

Las transferencias sanitarias y los médicos de atención primaria

J. Guerra Aguirre

Introducción

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), creado en 1978 como entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito de las comunidades autónomas, que en la actualidad gestiona las 10 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas que no han asumido competencias en materia de sanidad, y atiende a una población de 14.315.225 personas (38,18% de la población recogida en el sistema para la financiación del Sistema Nacional de Salud), parece abocado en los próximos meses a su desaparición.

Este proceso culminará las transferencias iniciadas en Cataluña en 1981, seguido por Andalucía en 1984, País Vasco y Valencia en 1987, Navarra y Galicia en 1990 y Canarias en 1994.

En la actualidad, políticos, gestores y economistas debaten sobre si los fondos presupuestarios que reciban las comunidades autónomas en concepto de financiación sanitaria se van a incluir en el total del presupuesto que gestionan, y después cada comunidad autónoma decide qué partidas dedica a sanidad, educación, inversiones, etc. o si, por el contrario, ha de ser finalista, es decir, si los fondos que en concepto de asistencia sanitaria descentralice la Administración central a las comunidades autónomas han de utilizarse exclusivamente para la financiación de los servicios sanitarios^{1,2}.

En el año 2000, el INSALUD disponía de 35.394 profesionales que trabajaban en el ámbito de la atención primaria. Estos profesionales constituyen los equipos de atención primaria (EAP), las zonas pendientes de reforma, las unidades de apoyo (salud bucodental, servicios de urgencias, fisioterapia...) y los equipos directivos (EDAP). Las agrupaciones funcionales por comunidades autónomas se recogen en la tabla 1.

De estos 35.394 profesionales, un 36% son médicos. A su vez el 45% de los médicos de familia de los EAP (tabla 2) pertenece al cuerpo de funcionarios de las comunidades autónomas por su condición de APD. De igual forma, pero en menor proporción, ocurre con el personal de enfermería y con las matronas.

A final del año 2000, el INSALUD disponía de 1.190 EAP, y tomando como referencia los datos aportados por los diferentes servicios de salud a la revista *Jano* en un monográfico extra⁴, suponían el 45% de los existentes en el Sistema Nacional de Salud (tabla 3).

¿De qué manera puede afectar este proceso transferencial a la atención primaria y a sus profesionales? Es seguro que esta coyuntura irrepetible está generando expectativas y dudas a los profesionales de la atención primaria del INSALUD. A continuación, se hace un breve recorrido por los seis escenarios en los que puede que se produzcan los cambios o modificaciones más significativos respecto a la situación actual. Estos escenarios se encuentran interrelacionados entre sí y se pretende, de manera concisa, aportar tendencias y facilitar ayudas en los actuales debates en curso.

Posibles escenarios de cambio

Estructuras organizativas

A raíz de la publicación del Decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1984 y la Ley General de Sanidad de 1986, todas las comunidades autónomas desarrollaron las normativas para la implantación de los EAP mediante la configuración de su mapa sanitario, la composición, funciones y actividades de ellos.

Así, por ejemplo, Aragón⁵ estableció unos ratios de asignación de población para enfermeros y médicos (distinguiendo entre medio rural y urbano); en Castilla-León⁶ se creó la figura de director de equipo mediante una Ley y La Rioja estableció⁷ un procedimiento de nombramiento de coordinador del EAP, previa audiencia del consejo de salud de zona.

Estas normativas autonómicas, que a modo de ejemplo recogen aspectos diferenciadores entre ellas, contemplan una reserva para su aplicación (de carácter transitorio), señalando que hasta que no se produzcan las transferencias sanitarias se articularán los adecuados mecanismos de coordinación con el INSALUD.

Jefe del Área de Recursos Asistenciales y Formación de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD. Madrid.

Correspondencia:

J. Guerra Aguirre.

Área de Recursos Asistenciales y Formación de la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD. C/ Alcalá, 56. 28034 Madrid.

