

Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya

Juan Gérvias^a, Olga Pané Mena^b, Antoni Sicras Mainar^c y Seminario Innovación en Atención Primaria 2006



LECTURA RÁPIDA

Introducción

Definimos la capacidad de respuesta de la atención primaria como la selección y recomendación de las alternativas posibles, de los cursos de acción óptimos (diagnósticos y terapéuticos) ante los problemas de salud de los pacientes (la ética de la decisión clínica).

En la práctica, la capacidad de resolución se sitúa en torno al 90-95%.

Distintas formas de organización y de gestión para mejorar la capacidad de respuesta y de resolución

Puesto que no hay una respuesta universal para lograr el cumplimiento de los objetivos de la atención primaria, se han ensayado fórmulas diversas de gestión y de organización, entre las que destacan por su novedad las redes, la integración en red de los servicios sanitarios (con sus niveles) y los servicios sociales.

Introducción

La atención primaria es, al tiempo, un cuerpo de conocimientos y un conjunto de recursos con los mecanismos de gobierno necesarios para alcanzar sus objetivos. Los profesionales de la atención primaria se caracterizan por prestar sus servicios en lugares cercanos al paciente, incluso en su domicilio, y por la polivalencia de éstos¹. Desde un punto de vista pragmático, el fin de la atención primaria es contribuir a evitar o paliar la morbilidad y la mortalidad sanita-

riamente evitables, en cooperación (según necesidad) con la atención especializada y los servicios sociales. En la organización por niveles del sistema sanitario, es central la capacidad de respuesta y de resolución de problemas de la atención primaria.

Definimos la capacidad de respuesta de la atención primaria como la selección y recomendación de las alternativas posibles, de los cursos de acción óptimos (diagnósticos y terapéuticos) ante los problemas de salud de los pacientes (la ética de la decisión clínica). Idealmente, la capacidad de respuesta es del 100% y debería adaptarse a las condiciones específicas de cada paciente. La capacidad de respuesta implica, obviamente, la respuesta negativa ante algunos «imposibles» que algunos pacientes piden (la ética de la negativa), y compartir nuestra ignorancia y la de la ciencia con todos los pacientes (la ética de la ignorancia)².

Responder a los problemas no es necesariamente resolverlos. Por ello, es cuestión distinta la capacidad de respuesta de la capacidad de resolución de la atención primaria. Entendemos por capacidad de resolución la posibilidad de resolver directamente los problemas de salud de los pacientes, bien por su resolución propiamente dicha (en ese nivel, sin derivación a otro nivel, excluida la solicitud de las pruebas diagnósticas precisas), bien por su contención («espera expectante», como ejemplo), bien por su apoyo (consuelo, tratamiento paliativo, «escucha terapéutica», como ejemplos) para sobrellevarlos. En la práctica, la capacidad de resolución se sitúa en torno al 90-95%³.

Distintas formas de organización y de gestión para mejorar la capacidad de respuesta y de resolución

No es fácil llevar al máximo la capacidad de respuesta y de resolución de la atención

^aMedicina General. Canencia de la Sierra Madrid. Coordinador del Equipo CESCA. Madrid. España.

^bDirección de Proyectos Sanitarios y Sociales, S.A. Consorci Hospitalari de Catalunya. Dirección de Consultoría (Consultoria i Gestió, S.A.). Barcelona. España.

^cDirección de Sistemas de Información. Badalona Serveis Assistencials, S.A., Badalona. Barcelona. España.

Seminario Innovación en Atención Primaria 2006: J.C. Amezcua Goñi, A. de Blas Llamas, J. Bonis Sanz, R. Bravo, M. Caba Cuevas, J. Casajuana Brunet, L.M. García Olmos, M.A. García Pérez, T. Martínez Ruiz, F. Miguel García, S. Minué, L. Palomo Cobos, R. Pastor Sánchez, A. Pedraza Dueñas, M. Pérez Fernández, M.A. Ripoll Lozano, J.J. Rodríguez Sendín, R. Sastre de la Fuente, J. Simó Miñana, J.R. Vázquez Díaz y C. Violán Fors.

