ IGLESIAS, FCO. JAVIER. Enfermero. Servicio de Integración y Cuidados. Servicio Gallego de Salud. AGEFEC (Asociación Gallega de Enfermería Familiar y Comunitaria).

SOLLA CAMINO, JOSÉ MANUEL. Médico de familia. Centro de Salud de Allariz (Ourense). SEMG (Sociedad Española de Medicina General).

VAAMONDE GARCÍA, PABLO. Médico de familia. Centro de Salud de Labañou (A Coruña). Director general de la División de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (2005-2007).



ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (EAP)

1. Introducción

La Atención Primaria (AP) es un elemento clave dentro de nuestro sistema sanitario. Se admite que los sistemas sanitarios orientados a la AP tienen mejores resultados y mayor satisfacción a un coste inferior (Starfield 1994).

Sin embargo, en la práctica el discurso de que la AP es el centro del sistema no se traduce en aspectos clave como el presupuesto que a ella se dedica (Simó 2004), y por otra parte, 25 años después de la reforma persisten problemas importantes (Gérvas 2001, Martín Zurro 2000). A ello debemos añadir que el problema del burnout es de gran prevalencia, y ello obedece a una etiología multicausal con dos grandes elementos: sobrecarga asistencial y percepción de falta de apoyo directivo (Edwards 2002). Esta situación ha generado movimientos entre los profesionales y en las administraciones (sirvan de ejemplo el proyecto Atención Primaria XXI promovido por el Ministerio de Sanidad, o el Plan de Innovación de la Atención Primaria promovido por el Departamento de Salud en Cataluña) para impulsar cambios en la AP, y algunos de estos cambios pasan de lleno por replantearse aspectos de la organización y gestión de los propios Equipos de Atención Primaria (EAP9).

En este marco, por parte de la Secretaría Técnica de este proyecto se ha realizado un diagnóstico de situación de la AP en Galicia. En lo referente a “Gestión y Organización de Servicios” se plantean, entre otros, los siguientes aspectos a considerar:

- Falta de profesionales
- Falta de espacio en algunos Centros de Salud (CS) si se incrementa el número de profesionales
- Rol de los profesionales y cambios posibles/deseables para adaptarse a la situación
- La figura del jefe de servicio

En este capítulo nos planteamos propuestas sobre la organización de los EAP que pueden ensayarse para adaptar su funcionamiento a la realidad de las demandas y necesidades actuales rompiendo con algunas “cadenas” muy arraigadas en el sistema: hiperfrecuentación, demanda de baja complejidad (intolerancia al disconfort), accesibilidad máxima (excesiva y con efectos secundarios no bien conocidos), infrautilización de la capacidad de los profesionales, incremento de prevalencia de la cultura funcionarial en los EAP.

Es necesario decir que el crecimiento espectacular de la demanda derivado de la amplia oferta, la accesibilidad máxima, el bajo coste de oportunidad, la falta de responsabilización sobre los problemas de salud, la disminución del nivel de tolerancia

al disconfort, el paternalismo del sistema, el furor preventivo y la obsesión por la salud como enfermedad más prevalente han colocado al sistema en una situación paradójica en la cual profesionales cada vez más y mejor formados (MIR de 4 años, especialidad de enfermería comunitaria) dan respuesta a “problemas” de salud cada vez menos complejos. Ello representa, no sólo una ineficiencia y una agresión a la autoestima del profesional, sino también un problema de seguridad clínica por el potencial iatrogénico de tan medicalizada respuesta.

Pero además, esta hiperutilización de los servicios sanitarios genera una relativa falta de médicos, cuando en realidad tenemos un número de facultativos ligeramente superior a la media de la OCDE (OCDE 2007), y una relación enfermera/médico claramente inferior. Por otra parte, el tiempo asistencial de nuestros médicos de AP resulta de los más bajos de nuestro entorno.

Para garantizar una adecuación entre la complejidad del problema de salud y la respuesta del sistema se hace necesario adecuar los circuitos introduciendo barreras (organizativas, burocráticas, económicas...) que garanticen que cada problema es atendido en el lugar donde mejor puede ser resuelto y con un coste inferior (necesidad de eficiencia del sistema público). De hecho, de una forma simplista podríamos decir que o bien hay que evitar que las demandas menos complejas accedan al sistema sanitario o bien hay que dotar a este de profesionales adecuados a esa baja complejidad (Casajuana 2008). Posiblemente, un término medio entre ambas líneas de actuación puede resultar lo más práctico, y ello implica desde medidas educativas hasta, como ya se ha dicho, barreras organizativas (u otras) para favorecer una utilización más racional de los servicios, y por otra parte y de forma coordinada, desmedicalizar la respuesta a problemas de salud banales que no obtienen beneficio específico de la atención en los servicios de salud.

Otro aspecto que debe tenerse en consideración es la “necesidad” de inmediatez en la respuesta que se exige cada vez más al sistema sanitario y especialmente a los dispositivos de atención primaria. En cierto modo existe una doble tipología de pacientes: los que priorizan la longitudinalidad (generalmente personas de edad más avanzada, con patologías crónicas, que quieren ser vistas siempre por el mismo médico/enfermera) y los que priorizan la accesibilidad (generalmente personas más jóvenes, sanas, con algún problema de salud menor, que quieren ser vistos pronto y con horario amplio, sin importarles que profesional les vea mientras resuelva su problema). Los pacientes que priorizan la longitudinalidad son minoría, pero generan la mayoría de las consultas. Los otros son la mayoría de la población pero generan la menor parte de las consultas (se habla de la regla del 20-80). Nuestra organización se adecua más al primer tipo de paciente mientras que el segundo suele encontrar ciertas dificultades en el acceso. Quizá vale la pena plantearse la respuesta a ello con una doble línea de servicio, pero teniendo siempre presente el valor añadido que representa la longitudinalidad.

En este texto vamos a abordar los siguientes aspectos:

-
- Composición del EAP: número de profesionales y ratios
 - El jefe de servicio y el organigrama del EAP
 - Condiciones de trabajo: confort de las instalaciones, desarrollo profesional...
 - Funcionamiento general del EAP. Las agendas
 - Atención pediátrica

Los aspectos relativos a atención a las urgencias y coordinación entre niveles, se tratan en otros capítulos.

Para cada uno de estos apartados se hace un pequeño argumentario inicial y un conjunto de propuestas que son total o parcialmente aplicables a corto plazo. Debemos tener en todo momento como marco referencial, cuando sea preciso, el *Plan de Mellora da Atención Primaria de Galicia*.

2. Composición de la Unidad de Atención Primaria, UAP: número de profesionales y ratios

La composición de la UAP, idealmente, debería ser variable para poder responder a diferentes modelos organizativos evitando planteamientos de modelo único. Sin embargo, la tendencia “natural” es a la uniformidad de criterios atendiendo a la filosofía/hábito de modelo único de UAP. Si bien se exponen a continuación criterios estándar, insistimos en que si planteamos modelos distintos los estándares pierden buena parte de su utilidad.

2.1. Médicos de familia

La concreción de las necesidades de médicos de familia en una UAP es un tema en el cual, sin mucha base real para ello, se ha llegado a un consenso relativamente extendido. Así, se asume que el cupo ideal estaría alrededor de las 1500 personas asignadas por médico (en el *Plan de Mellora* se establece 1250 en 2011).

A pesar del amplio consenso en la cifra del 1500, creemos que mantenerla es sistematizar dos errores que pueden evitarse: 1) olvidar que existe una variabilidad amplia en cuanto a población utilizadora de los servicios públicos de primaria; 2) cerrar las plantillas atendiendo a un único modelo de prestación del servicio y a una forma uniforme de contratación de los profesionales.

Por otra parte, la ya mencionada situación de relativa falta de médicos obliga a arbitrar

medidas que se adecuen a esa realidad, y mientras no se dispone de más profesionales debemos intentar disponer de más horas de profesional.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- Calcular los cupos de cada médico según su carga asistencial determinada por la población utilizadora (en el último año, entre el 75-80%; o en los últimos 3 años, entre 90-95%), ponderada por edad, y ajustada según realidades locales.
- Determinar el cupo medio “deseable”, definido según los criterios anteriores para un profesional con dedicación estándar (36 horas semanales en jornada normal, con 2/3 de dedicación a la asistencia).
- Ofrecer a los profesionales médicos la oportunidad de trabajar con cupos menores (reducciones de jornada) y cupos mayores, incrementando en este caso el tiempo de trabajo y remunerando en función de ello con horas de “jornada complementaria”. Esto último (el incremento de horas de médico) es especialmente útil en la actual situación de relativa falta de profesionales.

2. 2. Personal de enfermería

Mientras que para el ratio de médicos de familia existe, como ya hemos dicho, un amplio consenso, para los profesionales de enfermería no existe una definición de cupo ampliamente aceptada, y la tendencia de proponer una relación 1 a 1 se basa más en la visión de un modelo de trabajo en microequipos médico-enfermera, modelo que tampoco puede plantearse (al menos con criterios científicos) como un estándar a extender de forma generalizada. Los microequipos deben verse como “una” forma de organización no como “la” forma de organización.

Propuestas a considerar a corto plazo

- Dado que el *Plan de Mellora* opta por proponer un número paritario de médicos y enfermeras, las consideraciones de tamaño de cupo hechas para los médicos de familia deben hacerse extensivas a enfermería, aunque sin cerrar las puertas a planteamientos que propongan otros modelos organizativos en el marco de cada EAP. En todo caso, si se adoptan otras fórmulas organizativas debe mantenerse el criterio de que cada paciente tenga su enfermera asignada, independientemente del modelo que se considere. También en estos casos, el número de enfermeras o el cupo asignado a cada enfermera estará en función de la carga asistencial presumible.

2. 3. Pediatría

En pediatría, la situación de falta de pediatras resulta más evidente y la posibilidad de mantener funcionando un sistema en el que todos los niños de 0 a 15 años pueden acceder directamente al pediatra, con ratios de 800 niños por pediatra (*Plan de Mellora*) es actualmente inviable.

Por otra parte, debe evitarse la contratación de médicos no pediatras para hacer de pediatras, no ya sólo por la propia necesidad actual de médicos de familia, sino también porque debe garantizarse que toda persona de 0 a 15 años tiene un pediatra asignado, de referencia.

De esta forma la solución factible pasaría por el hecho de que una parte de la población pediátrica (definida en función de la disponibilidad de pediatras) no tenga acceso directo al pediatra sino que la primera atención se realice por su médico de familia o enfermera.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- El pediatra actuaría como hasta ahora con los niños más pequeños (la edad variará en función de la disponibilidad de profesionales en cada centro) mientras que sería más bien un consultor con los niños mayores.
- La tendencia general en nuestro medio es que cada pediatra forme microequipo con una enfermera de pediatría, si bien cabe contemplar la posibilidad de otros modelos.
- Lógicamente, todos estos aspectos deben considerarse en el momento de contabilizar los cupos de los médicos y enfermeras de familia.
- El peso del programa del niño sano debe recaer en su mayor parte en enfermería.
- Para facilitar la organización de la atención pediátrica en determinados entornos debe favorecerse la concentración de pediatras y enfermeras de pediatría en Servicios de AP, sin que ello vaya en detrimento de la posibilidad de que los niños sean atendidos en la UAP. Debe adaptarse este tipo de organización a cada entorno concreto.

2. 4. Auxiliares de enfermería

Aunque hay distintas propuestas en relación a la incorporación de la figura de personal auxiliar de la consulta médica (Bodenheimer 2007) entendiéndose que puede ser una forma de optimizar el tiempo del médico, hasta el momento no se han desarrollado experiencias concretas en nuestro medio y tampoco está definido si este tipo de figura se ajustaría al perfil actual de nuestras auxiliares de enfermería.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- En principio, debe contemplarse la incorporación de auxiliares de enfermería para el mantenimiento del material y mobiliario clínico, así como para gestión de almacén y gestión de pacientes en base a la cartera de servicios: odontología, fisioterapia, analíticas, PAC, u otros.

- Si se plantean experiencias de auxiliares de consulta deberían hacerse en un entorno evaluativo para poder conocer de forma adecuada su impacto en la utilización del tiempo de consulta y en sus resultados.

2. 5. Personal de apoyo

Las figuras de auxiliar administrativo y celador han perdido sentido en la UAP, donde se requiere de personal de carácter más polivalente, En este sentido la creación del Personal de servicios generales (PSX) es un avance en relación a otras comunidades autónomas.

Este tipo de personal es el que ha cambiado más en cuanto a su perfil en relación a antes de la reforma de la AP y sin embargo, esto no siempre se ha acompañado de una adecuada cuantificación en plantilla, condicionando entornos en los que los profesionales sanitarios realizan buena parte del trabajo administrativo por tener las UAP infradotadas de PSX. Esta es una de las ineficiencias más frecuentes en nuestro Sistema.

El *Plan de Mellora* establece ratios de 1 PSX por cada 3000-4500 tarjetas sanitarias individuales (TSI). La utilización de uno u otro ratio implica una diferencia de un 50% de los recursos. El ratio de 3000 se acerca más a los que se establecen en otras comunidades autónomas como por ejemplo en Cataluña. En principio deberían resolverse en el mostrador de cada UAP la mayoría de los trámites habituales.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- Los ratios de PSX definidos por el *Plan de Mellora* presentan una horquilla muy amplia. Las necesidades reales, si el trabajo está bien distribuido, requieren de una plantilla más parecida a la de 1 por cada 3000 TSI, que a la de 1 por cada 4500. En función de algunas características será necesario reajustar esas cifras (por ejemplo: centros con varias plantas, UAP con varios consultorios locales, existencia de central de llamadas...).

- Además de la figura del jefe del área administrativa de la UAP, debe considerarse, en función del tamaño de la UAP, la necesidad de la figura de secretaria de la UAP que asume todas las actividades administrativas derivadas de la dirección del equipo (búsqueda de sustitutos, calendarios de guardias) y de las actividades no asistenciales. Ambas figuras están incluidas en los ratios señalados en el primer punto.

3. El jefe de servicio y el organigrama del EAP

Se acepta ampliamente la necesidad de avanzar en la máxima autonomía de gestión de las UAP como fórmula para mejorar el desencanto actual de buena parte de los profesionales de atención primaria. En este contexto el papel directivo claro y convencido del jefe de servicio (JS) de AP es fundamental, y debe ir acompañado de un papel de los gestores que sea básicamente de facilitadores de la actividad clínica.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- El JS puede ser médico o enfermera.
- El JS debe mantener actividad asistencial (aunque puede reducirla parcialmente), si bien este criterio no es unánimemente aceptado.
- El JS deberá disponer del máximo nivel de autonomía posible para:
 - . poder influir en la selección de personal
 - . gestionar el presupuesto disponible para substitutiones
 - . gestionar fondo de maniobra y presupuesto de formación
 - . implicación económica en la gestión de tiras reactivas y farmacia
- Para desarrollar su labor el JS dispondrá de la información y los instrumentos necesarios, facilitados por las estructuras de gestión.
- Inicialmente puede ser necesario definir distintos niveles de autonomía en función de la realidad y nivel de desarrollo de cada EAP y cada equipo directivo.
- El JS debe tener formación específica al respecto. Para ello sería deseable que existiese un plan de formación bien definido que garantizase una cantera suficiente de directivos asistenciales.
- Excepto en EAP de pequeño tamaño, existirá la figura del adjunto a la Jefatura (médico o enfermera, complementario a la figura del jefe de servicio) que será escogida por el JS.
- En general, debe también contemplarse la figura del jefe o responsable del PSX. Este planteamiento tampoco es unánime, aunque si se admite que el JS mantendrá actividad asistencial, la figura del responsable del PSX se vuelve imprescindible. Esta figura debe tener un reconocimiento económico claro y considerarse como parte de la estructura directiva. Será elegido por el JS.