Correo electrónico: jguerra@insalud.es

TABLA 1 Agrupación de unidades clínico-funcionales por comunidad autónoma

Comunidad autónoma	Centros de salud	EAP	PAC	SNU	USBD	UF
Aragón	112	119	106	1	20	23
Asturias	78	78	84	4	37	30
Baleares	45	45	30	1	10	15
Cantabria	37	37	24	3	11	15
Castilla-La Mancha	185	187	174	1	41	40
Castilla-León	217	235	205	6	37	43
Extremadura	97	101	106	—	24	43
La Rioja	17	18	14	1	5	9
Madrid	228	290	45	26	58	58
Murcia	71	73	22	23	22	21
Ceuta	3	3	—	1	2	1
Melilla	3	4	—	1	1	1
Total INSALUD	1,093	1,190	810	68	268	299

Tomado de INSALUD, memoria 2000.

TABLA 2 Distribución de facultativos de atención primaria por comunidad autónoma (INSALUD)

Comunidad autónoma	Médicos de familia de EAP			Pediatras	Médicos de urgencias	Total
	APD	Estatutario	% APD			
Aragón	531	368	59%	125	76	1.100
Asturias	161	446	27%	122	64	793
Baleares	83	306	21%	101	81	571
Cantabria	111	185	38%	57	50	403
Castilla-La mancha	883	293	75%	153	73	1,402
Castilla-León	1,735	557	76%	214	119	2.625
Extremadura	518	232	69%	117	34	901
La Rioja	107	72	60%	27	28	234
Madrid	114	2.528	4%	688	324	3.654
Murcia	156	394	28%	139	152	841
Ceuta	7	18	28%	8	15	48
Melilla	10	18	36%	9	15	52
Total INSALUD	4,416	5.417	45%	1,760	1,031	12,624

Tomado de SGAP. Inventario de Recursos Humanos.

Por ello es probable que las comunidades autónomas aprovechen la circunstancia de las transferencias para aplicar su propia normativa, al no tener que coordinarse con el INSALUD, e incluso es posible que promuevan modificaciones normativas: leyes, decretos y órdenes que afecten a la actual organización de la atención primaria.

En este sentido, destacan tres campos de posibles modificaciones:

1. El estudio de otras alternativas de provisión de servicios en atención primaria a semejanza de lo que se está produ-

ciendo en Cataluña⁸. El Servei Català de Salut (SCS) como financiador, provee los servicios de atención primaria de las diferentes áreas básicas de salud, fundamentalmente con el Institut Català de la Salut (ICS). Este último dispone de sus correspondientes EAP, similares a los del resto del Sistema Nacional de Salud. El SCS también utiliza otro tipo de proveedores como son los consorcios, las mutuas y las entidades de base asociativa. Según la Memoria del Servei Català de la Salut de 1999, 34 áreas básicas de salud contaban con estas fórmulas alternativas de provisión de servicios⁹.

TABLA 3
Los equipos de atención primaria en el sistema nacional de salud

Comunidad autónoma	Población protegida*	EAP previstos	EAP en funcionamiento	Médicos de familia	Pediatras	Ratio facultativos
Andalucía	6.774.675	351	254	3.982	883	1.393
Canarias	1.524.792	105	99	791	219	1.510
Cataluña	5.904.464	343	289	2.795	824	1.632
Valencia	3.833.506	240	222	2.113	600	1.413
Galicia	2.591.469	193	nd	1.572	286	1.395
Navarra	503.945	53	53	310	75	1.309
País Vasco	2.041.507	126	nd	981	269	1.633
INSALUD	14.315.225	1.207	1.190	9.833	1.760	1.235
SNS	37.489.583	2.618	2.107	22.377	4.916	1.374

Elaboración propia; los datos de recursos proceden de la monografía extra de Jano (abril 2001).

*Población recogida para la financiación del Sistema Nacional de Salud, 1997-2001.

