

EDITORIAL

Las unidades clínicas en los equipos de atención primaria de Andalucía

En todos los países desarrollados de nuestro entorno se ha generalizado la búsqueda de nuevas formas de organización de los servicios sanitarios con la finalidad de dar una respuesta más satisfactoria a las necesidades de salud de los ciudadanos y al mismo tiempo hacerlos más eficientes.

La comunidad autónoma de Andalucía se adelantó a las formas de organización de la atención primaria de salud (APS) que posteriormente vendrían a ser sancionadas por la Ley General de Sanidad de 1986. El entonces «nuevo modelo» de APS, basado en los centros de salud, a pesar de sus innegables aportaciones, seguía pecando de las rigideces organizativas del insatisfactorio viejo modelo al que venía a sustituir: horarios de funcionario, modelo hiperburocratizado, ausencia de incentivos a los profesionales, pérdida de autonomía de éstos, en especial de los médicos, eran, y son, algunas de sus características principales. El tipo de dirección predominante, de tipo gerencialista, produjo el desánimo entre los profesionales al sentir éstos que eran utilizados como piezas para cumplir unos objetivos vividos como impuestos. En Andalucía no se optó por las «áreas de salud», sino por un modelo que mantenía, y mantiene, a los hospitales y distritos como 2 áreas de gestión diferenciadas.

En esa fase de primera reforma, que todavía perdura —e insólitamente aún convive con el viejo modelo, en especial en el centro de las ciudades— se fueron mejorando los sistemas de información que permitieron la recogida de indicadores que, a su vez, posibilitaban una gestión de recursos más

ajustada a la realidad que se iba conociendo a través de aquéllos. Fruto de todo ello se fueron generalizando los «contratos programa», que caían sobre los centros de salud, más o menos, como losas de obligado cumplimiento. Se generalizaron también las encuestas de opinión entre los usuarios. A raíz de los datos proporcionados por los sistemas de información, las encuestas a los usuarios, las opiniones profesionales y la reflexión política, la consejería de salud, a través del Servicio Andaluz de Salud (SAS), puso en marcha en 1997 una serie de grupos de trabajo coordinados por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) que culminó con la publicación en 1999 del Plan Estratégico del SAS.

En el citado plan se plantean tres retos: a) trasladar poder al ciudadano; b) otorgar mayor autonomía al profesional, y c) consolidar, innovándolo, el sistema sanitario público. Para ello se establecen cuatro líneas estratégicas que permiten el cambio: a) orientar los servicios a la mejora de la salud sobre la base de la evidencia científica disponible (no se trata sólo de hacer las cosas correctamente, sino de hacer las cosas correctas, las que esté justificado hacer); b) incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios; c) conseguir mayor eficiencia y efectividad a partir de la interrelación entre usuarios y profesionales, y d) asegurar la equidad y la solidaridad mediante el ejercicio de las funciones normativas, políticas y reguladoras necesarias.

Las innovaciones de gestión se hacen descansar sobre 5 pilares:

1. Organización asistencial: se establecen tres niveles funcionales: a) nivel de atención primaria; b) nivel de atención especializada, subdividida en un nivel de internamiento y otro de oferta a la atención primaria (consultas externas), y c) centros diagnósticos (radiología, laboratorio) que venden sus servicios indistintamente a atención primaria y especializada. Estos centros diagnósticos se configuran como entidades administrativas propias con total independencia del hospital en el que pudieran ubicarse. El nivel de atención primaria se mantiene como puerta de entrada al sistema, siendo responsable de: el seguimiento de la biografía sanitaria de los ciudadanos, de toda la asistencia sanitaria que se preste en régimen ambulatorio, de la coordinación intersectorial con servicios sociales, de contribuir a la información y asesoramiento de los ciudadanos y de la accesibilidad de los ciudadanos al SAS.