4. Condiciones de trabajo: clima laboral, confort de las instalaciones y desarrollo profesional

Como ya hemos comentado, en los últimos años se ha ido poniendo de manifiesto un cierto clima de malestar entre los profesionales de AP y es necesario, y relativamente urgente, poner en marcha actuaciones específicas con el fin de mejorarlo. Para ello es preciso garantizar unas adecuadas condiciones de trabajo (carga asistencial, ergonomía, confort...), premiar/estimular a los profesionales excelentes facilitando el desarrollo de actividades especiales y/o no asistenciales, cuidar especialmente el trato y favorecer la participación, e ir generando una cultura de valores compartidos.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- Encuesta de clima laboral (ha sido realizada recientemente)
- Formación específica a equipos directivos (ya comentado en el punto referente a los JS, son determinantes importantes del clima laboral)
- Garantía de mínimos de confort: dotación informática, internet en consulta, teléfono en consulta con salida al exterior (llamada a fijo y móvil), mantenimiento adecuado de las instalaciones, ergonomía...
- En principio, el médico de AP debe tener acceso a todas las pruebas complementarias
- Deben establecerse mecanismo que permitan estimular y/o premiar a los profesionales excelentes:
 - . creando espacios para el desarrollo de intereses especiales (“clínicas”) que den servicio no sólo a un cupo sino a uno o varios EAP
 - . facilitando horas específicas para investigación
 - . esto puede hacerse en forma de incremento de la jornada laboral (lógicamente remunerado) o liberando tiempo con cobertura (remunerada) por parte de otro profesional del equipo. Debe pues entenderse la ampliación de jornada o jornada complementaria como un instrumento no sólo para la actividad asistencial habitual sino para otras actividades asistenciales o no que sea de interés desarrollar
 - . debe obtenerse una mayor rentabilidad de las sesiones clínicas de calidad que se realizan en muchos centros creando una “bolsa de sesiones” a disposición de todos los EAP y facilitando la movilidad de los profesionales para realizarlas en distintos equipos

-
- Es necesario desarrollar un sistema de información adecuado para la gestión clínica por parte del profesional disponible desde la propia historia clínica informatizada
 - Plantearse la posibilidad de crear “subequipos” en aquellos centros con problemas de espacio o en aquellos equipos de tamaño demasiado grande
 - Deben establecerse estructuras oficiales de participación de los profesionales mediante la creación de comisiones o juntas constituidas por personas elegidas por los propios profesionales que se implicaran en los aspectos clínicos y organizativos de los servicios de AP
 - Carrera profesional (*Plan de Mellora*, ya implantada)
 - Plan de formación continuada (*Plan de Mellora*, ya implantado).

5. Funcionamiento general del EAP: las agendas

Las herramientas de que disponen los profesionales para gestionar la actividad del centro son básicamente dos: los circuitos y las agendas. Con los circuitos definimos como queremos que “circulen” los pacientes en el centro y de este modo podemos gestionar la demanda. Con las agendas gestionamos “sólo” el tiempo disponible para poder dar respuesta a la demanda. No se debe caer en el error de querer gestionar la demanda diseñando agendas poco realistas porque ello nos lleva a generar lista de espera.

Las claves para gestionar la demanda se basan en eliminar de la consulta todas las actividades burocráticas, dejar de hacer las actividades asistenciales que no aportan valor añadido, racionalizar las actividades protocolizadas y distribuir adecuadamente la actividad asistencial entre los profesionales asistenciales siguiendo principios de calidad, eficiencia, adecuación de la respuesta a la complejidad de la demanda y optimización de las capacidades técnicas de los profesionales (Casajuana 2005).

La atención a la patología crónica, hasta ahora altamente “cronificada” y dependiente de los “controles”, requiere un nuevo planteamiento buscando un mayor autocuidado y menor dependencia del sistema sanitario.

La atención a la patología aguda, que ahora acude de forma invariable a la consulta médica por problemas que hace sólo unos años no eran motivo de consulta, requiere de una implicación resolutoria de todos los profesionales asistenciales.

Las actividades preventivas a realizar en la consulta deben limitarse a las que han probado su efectividad. El furor preventivo (Schwartz 2004) derivado de la ausencia de *feed-back* negativo (Ransohoff 2002) de las acciones preventivas (para el paciente y

para el profesional) no sólo sobrecarga las consultas sino que además genera riesgo para los pacientes.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- Sobre las características y horario de los dispositivos de AP

- . Aunque el modelo general de dispositivo de AP sea el EAP, pueden contemplarse otro tipo de dispositivos en función de las necesidades de cada entorno concreto

- . Se preferirán mayor número de EAP y más pequeños, con un número de médicos, que idealmente puede estar entre 7-10

- . El horario de apertura de los centros, en cuanto a su actividad normal, será, en general, de 8 a 20 horas

- . en los centros pequeños el horario deberá adaptarse buscando la máxima compatibilidad entre las necesidades de la población y la disponibilidad de profesionales.

- Sobre la atención y la distribución de la actividad

- . Ajustar las cargas de trabajo de los profesionales según los criterios expresados en el apartado de ratios

- . Las enfermeras deben tener población asignada de modo que cualquier paciente conozca quienes son sus profesionales de referencia de AP

- . Fomentar la implicación de enfermería en la atención a la patología aguda. Existe suficiente base argumental para avanzar en esta línea y pueden plantearse diversas formas de implementación (toda la patología aguda, pacientes que solicitan hora para el médico el mismo día y está la agenda llena, filtro telefónico...). Para desarrollarlo en un marco legal y con capacidad resolutoria es necesario protocolizar las actuaciones a llevar a cabo. Debe entenderse que no se trata de que la enfermera “ayuda” al médico en su trabajo, sino de que la enfermera resuelve problemas de su población que no requieren de atención médica. Se trata en el fondo de adecuar la respuesta que da el sistema a una tipología de demanda que presenta mucha menor complejidad médica que hasta hace unos años y debería evitarse una respuesta medicalizada.

- . Fomentar la primera visita de enfermería (visita de acogida) con carácter resolutorio si es posible en pacientes que acuden por primera vez al centro de salud. Sirve para ajustar de inicio las expectativas de los pacientes sobre la cartera de servicios de la enfermera.

. Experimentar fórmulas organizativas diferentes a la del microequipo allí donde este modelo no esté funcionando de forma satisfactoria

. Replantear la atención a las patologías crónicas que deben ser responsabilidad casi exclusiva de enfermería, introduciendo además actividades dirigidas a la mayor autonomía de los pacientes (revisión de la periodicidad y responsabilidades de los protocolos, educación grupal específica, paciente experto...)

- Sobre las áreas de admisión de los CS y las agendas

. Las áreas de admisión de los CS son un elemento clave de su funcionamiento. Es imprescindible dotarlas de los recursos necesarios y definir los procesos para su adecuado funcionamiento. Las áreas de admisión infradotadas y/o funcionando de forma inadecuada implican sobrecarga administrativa de los profesionales sanitarios lo que representa una de las mayores eficiencias del sistema.

. La agenda es el instrumento mediante el cual el JS ordena la atención, indicando a cada profesional cuando debe iniciar su consulta y cuantos pacientes debe visitar. A parte de estos requisitos, el profesional debe poder administrar las características de su agenda.

. Las agendas deben adecuarse a la realidad aplicando criterios de agenda de calidad (*Plan de Mellora*).

. Debe estar claramente definido como debe actuar el área de admisión cuando un paciente que solicita hora no tiene espacio en la agenda de su profesional en un margen temporal adecuado.

- Sobre la atención especializada (AE) y la atención social en el CS

. Establecer un doble formato de derivación de AP a AE: derivación e interconsulta. Esta última implica que el médico de AP quiere conocer la opinión del especialista pero no debe implicar su participación directa y continuada en el paciente.

. Plantear experiencias de visitas de los especialistas en los centros de salud para algunas especialidades y entornos concretos con evaluación adecuada de su impacto. Estas visitas pueden tener un carácter de consultoría o también pueden incluir visitas en el CS (en función del volumen de actividad y de la disponibilidad de profesionales y espacio).

. Plantear alguna experiencia de integración de los servicios sociales municipales en los centros de salud, con incremento de su número y una forma de trabajo en consulta dando en parte respuesta no medicalizada a demandas de contenido básicamente social, con evaluación adecuada de su impacto

6. Atención pediátrica

El pediatra es un bien necesario y escaso. Por ello es imprescindible utilizarlo para aquello que sólo él puede hacer y dejar para otros profesionales el desarrollo de actividades más sistematizadas y de menor complejidad.

Propuestas a considerar a corto plazo:

- El programa del niño sano debe pivotar básicamente en enfermería de pediatría
- La atención a la patología aguda en los niños mayores será atendida, en primera instancia, por el médico de familia en aquellos entornos en los que no se disponga de suficientes pediatras
- Siempre se garantizará que un niño de 0 a 15 años tenga un pediatra asignado
- En general debe posibilitarse que el niño pueda ser atendido en la UAP
- Debe contemplarse la concentración de pediatras en aquellas zonas en las que facilite la organización y no dificulte la atención
- La concentración en el medio rural puede hacerse en los PAC, y el transporte escolar puede ser un coadyuvante importante
- Deben evitarse los planteamientos uniformistas y ajustar el modelo a las características específicas de cada entorno

7. A modo de conclusión

La situación actual de la AP se encuentra en una encrucijada que hace preciso que se planteen importantes cambios para poder garantizar su necesaria supervivencia.

La sobrecarga asistencial de los servicios de atención primaria deriva, en buena parte, de una utilización excesiva de los servicios que es la consecuencia, entre otros factores, de una accesibilidad probablemente excesiva. Se hace necesaria la introducción de barreras o filtros que permitan modular y racionalizar la demanda.

Se requieren además cambios organizativos, algunos de los cuales representan cambios culturales en la forma de prestación de los servicios. Para tener éxito necesitamos de la implicación colectiva que sólo será posible si conseguimos una cultura compartida.

Los servicios deben evolucionar paulatinamente a fórmulas de autonomía de gestión cada vez más amplias. Ello debe acompañarse de la realización de acciones innovado-

ras, de la experimentación de fórmulas diferentes, y de la evaluación continua de sus resultados.

Para ello deben evitar los modelos únicos y las posiciones dogmáticas, y centrarse más en planteamientos pragmáticos y posibilistas, y en continua evolución.

Casajuana Brunet, Josep
Maíz Cal, Carlos
Rivera Campos, Isidoro
Rodríguez Iglesias, Francisco Javier



PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA (PAC) ■

1. Introducción

La Atención Primaria ha mejorado mucho en España en los últimos 25 años. Los objetivos más importantes planteados en los años 80 han sido alcanzados. Son numerosos los trabajos que evalúan los cambios producidos y la valoración final resulta altamente positiva. Tenemos una AP universal y equitativa, que presta servicios sanitarios de calidad, que ha mejorado la cartera de servicios y es valorada por los ciudadanos de manera positiva.

La accesibilidad a los servicios ha sido uno de los valores del llamado “nuevo modelo” de AP que más se enfatizó en su momento. Los servicios de AP y de Urgencias presentan en estos momentos una gran accesibilidad: los pacientes pueden acudir en cualquier momento y por cualquier causa y solicitar atención sanitaria. La ausencia de cualquier tipo de limitación o filtro produce, en ocasiones, uso inadecuado de los servicios y situaciones de colapso ocasional en los servicios sanitarios.

Podría ser pertinente hablar de “requerimiento de atención inmediata” o de “requerimiento de atención sin cita”, pues en un elevado porcentaje de casos no existe una urgencia objetiva que conlleve la necesidad de atención en el momento de la demanda. El incremento en el uso de las “urgencias” en España no tiene mucho parangón internacional.

Será necesario determinar las causas de esta sobreutilización de los servicios de urgencias y buscar posibles soluciones. Pero no es ese el objetivo de este trabajo, sino analizar la situación actual de los Puntos de Atención Continuada (PAC) en Galicia y apuntar vías de solución para los problemas que presentan en la actualidad.

2. Definición de la urgencia

La definición más aceptada de “urgencia” es la de la American Medical Association, recogida en el Documento de bases del Plan de Urgencias de la Xunta: “La aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera vivencia de necesidad inminente de atención por parte del paciente, su familia o quien asuma su responsabilidad”. Esta definición incluye tanto las verdaderas emergencias, o urgencias objetivas, cuya atención no debe ser demorada en opinión de los sanitarios, para evitar riesgos a los pacientes, como las urgencias subjetivas, o sea, aquellas en las que el paciente, o su entorno más próximo, estima que requieren atención inmediata y el médico no.

Se puede considerar la urgencia como toda alteración de la salud que, a juicio del paciente o sus allegados, necesita una atención médica inmediata. Entraña subjetividad e inmediatez en su resolución y muchas se solucionan en visita domiciliaria, en los PAC o en los dispositivos ordinarios de urgencia. Algunas precisan estudio en el hospital. La

medicina de urgencia abarca cualquier alteración de la salud que en opinión o criterio del paciente precise atención médica. En la situación actual casi se define más por el lugar que se practica que por su contenido formal: todo individuo que acude a un enclave de urgencia hospitalario o primario es un caso de urgencia.

La emergencia es un tipo de urgencia en la que hay riesgo inmediato, actual o potencial para la vida debido a un compromiso de funciones vitales o de secuelas graves, se asocia una gravedad objetiva y es imprescindible el apoyo técnico del hospital, sea en urgencias, quirófano o UCI.

El ámbito de la medicina de emergencia sería en un primer momento el escalón asistencial primario. La persistencia de la gravedad, la amenaza para la vida o la posibilidad de secuelas permanentes importantes definen al paciente crítico.

Los servicios de urgencia pueden ser considerados como los “cajeros automáticos” del sistema sanitario. La gran accesibilidad que presentan hace que el 70% de la población acuda a un punto de urgencias una vez al año como mínimo. El envejecimiento de la población, la intolerancia al disconfort o a la incertidumbre en relación con la salud, la excesiva tutela profesional sobre la salud de las personas y la progresiva banalización de las consultas hace que en los últimos años la utilización de estos servicios sea cada vez mayor, provocando cíclicos colapsos, y creando un clima laboral difícilmente tolerable que aumenta sobremedida en quemes de los profesionales.

3. Organización de las urgencias extrahospitalarias

A grandes rasgos existen dos modelos definidos en la atención médica de urgencias a los cuales se adhieren los diferentes países:

- **Modelo anglo-americano**, en el cual la atención prehospitalaria es iniciada por técnicos en emergencias y personal paramédico con supervisión médica a distancia y que está valorando la necesidad de los médicos en presencia física. Se adhieren a este modelo Canadá, EEUU, Reino Unido, China, Irlanda, Israel, Japón, Filipinas, Corea del Sur, Nueva Zelanda.

- **Modelo franco-germano**: basa su atención en la figura médica como actor responsable enviándolo a la escena de la emergencia. Se adhieren Europa (Francia, Alemania, Suiza, Noruega, Austria, Bélgica, Polonia, Portugal, España).

Para la organización de las Urgencias de AP hay dos planteamientos teóricos que se enfrentan y afectan al campo laboral.

El primer modelo consiste en la integración de la Atención Continuada (AC) en la AP de

forma permanente, es decir, la atención urgente es exclusiva de Primaria y los dispositivos auxiliares (061 112) la apoyan.

El modelo transversal aboga por una atención de urgencias específica, lo que implicaría un tercer nivel de asistencia que reuniría los dispositivos 061 y 112, así como las urgencias de AP y de especializada. La mayoría de expertos se decantan por el primer planteamiento.

El modelo de AP que siempre hemos defendido debe ser integral e integrado: promoción, prevención, curación, rehabilitación, llevado a cabo en la consulta y el domicilio, atendiendo la demanda normal y urgente, longitudinal a lo largo de toda la vida y las contingencias de salud del paciente. Por tanto, no puede haber dos niveles de AP sin romper el modelo.

4. La atención urgente en AP

Hasta fechas muy recientes los dispositivos de atención a las urgencias en AP eran los siguientes:

a) Zonas de guardias rurales (guardias localizadas)

Constituyeron durante mucho tiempo el único dispositivo de urgencias en el medio rural. Los profesionales hacían guardia de forma localizada, sin presencia física en el consultorio. El ámbito geográfico de la guardia era municipal, aunque en algunos casos era supramunicipal (guardias mancomunadas, constituidas en muchos casos por los propios profesionales para intentar racionalizar su tiempo de dedicación). No había transporte sanitario para los profesionales. En alguna zona había refuerzos durante el fin de semana.

Los profesionales de estas zonas contaban en su salario con el pago de un coeficiente fijo (en concepto de guardia) dependiendo del número de cartillas, e independiente del número de guardias que hicieran.

De esta manera estaba organizada la atención a las urgencias en AP en la Galicia rural hasta tiempos muy recientes. En los ayuntamientos de la periferia de Santiago de Compostela esta situación se prolongó hasta el año 2006, en que el nuevo gobierno inauguró el PAC de Santiago que engloba la atención a las urgencias de todos estos ayuntamientos.

b) Servicios normales de urgencias (SNU) y servicios especiales de urgencias (SEU)

Los SNU fueron creados con anterioridad a las transferencias en algunos ayuntamientos que reunían el requisito de contar con más de 5.000 cartillas de asistencia sanitaria. Tenían asignada una dotación de personal que oscilaba entre 3 y 6 médicos, 3-5 enfermeras y 4 celadores. El horario era de 17 a 9 horas los días laborables y de 24 horas los

días festivos. En general, el régimen de trabajo se realizaba por turnos de 1 médico, 1 enfermera y 1 celador. No disponían de transporte sanitario para los profesionales.