TABLA 4
Los equipos de atención primaria en el sistema nacional de salud

Comunidad autónoma	Meta 2001	N.º de zonas básicas sin EAP
Aragón	99,17%	1
Asturias	97,50%	2
Baleares	100,00%	–
Cantabria	100,00%	–
Castilla-La Mancha	100,00%	–
Castilla-León	99,58%	1
Extremadura	100,00%	–
Rioja	100,00%	–
Madrid	98,33%	5
Murcia	100,00%	–
Ceuta	100,00%	–
Melilla	100,00%	–
INSALUD	99,26%	9

Tomado de INSALUD. Memoria de objetivos 2001.

Para poder implantar estos modelos alternativos de provisión de servicios, una de las claves reside en disponer de zonas básicas no reformadas y promover cambios normativos que faciliten el soporte legal para su instauración; de hecho en Cataluña fue necesario aprobar la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) de 1990. Según la Memoria de Objetivos del INSALUD para el año 2001, un 99,26% de las zonas básicas de salud contarán con su correspondiente EAP, constituido por personal funcionario-estatutario (tabla 4).

Aunque inicialmente parece difícil la aplicación de estas alternativas en las comunidades autónomas que van a recibir las transferencias por la razones expuestas (normativas previas y alto grado de implantación de EAP), es probable que se pueda obtener la complicidad de algunos profesio-

nales, debido en parte al porcentaje de interinidad existente, que puede encontrar en estas formas unas mayores garantías de estabilidad laboral.

2. La articulación de una única dependencia orgánica y funcional de todos los profesionales y servicios en un solo equipo directivo que integre los dispositivos de AP y AE, e incluso los servicios sociales, parece más probable que pueda plantearse por algunas comunidades autónomas para tratar de mejorar la coordinación entre la atención primaria y la atención especializada.

Los EAP del INSALUD, descontando los 23 pertenecientes a las Áreas de Jarrío, Cangas, Menorca e Ibiza, dependen de una estructura específica de atención primaria con quien acuerdan los objetivos anuales y establecen su relación contractual.

3. La necesidad de mejorar la atención domiciliaria puede forzar a que algunas comunidades autónomas creen, a semejanza de otros países europeos, la figura de la enfermera comunitaria o de enlace entre los servicios hospitalarios, los servicios de atención primaria, los servicios sociales y las organizaciones de voluntariado. Lógicamente, si esto se produce, se modificarían las actuales relaciones entre los médicos y enfermeros de los EAP.

Condiciones laborales

Como ha quedado reflejado en la introducción, la existencia de personal funcionario en las comunidades autónomas que trabaja conjuntamente con el personal estatutario en los equipos de atención primaria y que, en la actualidad se rigen por regímenes laborales diferentes, es seguro que obligue a normalizar dichas condiciones («a igual trabajo, iguales condiciones»).

Lo habitual será que, para responder a estas inquietudes y desigualdades, se formulen dos etapas cronológicas en su respuesta.

Primera etapa: homogeneización de las condiciones reglamentarias

En esta primera etapa se tenderá a igualar los tipos de permisos, licencias reglamentarias y días de libre disposición, tomando como patrón de referencia el mejor de los existentes entre ambos regímenes: el estatutario y el de la función pública de cada comunidad autónoma.

Se fijará una jornada laboral igual, ya que el régimen estatutario tiene regulada una jornada anual de 1.645 horas¹⁰, y algunas comunidades autónomas ya han regulado las 35 horas semanales para sus funcionarios y/o han definido la jornada de mañana como la habitual para el funcionamiento de sus EAP. De igual manera se procederá respecto a los turnos de los sábados: ¿atención continuada? o ¿turnos entre los componentes del EAP?

Los sueldos base, al tener diferentes cuantías en algunas comunidades autónomas respecto al personal estatutario, es muy probable que puedan formar parte de la homogeneización en esta primera etapa, o por el contrario quede abierta para un abordaje más integral de los modelos retributivos en lo que denominamos segunda etapa.

Segunda etapa: rediseño de las condiciones laborales

Esta segunda etapa, cuyo desarrollo se sitúa más a medio plazo, será la del análisis de las condiciones de selección de personal (concursos, baremos...), la de la revisión de la atención continuada (criterios de ordenación y voluntariedad), la de la aplicación de la Directiva Europea 93/104, la de la revisión de los conceptos retributivos (tarjetas por tramos de edad, desplazamientos...) y, probablemente, la de la creación de un cuerpo de profesionales de la atención primaria y diseño de una carrera profesional.