Correspondencia:
J. Gérvias Camacho.
Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya. Madrid. España.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Manuscrito recibido el 28-6-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 4-9-2006.

Palabras clave: Atención primaria. Organización. Gestión. Capacidad de respuesta.

Este texto se elaboró a partir del primer taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, que en 2006 se dedicó a la capacidad de respuesta de la atención primaria. Se celebró en Madrid, en marzo de 2006, y fueron ponentes Olga Pané y Antoni Sicras, y coordinador, Juan Gérvias.

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación de Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio de GSK.

primaria, ni implicar a sus profesionales en la búsqueda de la eficiencia y del cumplimiento de los objetivos. Los mecanismos de gestión de las organizaciones sanitarias son distintos según se funden en el mercado, la jerarquía o la red, y según sea su régimen jurídico. Dichos mecanismos permiten orientar los recursos al cumplimiento de los fines, y se refieren a la coordinación intraniveles e interniveles, y a la motivación y el control del personal⁴.

En cualquier caso, los precios son clave en organizaciones fundadas en el mercado. Los acuerdos formales (planes, órdenes y prácticas) permiten la integración en las organizaciones jerárquicas. Los acuerdos informales son típicos de las organizaciones en red, en las que puede haber formalización y/o legalización de éstos. Puesto que no hay una respuesta universal para lograr el cumplimiento de los objetivos de la atención primaria, se han ensayado fórmulas diversas de gestión y de organización, entre las que destacan por su novedad las redes, la integración en red de los servicios sanitarios (con sus niveles) y los servicios sociales⁵. Con las organizaciones en red se busca mejorar la accesibilidad y la continuidad asistencial mediante el incremento de la capacidad de respuesta y de la capacidad de resolución de la atención primaria. Para ello se devuelven responsabilidad, autoridad y los fondos necesarios al profesional del nivel más cercano al ciudadano. El médico de atención primaria (1) se convierte, así, en una suerte de «socio», con independencia de que sea tal.

Las OSCIs (organizaciones sanitarias integradas de ámbito comunitario) son organizaciones en red, de las que tenemos algún ejemplo en España. Describiremos someramente en este texto una asociación de OSCIs catalanas, y las posibilidades que ofrece respecto a las mejoras de la capacidad de respuesta y de resolución de la atención primaria⁶. No se trata de una evaluación ni de su propio resultado ni comparada con otras organizaciones clásicas, sino de una exploración sobre las bondades teóricas y las posibilidades prácticas de un ejemplo «vivo» de OSCIs. Como tal

ejemplo, tiene luces y sombras, limitaciones y problemas, pero aquí se hace sólo una descripción de su desarrollo y de su potencial.

Un poco de historia (y de práctica gerencial) (2)

El Consorci Hospitalari de Catalunya nació en 1983 y fue fundado por varios municipios (y entidades ligadas a ellos). El Consorcio es una entidad pública de ámbito local, de base asociativa de instituciones públicas y entidades privadas, sin ánimo de lucro⁷.

El Consorci opera en el sector salud de Cataluña y tiene como objetivos la mejora de los servicios y las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El Consorci promueve la equidad en el acceso, la eficacia, la efectividad y la eficiencia, y colabora en la defensa de sus asociados. En el Consorci se integran 146 centros, desde hospitalares de agudos hasta servicios sociales y de salud mental, y centros de atención primaria (51 en total).

El Consorci es una muestra de la iniciativa municipal para compensar la deficiente inversión estatal (arrastrada desde la época de la dictadura). Mantiene la vida asociativa con diversos órganos de gestión y participación (incluida una Comisión de Atención Primaria) y con una serie de servicios que se ofrecen a los asociados y permiten economías de escala (de compras, gestión cobro, estudios, asesoría y otros).