Los SEU fueron creados, antes de las transferencias, en A Coruña y Vigo (localidades con más de 90.000 titulares de cartillas). Tenían asignados una dotación de personal de 18 a 22 médicos, 17-19 enfermeras, 12 conductores, 8-10 telefonistas y 9 celadores. El horario era de 17 a 9 horas, en días laborables, y las 24 horas los festivos. En general, el régimen de trabajo era realizado por turnos de 4 médicos, 4 enfermeras, 1 coordinador médico, 2 telefonistas, 3 conductores y 2 celadores. Cada SEU contaba con ambulancias y vehículos de transporte sanitario.

c) La central de urgencias médicas 061

Atiende a toda Galicia y realiza las siguientes funciones: 1) Recepción de solicitudes de cualquier usuario de Galicia de atención de urgencias a domicilio, 2) Proporcionar información y asesoría sanitaria a los usuarios que la demanden, 3) Localización de los recursos sanitarios adecuados para atender las urgencias o emergencias (bien de la red de urgencias de AP, de las ambulancias medicalizadas del propio 061 o el helicóptero), 4) Coordinación del transporte sanitario urgente. Para esta última tarea cuenta con ambulancias medicalizadas y con personal propio. Además cuenta con una central telefónica con operadores y médicos coordinadores. Su actividad ha ido creciendo de manera importante desde su creación y hoy es un recurso sanitario ampliamente utilizado por los usuarios.

5. Los Puntos de Atención Continuada (PAC)

Las transferencias sanitarias no se produjeron en Galicia hasta el año 1990. Hasta entonces el proceso de reforma de la AP se había hecho de forma tacaña y descoordinada. El gobierno gallego tampoco dio un apoyo claro a la reforma. La población atendida por el nuevo modelo de Equipos de Atención Primaria (EAP), que en 1990 era del 20%, creció sólo hasta el 26% en los siete años siguientes. Se produjo un lento desarrollo legislativo: el Decreto 200/93, de ordenación de la AP, el Decreto 252/94, de creación de las gerencias de AP, el Decreto 172/95, por el que se aprueba el Plan de Urgencias Extrahospitalarias, la puesta en marcha del Servicio 061 (04-12-95), Decreto 226/96, por el que se regula el régimen retributivo del personal de AP, y la Orden del 23 de julio de 1996 por la que se regula la integración del personal de AP en el nuevo sistema diseñado en el decreto 200.

El Decreto 172/95, por el que se aprueba el Plan de Urgencias Extrahospitalarias, modificó el marco legal, al establecer la existencia del Puntos de Atención Continuada (PACs). Sin embargo, hasta 1997 la situación real no se modificó sustancialmente, salvo en Ourense, donde solo existían 2 SNU, y en la que hubo una política seria de creación de PAC desde la aprobación del Decreto.

Visto desde la distancia de más de una década podemos decir que este Decreto, a pesar de sus defectos y del tortuoso camino que siguió su desarrollo, supuso un notable avance en la atención a las urgencias en Galicia, ya que permitió la desaparición de las guardias localizadas en el medio rural. Pero también llevó consigo un gran consumo de recursos humanos, que hoy lastran en gran manera el crecimiento de la AP en Galicia.

Entre los elementos definidores del plan de urgencias en AP detallados en el citado decreto podríamos mencionar los siguientes:

- La existencia de dispositivos de atención urgente es considerada como un derecho de la población.
- Los PAC serán en el futuro el dispositivo central, y único, de atención urgente en AP en Galicia.
- Los Servicios de Urgencias (SNU y SEU) son considerados a extinguir.
- Se afirma el carácter supralocal, supramunicipal, como regla general, de los PAC.
- Es la administración sanitaria quien determina el número y situación de los PAC, teniendo en cuenta los criterios de número de habitantes y demanda atendida, dispersión geográfica y comunicaciones viarias, facilidad de acceso al hospital de referencia, y recursos actuales disponibles. Los PAC rurales se estructuran, como norma general, alrededor de una ratio de población de 25.000 habitantes en una isocrona de 30 minutos.
- Se hace una declaración genérica de que los PAC contarán con medios técnicos adecuados: “equipamiento y aparatos suficientes para la realización de pruebas diagnósticas complementarias pertinentes...”.
- Aprobada la creación de un PAC todos los profesionales sanitarios de las localidades incluidas en su ámbito de cobertura pasaron a realizar sus turnos de guardia en él, con independencia del sistema retributivo y vinculación laboral a que estuvieran sujetos y de que se integraran o no en el Equipo de Atención Primaria.

La implantación de los PAC en Galicia no estuvo exenta de polémica. Al contrario, supuso una fuente constante de conflictos de los profesionales de AP con la administración sanitaria.

Las asociaciones profesionales de AP se pronunciaron en su momento (1998) contra la desaparición de los servicios de urgencia extrahospitalarios en los lugares donde existían. Se consideraba que, en los ayuntamientos donde existía un SNU/SEU, la creación de un PAC suponía un deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales que,

además, condicionaba la actividad asistencial ordinaria. A pesar de las discrepancias los PAC se implantaron progresivamente en toda Galicia, con la consiguiente desaparición de los servicios de urgencia preexistentes.

En el año 1999 se generó un nuevo conflicto de los profesionales con la administración, en reclamación del cumplimiento de una Directiva Europea que cifraba en 48 horas el máximo de jornada semanal. En noviembre de dicho año se firmó el Pacto de las Urgencias Extrahospitalarias que establecía la perceptiva reducción anual de horas obligatorias de atención continuada para el personal de los equipos de AP y facultaba la contratación de personal eventual para cubrir guardias con una jornada anual que oscilaba de 810 a 1200 horas.

Se generó un nuevo conflicto en 2004 motivado por la precariedad laboral del personal contratado específicamente para la realización de guardias en los PAC. En agosto de ese año se firmó un nuevo pacto con la creación de nuevas plazas en los llamados PAC piloto.

En abril de 2005 se cerró un nuevo acuerdo estableciendo una nueva dotación de plazas de médicos de familia y de enfermería específicas para la urgencia extrahospitalaria. Se establecieron los plazos y mecanismos para dar estabilidad laboral a este personal con la transformación de los vínculos de alta continuada existentes. Se cifraron también nuevas mejoras retributivas y se aceptó la voluntariedad del personal de los equipos para la realización de guardias en los PAC.

Al margen de las polémicas profesionales se desarrolló también en aquellos años una disputa política en torno a los PAC, que fueron utilizados como mecanismo de incenti-vación en las sucesivas elecciones municipales. Se realizó una utilización partidista de la creación de los PAC, de forma que los ayuntamientos pertenecientes al partido en el poder tuvieron más facilidades para que el PAC fuese ubicado en su término municipal, en detrimento de aquellos que estaban ocupados por la oposición. De tal forma se enconó esta disputa, que aún perduran sus rescoldos en algunos lugares de nuestra geografía. Como resultado de la diatriba en muchos casos no fueron respetados los criterios iniciales para la creación de PAC (25.000 habitantes, isocrona de 30 minutos), y en la actualidad existen varios que no cumplen dichos criterios.

6. Situación actual

La situación de los PAC en el momento actual se puede dibujar con estos elementos:

- Existen **un elevado número de PAC** (92) que funcionan, la mayoría, de 15 a 8 horas de lunes a sábado y las 24 horas los domingos y festivos.

- Cada PAC atiende al ámbito territorial del SAP donde está ubicado (con alguna excepción), salvo en las grandes ciudades donde atiende a la población de todo el ayuntamiento de la ciudad, que suele abarcar más de un SAP.

- La **dotación es variable**, existiendo PAC con un solo médico (salvo refuerzos ocasionales).

- **Atienden todo lo que se presenta:** habitualmente pacientes cuyos médicos de cabecera no están disponibles en el momento en que solicitan la atención. Esta es una tendencia creciente en el tiempo.

- **La carga de trabajo y el tipo de actividad se conoce de forma deficiente** por falta de registros adecuados. Se sabe que hay PAC que tienen una gran carga de trabajo y otros mucho menor, sobre todo en los tramos nocturnos y en determinadas épocas del año.

- La dotación del personal facultativo es a base de **médicos interinos vinculados a los PAC y médicos de atención ordinaria que, voluntariamente, hacen guardias.** En los últimos meses, por la carencia de sustitutos, se empezó a obligar a realizar atención urgente en el ámbito de algunos PAC para poder cubrir las plantillas.

- Todos los PAC disponen de **taxis, contratados** para la realización de visitas domiciliarias, excepto **en las ciudades que tienen coche/ambulancia** y conductor. El transporte para emergencias y traslados al hospital lo aporta el 061.

El número de médicos en los PAC era en 2007 de 480 y el total facultativos de AP en 2005 (memoria SERGAS) de 1959 lo que supone que los PAC tienen el 25% del total de facultativos de AP. Las consultas atendidas en AP fueron 13.669.265 en 2005 mientras que las atendidas por los médicos de los PAC en 2007 fueron 173.269, lo que supone un 1,26% del total del 2005.

Aunque los años no son los mismos la magnitud de la diferencia informa sobre la desproporción de recursos y atención que prestan. La eficiencia de estos dispositivos es, cuando menos, cuestionable.

Como consecuencia del largo y complicado camino recorrido, en la actualidad nos encontramos en un momento en que los PAC cubren ya todo el territorio de la comunidad gallega (incluso en demasía), pero el tortuoso recorrido y **la falta de definición de un modelo** para su desarrollo condiciona que estos dispositivos, a pesar de **consumir una gran cantidad de recursos humanos, no prestan una atención verdaderamente resolutive** a la población, producen **efectos negativos sobre los profesionales** y plantean un auténtico reto a la administración sanitaria, que debe afrontar su transformación en un difícil escenario provocado por la ausencia de profesionales disponibles.

- La gran mayoría de **los PAC rurales** presentan una **actividad relativamente baja**, sobre todo en horario nocturno. Son utilizados por la población para realizar **consultas de baja complejidad y escasa urgencia fuera de los horarios establecidos en su centro de salud**. La gran accesibilidad que presentan hace que la población acuda reiteradamente para realizar **demandas banales y demorables**.

- La **escasez de medios diagnósticos hace que estos puntos de atención sean escasamente resolutivos para problemas de salud de cierta severidad**. Cuando el problema de salud es percibido como importante los usuarios utilizan mayoritariamente el servicio del 061 y las urgencias hospitalarias.

- Los PAC son el **primer destino de los profesionales jóvenes que acaban de realizar su formación MIR de medicina de familia** o los estudios de enfermería.

- Presenta un **escaso atractivo profesional** pues, en la mayoría de los PAC, **no se pueden poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en los años de formación, ni se puede hacer un seguimiento adecuado de los pacientes** para observar la evolución de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas del profesional.

La soledad del trabajo en los PAC rurales, que dificulta el contacto con otros compañeros, la escasez de medios diagnósticos, la penosidad del trabajo nocturno y en días festivos, la escasa proyección profesional a corto plazo: todos estos factores hacen que el trabajo en los PAC tenga un **deficiente atractivo** para los profesionales que, en muchos casos, buscan salidas en la sanidad privada o en las urgencias hospitalarias, que ofrecen otros alicientes. **Los profesionales que permanecen en los PAC durante varios años corren el riesgo de ver deteriorada su cualificación e incluso tienen riesgo de *burnout***.

Por su parte la administración sanitaria debe enfrentarse a un difícil escenario condicionado por la carencia de profesionales de la medicina. Los pactos establecidos de respetar la voluntariedad de los médicos de jornada ordinaria para la realización de guardias en los PAC, así como la voluntariedad de los médicos de PAC para realizar sustituciones en jornada ordinaria, cuando hay ausencias del personal de plantilla, lleva a situaciones de difícil solución en determinadas épocas en que las ausencias por permisos son más numerosas. El consumo de recursos humanos de los PAC es muy grande en comparación con la rentabilidad social y sanitaria que presentan. El incremento de personal vinculado en los últimos años, fruto del cumplimiento de los pactos establecidos, ha sido enorme, en detrimento de la posibilidad de crear plazas de equipo para favorecer la reducción de los cupos médicos y favorecer así una mayor calidad asistencial.

Presupuestos 2007							
		Plazas médicos PAC	Interinidades	Personal refuerzo	Plazas enfermero PAC	Interinidades	Personal refuerzo
1505_AP	Área Ferrol	38	36	8	30	30	16
1507	XAP Coruña	69	67	16	50	49	28
1509	XAP Santiago	68	60	16	56	54	23
2703	XAP Lugo	81	79	4	82	82	10
3206	XAP Ourense	84	80	1	47	47	0
3606	XAP Vigo	73	72	4	49	48	5
3612	XAP Pontevedra	67	59	7	54	54	10
Total Primaria		480	453	56	368	364	92

7. Alternativas de futuro

En función de lo relatado resulta evidente que la situación actual presenta notables deficiencias (PAC escasamente resolutivos, sobreutilización de estos dispositivos para consultas demorables y de escasa complejidad, elevado consumo de recursos humanos, insatisfacción y escasa proyección de los profesionales, etc.).

Se ha hecho hincapié, durante estos años precedentes, en la accesibilidad como uno de los valores esenciales de la AP. Sin negar el gran valor de este concepto conviene señalar que los servicios excesivamente accesibles también presentan efectos negativos: sobreutilización, deserción de las obligaciones personales sobre la propia salud, medicalización de la vida, banalización de las consultas. No es este el entorno para establecer regulaciones en la accesibilidad a los servicios. Por lo tanto, las medidas de mejora en la atención a las urgencias en los PAC deberán pasar por la concentración de los dispositivos asistenciales, la mejor dotación de los recursos diagnósticos y terapéuticos y la incentivación de los profesionales.

Es preciso conseguir que los dispositivos asistenciales de las urgencias extrahospitalarias logren atender con la máxima calidad asistencial que en cada momento sea posible, las consultas solicitadas por los usuarios, logrando su plena satisfacción, todo ello como camino para alcanzar la excelencia. Pero además, debemos perseguir, a corto y medio plazo, que estos dispositivos puedan sobrevivir a la actual situación caracterizada por la carestía de personal, fundamentalmente facultativo, pero también de enfermería, y a la galopante inflación de consultas.

Presentamos **una propuesta para el cambio** que habrá que analizar en profundidad para valorar beneficios y riesgos de su implementación. Se propone un nuevo acrónimo (CIU), **Centros Integrales de Urgencias**, que serían de dos categorías:

- **En las grandes ciudades**, con dotación de Rx, ecografía y analítica habría un solo CIU, ajustando el número de presencias de profesionales en función de la población y frecuentación.

- **Fuera de las grandes ciudades**

- En las localidades **con hospital comarcal**, se tenderá a hacer **una integración funcional de los dos sistemas de urgencias en un solo** dispositivo mixto, ubicado en el actual servicio de urgencias del Hospital, con puerta de entrada y servicio de admisión único, sistema de *triage* y con dependencia mixta (AP y AE), siendo los sanitarios de AP los encargados de realizar las visitas domiciliarias.

- **En las localidades grandes, cabeceras de comarcas y con unas isocronas a establecer** se dispondría de CIU resolutivos, con *Rx, ecografía y analíticas, y con horario nocturno incluido*.

- Valorar **en el resto de la geografía**, excepto en aquellas zonas de extremo aislamiento geográfico que requieren soluciones específicas, el mantenimiento de PAC o CIU de apoyo comarcal, con horario de tarde hasta las 22 horas.

En cuanto a la dotación de **personal**, es necesario **incorporar personal que haga funciones administrativas** (manejo de IANUS y otras aplicaciones informáticas, gestión de cargos a terceros, registro de actividad) lo que obliga a **incluir PSX** o a **cambiarlos por los actuales celadores**. El personal médico se ajustaría con la unificación de PAC. **Se tendería a tener personal propio de CIU**, aunque también hubiera personal de apoyo mediante **guardias voluntarias**. La actividad desarrollada en los CIU urbanos, con medios diagnósticos avanzados y con relación continuada e intensa con el entorno hospitalario, seguramente incorpora incentivos profesionales muy superiores a los que actualmente tienen los PAC del entorno rural.

En cuanto al **funcionamiento** interno de estos nuevos dispositivos se debería proceder a:

- Implantación de la historia clínica electrónica (modelo IANUS)

- Aumentar la “capacidad resolutive” en los CIU grandes (con mayor dotación de medios complementarios como radiología, ecografía, analítica y, quizás, camas de observación de menos de 24h)...

En cuanto a los **requisitos funcionales** de estos nuevos dispositivos habría que definir:

Ámbito de la XAP:

- Definir la cartera de servicios de los CIU.
- Definir la relación con los SAP y UAP en jornada de tarde.
- Dar formación específica al personal sanitario y no sanitario de los CIU (no es suficiente con la sentida ya que casi solo se limita a la de Soporte Vital, por lo que debe hacerse en función de la cartera de servicios).
- Establecer la atención urgente como obligatoria para todo el personal facultativo estableciendo criterios de prioridad en relación con edad y antigüedad en la carrera profesional con la que estaría necesariamente relacionada esta actividad.