Conviene recordar que en la actualidad ya existen diferencias retributivas, importantes en algún caso, entre los facultativos de las comunidades autónomas transferidas y de éstas respecto al INSALUD, fundamentalmente en los conceptos de dedicación exclusiva, capitación y atención continuada.

En el momento de describir estos posibles escenarios, se está estudiando por parte del INSALUD un procedimiento singular para mejorar la estabilidad en el empleo para los profesionales interinos, que para el conjunto de facultativos de la atención primaria se sitúa en cifras superiores al 35%. Según se resuelva o no ese procedimiento singular, es probable que esto pase a formar parte primordial de la primera etapa.

Criterios de asignación de facultativos médicos

El INSALUD estableció unos criterios de asignación teórica de recursos humanos para los EAP en función de las características de edad, dispersión y tiempo medio de consulta^{11,12}, y que en el caso de facultativos quedaron plasmados en el Decreto de Libre Elección de médico en los servicios de atención primaria¹³.

El mencionado decreto fija un cupo óptimo de 1.250-2.000 ciudadanos para los médicos de familia y de 1.250-1.500 para los pediatras, pudiendo llegarse a un cupo máximo, resultado de multiplicar dichas cifras por un 20%. En la actualidad existen facultativos que rebasan el cupo óptimo, e incluso el máximo, siendo objeto de tensión entre los profesionales.

Es muy probable que, en función de la diferente dotación de facultativos de las diversas comunidades autónomas (tabla 5) y su propia normativa ya promulgada, éstas desarro-

TABLA 5
Dotación de facultativos por comunidad autónoma (INSALUD)

Comunidad autónoma	Población protegida ^a	Facultativos en EAP ^b	Ratio poblacional
Aragón	1.108.936	1.024	1.083
Asturias	1.051.137	729	1.442
Baleares	723.096	490	1.476
Cantabria	504.221	353	1.428
Castilla-La Mancha	1.621.209	1.329	1.220
Castilla-León	2.337.021	2.506	933
Extremadura	1.002.984	867	1.157
La Rioja	252.484	206	1.226
Madrid	4.595.550	3.330	1.380
Murcia	1.018.150	689	1.478
Ceuta	52.091	33	1.579
Melilla	48.344	37	1.307
INSALUD	14.315.223	11.593	1.235

^aPoblación recogida para la financiación del Sistema Nacional de Salud 1997-2001.

^bIncluye médicos de familia y pediatras de EAP.

Elaboración propia.

llen las competencias que el artículo sexto y la disposición final primera del Decreto de Libre Elección reserva a la Dirección General del INSALUD (ya que para entonces no podrá ejercer esa facultad), y modifiquen estos ratios poblacionales, modulándolos por alguno de los criterios actualmente recomendados: edad, dispersión, población inmigrante, zonas desfavorecidas, residencias geriátricas en la zona básica, ciudadanos desplazados¹⁴.

Prestaciones sanitarias

Aunque el Decreto de Ordenación de Prestaciones Sanitarias ya estableció en 1995 el catálogo de las prestaciones sanitarias que en atención primaria ha de garantizarse a los ciudadanos para que puedan ejercitar sus derechos en esta materia, también es una realidad que no toda la oferta asistencial de los equipos figura en los catálogos o carteras de servicios. Por ejemplo, el control y seguimiento de la tuberculosis, la atención a los trastornos del comportamiento alimentario, el reparto de metadona, los programas de deshabituación tabáquica y la atención a las enfermedades neurodegenerativas forman parte de las prioridades asistenciales que han establecido las diferentes comunidades autónomas a desarrollar por sus EAP, y que el INSALUD no incluye en su cartera de servicios.