Las entidades integradas en el Consorci son proveedoras de alguna/s (incluso todas) de las líneas de servicios médicos y sociales, comportándose cada una de ellas como una OSCIs, por su integración en red. El Consorci Hospitalari de Catalunya promueve la atención a las personas desde una organización de servicios sanitarios y sociales de responsabilidad pública, proximidad y calidad, y es sostenible. Cada asociado tiene autonomía de gestión y de decisión, e incorpora aquello del común que le resulta más apropiado. Los asociados pueden comprar los servicios que pre-

LECTURA RÁPIDA

▼ Las OSCIs (organizaciones sanitarias integradas de ámbito comunitario) son organizaciones en red, de las que tenemos algún ejemplo en España. Describiremos

someramente en este texto una asociación de OSCIs catalanas, y las posibilidades que ofrece respecto a las mejoras de la capacidad de respuesta y de resolución de la atención primaria.

Un poco de historia (y de práctica gerencial)

El Consorci Hospitalari de Catalunya nació en 1983 y fue fundado por varios municipios (y entidades ligadas a ellos). El Consorci es una entidad pública de ámbito local, de base asociativa de instituciones públicas y entidades privadas, sin ánimo de lucro.

▼ El Consorci Hospitalari de Catalunya promueve la atención a las personas desde una organización de servicios sanitarios y sociales de responsabilidad pública, proximidad y calidad, y es sostenible.

(1) En este texto se utilizan indistintamente las denominaciones «médico de atención primaria», «médico de familia» y «médico general».

(2) Aunque se describe someramente el Consorci Hospitalari de Catalunya en su conjunto, respecto a la atención primaria, la descripción cuadra especialmente con la actividad del equipo de atención primaria de la Roca del Vallés (Barcelona).



LECTURA RÁPIDA

▼ Las políticas de los asociados son muy diversas, adaptadas al entorno local, con resultados variables.

▼ En general, se trata de evitar la fragmentación de la respuesta, de forma que los servicios respondan a las necesidades, lo que exige la adaptación de los servicios a éstas.

▼ En la mayoría de los centros de atención primaria del Consorci hay un esquema retributivo con doble componente, fijo y variable.

▼ Se busca con ello que el médico sea consciente de su labor de microgestión.

▼ **La mejora de la capacidad de respuesta como mejora de la efectividad de la atención primaria**

Podemos ver la calidad como el trabajo que logra disminuir en la práctica la brecha entre la eficacia y la efectividad clínica, entre lo mejor en condiciones ideales y lo mejor en condiciones reales.

cisan al propio Consorci, o a la competencia (cuando entienden que aporta más valor y/o es más eficiente). Por ello las políticas de los asociados son muy diversas, adaptadas al entorno local, con resultados variables.

El modelo de atención primaria que se promueve pretende ofrecer servicios de calidad tan convenientes (cercanos) para el ciudadano como sea posible, lo que implica romper las barreras de la accesibilidad (geográficas, administrativas, culturales, horarias y financieras) y dar respuesta integral a las necesidades de los pacientes, de forma que no se genere demanda inapropiada. En general, se trata de evitar la fragmentación de la respuesta, de forma que los servicios respondan a las necesidades, lo que exige la adaptación de los servicios a éstas. Los servicios se orientan al ciudadano, al igual que los recursos.

Para las entidades agrupadas en el Consorci es esencial la sostenibilidad económica de los servicios, ya que no administran un presupuesto, sino que venden servicios, y esta venta permite la obtención de los ingresos con los que se hace frente a los gastos. Puesto que en atención primaria el 64% del gasto deriva de la decisión clínica⁸, es clave lograr un equilibrio entre efectividad, seguridad y calidad, de forma que reciban los cuidados que necesitan los pacientes que lo precisan, y que no reciban cuidados los pacientes que no lo precisan. Se necesita un sistema de información potente que transmita el apoyo del gestor al médico de atención primaria y que facilite la capacidad de respuesta de éste, así como la adaptación a las necesidades locales (y a las del paciente presente en la consulta). Así, la labor de gestión se vuelca en el apoyo al médico general, que al tiempo adquiere responsabilidad, autonomía y autoridad, pues el sistema de información permite vincular a la decisión clínica tanto la necesidad como el gasto, lo que constituye la base de una gestión profesional en atención primaria. La responsabilidad clínica (vincular decisión a necesidad y gasto) se acompaña, en buena lógica, de autoridad, autonomía y recursos (financieros, materiales y humanos).