Ámbito superior a la XAP:

- Sería deseable que hubiese posibilidades de trasvase de médicos entre urgencias hospitalarias y extrahospitalarias.
- Información a los usuarios del sistema respecto al verdadero papel de los CIU.
- Volver a instaurar el motivo urgente en las consultas de especialidad.
- Acceso telefónico desde los CIU al especialista de guardia.
- Información inmediata al médico de cabecera sobre las atenciones prestadas a sus pacientes en los CIU (a través de lanus).
- Vencer las resistencias políticas consecuentes. La necesaria reforma de los actuales PAC sólo se podrá realizar si existe un amplio consenso político.

En cuanto a la incentivación profesional entendemos que la integración de los profesionales de los PAC en los SAP con población a su cargo debería ser la mayor motivación para un médico vocacional de la atención primaria. Esta opción debería plantearse en los PAC rurales, donde el ejercicio profesional suele ser más frustrante, mientras que en las ciudades habría un campo profesional a desarrollar por aquellos profesionales con vocación de *“urgenciólogos”*. Mientras los profesionales de los PAC rurales no vislumbren un futuro recorrido profesional atractivo será difícil conseguir una adecuada motivación.

La condición de voluntariedad para hacer guardias por parte de los profesionales de los SAP condiciona la aplicación de estas medidas. La supresión de la voluntariedad y el establecimiento de unos criterios para la realización de guardias por parte del personal de jornada ordinaria tendría que ser fruto de un potente pacto sindical, difícilmente alcanzable en el momento actual, pero no desdeñable en un futuro próximo.

En este sentido parece razonable, en la próxima OPE, establecer en las plazas ofertadas la disponibilidad para realizar guardias en los PAC/CIU para los médicos de familia. Se deberán establecer criterios de disponibilidad en función de la edad y de otras variables que se estimen oportunas.

8. Conclusión

En la situación actual los PAC en Galicia prestan una atención de escasa eficiencia, son poco resolutivos y provocan una elevada ocupación de profesionales (en un escenario de escasez de los mismos) que se sienten frustrados ante el escaso desarrollo profesional que pueden desarrollar en estos dispositivos.

Se hace necesario realizar una reforma en profundidad que produzca una reducción del actual número de puntos, un menor consumo de profesionales y una mejora de la calidad asistencial.

Para la puesta en marcha de las medidas que aquí se exponen será necesario alcanzar un sólido y amplio acuerdo político y sindical que garantice el adecuado desarrollo del proceso. Para ello sería útil la creación de una comisión específica que elabore detalladamente la propuesta y el calendario de las reformas a realizar. A pesar de las dificultades para el cambio es necesario destacar la necesidad imperiosa de realizarlo así como las evidentes ganancias que va a provocar para los usuarios y los propios profesionales.

Vaamonde García, Pablo
Martín García, Manuel



INCENTIVACIÓN Y AUTONOMÍA

1. Conocimiento y constataciones de las que se parte

A. Lo central en Atención Primaria es la integralidad (prestación de todo tipo de servicios apropiados) y la longitudinalidad (prestación de múltiples servicios para variados problemas del mismo paciente por el mismo profesional).

B. La utilización sanitaria viene muy explicada por la oferta; las decisiones sobre la estructura sanitaria (plantillas, modelos de organización, arquitectura informática, etc.) definen y condicionan la función de la misma.

C. El aumento del coste sanitario, por otra parte, no depende básicamente del envejecimiento de la población ni de las nuevas tecnologías, sino del incremento de la “intensidad de cuidados” (el número de intervenciones por problema atendido).

D. La demanda sanitaria se distorsiona más por la calidad (especialmente por las expectativas excesivas de la población y por el deseo de inmediatez de la atención) que por la cantidad. Las palabras son importantes (por ejemplo, para ser correctos, habría que escribir-hablar de “requerimiento de atención inmediata y/o fuera de hora” en lugar de “urgencias”).

E. Los médicos generalistas son, por definición, generalistas y por ello habría que potenciar que no sean “mediatras” (son “mediatras” los médicos generalistas que se dedican sólo a un sector de población por edad o sexo, o por problemas de salud, etc.); conviene, pues, que el médico general se encargue de toda la población, “desde la cuna hasta la tumba”, lo que incluye niños, ginecología, terminales, urgencias y demás.

F. Conviene la potenciación de la clínica que tiene impacto en la salud de pacientes y población, y la cooperación con la salud pública para que cada cual haga lo suyo, y lo que pueda mejorar la acción del “otro”.

G. Se precisan objetivos sanitarios mensurables y transparentes, además de comprensibles para la población.

H. Cada profesional debe ser tan polivalente como lo permita la búsqueda de la efectividad, con el apoyo de la tecnología necesaria para lograrlo (no corresponde, pues, el desarrollo de “miniespecialistas”, que se ocupen de lo que todos deberían saber hacer).

I. El equipo y el centro de salud son sólo una forma de organización no la única forma de organización.

J. La flexibilidad en horarios, en organización y en cada campo considerado debería ser la norma; las estructuras rígidas caducan de prisa, y no se adaptan a los cambios sociales, culturales, científicos y otros.

K. Es imprescindible el consenso político para lograr un mínimo común denominador que saque a la sanidad del fragor de la batalla partidista.

L. No es fácil eliminar-reducir los Puntos de Atención Continuada; convendría un plan alternativo que mejorase su efectividad y eficiencia, por si la práctica demuestra que es imposible su eliminación-reducción.

M. Los cambios de roles, la polivalencia y la flexibilidad son antídotos contra la carencia de profesionales, y muchas veces mejoran la salud de la población (por ejemplo, al ocuparse matronas y médicos generales de los embarazos y partos normales); conviene valorar toda propuesta de cambio, pues lo central es el tiempo “clínico” (de relación directa entre pacientes y profesionales).

N. Los profesionales sanitarios ocupan mucho tiempo en actividades de probada ineficacia, como re-vacunar a los adultos contra el tétanos cada diez años; habría que analizar la práctica clínica y disminuir la carga de este tipo de actividades; además, habría que priorizar entre las actividades de probada efectividad, tanto preventivas como curativas, pues no se puede ni debe hacer todo a todos; el logo es “máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible”.

O. Nada impide experimentar con inteligencia y evaluación profunda; ante planes bien estructurados y fundados sólo cabe el apoyo decidido; incluso en el límite (por ejemplo, con médicos generales trabajadores independientes en práctica en solitario que contraten para prestar servicios públicos, como se hace en la inmensa mayoría de países desarrollados en que el sistema público cubre a toda la población).

P. La enfermería se siente atraída por la prevención y la comunidad, por lo que conviene que primero se re-diseñe su trabajo asistencial con agudos y crónicos, después se introduzca polivalencia en su labor y finalmente se asignen tareas (algunas a evitar: por ejemplo, el manejo de casos y de enfermedades es actividad sin probado impacto ni en salud ni en costes, que conviene no potenciar) que tengan relevancia probada en la salud de los pacientes y de la población.

Q. Los presupuestos no pueden seguir siendo gobernados por “el histórico”; conviene que pese la oferta de servicios, la organización inteligente y la resolución de problemas de salud de los pacientes y de la población.

R. Los presupuestos de primaria y especializada (hospitalaria) deberían tener base capitativa, y se deberían adecuar a la parte de actividad a que se refiere (por ejemplo, si la primaria se hace cargo del control de la anti-coagulación debería seguirse del presupuesto que antes se asignaba a la especializada).

S. Se necesita una reforma pro-coordinación que dé poder de selección de recursos al médico general; lo mínimo es tener un cuadro de especialistas con nombres y apellidos,

y poder elegir a los componentes de mismo (y que “el dinero siga al paciente”); conviene evitar la “colusión del anonimato” en la atención especializada.

T. La reforma pro-coordinación es clave para aplicar la Ley de Dependencia, y para ofrecer integralidad a los enfermos mentales (que muchas veces tienen retrasos en los diagnósticos de enfermedades orgánicas, además de problemas sociales graves).

U. Las nuevas tecnologías son imprescindibles, sobre todo si entre ellas se encuentra el teléfono con el que localizar al especialista para interconsultas con el médico general (en urgencias y en el curso de la atención diaria de rutina).

V. No hay justificación alguna, ni científica ni clínica para la “historia única” centralizada; cada centro podría tener la arquitectura informática que se adaptase a sus necesidades, y suministrar con la frecuencia marcada la información consensuada como necesaria.

W. Si la primaria ha de ser la puerta de entrada del sistema, el especialista ha de ser consultor (es decir, prestar atención episódica, en tramos diagnósticos y/o terapéuticos, no de seguimiento, excepto en enfermedades “raras”, y no “colgar” los pacientes para su atención a lo largo de años y de revisiones rutinarias).

X. La informatización es una complicación cuando no va precedida de un análisis de necesidades de información; de ahí la importancia central del “conjunto mínimo básico de datos”; no se puede ni se debe “registrar todo.

Y. La informatización sólo se justifica si permite el mejor uso del conocimiento (se resuelven mejor/más rápido los problemas de salud) y si contribuyen a la transparencia (por ejemplo, para comparar, para que el paciente sepa el circuito habitual de seguimiento de la insuficiencia cardiaca, y el éxito relativo en su tratamiento de la primaria y especializada, por centros de trabajo y por personal concreto).

Z. La atención correcta a la comorbilidad es característica central en los servicios sanitarios y sociales, por separado y en su coordinación.

2. Consenso sobre incentivos: hacia una atención primaria fuerte

El objetivo de los incentivos es fomentar 1/ la accesibilidad (prestar servicios apropiados a quienes los necesitan más, y más se pueden beneficiar de ellos), 2/ la polivalencia (capacidad de ofrecer a toda la población, sin selección ni por edad ni por sexo ni por clase social, de múltiples servicios básicos y resolutivos por el profesional de primaria), 3/ la continuidad y atención a lo largo del tiempo (prestación por el profesional de

cabecera del máximo posible de servicios tan inmediatos como sean necesarios, tanto en presencia física como por teléfono, Internet y otras formas de comunicación, en los distintos problemas y circunstancias a lo largo de la vida del paciente), 4/ la capacidad de coordinación (hacer de la primaria la verdadera puerta de entrada al sistema sanitario y al sistema de atención social), y 5/ la autonomía del médico de primaria (capaz de organizar su agenda y sus actividades, y de sentirse responsable de la atención a una lista de pacientes integrados en una comunidad).

Listamos a continuación los principios básicos para lograr una atención primaria fuerte, que coordine los servicios sanitarios y sociales que necesiten los pacientes desde el nacimiento hasta la muerte:

1) **Consenso** en principios:

- Defensa de un sistema sanitario integrado, financiado públicamente como garantía de su persistencia y mejora, con factores moduladores del acceso más equitativos y eficientes que los actuales.
- Centralidad de la motivación e información del profesional sanitario para el buen funcionamiento del sistema (la toma de decisiones apropiadas al paciente y a sus circunstancias).
- Dotación de recursos financieros, materiales y humanos adecuados.

2) **Consenso** en método general:

- Cuando hay poca ciencia, hay que emplear la paciencia, pues más vale acertar por aproximación que equivocarse con precisión. Puesto que no sabemos cuál es la mejor respuesta en cada caso, lo prudente es admitir un cierto grado de variabilidad (razonablemente científica).
- Cochrane + Wright + Ensayo y error. Cochrane cuando se pueda, y se puede poco, por la naturaleza del tema y los criterios de selección. En cualquier caso aunque no haya evidencia científica de la efectividad del paracaídas conviene usarlo en caso de necesidad. Wright, por los hermanos, cuando se quiera volar (innovar). Lo importante y clave es el apoyo continuo al clínico en el control de la incertidumbre, de forma que cuente con las mejores fuentes de información, y con las mejores posibilidades de seguimiento.

3) Consenso en método específico: No puede hablarse de retribuciones (p) sin abordar al mismo tiempo la cantidad y la calidad del desempeño profesional (q). Lo que marca la diferencia entre sistemas sanitarios, entre organizaciones sanitarias, incluso entre zonas geográficas de España no son las p (de medicamentos, de estancias o de consultas) sino las q (prescripciones, ingresos y frecuentación, respectivamente). Lo que

define la esencia de la eficiencia es el número y variabilidad de intervenciones para resolver las mismas/parecidas situaciones y problemas. Los frentes sanitarios con mayores espacios de mejora se refieren a la coordinación de la atención a la co-morbilidad y a la inmediatez en la atención a los procesos agudos.

4) Consenso en estrategia: Radicalismo selectivo. No puede cambiarse todo al mismo tiempo. Hay que abrir brechas sobre frentes claves y reducidos que puedan generalizarse por un proceso de innovación-difusión. Es importante que “florezcan mil flores”, pero con evaluación rigurosa que permita las comparaciones. Se precisan, pues, objetivos mensurables, y un sistema de información con indicadores clínicos, lógicos y adecuados a la valoración del impacto de los incentivos y cambios en el cumplimiento de los objetivos. No se trata sólo de hacer las cosas bien, sino de hacer bien lo que se debe hacer (por ello la accesibilidad es clave, como lo es el tener información desagregada por clase social).

5) Consenso conceptual: Existen tres niveles de incentivos:

- Instituciones (o reglas sociales del juego)
- Organizaciones (distribuciones de funciones, formas jurídicas...) y grado de competencia –por comparación- entre las mismas.
- Individuales (alguno también de grupo): promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, autonomía organizativa, dinero...

6) Consenso conceptual: Los incentivos no son el martillo de Maki. Nada substituye una correcta selección de personal y a un buen clima laboral.

7) Consenso sobre incentivos: Cuidado con que las prácticas gestoras no destruyan realidades fructíferas con presencia de reciprocadores altruistas, interés por el trabajo bien hecho y búsqueda de aprobación social. La gerencia precisa “más clínica”, para que sus decisiones estén impregnadas de sentido común, de apoyo al trabajo diario del clínico.

8) Consenso sobre incentivos: La retribución no consiste únicamente en dinero ni es tan sólo individual ni debe plantearse a corto plazo. La autonomía organizativa, y el mejor uso del tiempo profesional son incentivos tan poderosos como los monetarios.

9) Consenso sobre incentivos: Reconciliar la ‘silla de Marañón’ –el mejor instrumento diagnóstico- con un adecuado equilibrio del trípode organizativo: competencias, evaluación y estímulo. Reconciliar la pura vida clínica con oportunidades para la docencia, la gestión y la investigación (en una vida laboral cabe todo, a dosis apropiadas en tiempo y espacio).

10) Consenso sobre incentivos: Futuro en medidas de calidad sobre 'producto final' (hemoglobinas glicosiladas ajustadas por clase social y co-morbilidad) y, mientras tanto, medidas sobre 'producto intermedio' (actividad, número de actividades por problema) ajustando por aquellas variables que el evaluado no controla. Evitar tanto la parálisis por el análisis como la tendencia a contraer compromisos imprudentes. Se puede pensar con los grandes números y con las impresiones de clínicos y gerentes agudos; en general, los campos de mejora son evidentes.

11) Consenso sobre la evitación de autolimitaciones. Utilizar la negociación individual de las condiciones de trabajo para abordar los déficit y fronteras artificiales:

- Geográficos
- Por especialidades
- Por franjas horarias
- Por funciones
- Por tiempo de permanencia en el mismo puesto y lugar (estabilidad en la relación profesional-población).
- Por capacidad de coordinación (autonomía y responsabilidades proporcionales).

12) Consenso sobre la evitación de autolimitaciones. Flexibilizar las condiciones de trabajo:

- Fomento de las dedicaciones parciales (importantísimo para una profesión feminizada)
- Flexibilidad en horarios
- Flexibilidad en funciones y responsabilidades asistenciales
- Flexibilidad geográfica
- Flexibilidad —a lo largo del tiempo- en la composición de asistencia, docencia, investigación y gestión según puestos desempeñados.
- Fomento de la polivalencia asistencial
- Flexibilidad ante la variabilidad (de pacientes de sectores más o menos marginados, como inmigrantes, adolescentes y otros)
- Fomento de la capacidad de coordinación de los servicios que precisa el paciente concreto (diagnósticos y terapéuticos, en otros niveles asistenciales o en el sector de servicios sociales).