Por todo ello, es muy probable que las «carteras de servicios» de los EAP de las comunidades autónomas tras las transferencias recojan, de manera explícita y comprensible para los usuarios, la oferta de servicios de forma similar a lo que ya acontece en las comunidades autónomas transferidas. Posiblemente formarán parte de los objetivos y compromisos a desarrollar por los EAP.

En relación a los servicios ofertados por los EAP, se señalan dos modalidades en las que se producirán reorientaciones sobre las que actualmente ofertan los EAP del INSALUD:

Atención domiciliaria. Esta modalidad asistencial ofertada por los EAP, de esperado crecimiento en los próximos años debido al envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de enfermedades invalidantes y los programas de cuidados a pacientes terminales, puede que modifique la actual organización de la que dispone el INSALUD a través, en algunos casos, de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

Algunas comunidades autónomas también cuentan con dispositivos sociosanitarios, actuando en este ámbito asistencial y además siendo en general las responsables de los servicios sociales específicos. Esta situación, lógicamente, obligará a rediseñar las políticas activas de atención a la población anciana dependiente, buscando mejores fórmulas de coordinación (¿enfermeras enlace?) e incluso integración de recursos, evitando algunos de los solapamientos actuales.

Atención de urgencias. La trasposición y aplicación al ámbito sanitario de la Directiva Europea 93/104 iba a modifi-

car las condiciones de jornada semanal y de descanso en el ámbito de la atención primaria y, por consiguiente, la disponibilidad de los médicos de los EAP para efectuar horas de atención continuada en los PAC.

En estos últimos años, ha aumentado el personal denominado «de refuerzo», para prestar las horas de atención continuada no asumidas por los propios componentes de los EAP, que probablemente al aplicar la mencionada Directiva Europea continuará creciendo. Si a esto sumamos la no amortización de los servicios normales de urgencias, nos encontramos en una situación que forzará el rediseño de los servicios de urgencias de atención primaria, adaptando sus estructuras y funcionamiento a las actuales coordenadas de demanda, respuesta y capacidad resolutive a la atención urgente desde la atención primaria. Incluso en algún caso pueden plantearse situaciones ya vividas en las grandes ciudades: funcionamiento de estos servicios de urgencia las 24 horas del día y de manera paralela al funcionamiento de los EAP.

En parte, estas decisiones de planificación y organización de las urgencias sanitarias fuera del hospital van a estar condicionadas por el procedimiento que se articule para «los 061» que el INSALUD ha desarrollado como gerencias de atención primaria específicas.

La implantación del modelo del 061, consistente en dotar a todas las comunidades autónomas de un centro coordinador de urgencias (CCU), de fácil acceso a través del teléfono 061, que funcionando las 24 horas del día y todos los días del año, recepciona y canaliza las peticiones de demanda urgente de atención sanitaria por parte de la población, ha favorecido que los ciudadanos, en algunos casos, recurran a este teléfono como medio de acceso al sistema sanitario.

Paralelamente, la inmensa mayoría de las comunidades autónomas han articulado la aplicación de la Directiva Europea referida a la existencia del 1-1-2, como teléfono de todo tipo de urgencias (bomberos, policía, urgencias sanitarias...).

Por lo que, producidas las transferencias sanitarias y para una eficiente utilización de los recursos, es muy probable que se redefinan las «carteras de servicios» de los 061, pudiendo transformarse en teléfonos de atención al usuario e integrando los CCU en los 1-1-2. Lo que parece seguro es que se van a redefinir su organización, funciones y actividades.

Contratos de gestión clínica

Desde el inicio de la década de los noventa el INSALUD en atención primaria adoptó un modelo de gestión basado en una dirección participativa por objetivos. Este modelo se ha articulado a través de los pactos o contratos de gestión clínico-asistenciales, que vienen suscribiendo mayoritariamente, año tras año, los coordinadores de los diferentes EAP.

Estos contratos de gestión clínico-asistencial son los compromisos asistenciales, organizativos, cualitativos y de uti-

lización de recursos entre los EAP y los EDAP, dentro de los objetivos institucionales¹⁵.