En la mayoría de los centros de atención primaria del Consorci hay un esquema retributivo con doble componente, fijo y va-

riable. El componente variable puede llegar hasta el 30% del total en el caso de los médicos, y hasta el 10% en el de los auxiliares administrativos⁹. Se busca con ello que el médico sea consciente de su labor de microgestión, de su responsabilidad en la asignación del gasto y en la adecuación a las necesidades clínicas y, puesto que el trabajo clínico admite generalmente múltiples alternativas, que dé la respuesta más eficiente (la que de manera ideal se ajusta a lo científicamente demostrado, a las necesidades y preferencias del paciente, y a lo socialmente deseable).

La mejora de la capacidad de respuesta como mejora de la efectividad de la atención primaria

Podemos ver la calidad como el trabajo que logra disminuir en la práctica la brecha entre la eficacia y la efectividad clínica, entre lo mejor en condiciones ideales y lo mejor en condiciones reales¹⁰. En atención primaria es importante tener en cuenta que la calidad conlleva una capacidad de respuesta que se adapta al paciente, pues valora los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente concreto, lo que implica un componente de arte médico y de variabilidad científicamente inexplicable, por los vacíos del conocimiento (la ignorancia respecto a las mejores alternativas aplicables en cada paciente concreto, la «tragedia clínico-estadística» de Feinstein) y la incertidumbre clínica¹¹. Ante el paciente, el médico se mueve entre la ineficiencia máxima (hacer bien lo que no es necesario hacer) y la eficiencia máxima (no hacer nada que no se deba hacer)¹².

En la búsqueda de lo que se debe hacer por quien se debe hacer, son fundamentales las políticas de sustitución de abajo arriba (y no a la inversa, tan frecuentes). Es decir, si algo lo puede hacer el paciente, no lo debe hacer el profesional, y si algo lo puede hacer la enfermera no lo debe hacer el médico; si algo se debe hacer en atención primaria, no lo debería hacer la atención hospitalaria¹³. Y si algo se puede hacer con una tecnología sencilla y cerca del paciente, se debe evitar la aplicación de técnicas complejas y el alejamiento del paciente. Con todo ello se cumple el santo y seña de la seguridad: «máxima calidad con el mínimo de cantidad, tan cerca del paciente co-

mo sea posible»¹⁴. La típica integración de servicios de las OSCI debería facilitar (aunque no asegura) el cumplimiento de dicha norma básica de la seguridad al mejorar la capacidad de respuesta de la atención primaria.

En teoría, la gestión apropiada e integrada de la atención primaria y de la atención hospitalaria «transforma» a la segunda en un recurso de la primera, a la que complementa. Así, los especialistas se convierten en consultores, los servicios hospitalarios se ofrecen en forma episódica (salvo excepciones, como atención a pacientes con enfermedades muy infrecuentes), y los recursos se asignan a quien decide su uso (donde se determinan costes).

Los contratos de proveedores de servicios de salud con el Servei Català de la Salut transfieren riesgos a aquellos, e incluyen la capacidad de compra (y el presupuesto adecuado) de servicios diagnósticos de laboratorio y de radiología por los equipos de atención primaria. Así, por ejemplo, en diversos centros del Consorci Hospitalari de Catalunya, la atención primaria gestiona sus ingresos y sus gastos, y puede contratar, por ejemplo, a los proveedores de servicios de radiología, o vender sus servicios complementarios a otros financiadores. Esta autonomía de gestión se puede traducir en una mayor capacidad de respuesta para el médico de familia, aunque en la práctica los resultados están por debajo de lo esperado¹⁵.

En su conjunto, la capacidad de respuesta de la atención primaria se puede mejorar en 4 campos: prevención, resolución (curar, contener, ayudar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial). La mejora depende de la calidad (el estrechamiento de la brecha entre eficacia y efectividad), pero también de la seguridad (la máxima calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible). La sola calidad no es suficiente. Por ejemplo, puede ser peligroso ofrecer lo mejor para resolver cada problema en el paciente con múltiples problemas, por la colusión entre las distintas intervenciones^{14,16}.