13) Consenso sobre la evitación de autolimitaciones. Ante una oferta inevitablemente rígida y un shock de demanda cabe:

- Recertificar para evitar la polarización excelentes/deprimidos
- Fomentar la troncalidad y las pasarelas entre especialidades
- Acabar, tanto como se pueda, como la insostenible segmentación geográfica (800 mercados sólo en España)
- Descolectivizar: Los sueldos de los dermatólogos en la privada (primera especialidad MIR en 2007) no pueden marcar la referencia para todas las especialidades.
- La carrera profesional es todavía una oportunidad (no está destruida por completo), por lo que es básico que se explore y explote con los contratos “personales”
- Eliminar la burocracia innecesaria, imitando a los países desarrollados.

14) Consenso: Organización Atención Primaria I

- Dejar de hacer (tareas administrativas, auto-generadas y asistenciales sobre agudos transferibles) para poder hacer lo importante: atención inmediata a lo agudo y atención coordinada a los crónicos descompensados y/o complejos (la co-morbilidad).
- Reconocer la endogeneidad tanto del tiempo de consulta como de la frecuencia e insistir, por tanto, en la mayor autonomía de gestión –con responsabilidad y compensación, claro- que puede llegar hasta la forma jurídica independiente con el incentivo del lucro atado corto. Experimentar con la experiencia mayoritaria en los países desarrollados, de médicos generales profesionales independientes.

15) Consenso: Organización Atención Primaria II

- Equipos virtuales de profesionales de primaria, y mejora de los equipos orgánicos de los centros de salud. Elección flexible del cuadro de especialistas. Trabajo de los especialistas como consultores.
- Contratos capitativos (capitación, lista de pacientes, y función de “filtro”/puerta de entrada). Atribución de presupuestos a través de la derivación del médico de primaria (“el dinero sigue al paciente” derivado desde primaria a especializada y/o a servicios sociales). Evitación con dicho mecanismo de las dobles vías (lista de “los de la casa”).
- Financiación adecuada. Tendencia a que el peso de la AP en el presupuesto sanitario alcance a los países con mejores sistemas.

16) Consenso: Remuneración en Atención Primaria

- La capitación corregida (morbilidad, edad, condiciones sociales, dispersión geográfica y demás) como base, en torno al 40% del total
- Complemento salarial (hasta el 80%)
- Pago por acto en alguna ocasión (techo natural, ayuda a registro y actividad que deba estimularse), en torno al 20%, separado entre complemento mensual y bonus anual.
- Y remuneraciones substancialmente mayores todos, especialmente para quienes asuman funciones directivas. Las mejoras provienen de líderes clínicos.
- Se precisan “viajes de estudio”, como obligación y/o como mecanismo incentivador, para conocer en vivo los entresijos de la innovación de éxito en el entorno próximo, lejano y muy lejano.

17) Consenso: Incentivos en Farmacia

- Desintermediación industria en información, formación no planteable a corto
- Evitar presupuestos ‘silo’ en farmacia. Inputs sustituibles aconsejan presupuestos globales.
- Ningún problema con incentivar lo más eficiente (menor precio dentro de la misma DCI) siempre que el paciente lo conozca.
- Ayuda a la mejor poli-prescripción (clave a partir de cinco medicamentos), especialmente en la co-morbilidad, con historia clínica electrónica apropiada a las necesidades de pacientes y profesionales.
- Mejora en el circuito de prescripción (modelo de receta, monodosis, subasta de genéricos y demás)
- Copago farmacéutico –evitable- ajustado por efectividad de la medicación, no por edad del paciente.

18) Consenso: Incentivos a usuarios. La accesibilidad desbocada al sistema sanitario público otorga a España una primacía indeseable. Con un sistema financiado proporcionalmente (ni progresivo ni regresivo) sobre rentas, y con unas prestaciones que se ajustan bastante a necesidad, hay que atajar el deterioro de la calidad que trivializa las consultas y desvirtúa el ejercicio profesional.

- Crear filtros técnicos de acceso: Igual que existe un médico de puertas en Urgencias puede haber un filtro de Enfermería en AP

- Mejorar la equidad y eficiencia de los actuales factores moduladores del acceso. Por ejemplo: Los copagos en tiempo, intensos sobre todo para los pobres, que suelen carecer de amigos y conocidos y de capacidad para romper las barreras y disminuir los tiempos de espera en todo tipo de atención, conviene que se atemperen con otros factores moduladores del acceso.

- Definir claramente cartera de servicios lo que ayuda al sector privado a posicionarse (complementario, substitutivo o suplementariamente) y al sector público a evitar automatismos poco serios.

- Fomentar la estandarización de instrumentos de ayuda a la decisión compartida médico-paciente.

*Ortún Rubio, Vicente
Gervas Camacho, Juan*



IV.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y MEDICIÓN DE RESULTADOS

1. Análisis de la situación (presente, pasado, futuro)

El sistema sanitario en atención primaria sufre una crisis permanente y está anquilosado desde hace 20 años. Para poder tomar decisiones eficientes socialmente y ágiles debemos de tener sistemas de información sanitaria que abarquen a todos los protagonistas del sistema.

Esta crisis crónica se agudizó y profundizó en los últimos años por varias causas:

- Hay un aumento lógico y previsible de la demanda asistencial, con el hiperconsumo sanitario por problemas sociales y la preocupante medicalización iatrogénica de la sociedad.
- Un gran problema es la ausencia de médicos y la falta de incentivos dentro del sistema para los mismos.
- La ausencia de reglas de juego en el trabajo habiéndose perdido las funciones profesionales de los estamentos sanitarios.
- Es hora de tener sistemas de información que permitan medir a los gestores y sus políticas de personal y recursos.

2. “Más de lo mismo” o cuando la solución es el problema

Se produce la paradoja que a “más médicos mas molestias de salud”, que los médicos y la industria farmacéutica corremos a ponerle un **diagnóstico** (el diagnóstico se ha convertido en el password para poder acceder al software de la medicina contemporánea” en palabras de Rosenberg 2002) y un rentable tratamiento, en resumen más demanda y más gasto.

Es hora de plantear el control también de los pacientes mediante barreras moderadas en el acceso directo de los usuarios para contener el gasto perverso que estamos generando y están rentabilizando la industria farmacéutica, los políticos y parte de la sociedad que hiperconsume sanidad, saturando las consultas de los centros de salud con problemas menores de salud, dejando fuera del sistema a pacientes auténticamente necesitados de nuestros cuidados. Para esto se necesitan sistemas de información que nos permitan controlar el uso racional por parte de los usuarios del sistema sanitario. Por todo ello, parece imprescindible reformular el acuerdo tácito que liga a la profesión con la nueva sociedad, haciendo explícito un nuevo contrato social.

Es esencial el medir la actividad de los médicos con sistemas que den una visión global de la actividad profesional, para poder acabar con otra de las grandes lacras que

anquilosan el sistema como es el que todo el mundo tenga las mismas remuneraciones y valoración, trabaje bien o mal; es injusto e irracional desde una gestión del siglo XXI. Esta es una de las causas mayores de desmotivación de los buenos profesionales del sistema, la ausencia de diferencias en *el reconocimiento de la calidad en la atención de los médicos*. En consecuencia es hora de medir a los Profesionales en base a criterios globales y no por la famosa hemoglobina glicosilada, para poder estar más considerados, pagados y promocionados dentro del sistema acabando con un anacronismo igualitario del siglo XIX en una sociedad europea del siglo XXI.

La incentivación de los profesionales es la base del buen funcionamiento de todo sistema u organización.

El desarrollo de los sistemas de información es clave y una de las herramientas para la gestión sanitaria basada en el conocimiento, para la acción coordinada y para la evaluación de resultados.

Los sistemas de información tienen que tener la capacidad de medir la gestión de la salud por parte de los tres protagonistas del sistema sanitario:

- La sociedad o sea los pacientes
- Los sanitarios con el médico de AP recuperando el liderazgo del Sistema
- Los sistemas de salud cuya representación serían los gestores y políticos

La cantidad de información que genera el sistema gracias a las herramientas informáticas es cada vez más abundante, lo cual nos debería hacer recapacitar en lo que tenemos que medir y donde lo tenemos que buscar, para que el sistema sea eficiente para los tres protagonistas del mismo.

Tenemos varias herramientas en el Sistema sanitario que podemos usar en la medición:

- La historia clínica (HC AP), en este momento IANUS, es una de las bases de la atención sanitaria para mantener la calidad de la atención, la continuidad de los cuidados y la longitudinalidad de la atención primaria (AP). Con su informatización se configura en pilar de la información asistencial.

- La tarjeta sanitaria, TIS individual, para conocer el número de TIS, pirámide poblacional por cupo, frecuentación de los pacientes individualmente, cambios de médicos, posibilidad de futuro copago asistencial. Sería deseable el convertirla en una auténtica tarjeta electrónica.

- El sistema de información, SIGAP como base de datos, citas, agendas de citación, ínter consultas, derivaciones hospitalarias, ingresos, pruebas complementarias, gasto farmacéutico....el cual en un corto tiempo se integrara en la plataforma IANUS.

3. La historia clínica

Modelo de HC orientada a la resolución de las necesidades de salud existentes, siendo una fuente de información generada por la atención del individuo en el sistema sanitario que nos sirve para la comunicación entre los distintos profesionales del sistema sanitario y para la toma de decisiones en los diversos problemas que se generen.

La información es para la acción, para la toma de decisiones, en consecuencia la metodología de estructurar la información y priorizarla por problemas, es primaria sobre la información cronológica que fragmenta la información y dificulta su análisis. En resumen es esencial el priorizar la información para la acción o sea la toma de decisiones

¿Qué entendemos por PROBLEMA en AP? “Todo síntoma o signo, situaciones fisiopatológicas, diagnósticos, situaciones psicosociales, situaciones culturales, circunstancias ambientales, o sea todo aquello que pueda influir sobre la salud del individuo y pueda ser identificado” [WEEDL 1972, Margolis 1979]. Estos problemas se pueden dividir en activos, inactivos, mayores y menores

El modelo de HC debe estar centrado en el paciente, orientado por problemas y desarrollo evolutivo en base a *episodios de atención (problemas mayores o menores)* definidos como cualquier problema sanitario verbalizado por un paciente o detectado por un profesional desde el primer contacto de aquel con el sistema. Esta historia debe tener la capacidad de abordaje de la salud colectiva, la familia, los núcleos de convivencia y la comunidad (Documento SEMFYC: Informatización en Atención Primaria).

4. Las bases centralizadas en la historia clínica informatizada

La historia clínica electrónica se está pilotando en estos momentos en nuestra comunidad, y es de prever que en el plazo de meses esté implantada de forma general. *Es una historia clínica orientada por problemas (HCOP), con la clasificación internacional de atención primaria (CIAP) para la codificación, unida al concepto de “episodio de atención” (EA).*

Se ha optado por una base de datos centralizada, con información compartida en todos los niveles de atención (AP y especializada) Las bases centralizadas sirven básicamente para la integración con otros niveles que aseguren la continuidad de la atención sanitaria, lo cual nos genera problemas de confidencialidad, que no están resueltos ni garantizados en la actualidad y entran en conflicto con los comités de bioética sobre la informatización y confidencialidad de la información. Consideramos pertinente una consulta a la Agencia Española de Protección de Datos para valorar la decisión.

La Atención Primaria se caracteriza por tener una *longitudinalidad infinita* en la atención del individuo, al contrario de la transversalidad finita de la atención hospitalaria, lo

cual significa que lo normal es tener de todos los problemas u episodios, cantidades ingentes de páginas de información de un solo problema de salud. En su modelo compartido de historia clínica de Atención Primaria–Atención Especializada esta información es inabarcable, inoperante e invalida la información por saturación. Si lo RELEVANTE Y PERTINENTE es una pequeñísima parte de la información de la historia clínica de Atención Primaria y de Especializada (2%), para qué vamos a centralizar todos los datos.

Sería más operativo el centralizar bases de datos clínicas operativas para la toma de decisiones de los profesionales del sistema, como pruebas complementarias, listas de problemas, informes, interconsultas, y fomentar la comunicación entre los niveles de AP-AH, inexistentes en este momento. Si el paciente ejerciendo sus derechos quiere que se retire y borre su información personal de las bases centralizadas como se va a garantizar ese derecho. Hay que contemplar las nuevas iniciativas de la sociedad civil como las historias clínicas personales (*cocidocongofio.com* o *keyose* planteado por Julio Bonis) o la última novedad de tener la historia clínica en Google.

5. Mediciones de la calidad del sistema

Tendríamos que tener mediciones del grado de efectividad o resolución de los episodios tratados, respecto a los esperados en base poblacional y epidemiológica, en relación con lo consumido e identificando los niveles de calidad que condicionan esa relación³.

Sería necesario saber qué es lo que se hace globalmente en la Atención Primaria, y conocer, también, el grado de efectividad de las acciones sanitarias llevadas a cabo.

Con una meta clara, como es la resolución de los problemas sanitarios existentes de una manera efectiva, equitativa, accesible, eficiente y sostenible, la información cobra sentido, en tanto en cuanto nos **sitúa a la distancia que nos encontramos** de esa meta epidemiológica. Sin una meta clara nos llenamos de “registros sin alma”, que tratan de analizar los “cómo” sin haber establecidos los “qué”. En cualquiera de los casos el aforismo de Goldratt del ¡Dime cómo me mides y te diré como me comporto! es crítico, convirtiéndose los sistemas de información, en las épocas de intercrisis, es decir, en tiempos normales, en las guías del comportamiento general, como nos señala crudamente Stanley Milgram en sus estudios sobre el comportamiento ante la autoridad.

Si la unidad de actividad son las *necesidades sanitarias existentes*, la unidad de medición podría ser el *episodio de atención*, consistente en la parte del episodio de enfermedad que se mantiene en contacto con el sistema sanitario. Lo importante será conocer **cuántos** diferentes episodios de atención se han **atendido y resuelto**, respecto a los

existentes por unidad de tiempo (año, mes, día), o de consumo (por 1000 visitas, 1.000 € de Farmacia, IT, Interconsultas) o de inversión. Y estaremos hablando realmente de

$$\text{Tasas de productividad} = \frac{\text{Qué}}{\text{Cuánto}}$$

$$\text{Tasa de productividad (TP)} = \frac{\text{(episodios resueltos x calidad)}}{\text{consumo}}$$

Para que un sistema de información fuera valioso, debiera ser sensible, a criterio de profesionales y fiable, a criterio de los gerentes. Sensible por medir toda la actividad, y no sólo una parte; por medir lo que se resuelve, más que lo que se atiende; y por reconocer las diferencias poblacionales, por aquello del “mi población es especial”. Fiable, por la consideración de que sólo si se traslada la autoridad moral a los profesionales, que sancionan el sistema, el nivel gerencial puede sentirse con las manos libres para dedicarse a dirigir, motivar, negociar e incentivar³.

Abandonando viejas prácticas de manipulación de la información del sistema en base a disminuir las presiones asistenciales diarias de los profesionales contabilizando en la frecuentación media diaria, los sábados o sus vacaciones y bajas, sabiendo que con dichos trucos contables disminuían las frecuentaciones diarias, mejoraban sus cifras de resultados de gestión y acallaban las protestas de los médicos.

En resumen, hay que identificar a los profesionales que resuelven más problemas en menos tiempo y con menos recursos como los más competentes profesionalmente. Convirtiéndoles en los líderes profesionales del sistema, con los lógicos beneficios salariales y profesionales para que sean referencia del mismo.

6. Base mínima de datos para evaluar el sistema

- Población por edad-sexo, (no es lo mismo cupos con 20% de niños < 3 años, o con 25% de mayores de 70 años, por ejemplo).
- Por tamaño del cupo (no es lo mismo alcanzar un 70% de cobertura en 400 pacientes que en 2.400).
- Por porcentaje de población atendida (no debiera parecer igual el consumo, aparentemente exacto (por ejemplo, 25 millones ptas. o 150.000 euros), de dos cupos de igual tamaño y condiciones de edad-sexo, si uno de ellos lo ha hecho en el 50% de su cupo y otro en el 75%.

-
- Por dispersión geográfica.
 - Por frecuentación y presión asistencial en los centros. Valorando el índice de frecuentación de pacientes por médico. Identificando a los hiperfrecuentadores o los cupos con más patología crónica
 - Por tipo de población atendida, penuria social, bajo nivel socioeconómico, marginalidad, inmigración.
 - Por ajuste del número de desplazados (Téllez y Alonso, 2001).
 - Por nivel de ausencias de los compañeros (bajas prolongadas, vacaciones, actividad profesional...), valorando el nivel de acumulo de cupos o sustituciones.
 - Por porcentaje de patologías crónicas en sus cupos, integración del sistema de las EDOS en el SIGAP
 - Por porcentaje de derivaciones a especialista y urgencias del hospital
 - Por porcentaje de gasto en pruebas complementarias (Rx, Laboratorio...)
 - Por porcentaje de gasto farmacéutico y perfil de prescripción en base a las guías clínicas
 - Por porcentaje de cambios de pacientes por médico y causas de los cambios con un cuestionario obligatorio a rellenar en el momento del cambio.