Este procedimiento de relación contractual es muy probable que sea sometido a análisis y posibilidades de mejora: se producirán modificaciones de aquellos objetivos asistenciales que sean objeto de monitorización y vayan a formar parte del proceso de evaluación, conforme a las prioridades que en salud establezcan las diferentes comunidades autónomas, pero en general se potenciarán y continuarán siendo la fórmula de relación entre los clínicos y gestores.

Sistemas de evaluación-incentivación

Es conocido que el INSALUD emplea un sistema de incentivos, que trata de discriminar, discernir y reconocer a aquellos EAP y profesionales que mejor cumplen con los objetivos operativos recogidos en sus contratos. Con todas las posibilidades de mejora que pudieran existir, se ha generado una cultura de medir, contar y evaluar los objetivos anuales de cada EAP, su grado de consecución y reformulación para el año siguiente.

El sistema de incentivación por EAP utilizado en estos años, aunque ha presentado pequeñas oscilaciones en cuanto a los pesos relativos de los diferentes parámetros que componen su evaluación, gira en torno fundamentalmente a la medición de la actividad y la utilización de recursos, y en menor medida a la calidad percibida y a los indicadores de uso racional de los medicamentos.

Para el primer parámetro, el de actividad, se utiliza el pacto de las coberturas de los diferentes servicios que componen la cartera¹⁶. Esta manera de evaluar la actividad está siendo contestada por algunos autores^{17,18}, por carecer de representatividad del conjunto de actividades y atributos de la atención primaria que efectúan todas y cada una de las categorías profesionales que componen los EAP y por poseer algunos elementos de confusión en cuanto a su medición (proveedores paralelos al equipo proporcionan el mismo servicio, por ejemplo, vacunaciones infantiles), así como dificultades en la concordancia de lo medido, en parte atribuible al propio interés de los que efectúan el «audit médico» en obtener buenos resultados.

Para la utilización de recursos se evalúa el pacto presupuestario, donde los costes variables y sobre los que el EAP puede tener más poder de influencia vienen marcados básicamente por el presupuesto disponible para la prescripción de recetas y la capacidad de «ahorro» sobre dicho presupuesto. Incluso el parámetro del gasto farmacéutico ha sido motivo de una incentivación específica para los facultativos durante el pasado año¹⁹, lo que también ha generado tensiones y debates sobre la ética de las decisiones clínicas y el ahorro²⁰.

La contestación y malestar sobre la utilización fundamental de estos 2 parámetros claves en el sistema de evaluación²¹ es muy probable que fuerce a las comunidades autónomas a plantearse la búsqueda de otras alternativas de evaluación, como de hecho realizan las comunidades autó-

nomas con competencias transferidas, donde se efectúa una valoración más global del conjunto de actividades que se desarrollan por los EAP y no existe la ley del «todo o nada».

La posible medición de la actividad asistencial de los equipos a través de otros sistemas es casi seguro que va a continuar formando parte de este debate, sobre todo aprovechando el momento transferencial.

El actual proceso de informatización clínica emprendido por el INSALUD puede que permita profundizar en el conocimiento de lo que se hace en la atención primaria ¿Sistemas de clasificación de pacientes? ¿Agrupación de episodios relacionados? ¿Evaluación individual?

Conforme a las tendencias que aconsejan la incorporación en la evaluación e incentivación de más aspectos cualitativos, una mayor orientación en función de resultados, una discriminación de la mejor oferta asistencial de unos EAP frente a otros (horarios ampliados, procedimientos diagnóstico-terapéuticos...) y una mayor satisfacción de la población es casi seguro que estos elementos sean incorporados por algunas comunidades autónomas en sus sistemas de evaluación de los EAP.

Invitación a participar

En este breve recorrido por los posibles escenarios que pueden acontecer en los próximos meses para los profesionales de EAP del INSALUD, se abre una etapa de oportunidad para redefinir y mejorar la atención primaria que se espera en el siglo XXI^{22,23}.