El médico, al dar respuesta al problema del paciente, debería ayudar en la toma de decisión ante las alternativas óptimas en ese caso y, al tiempo, tener en cuenta el interés de la sociedad y la organización. Si se pre-

senta un «conflicto de interés», el médico debe compartirlo con el paciente. Por ejemplo, al administrar el propio tiempo médico, podría dedicarlo todo a un solo paciente, en detrimento de los demás. Éste es el difícil papel de los profesionales como «socios» de la organización y como agentes de los pacientes y la población, y que conlleva un dilema permanente entre la irracionalidad romántica (todo para el paciente) y la irracionalidad técnica (todo para la organización)².

Idealmente, cuando en las OSCI (o en cualquier organización) se delega al médico general responsabilidad, autoridad y autonomía, se le ayuda a tomar decisiones frente a la medicalización de la sociedad (y de otros profesionales) y frente a los «imposibles» que piden algunos pacientes. La política de incentivos, monetarios y profesionales, ayuda al cumplimiento de los objetivos de la OSCI. Además, si la OSCI incluye servicios sociales y entidades políticas (ayuntamientos), como en el caso de los asociados del Consorci Hospitalari de Catalunya, existe la posibilidad del uso de alternativas no sanitarias para responder a los problemas de salud (la desmedicalización de la sociedad, mediante la cooperación intersectorial y la participación comunitaria). Con todo ello se abren nuevas perspectivas para la mejora de la capacidad de respuesta de la atención primaria y la efectividad de ésta.

LECTURA RÁPIDA

▼ Se cumple el santo y seña de la seguridad: «máxima calidad con el mínimo de cantidad, tan cerca del paciente como sea posible».

▼ En diversos centros del Consorci Hospitalari de Catalunya, la atención primaria gestiona sus ingresos y sus gastos, y puede contratar, por ejemplo, a los proveedores de servicios de radiología, o vender sus servicios complementarios a otros financiadores.

▼ La capacidad de respuesta de la atención primaria se puede mejorar en 4 campos: prevención, resolución (curar, contener, ayudar), derivación (filtro) y coordinación (continuidad asistencial).

▼ Cuando en las OSCI (o en cualquier organización) se delega al médico general responsabilidad, autoridad y autonomía, se le ayuda a tomar decisiones frente a la medicalización de la sociedad (y de otros profesionales) y frente a los «imposibles» que piden algunos pacientes.

Bibliografía

1. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. Barcelona: Masson; 2001.
2. Gérvás J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. *El Médico*. 2005;940:11-4.
3. Prado L, García Olmos L, Rodríguez Salván F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:146-51.
4. Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Admin*. 2003;37:592-608.
5. Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias en Europa: gobierno, cooperación y evaluación. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamento, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2005. p. 37-73.



LECTURA RÁPIDA

▼ Si la OSCI incluye servicios sociales y entidades políticas (ayuntamientos), como en el caso de los asociados del Consorci Hospitalari de Catalunya, existe la posibilidad del uso de alternativas no sanitarias para responder a los problemas de salud.

6. Vázquez ML, Vargas I, editores. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Cataluya; 2006.
7. Pané O, Vargas I. La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España la implicación municipal en el gobierno de la atención primaria? *Aten Primaria*. 2002;30: 581-7.
8. Pané O. Valoración económica de la actividad clínica y fundamento para la elaboración de presupuestos por servicios. Parte 1. Atención primaria. En: Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. p. 277-93.
9. Benavent J, Juan C. Explorando otros modelos de gestión de servicios sanitarios: el ejemplo CAPSE. *Cuadernos Gestión*. 2003;19: 61-9.
10. Ortún V. Claves de gestión clínica. En: Ortún V, editor. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003. p. 195-221.
11. Feinstein AR. The problem of cogent subgroups: a clinicostatistical tragedy. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:297-9.
12. Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.
13. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
14. Gérvás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:127-34.
15. Ponsá JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M, et al. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis. *Fulls Econòmics Sistema Sanitari*. 2003;37:33-9.
16. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ*. 2004;170:1688-9.