La información epidemiológica de la Atención Primaria, es realmente la información epidemiológica del sistema.

7. Funciones de los diversos agentes

El médico de AP debe ser quien dirija y coordine la relación del paciente con el resto del sistema sanitario; debe recuperar el prestigio social y profesional para cumplir dicho objetivo.

Todo registro, apunte, o anotación ineficaz, inútil, innecesaria en forma o fondo, ya sea en soporte papel o informático, que actúe solo como ruido de fondo en el sistema sanitario debe considerarse como un obstáculo en nuestro quehacer diario.

El único registro de actividad que se realizará en la consulta será la confirmación de la asistencia.

La informatización global de la actividad del centro resuelve todos los problemas de registro, ofreciendo información exhaustiva y fiable, eliminando duplicidad de esfuerzos en todos los registros.

En el futuro “líquido” y cambiante los agentes que forman el sistema pacientes, gerentes, médicos, enfermeras, personal auxiliar y administrativos deberían de cambiar sus roles, la inestabilidad del entorno actual (“la vida líquida” de la que habla Barman 2007, en la que todo cambia tan rápidamente que las respuestas no consiguen consolidarse), obliga a adaptar continuamente la estrategia y la organización.

- Los gestores deberían dirigir, motivar, negociar e incentivar, cosas que no se hacen en este momento

- Los pacientes tienen que ser responsables de su salud y no consumir recursos sin ninguna penalización directa que perciban, para dejar sitio a los pacientes necesitados que están fuera del sistema.

- Las enfermeras tienen que convertirse en auténticas primeras gestoras clínicas de los episodios de atención de los pacientes y aceptarlo como una mejora.

- Los administrativos tienen que convertirse en gestores administrativos de los pacientes (con la informatización, menos movilidad de historias, menos citas) asumiendo la gestión de la burocracia de los pacientes.

- Los médicos de Atención Primaria deben recuperar sus roles de médicos cediendo parte de su actividad no médica a los otros profesionales, para dedicarse a resolver problemas médicos. Para hacer real el cambio es imprescindible recuperar el liderazgo del médico dentro del resto de los profesionales sanitarios, un aumento radical de la financiación destinada al primer nivel y una disponibilidad de tiempo adecuada.

- Los médicos de Atención Especializada, deben ser especialistas y no dedicarse a problemas menores, a ser generalitas o hacer controles de salud.

Cabe señalar, finalmente, que tampoco hay que poner esperanzas desmedidas en la “información” sanitaria. En muchas ocasiones, la información ofrecida, incluso por los mejores sistemas, será difícil de interpretar, poco robusta o insuficiente para la toma “automática” de decisiones de política y gestión sanitaria.

La incertidumbre es casi consustancial a la toma de decisiones de política y gestión sanitaria, y todos los agentes del sector deben aprender a convivir con ella. Pero convivir con la incertidumbre implica intentar reducirla, sobre todo en un entorno en el que confiamos que cuanto más informadas sean las decisiones, más probable es que sean útiles para mejorar la atención⁶

La sociedad sufre la inaccesibilidad al sistema sanitario público, tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria, por saturación de los sistemas con problemas menores, desmotivación de los profesionales y nefastas decisiones en la gestión. La sociedad y los profesionales están deseosos de un pacto social que recupere a las amplias clases medias que están desertando del Sistema Sanitario Publico, para evitar su conversión en un Sistema de Beneficencia parasitado por los sistemas privados de salud.

***Domínguez Sardiña, Manuel
Garnelo Suárez, Luciano
Solla Camino, José María***



V.

**INTEGRACIÓN ASISTENCIAL: ARTICULACIÓN
ENTRE NIVELES ASISTENCIALES**

La coordinación - relación entre niveles o integración se ha constituido como uno de los puntos de mayor dificultad y controversia en el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Llama la atención como esta articulación de las interfases es percibida como problemática en los sistemas sanitarios públicos tanto los del tipo SNS como en los de tipo Bismarck (cajas de seguros), a pesar de que en estos últimos la definición de niveles es diametralmente distinta (AP-AE vs. ambulatoria-internamiento). Parece pues que la dificultad de continuidad radica en alguna forma no tanto en la adopción de un determinado modelo de estructuración de la atención como en las dificultades para transportar información y decisiones bidireccional desde y hacia el hospital, si bien las causas y la gestión de dicha dificultad sería distinta si de uno u otro tipo de sistema se tratara.

Galicia, como la práctica totalidad de España, estructura sus servicios a partir de la LGS de 1986 en la forma característica de los SNS, con un nivel de atención primaria que actúa como punto de entrada principal al sistema de atención formal, y otro de especializada que incluye la hospitalización.

El sistema constituido a partir de la LGS heredó inicialmente las formas de actuación y gestión del antiguo INSALUD, incluida su procedencia desde un sistema en el que no existía una gestión diferenciada de cada nivel sino la separación ambulatorio-internamiento tradicional del Instituto Nacional de Previsión (Servicios Sanitarios de la Seguridad Social), en la cual tampoco la coordinación resultaba satisfactoria.

También, al igual que en otros servicios de salud, se ha producido la introducción de elementos cuantitativamente escasos pero cualitativamente relevantes de experiencias de gestión indirecta (fundaciones, empresas publicas etc.) que se han centrado en la asistencia especializada-hospitalaria. Asimismo ha implantado como en otros servicios de salud alguna experiencia de gerencia única (unificación de estructura gestora y presupuesto) en un área sanitaria. Asimismo, se han intentado esquemas de contacto formal, interconsultas o desplazamientos de especialistas del hospital para recibir pacientes en el CS, protocolizaciones conjuntas AP-AE (gestión de procesos), intentos formativos compartidos entre ambos niveles etc.

Y también, al igual que ha ocurrido en otras experiencias similares, dentro y fuera de nuestras fronteras, tampoco estas iniciativas han resuelto la problemática global de coordinación entre los niveles, aunque en el caso de algunas medidas estructural y gerencialmente blandas (elaborar protocolos, compartir formación o realizar interconsultas) las experiencias hayan sido positivas pero de insuficiente extensión, al haberse producido ante todo basadas en la personalidad y relaciones de los promotores y participantes, mientras que las estructural y gerencialmente más duras (desplazamiento a CS de consultas de especialidades o gerencia única) no parecen haber producido las mejoras buscadas.

Mención aparte merecen las iniciativas de mejora de la capacidad de acceso a información clínica a través de historias clínicas electrónicas (IANUS) accesibles para ambos

niveles, aunque la cultura de acceso a la información producida por el otro nivel sea aún insuficiente entre profesionales sanitarios, a pesar de la disponibilidad de la misma.

Las propuestas de soluciones “mágicas” (basadas en creencias o modas) tiene por lo tanto cada vez una menor cabida, ya que las pruebas disponibles sobre la dificultad de la gestión de las interfases en todos los sistemas que tienen alguna aspiración respecto a la continuidad asistencial, hacen que el escepticismo sobre soluciones sencillas deba ser un saludable punto de partida.

Los recientes trabajos de la OCDE (2007) respecto a las dificultades de coordinación en las interfases AP vs. ambulatoria, AP o ambulatoria vs. internamiento de agudos y también AP, ambulatoria o internamiento de agudos vs. institucionalización de larga estancia en la totalidad de los países estudiados ilustran excelentemente la dificultad de la empresa.

Pero ¿es este un motivo suficiente para dejar la coordinación por imposible? Quizás no. Sobre todo porque la efectividad y eficiencia del servicio de salud, y en consecuencia la ciudadanía que lo mantiene con sus impuestos, tienen mucho que ganar si dicha coordinación mejora. Pero también quizás deben producirse tanto las propuestas como las experiencias bajo expectativas realistas: cualquier avance es una buena noticia y los avances serán posiblemente lentos, como lenta es la extensión de las culturas organizativas.

La revisión del estudio realizado sobre 26 países por Hofmarcher y colaboradores para la OCDE indica algunos caminos sugerentes, a la par que ratifica una estructura de sistema y organización en España en general, y en Galicia en particular, adecuadas para emprender caminos con posibilidades de éxito para mejorar la coordinación-relación-integración:

- En general son mejores las posibilidades de coordinación en
 - . sistemas poco fragmentados, tipo SNS
 - . con una única organización proporcionando cuidados (el ejemplo de los autores son las grandes HMO de USA)
 - . con atención primaria fuerte ejercida en grupo/equipo y con remuneración ligada a tareas o servicios a prestar, y no al pago por acto
- Mejores posibilidades si la coordinación entre niveles es definida como una tarea o servicio en sí mismo, y como tal incorporada con formas de actuación definidas, incluidas en los perfiles de los profesionales sanitarios y en los contratos entre proveedores y pagadores.

- Mejores posibilidades si para determinados grupos de pacientes con problemas crónicos los sectores social y sanitario funcionan con un pool de recursos para determinadas tareas como, concretamente, la de coordinación entre ambos sectores.

- Peores posibilidades de coordinación si la provisión de cuidados está administrativamente dividida en compartimentos estanco (característico: institucionalización sociosanitaria y larga estancia en presupuestos municipales y asistencia ambulatoria y de agudos en el presupuesto de otra administración, por las dificultades de trasvase entre ambos sectores de actividad).

- Peores posibilidades de coordinación si la actividad hospitalaria se paga por acto (incluidos presupuestación prospectiva por DRG o similares) que impulsan al hospital a obtener casos sencillos aunque no tenga justificación su atención hospitalaria, para poder obtener mayor financiación.

- Mejores posibilidades si se fortalece la función de compra de la atención primaria (capacidad de obtención de servicios especializados de distintos proveedores).

- Probablemente la atención primaria es el punto mejor situado para ejercer la función de coordinación, pero su posición se debilita en la medida en que el paciente requiere servicios muy especializados. El reconocimiento mediante pago por dicha función se considera que puede facilitar la disponibilidad para ejercerla.

- La definición explícita de quien ejerce la función de coordinación es siempre necesaria, aunque se asuma implícitamente que el médico de familia asume dicho rol. Resulta indispensable definir quien actúa como coordinador de la atención en países sin tradición de especialización en medicina de familia.

- La coordinación de interfases basadas en la gestión de casos (selección de poblaciones especialmente vulnerables) o de procesos seleccionados (procesos prioritarios en los que la buena coordinación sería especialmente deseable) tienen utilidad para mejorar la efectividad y la calidad de la atención (incluida la continuidad). A pesar de haberse propugnado como iniciativas de mejora tanto de calidad como de eficiencia no está claro que ahorren costes, dado que descubren nuevas necesidades y comportan altos costes de implantación y mantenimiento. No se han evaluado suficientemente bajo el aspecto económico en ninguno de los países que las emplean.

- La transferencia de información es la clave para la mayor parte de los países en una doble vertiente: la disponibilidad de información clínica de los pacientes y la información de la actuación del profesional. Las tecnologías de la información son instrumento indispensable, aunque caro y aún poco desarrollados en muchos países como para permitir compartir las necesidades de los pacientes entre todos los que les prestan cuidados. Las reticencias de pacientes y usuarios respecto a las garantías de confidencialidad y las resistencias de los sanitarios al uso de las herramientas informáticas persisten aunque sean menores que en otros momentos.

Como experiencias amplias concretas es especialmente relevante la valoración global de una gran HMO estadounidense (Kaiser Permanente de California) que resistió ventajosamente una comparación de múltiples aspectos de sus costes y resultados frente al NHS británico en 2002-2003. Comprobar como grandes instituciones sin ánimo de lucro y con amplia experiencia organizativa (Kaiser daba cobertura a 8,2 millones de personas de varios Estados en el momento de los estudios, habiendo mantenido su actividad como HMO desde 1945), podían resultar eficientes y equitativas incluso en el entorno de un sistema ineficiente y globalmente poco efectivo en términos de salud poblacional como es el de EEUU. El resumen de su comparación con el NHS se puede resumir en los siguientes aspectos:

- Kaiser y NHS proporcionan unos tipos de cuidados similares a su población atendida y desde hace el tiempo suficiente como para asumir similares niveles de “envejecimiento institucional”, y similares retos de evolución (ambas en entornos de países democráticos desarrollados). Las diferencias de coste por persona atendida son ligeramente mayores en Kaiser tras controlar por diversas variables.

- El Plan de Salud es el instrumento asegurador de Kaiser, el marco de actuación asistencial de todos los *partners* profesionales e institucionales, y la HMO es propietaria de gran parte de los centros ambulatorios y hospitalarios que emplea. Profesionales médicos de primaria (practica en grandes grupos, con listas de pacientes, con amplio personal de enfermería y amplio apoyo diagnóstico) y especializada son socios asalariados. Hay claramente más recursos médicos de ambos tipos por cada 1000 personas que en el NHS. Tienen dedicación exclusiva a la HMO, por lo que a pesar de que sus salarios son de partida muy superiores a los del NHS, sus ganancias son en cualquier caso menores que en otras aseguradoras estadounidenses. La población asegurada obtiene a un coste razonable una atención de carácter igualitarista, pero acepta menores capacidades de elección que en otras aseguradoras.

- Los tiempos de demora son claramente mejores en Kaiser que en NHS en todas las etapas de atención (desde obtención de citas y AP hasta hospitalización).

- Los indicadores de funcionamiento de calidad son iguales (*vacunación, screening cervix*) o mejores (mamografías, despistaje retinopatía diabéticos, uso de betabloqueantes en CI, revascularizaciones).

- La esperanza de vida es similar para población usuaria de Kaiser que la global de California y del Reino Unido, y las mayores supervivencias en determinados tumores observadas en USA respecto a Europa se mantienen en Kaiser.

- Las estancias producidas por hospitalización de agudos estandarizada por grupos de edad es 3 veces inferior en Kaiser respecto al NHS (y también más baja que la media de EE.UU.).

La interesante discusión y reflexión y posteriores estudios tras el trabajo comparativo inicial de Feachem y cols. parecen apuntar que es en la gestión de las interfases en donde radica el éxito de la experiencia. Pero ¿qué tipo de gestión se aplica?: La respuesta no es sencilla, o quizás es demasiado sencilla: la sensación de pertenencia de y a la organización, el valor dado por el propio sistema de Kaiser a la integración longitudinal (considerar a lo largo del tiempo qué es exactamente lo que se precisa para cada paciente y cual es la parte de la organización que puede proporcionarlo), el hecho de compartir un sistema de valores común en toda su estructura son la base de su éxito. Hay además algunas actividades implantadas con diferente profundidad en ambos sistemas (NHS y Kaiser), algunas de las cuales pueden repercutir en la capacidad para hacer viable la cultura de integración que impregna el sistema Kaiser. Cabe apuntar en este sentido:

- La utilización mucho mas amplia de las tecnologías de información disponibles tanto para proporcionar citas y consejos por vía telefónica como para intercambiar información, resultados etc. , durante 24 horas al día en el sistema Kaiser
- Información clínica electrónica en todos los puntos de AP en Kaiser en el momento del estudio.
- La mayor capacidad resolutive de la atención primaria, capaz de proporcionar laboratorio, imagen y servicios farmacéuticos habitualmente en Kaiser y excepcionalmente (salvo la farmacia) en el NHS.
- La integración real se produce entre profesionales administradores y clínicos en Kaiser: puede ejercerse control sobre todos los elementos del sistema de salud, los programas de gestión de enfermedades implican a toda la organización en la búsqueda de las mejores soluciones y los gastos se conforman según lo apropiado y coste-efectivo de la actividad, y no según categorías presupuestarias.
- Kaiser emplea el 2% de su presupuesto en tecnologías de la información, frente al NHS que empleaba el 0,5 % en el momento del estudio.
- El sistema de USA permite los cambios de aseguradora anualmente sin penalizaciones: Kaiser debe mantener unos niveles de servicio y gasto que fidelicen a sus usuarios y no le impidan competir económicamente.

Las oportunidades por lo tanto existen, y las condiciones de partida no son malas por comparación con las dificultades estructurales mayores que pueden encontrarse en otros modelos de organización diferentes. Pero hacerlas operativas puede requerir la actuación simultánea en varios instrumentos y puntos y quizás en ello radique la mayor dificultad. Utilizando la información aportada por los estudios de OCDE y Feachem, así como otros documentos de la comisión de Asesoramiento y del Plan de Mellora, pueden sugerirse para la discusión algunas categorías de actuación que pudieran ser útiles para avanzar hacia la integración – coordinación.

1. Gestión clínica

- Gestión de casos: entendido caso como persona con necesidades complejas: su operativización sería minoritaria, circunscrita a dichas situaciones complejas y gestionada por TS o TS + enfermería. Requeriría una redefinición de los roles profesionales actualmente ejercidos por TS y enfermería. El médico de primaria o de hospital tendría en con frecuencia un papel accesorio, sería un recurso más a emplear por el responsable de la coordinación con implicación cambiante según el tipo de “caso”.