Es una buena ocasión para responder a estos retos y desafíos con la participación activa de los principales agentes facilitadores de este proceso: los profesionales de la atención primaria, que con su demostrado interés, motivación y experiencia son imprescindibles en esta etapa que se avicina.

De hecho, profesionales de algunas comunidades autónomas, como por ejemplo Madrid, a través de la SMMFyC junto con FAECAP y AMAS, han iniciado un interesante debate sobre dónde se encuentran y hacia dónde quieren llegar, y están elaborando documentos abiertos a las aportaciones e ideas de los profesionales de dicha comunidad.

La invitación a participar en este rediseño de la atención primaria, que en general están formulando las diferentes comunidades autónomas, debe ser aprovechada por los profesionales para consolidar la conquista que la atención primaria ha supuesto en el sistema sanitario público y obtener una financiación apropiada al nivel de servicios ofertados.

Quizás también pueda y deba ser un buen momento para aprovechar este proceso de cambio para sugerir entre todos (profesionales, gestores y políticos) un mínimo sistema de información aplicable y homologable en todas las comunidades autónomas, que permita profundizar en el conocimiento y avances de la atención primaria en este país.

Bibliografía

1. Catalá R. 2001: un nuevo acuerdo de financiación sanitaria. *Revista de Administración Sanitaria* 2001; V: 221-229.
2. López i Casasnovas G. Financiación autonómica y gasto sanitario público. *Papeles de Economía Española* 1998; 76: 2-14.
3. INSALUD. Memoria 2000. Madrid: INSALUD, 2001.
4. Marzo M, Ferrán M. Atención primaria 2001. *Estadísticas*. Enero 2001; 1.386: 29-167.
5. Decreto 61/87, de 23 de mayo, por el que se regula la atención primaria en la Comunidad de Aragón. BOA núm. 64, de 3 de junio de 1987.
6. Ley 1/93, de 6 de abril, de ordenación del sistema sanitario. BOCYL núm. 77, de 27 de abril de 1983.
7. Decreto 53/1990, de 18 de septiembre, por el que se constituyen los consejos de salud de las zonas básicas. BOR núm. 114, de 18 de septiembre de 1990.
8. Violan C, Elías A, Porsà JA. El modelo catalán de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 43-47.
9. Servei Català de la Salut. Memoria d'activitat 1999. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2000.
10. Resolución de 15 de enero de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de Consejo de Ministros por la que se aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las organizaciones sindicales más representativas en el sector sobre la atención primaria. BOE núm. 28, de 2 de febrero de 1993.
11. INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Asignación de recursos. Madrid: INSALUD, 1993 (documento interno no publicado).
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Criterios de ordenación de recursos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
13. Real Decreto 1575/93, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 238, de 5 de octubre de 1993.
14. INSALUD. Mejoras en el funcionamiento de los EAP. Madrid: INSALUD, 2001 (en prensa).
15. Doderó J, Guerra J, Aguilera M. Medidas de la actividad y la producción de los servicios en atención primaria. Módulo 4.3 del Curso de Experto Universitario en Gestión de Unidades Clínicas. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia-Escuela Nacional de Sanidad, 1999.
16. INSALUD. Cartera de servicios de atención primaria (3.a ed.). Madrid: INSALUD, 1999.
17. Ruiz de Adana R. Reflexiones sobre la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD. Posibilidades futuras. *Centro de Salud* 2000; 8: 213-216.
18. García L, Minué S. La medida del producto de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 191-200.
19. Guerra J, Crespo B. Incentivos relacionados con la prescripción. En: Manual de gestión de la prescripción farmacéutica en atención primaria. Madrid: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, 2001; 203-212.
20. Prieto A, Planes A, Vázquez JR. Ética y estética de los sistemas de incentivos económicos directos: encrucijada entre la eficiencia y la equidad en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2000; 26: 201-202.
21. Morell L. La motivación y los incentivos en atención primaria. *MEDIFAM* 1995; 3: 143-149.
22. Martín Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
23. Gené J. Pacientes exigentes, profesionales competentes y gestores clínicos: claves de la atención primaria de salud en el siglo XXI. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 71-75.