2. Funciones de gestión: es éste un elemento claramente diferenciador del modelo andaluz en relación con otras formas de gestión desarrolladas en nuestro país o fuera de nuestras fronteras. A los clínicos se les reserva la capacidad de negociar las mejores prestaciones sanitarias para sus pacientes (gestión clínica), pero la gestión de recursos queda reservada, en atención primaria, a los distritos, que pasarían a configurarse como facilitadores de la actividad de las unidades clínicas. Las unidades clínicas pueden ser hasta el momento de dos tipos: acreditadas y delegadas. Las primeras pudieran considerarse como un paso previo, un chequeo a las posibilidades de plantearse el

auténtico primer paso, las unidades delegadas. En estas últimas, la unidad clínica tiene capacidad para elegir cuatro de los 8 objetivos a conseguir. Los 4 objetivos innegociables son: a) el tiempo medio de consulta/médico/día no deberá ser inferior a 4,5 horas; b) satisfacción de los usuarios (para su valoración se aporta una serie de ítems que deberán ser satisfechos en un porcentaje determinado); c) como medida de la accesibilidad, el porcentaje de consultas en horario de tarde deberá de ser al menos un 20% del total, y d) el porcentaje de prescripción de VINE (Fármacos de Valor Intrínseco no Elevado) no deberá exceder del 15%. Estos 4 objetivos lo son en el marco de una cartera de servicios, ratificada mediante un contrato de gestión entre la dirección del distrito y el centro de salud.

Se fijan auditorías externas para la comprobación de la fiabilidad y validez de los datos sometidos a incentivos.

La adscripción o no de cada uno de los miembros de un equipo de salud a la futura unidad clínica es voluntaria. A la unidad clínica se le transfiere el presupuesto de sustituciones y de formación continuada de los profesionales según lo pactado en el acuerdo de gestión.

3. Financiación: para los distritos la financiación se fija según criterios de capitación ponderada por criterios de accesibilidad. Para los centros de salud, se tiene en cuenta sólo el porcentaje de personas que han visitado el centro de salud del total de la población asignada. Ello obliga a poner el énfasis en la captación de la población no consultante.

4. Relaciones entre centros de gestión: se consideran intercambios financieros entre centros de gestión los siguientes: a) la solicitud de pruebas complementarias a los centros diagnósticos; b) las solicitudes de interconsulta realizadas por el médico de familia (MF), y c) las visitas a urgencias que no requie-

ran ingreso se imputan al distrito y centro de salud correspondiente. Lo anterior obliga a las unidades clínicas a ofertar servicios con una mayor accesibilidad horaria y a buscar una percepción de calidad por parte de la población adscrita. El hospital ve reconocido su trabajo en toda el área de internamiento y en la satisfacción de las primeras visitas solicitadas por el MF. Este último punto es importante, pues el hospital no recibe incentivos por las citaciones a pacientes crónicos realizadas desde el propio hospital.

5. Libre elección: expresamente se establece que el derecho de elección debe prevalecer sobre sistemas organizativos que en virtud de supuestos criterios de eficiencia y de organización lo dificulten. La financiación de las unidades se ajustará a su capacidad de atraer nuevos usuarios. Por otra parte, se supone que esta medida debe tender a disminuir la asimetría de información entre usuarios y profesionales al sentirse éstos más proclives a mejorar sus niveles de comunicación.

Una primera reflexión sobre los enunciados teóricos anteriores nos muestra que los MF tendríamos mucho que ganar apostando por el desarrollo de las unidades clínicas en APS, en especial, capacidad de influir sobre el segundo nivel a favor de nuestros pacientes. Al mismo tiempo ganamos peso profesional y posiblemente también social, cosa no desdeñable para la medicina de familia y los médicos de familia. La posibilidad de compra de servicios diagnósticos hace que podamos ampliar nuestra oferta de éstos, lo que, bien utilizado, podría traer emparejada una mejora de nuestra imagen profesional. También, en principio, podríamos perder: tiempo, ilusión y un poco de confianza en la Administración.