- Gestión de enfermedades: limitada a aquellas más precisadas de una buena coordinación: procesos muy frecuentes o graves priorizados por la mejora de calidad y /o eficiencia ganable: no toda patología ha de tener un proceso, solo algunas seleccionadas. (Podría haber igualmente procesos transversales, comunes a múltiples enfermedades).

- Pacientes expertos: integración del correcto autocuidado con el sistema de cuidados formales: la suficiente capacitación del paciente para valorar de forma eficaz su situación y necesidades en un momento dado supone una transferencia de conocimiento (y en consecuencia de poder) desde los profesionales sanitarios hacia los pacientes (en este caso agentes gestores de “su” caso en mayor y mejor medida que hasta ahora). Dar valor a este tipo de coordinación no debe suponer hacer dejación sino por el contrario hacer al paciente partícipe de la integración y de su proceso de atención.

2. Retribuciones e incentivos para explicitar la función de coordinación entre niveles

- Planteamiento y planeamiento específicos para la gestión de las interfases en retribuciones e incentivos ¿Quién se hace responsable? ¿De qué? ¿Qué recibe?

3. Coordinación en los contratos

- El habitual planteamiento de coordinación genérica que consta con frecuencia como separata de los contratos de gestión de AP y Hospital debe dar paso a un planteamiento concreto con repercusión económica (presupuestaria) también concreta, incentivadora de dicha coordinación.

- Lo único que realmente no hemos probado a nivel administrativo “duro” han sido las Áreas de Salud: interfase administrativa gestora de un presupuesto específicamente orientado a garantizar los cuidados coordinados.

4. Sistemas y tecnologías de información y comunicación

- Entendidos como facilidad de intercambio de información clínica (paciente compartido con información clave accesible), pero también como
 - Resultados de pruebas como entidad propia del contenido, accesible desde que se emite el informe (las pruebas son del sistema, no de un nivel ni de quien la ha solicitado)
 - Lo que puedan hacer mejor las máquinas, deben hacerlo las máquinas y lo que se pueda solucionar por teléfono no requiere contacto cara a cara (conexión telefónica en tiempos reales AP-AE)
 - Evaluación de 360º: concepto tomado del sistema sanitario australiano que implica que cada nivel administrativo y clínico del sistema valora mediante instrumentos de comunicación e información diseñados al efecto a los que tiene en su mismo nivel, por encima y por debajo tanto en jerarquías clínicas como administrativas, con una periodicidad determinada (Ejemplo: director de equipo evalúa equipo, gerencia y servicios del hospital, y es evaluado por equipo, gerencia y servicios del hospital, aplicable en toda la estructura).

5. Cultura común

Todos los que trabajan en AP han pasado en algún periodo por un hospital, pero lo contrario no es cierto, especialmente en la profesión médica: una gran parte de profesionales de la medicina de nuestro sistema nunca han conocido como estudiantes, pacientes ni en su ejercicio profesional qué es y como funciona el primer nivel. Crear una cultura común a partir de una completa ignorancia del funcionamiento del complementario puede ser una difícil tarea en cualquier caso, especialmente cuando los paradigmas orientadores difieren (positivismo como paradigma dominante en medio hospitalario y una orientación que a pesar de su devaluación sigue siendo más biopsicosocial en primaria, lo cual facilita en ambos casos el ver al otro nivel como ajeno).

6. Propuestas de actuación

Se deducen de las Áreas de actuación enumeradas algunas posibilidades de actuación como son

Roles e incentivos

- Revisión y adaptación de roles profesionales de enfermería y trabajo social ante situaciones/ casos concretos: comité interdisciplinar (¿de área?) para asignación

explícita de profesional responsable de la coordinación en casos seleccionados, con consideración también explícita de retribución o incentivos de cualquier tipo por gestión de caso (y asumiendo por tanto que dadas las características del sistema, salvo que haya una especificación en diferente sentido ante casos concretos, el responsable genérico es MF).

- Definición explícita de qué es la función general de coordinación entre niveles y en qué modo se espera sea realizada por profesionales clínicos, unidades de atención a población usuaria, dirección de equipo, gerencia etc., en modo diferenciado a la gestión de casos antes expuesta. Como consecuencia: evaluación del cumplimiento de la función (indicadores en positivo o en negativo, evaluación de desempeño en la función de coordinación de niveles) para repercusión retributiva, en el mismo sentido que vienen valorándose cumplimientos o incumplimientos en materias de farmacia, carteras etc.

Presupuestos y contratos

- Adscripción de presupuesto específico y de forma específica de gestión del mismo para actuaciones que afecten o debieran afectar a ambos niveles (Ej.: bolsa común de incentivos por uso de genéricos/prescripción por principio activo, presupuesto compartido para formación compartida en materias prioritarias que permita articular los dos paradigmas de referencia en AP y AH): No se trataría de que cada nivel tenga su presupuesto para estas materias, sino de gestionar (¿dirección provincial?) una bolsa común cuyo reparto se concreta hacia uno u otro nivel en función de un contrato específico de coordinación/integración suscrito entre partes.

- Contratos de gestión de cada nivel valorados por contraparte del otro nivel (evaluación de contratos desde perspectiva de coordinación o informes de impacto sobre coordinación) como parte del proceso de elaboración del contrato.

Información clínica

- Compartir información clínica clave (ya en curso mediante IANUS) y dar prioridad dentro de ello en caso de conflicto de prioridades a la disponibilidad de información electrónica sobre pruebas diagnósticas y procedimientos efectuados...

- Consideración clave para dirigir la gestión: las pruebas diagnósticas son de paciente y sistema sanitario, no del profesional que las solicita ni de quien aplica la técnica (o dicho de otra forma, lo que no queda grabado en el ordenador es inaccesible para el conjunto del sistema, por lo que en caso necesario se deben dedicar mayores esfuerzos a conseguir la máxima implicación en la HCE de quienes proporcionan los resultados de pruebas/procedimientos).

Prieto Orzanco, Asunción

VI.

CONCLUSIONES

En los últimos años se está produciendo un **espectacular aumento de la demanda** con una respuesta a “problemas” de salud cada vez menos complejos. Esta hiperutilización de los servicios sanitarios genera **una relativa falta de médicos. La demanda sanitaria se distorsiona más por los aspectos cualitativos** (especialmente por las expectativas excesivas de la población y por el deseo de inmediatez de la atención) **que por la cantidad.**

La mayoría de las personas (80%) **priorizan la accesibilidad** (generalmente personas más jóvenes, sanas, con algún problema de salud menor, que quieren ser vistos pronto y con horario amplio, sin importarles qué profesional les vea mientras resuelva su problema). Los que **priorizan la longitudinalidad** (20%) suelen ser personas de edad más avanzada, con patologías crónicas, que quieren ser vistas siempre por el mismo médico/enfermera.

Quizá vale la pena plantearse la respuesta a ello con una doble línea de servicio, pero teniendo siempre presente el valor añadido que representa la longitudinalidad. Lo central en atención primaria es la **integralidad** (prestación de todo tipo de servicios apropiados) y la **longitudinalidad** (prestación de múltiples servicios para variados problemas del mismo paciente por el mismo profesional).

Además, la utilización sanitaria viene muy explicada por la oferta; las decisiones sobre la estructura sanitaria (plantillas, modelos de organización, arquitectura informática, etc.) definen y condicionan la función de la misma.

El **aumento del coste sanitario**, por otra parte, no depende básicamente del envejecimiento de la población ni de las nuevas tecnologías, sino del **incremento de la “intensidad de cuidados”** (el número de intervenciones por problema atendido).

Para garantizar una adecuación entre la complejidad del problema de salud y la respuesta del sistema se hace necesario **adecuar los circuitos** introduciendo barreras (organizativas, burocráticas, y, sólo en el caso de que se llegara a consensuar socialmente, incluso económicas) que garanticen que cada problema es atendido en el lugar donde mejor puede ser resuelto y con un coste inferior (necesidad de eficiencia del sistema público).

La sociedad sufre la inaccesibilidad al sistema sanitario público, tanto en la Atención Especializada como en la Atención Primaria por saturación de los sistemas con problemas menores, desmotivación de los profesionales y nefastas decisiones en la gestión.

La sociedad y los profesionales están deseosos de un pacto social que recupere a las amplias clases medias que están desertando del Sistema Sanitario Público, para evitar su conversión en un sistema de beneficencia parasitado por los sistemas privados de salud.

Es imprescindible el **consenso social y político** para lograr un mínimo común denominador que saque a la sanidad del fragor de la batalla partidista.

Entre la propuesta de temas a consensuar se podrían incluir:

1. La atención primaria en el asiento del conductor

- 1.1. La coordinación- relación entre niveles o integración se ha constituido como uno de los puntos de **mayor dificultad y controversia** en el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Parece que la dificultad de continuidad radica en alguna forma no tanto en la adopción de un determinado modelo de estructuración de la atención como en las **dificultades para transportar información y decisiones bidireccionalmente**, desde y hacia el hospital, si bien las causas y la gestión de dicha dificultad sería distinta si de uno u otro tipo de sistema se tratara.

Las iniciativas implantadas en Galicia, al igual que ha ocurrido en otras experiencias similares, dentro y fuera de nuestras fronteras, tampoco han resuelto la problemática global de coordinación entre los niveles.

Se necesita una reforma pro-coordinación entre niveles, que dé poder de selección de recursos al médico de familia; lo mínimo es tener un cuadro de especialistas con nombres y apellidos, y poder elegir a los componentes de mismo (y que “el dinero siga al paciente”); conviene evitar la “colusión del anonimato” en la atención especializada. La reforma pro-coordinación es clave para aplicar la Ley de Dependencia, y para ofrecer integralidad a los enfermos mentales (que muchas veces tienen retrasos en los diagnósticos de enfermedades orgánicas, además de problemas sociales graves). Se debe establecer un doble formato de derivación de AP a AE: **derivación e interconsulta**. Esta última implica que el médico de AP quiere conocer la opinión del especialista del segundo nivel, pero no debe implicar su participación directa y continuada en el paciente. **Si la primaria ha de ser la puerta de entrada del sistema, el especialista del segundo nivel ha de ser consultor** (es decir, prestar atención episódica, en tramos diagnósticos y/o terapéuticos, no de seguimiento, excepto en enfermedades “raras”, y no “colgar” los pacientes para su atención a lo largo de años y de revisiones rutinarias).

Consideración clave para dirigir la gestión: **las pruebas diagnósticas son del paciente y del sistema sanitario**, no del profesional que las solicita ni de quien aplica la técnica.

Las **nuevas tecnologías** son imprescindibles, para comunicar al especialista del segundo nivel para interconsultas (correo electrónico/teleconsultas) con el médico de familia (en urgencias y en el curso de la atención diaria de rutina). Debe aplicarse también a algunas tecnologías no tan nuevas, como el teléfono.

La atención correcta a la comorbilidad es característica central en los servicios sanitarios y sociales, por separado y en su coordinación.

Se hace imperiosa la revisión y adaptación de **roles profesionales de enfermería y trabajo social** ante situaciones/ casos concretos (gestión de casos): comité interdisciplinar (¿de área?) para asignación explícita del profesional responsable de la coordinación en casos seleccionados, con consideración también explícita de la retribución o incentivos de cualquier tipo por gestión de caso (y asumiendo por tanto que dadas las características del sistema, salvo que haya una especificación en diferente sentido ante casos concretos, el responsable genérico es el MF).

1. 2. Es posible avanzar en la coordinación clínica y administrativa con la creación de **Redes clínicas**, basadas en una interfase administrativa gestora de un presupuesto específicamente orientado a garantizar los cuidados coordinados, en segmentos poblacionales específicos como pudiera ser la atención pediátrica, urgencias, paliativos, ictus, socio-sanitario, etc. Esto requiere:

- **Definición explícita de cual es la función general de coordinación entre niveles** y en qué modo se espera sea realizada por profesionales clínicos, unidades de atención a población usuaria, dirección de equipo, gerencias implicadas, etc... Como consecuencia: **evaluación del cumplimiento** de la función (indicadores en positivo o en negativo, evaluación del desempeño en la función de coordinación de niveles) para la **repercusión retributiva**, en el mismo sentido que vienen valorándose cumplimientos o incumplimientos en materias de farmacia, carteras, etc.

- **Adscripción de presupuesto específico y de forma específica de gestión del mismo para actuaciones que afecten o debieran afectar a ambos niveles** (ej.: bolsa común de incentivos por uso de genéricos/prescripción por principio activo, presupuesto compartido para formación compartida en materias prioritarias que permita articular los dos paradigmas de referencia en AP y AH): No se trataría de que cada nivel tenga su presupuesto para estas materias, sino de gestionar una bolsa común cuyo reparto se concreta hacia uno u otro nivel en función de un contrato específico de coordinación/integración suscrito entre partes.

- **Movilidad de los profesionales entre ambos niveles asistenciales y flexibilidad horaria.** Teniendo en cuenta la actual situación de escasez de determinado tipo de profesionales, la creciente feminización en las profesiones sanitarias, la evolución social hacia otro tipo de horarios más flexibles, y la progresiva necesidad de autogestión por los centros, se considera imprescindible una urgente modificación en el desarrollo de las políticas de personal (RRHH y agentes sociales) que permita la adaptación a las nuevas demandas (itinerario curricular para médicos de familia y/o enfermería que incluya formación previa al nuevo puesto de trabajo, convocatoria de OPEs con plazas

de área con obligatoriedad de guardias en número progresivamente decreciente, movilidad en el área, posibilidad de reducción y aumento de jornada, etc...)

- 1. 3. Los presupuestos no pueden seguir siendo gobernados por “el histórico”;** conviene que pese la oferta de servicios, la organización inteligente y la resolución de problemas de salud de los pacientes y de la población.

Los presupuestos de primaria y especializada (hospitalaria) deberían tener base capítativa, y se deberían adecuar a la parte de actividad a que se refiere (por ejemplo, si la primaria se hace cargo del control de la anticoagulación debería seguirse del presupuesto que antes se asignaba a la especializada).

La integración organizativa referida a la gestión de servicios específicos (como gestión de suministros, mantenimiento, salud laboral, etc.), debe basarse en un planteamiento general orientado a la eficiencia, la mejora de la asistencia y la calidad, pero requiere también una aplicación individualizada en cada territorio, evitando el uniformismo y la aplicación de soluciones estandarizadas. En cualquier caso se debería preservar la suficiencia financiera para la AP, tanto para asegurar la operación de las actividades propias, como la inversión.

Uno de los riesgos que debe ser motivo de mayor preocupación, en este contexto, es el posible desplazamiento injustificado de recursos desde la Atención Primaria a los hospitales. Los proyectos deberían dar garantías de que no se van a producir “deslizamientos” de presupuestos para paliar el déficit hospitalario, ni se “fagocitan” profesionales para incrementar servicios hospitalarios. La existencia de estas situaciones debería ser un indicador centinela de inadecuación que debería poder detectarse con facilidad y ser evitado.

- 1. 4. La actual situación de la atención a las urgencias extrahospitalarias presenta notables deficiencias** (algunos PAC escasamente resolutivos, sobreutilización de estos dispositivos para consultas demorables y de escasa complejidad, elevado consumo de recursos humanos, insatisfacción y escasa proyección de los profesionales, etc.).

Es preciso conseguir que los dispositivos asistenciales de las urgencias extrahospitalarias logren atender con la máxima calidad asistencial que en cada momento sea posible, las consultas solicitadas por los usuarios, logrando su plena satisfacción, todo ello como camino para alcanzar la excelencia. Para ello se debe realizar un estudio en profundidad de la situación de las urgencias en cada área orientado a la **concentración de los dispositivos asistenciales**, con una mejor dotación de los recursos diagnósticos y terapéuticos y una mejor incentivación de los profesionales.

2. Rediseño del equipo

2. 1. Se precisan **objetivos sanitarios mensurables y transparentes, además de comprensibles para la población.**

Los profesionales sanitarios ocupan mucho tiempo en actividades de probada ineficacia, como re-vacunar a los adultos contra el tétanos cada diez años; habría que analizar la práctica clínica y disminuir la carga de este tipo de actividades; además, habría que priorizar entre las actividades de probada efectividad, tanto preventivas como curativas, pues no se puede ni debe hacer todo a todos; el logo es **“máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible”**.