El ofrecimiento pecaba, y peca aún, de inconcreción. Dicha inconcreción se plasmaba en puntos como: a) desconocimiento de la am-

plitud territorial de la oferta del segundo nivel (¿hospital de referencia o todos los hospitales de la ciudad o provincia?); b) desconocimiento de los incentivos a poner encima de la mesa, tanto para las unidades que cumplieran sus objetivos como para los especialistas hospitalarios que mejor colaborasen con la experiencia, grado de control sobre las perversiones y adaptaciones del sistema a la nueva situación, y c) se desconocía la estabilidad de la apuesta (¿se trataba de una apuesta ligada a personas con capacidad de decisión o era una apuesta independiente de las personas al frente de las instituciones?).

No sólo había inconcreciones, también había certezas: a) certeza de que la informatización en APS no estaba concluida; b) certeza de la no implantación generalizada de la tarjeta sanitaria individual; c) certeza de que uno de los retos era enunciado como «otorgar mayor autonomía al profesional», en lugar de «reconocer mayor autonomía al profesional», y d) en los primeros diseños no se contemplaba ningún tipo de incentivo ligado a la docencia o a la investigación.

Las certezas han aumentado ahora, a principios del año 2001: a) tras el cambio de personas al frente de la Administración Sanitaria Andaluza, se mantienen las líneas directrices que le dieron vida; b) en el año 2000 se suscribieron en torno a 19 acuerdos de gestión en fase de acreditación y 18 en fase de delegación; c) ya se conoce la cantidad que un médico voluntario puede llegar a percibir como incentivos (en torno a un 10-15% del salario anual); d) las unidades clínicas, aun en los centros de salud docentes, no tienen ninguna capacidad de elección sobre el personal que presta sus servicios de forma temporal (interinidades, sustituciones, refuerzos, etc.), lo que conlleva que se ve obligada a intentar conseguir sus objetivos con el personal que le to-

que por bolsa de contratación; e) pervivencia de las formas de trabajo de los viejos ambulatorios, en ellos, y en ocasiones en algunos llamados centros de salud, y f) hasta la fecha el segundo nivel tiene muy poco que perder, o que ganar, en este juego, con lo que la APS sigue teniendo un techo que no se le permite permeabilizar: el reto de la continuidad de la atención de calidad, calidad médicamente definida y calidad percibida por el usuario (listas de espera, buen trato, etc.).

Es de señalar que ya se han hecho notar las primeras influencias sobre la docencia de los residentes de medicina de familia. Los centros de salud que se han convertido en unidades clínicas, en su afán por cumplir sus objetivos, tienden a utilizar a los residentes para ello con un relativo olvido de su programa docente.

También son de destacar una serie de mejoras que están afectando a toda la APS andaluza, entre

otras: avances en la implantación de la tarjeta sanitaria individual; informatización clínica de toda la red de APS (a concluir en el presente año), y estudio avanzado sobre la implantación de la receta electrónica, lo que haría innecesaria la visita al centro de salud para renovación de recetas.

En este marco cabe preguntarse si las unidades clínicas, a pesar de sus aportaciones, no constituyen sino un oasis de excelencia en medio de un jardín que precisa en su conjunto de muchas adaptaciones y reformas, seguramente prioritarias. La calidad no debería ser sólo una oferta para profesionales voluntariosos o para la población que pueda elegirlos. Tal vez los nuevos planes de la consejería/SAS vengan a dar respuesta a las cuestiones planteadas con un enfoque más global.

M. Gálvez Ibáñez

Médico de Familia.

Bibliografía general

- Atención primaria de salud. Contrato programa 2000. Servicio Andaluz de Salud, 2000 (documento mimeografiado).
- Haciendo gestión clínica en atención primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2000.
- Manual del sistema de imputación de costes en atención primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2000.
- Martínez Olmos J. Atención primaria: propuestas para una segunda reforma. *Revista de Administración Sanitaria* 1999; II: 283-295.
- Plan de Calidad Asistencial. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud, 2000.
- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Una propuesta de gestión pública diferenciada. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 1999.
- Sistema de Información para la Gestión de la Atención Primaria. SIGAP 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2000.