2. 2. **Equidad en la cartera de servicios y capacidad resolutive.** La oferta de cartera de servicios en A.P. debe de estar bien definida (criterios de la Estrategia AP 21) y cumplir criterios de equidad para todos los usuarios del sistema. Debe de existir un nivel mínimo obligatorio de cartera de servicios en el nivel básico de atención (actuales UAP), así como una cartera también uniforme más amplia y compleja, con todos los servicios de apoyo necesarios, a un nivel superior (actuales SAP/PAC). Lógicamente los niveles de cartera de servicio deben de incluir en su definición también criterios de equidad en la dotación del equipamiento necesario para cada actuación.

2. 3. **El Equipo y el Centro de Salud son sólo una forma de organización no la única forma de organización. Nada impide experimentar con inteligencia y evaluación profunda;** ante planes bien estructurados y fundados sólo cabe el apoyo decidido. La composición de las UAP y SAP, idealmente, debería ser variable para poder responder a diferentes modelos organizativos evitando planteamientos de modelo único.

Medidas de la morbilidad atendida pueden y deben orientar la composición y organización del equipo, en lugar de organizar la oferta en función de los profesionales.

2. 4. **La flexibilidad** en horarios y en organización debería ser la norma; las estructuras rígidas caducan de prisa, y no se adaptan a los cambios sociales, culturales, científicos y otros. El **horario de apertura de los centros**, en cuanto a su actividad normal, será, en general, de 8 a 20 horas. En los centros pequeños el horario deberá adaptarse buscando la máxima compatibilidad entre las necesidades de la población y la disponibilidad de profesionales.

Lo mismo debería suceder con la estructura del área, la cual debe de ser adaptada a la cartera de servicios y a las necesidades asistenciales.

- 2. 5. El Jefe de Servicio y el organigrama del EAP:** Se acepta ampliamente la necesidad de avanzar en la **máxima autonomía de gestión de las UAP** como fórmula para mejorar el desencanto actual de buena parte de los profesionales de atención primaria. **El Jefe de Servicio:** puede ser médico o enfermera, debe mantener actividad asistencial (aunque pueda y deba reducirla parcialmente), deberá disponer del máximo nivel de autonomía posible, debe tener formación específica al respecto, dispondrá de la información y los instrumentos necesarios, facilitados por las estructuras de gestión.

Inicialmente puede ser necesario definir distintos niveles de autonomía en función de la realidad y nivel de desarrollo de cada EAP y cada equipo directivo. Excepto en EAP de pequeño tamaño, existirá la figura del Adjunto a la Jefatura (médico o enfermera, complementario a la figura del Jefe de Servicio) que será escogida por el Jefe de Servicio. En general, debe también contemplarse la figura del jefe o responsable del área administrativa, que debe tener un reconocimiento económico claro y considerarse como parte de la estructura directiva. Será elegido por el Jefe de Servicio.

- 2. 6. Capacidad de gestión/incentivos.** Los SAP/UAP deberían de poder tener capacidad de autogestión. Esta potenciación de la autogestión no debe de ser rígida, igual en todos los casos, si no que debería de ser analizada y adaptada a la capacidad de cada centro. Desde la administración se debe de potenciar la autogestión de los centros, con diferentes niveles según la predisposición y posibilidades de cada uno de ellos. Teniendo en cuenta la actual escasez de determinado tipo de profesionales todos los centros deberían de tener la capacidad de gestionar las ausencias (gestión de RRHH), y, en los centros con mayor disposición, la capacidad de gestionar incentivando según ahorros en facturación a terceros y, fundamentalmente, farmacia.

- 2. 7. Área administrativa.** En principio deberían resolverse en el mostrador de cada **UAP la inmensa mayoría de los trámites habituales**. Los ratios de PSX definidos por el *Plan de Mejora* presentan una horquilla muy amplia.

Las necesidades reales, si el trabajo está bien distribuido, requieren de una plantilla más parecida a la de 1 por cada 3.000 TSI, que a la de 1 por cada 4.500. En función de algunas características será necesario reajustar esas cifras (por ejemplo: centros con varias plantas, UAP con varios consultorios locales, existencia de central de llamadas...). Además debe de existir la figura del **jefe del área administrativa de la UAP**, y debe de considerarse, en función del tamaño de la UAP, la necesidad de la figura

de secretaria de la UAP que asume todas las actividades administrativas derivadas de la dirección del equipo (búsqueda de sustitutos, calendarios de guardias) y de las actividades no asistenciales. Ambas figuras están incluidas en los ratios señalados en el primer punto.

Los administrativos tienen que convertirse en gestores administrativos de los pacientes, asumiendo la gestión de la burocracia de los pacientes.

3. Nuevos roles profesionales y pacientes

3. 1. Los cambios de roles, la polivalencia y la flexibilidad son antídotos contra la carencia de profesionales, y muchas veces mejoran la salud de la población (por ejemplo, al ocuparse matronas y médicos generales de los embarazos y partos normales); conviene valorar toda propuesta de cambio, pues lo central es el tiempo “clínico” (de relación directa entre pacientes y profesionales). **Cada profesional debe ser tan polivalente como lo permita la búsqueda de la efectividad**, con el apoyo de la tecnología necesaria para lograrlo (no corresponde, pues, el desarrollo de “miniespecialistas”, que se ocupen de lo que todos deberían saber hacer).

3. 2. Los médicos de familia son, por definición, generalistas y por ello habría que potenciar que no sean “mediatras” (son “mediatras” los médicos generalistas que se dedican sólo a un sector de población por edad o sexo, o por problemas de salud, etc.); conviene, pues, que el médico general se encargue de toda la población, “desde la cuna hasta la tumba”, lo que incluye niños, ginecología, terminales, urgencias y demás.

Hay que identificar a los profesionales que resuelven más problemas en menos tiempo y con menos recursos como los más competentes profesionalmente. Convirtiéndoles en los líderes profesionales del sistema, con los lógicos beneficios salariales y profesionales para que sean referencia del mismo.

Los médicos de Atención Primaria deben recuperar sus roles de médicos. Para hacer real el cambio es imprescindible recuperar el liderazgo del médico dentro del resto de los profesionales sanitarios, un aumento radical de la financiación destinada al primer nivel y una disponibilidad de tiempo adecuada.

Los criterios de cupo médico deseable, definidos en el *Plan de Mejora de Atención Primaria de Galicia 2007-2011*, deben de ser orientativos, revisándose periódicamente y adaptándolos a la evolución de las nuevas tecnologías y roles, incluyendo para su cálculo la carga asistencial determinada por la población utilizadora, ponderada por edad,

y ajustada según realidades locales. Asimismo se les podría ofrecer a los profesionales médicos la oportunidad de trabajar con cupos menores (reducciones de jornada) y cupos mayores, incrementando en este caso el tiempo de trabajo y remunerando en función de ello con horas de “jornada complementaria”. Esto último (el incremento de horas de médico) es especialmente útil en la actual situación de relativa falta de profesionales.

- 3. 3.** La **enfermería** se siente atraída por la prevención y la comunidad, por lo que conviene que primero **se re-diseñe su trabajo asistencial con agudos y crónicos, se introduzca polivalencia en su labor y se asignen tareas dirigidas a ampliar la cartera de servicios del centro**. Dado que el *Plan de Mellora* opta por proponer un número paritario de médicos y enfermeras, las consideraciones de tamaño de cupo hechas para los médicos de familia deben hacerse extensivas a enfermería, aunque sin cerrar las puertas a planteamientos que propongan otros modelos organizativos en el marco de cada EAP. En todo caso, si se adoptan otras fórmulas organizativas debe mantenerse el criterio de que **cada paciente tenga su enfermera asignada**, independientemente del modelo que se considere. También en estos casos, el número de enfermeras o el cupo asignado a cada enfermera estará en función de la carga asistencial presumible.

Se debe potenciar la accesibilidad de la población a las consultas de Enfermería mediante la implementación de las Consultas de Enfermería a Demanda, con actividades dirigidas a la promoción del autocuidado, actividades preventivas, así como al seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación. Con respecto a las personas que padecen una enfermedad crónica, además de potenciar el seguimiento que se les viene realizando a través de los programas de crónicos en las consultas de Enfermería, estos pacientes tienen la posibilidad de acudir a la Consulta de Enfermería a Demanda, antes de la siguiente citación, para resolver cualquier duda o problema.

El sistema debe de ser lo suficientemente flexible para que las actividades de enfermería puedan ser adaptadas a los diferentes tipos de gestión y dimensiones de los centros permitiendo, si se considera oportuno, labores de triage, reparto o no de técnicas y planes de cuidados, asistencia domiciliaria, enfermería de pediatría, etc...

Además, según la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, se deben de tomar las medidas necesarias para que los profesionales de enfermería, tengan acceso a la utilización y, en su caso, autorización de uso de la relación de medicamentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

- 3. 4. Pediatría.** Ante la escasez de profesionales se debe de hacer un estudio en profundidad de cada entorno pues las soluciones no tienen que ser uniformes, si ni adaptadas a las características específicas de cada lugar:

- Siempre se garantizará que un niño de 0 a 15 años tenga un pediatra asignado, lo cual no quiere decir que su ubicación sea en el centro de salud más cercano a su domicilio habitual.

- La atención a la patología aguda en los niños mayores será atendida, en primera instancia, por el médico de familia en aquellos entornos en los que no se disponga de suficientes pediatras. El pediatra actuaría como hasta ahora con los niños más pequeños (la edad variará en función de la disponibilidad de profesionales en cada centro) mientras que sería más bien un consultor con los niños mayores.

- Para facilitar la organización de la atención pediátrica en determinados entornos debe favorecerse la concentración de pediatras y enfermeras de pediatría en Servicios de AP, sin que ello vaya en detrimento de la posibilidad de que los niños sean atendidos en la UAP. La concentración en el medio rural puede hacerse en el ámbito comarcal o de PAC, y el transporte escolar puede ser un coadyuvante importante. Debe adaptarse este tipo de organización a cada entorno concreto.

- El peso del programa del niño sano debe recaer en su mayor parte en enfermería.

3. 5. Los **pacientes tienen que ser responsables de su salud** y no consumir recursos sin ninguna penalización directa percibida, para dejar sitio a los pacientes necesitados que están fuera del sistema.

Parece imprescindible reformular el acuerdo tácito que liga a la profesión con la nueva sociedad, haciendo explícito un nuevo contrato social.

4. Información para tomar decisiones

4. 1. Para poder tomar decisiones eficientes socialmente y ágiles debemos de tener sistemas de información sanitaria que abarquen a **todos los protagonistas del sistema:**

- La sociedad o sea los pacientes. Se necesitan sistemas de información que **permitan controlar el uso racional por parte de los usuarios del sistema sanitario.** Al mismo tiempo, **permite el mejor uso del conocimiento** (se resuelven mejor/más rápido los problemas de salud) **y contribuye a la transparencia.**

- Los sanitarios, con atención primaria recuperando el liderazgo del Sistema Sanitario, pero compartiendo información clínica y objetivos en salud con los demás ámbitos asistenciales (hospitales, salud mental, servicios sociales...).

- Los sistemas de salud, cuya representación serían los gestores y políticos. Los sistemas de información tienen que tener la capacidad de medir la gestión de la salud por parte de todos los protagonistas del sistema sanitario.

4. 2. La informatización es una complicación cuando no va precedida de un análisis de necesidades de información; de ahí la **importancia central del “conjunto mínimo básico de datos de atención primaria”**; no se puede ni se debe “registrar todo”.

Base mínima de datos para evaluar el sistema:

- Características de la población: demográficos, socioeconómicos, sanitarios.
- Datos de actividad cuantitativos: cobertura, carga de trabajo, actividad inducida.
- Datos de actividad cualitativa: actividades preventivas, atención a patologías agudas, atención a patologías crónicas, utilización de la historia electrónica.
- Datos de prescripción farmacéutica e incapacidad temporal.
- Datos de satisfacción y percepción del usuario.
- Datos de accesibilidad: Telefónica, Tercer hueco, retraso en consulta.
- Datos de seguimiento presupuestario: cumplimiento del presupuesto, consumibles y almacén.
- Datos de gestión del personal: permisos y vacaciones, absentismo.
- Datos de funcionamiento y organización del equipo: seguimiento de objetivos, actividades no asistenciales.

4. 3. **La historia clínica (HC AP)**. El Modelo de HC debe estar **centrada en el paciente, orientada por problemas y desarrollo evolutivo** en base a *episodios de atención (problemas mayores o menores)* definidos como cualquier problema sanitario verbalizado por un paciente o detectado por un profesional desde el primer contacto de aquel con el sistema. Esta historia debe tener la capacidad de abordaje de la salud colectiva, la familia, los núcleos de convivencia y la comunidad.

Se debe integrar la información relevante con un triple sistema de utilización:

- La integración de los indicadores clínicos, planes de cuidados y protocolos para su monitorización, que actúen indirectamente a modo de alerta/recordatorio de actuaciones basadas en la evidencia.

- La obtención de listados nominales de pacientes para facilitar la mejora de resultados por el propio profesional.

- La consulta de resultados numéricos para la evaluación.

4. 4. Pero lo importante no es la información. Lo importante es qué se hace con ella, cómo influye en nuestra percepción del mundo, cómo se utiliza para gestionar el cambio. **La información es uno de los componentes de la gestión asistencial**, con todas sus consecuencias.

4. 5. No se puede minimizar **el cambio cultural y el impacto** que la informatización tiene y tendrá **en la forma de aprender, trabajar, compartir decisiones y relacionarnos, tanto profesionales como pacientes.**

Cabe señalar, finalmente, que tampoco hay que poner esperanzas desmedidas en la “información” sanitaria. La incertidumbre es casi consustancial a la toma de decisiones en la consulta o en la política y gestión sanitaria; todos los agentes del sector deben aprender a convivir con ella. Pero convivir con la incertidumbre implica también intentar reducirla.

*Rey García, Jesús
Clavería Fontán, Ana
(Secretaría Técnica)*

Bibliografía

Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007.

Bamonde Rodríguez L, Garnelo Suárez L, Martínez Ribas P, Iglesias Gil de Bernabé F, de Espona Blanco MJ. Modelo de historia clínica. *An Esp Pediatr*. 1987 Jul;27(1):7-10.

Bauman Z. *Vida Líquida*, Barcelona: Paidós; 2007.

Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med* 2007; 5: 447-61.

Casajuana J (coordinador). *La gestión del día a día en el equipo de atención primaria*. SEMFYC ediciones. Barcelona 2007.

Casajuana J (coordinador). *Actividad burocrática en la consulta del médico de AP*. SEMFYC ediciones. Barcelona 1996.

Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC* 2005; 12: 579-81.
Casajuana J. El Dr. Kleenex y la batalla de la receta. *AMF* 2008; 4: 122-4.

Custers T, Hurley J, Klazinga NS, Brown AD. Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Serv Res*. 2008 Mar 27;8:66. Related Articles, Links. [This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/66>]

Grupo de trabajo de bioética. *Informatización y confidencialidad de la historia clínica*. Documento de trabajo nº20. SEMFYC ediciones. Barcelona 2004.

Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?. *BMJ* 2002; 324: 835-8.

Gervás Camacho JJ, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 472-7.

Inoriza JM, Coderch J, Carreras M et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit*. 2009; 23(1): 29-37.

Jovell AJ, Navarro MD. *Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y contrato social*. Madrid: Fundación Alternativas, 2006.

Langley J, Beasley C. *Health Information Technology for Improving Quality of Care in Primary Care Settings*. AHRQ Publication No. 07-0079-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville 2007

Margolis C. Problem Oriented Record. *Pediatrician* 1979: 152-162.

Minué S. Perspectivas Organizativas de la Atención Primaria ¿en el asiento del conductor o repartiendo los billetes?. *Eidón*. 2007; 25:12-18. MMP.

Martín Zurro, A.; Ledesma Castellort, A.; Sans Miret, A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.

OECD Health Data 2007. OECD Indicators. Disponible en: <http://puck.sourceoecd.org>

Ransohoff DF, McNaughton Collins M, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback. *Am J Med* 2002; 113: 663-7.

Peiró S. Algunas reflexiones sobre la organización de la información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit*. 2006; 4(1):81-94.

Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly* 2002; 80:237-60.

Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds.). Primary care in the driver's seat? European Observatory on Health Systems and Policies series. World Health Organization 2006.

Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004; 291: 71-8.

Simó Miñana J, Gervás Camacho, Seguí Díaz M, Pablo González R, de Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001: la atención primaria española, Cienicienta europea. *Aten Primaria* 2004; 34: 472-81

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.

South Australian Department of Health. Statewide Clinical Networks – A Framework for Delivering Best Practice Health Care. [Acceded on 18/03/2009 <http://www.health.sa.gov.au/Default.aspx?tabid=212>]

Téllez A, Alonso F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. *Medifam* 2001; 5:247-252.

Weed LL. The Problem Orientated Record as a basic tool in medical education, patient care and clinical research. *Ann Clin Res* 1971; 3: 131-4.

WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia, 25–27 June 2008. Report.

