

artículo de opinión

La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria¹

J. Gérvás^a y A. Rico^b

^aEquipo CESCA, Madrid. Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial de España.

^bDepartamento de Economía y Gestión Sanitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Oslo. Noruega. Instituto de Política y Organización Sanitaria. Universidad Erasmo de Rotterdam. Países Bajos.

Las organizaciones sanitarias cuentan con recursos financieros, materiales y personales acordes con sus objetivos. Las labores directivas implican la coordinación entre niveles y con otras organizaciones (servicios sociales, educativos, judiciales y otros), y la motivación y el control del personal. Sin coordinación es difícil lograr objetivos básicos del sistema sanitario, como la continuidad de cuidados.

La coordinación puede lograrse con mecanismo del mercado (precios), de organizaciones jerárquicas (planes y rutinas) y de organizaciones en red (acuerdos más o menos formales).

La descentralización de las tareas debería acompañarse de la delegación de la responsabilidad y de la autoridad correspondiente. En Europa, en Atención Primaria, las organizaciones sanitarias han adquirido en la práctica componentes jerárquicos, de red y de mercado, al menos en lo que respecta a la coordinación y descentralización de tareas.

En este texto se analizan las reformas europeas de la Atención Primaria en lo que se refiere a su énfasis en la mejora de la coordinación entre niveles, al modificar las reglas que controlan la relación entre los médicos generales y los especialistas. Para lograr dicha mejora se ha incrementado directamente el papel de filtro (*gatekeeping*) de los médicos generales.

Palabras clave: reformas, Europa, *gatekeeping*.

Health care organizations have financial, material and personal resources according to their objectives. Management activities imply coordination between levels and with other organizations (social, educative, legal and services) and motivation and control of the personnel. It is difficult to achieve basic objectives of the health care system, such as care continuity, without coordination.

Coordination may be achieved with mechanism of the market (prices), hierarchical organizations (plans and routines) and network organizations (more or less formal agreements). Decentralization of the tasks should be accompanied by the delegation of responsibility and of the corresponding authority. In Europe, health care organizations in Primary Health Care have acquired hierarchical components of the network and market in practice, at least in regards to task coordination and decentralization.

This text analyzes the European reforms of Primary Care in regards to their emphasis on the improvement of coordination between levels, on modifying rules that control the general physician and specialist relationship. To achieve this improvement, the gatekeeping of the general physicians has been directly increased.

Key words: reforms, Europe, *gatekeeping*.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones pueden ser vistas como un conjunto de recursos con los mecanismos necesarios para alcanzar sus fines (mecanismos de gobierno). Los recursos se orientan al cumplimiento de los fines gracias a los mecanismos de gobierno, que precisan información adecuada para guiar la toma de decisiones. En las organizaciones, pues, es crítico el tener una meta y un sistema de información que permita controlar la consecución de los objetivos marcados, me-

¹Este texto complementa otro previo de Rico A y Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. Rev Administración Sanit. 2002;4:39-67.

Correspondencia: J. Gérvás.
Equipo CESCA,
Travesía de la Playa, 3.
28730 Butrago de Lozoya. Madrid.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

diente las modificaciones necesarias en la dinámica y estructura de la organización.

Los recursos de las organizaciones son medios financieros, materiales y personales acordes con sus objetivos.

Los mecanismos de gobierno se emplean en forma diferente según se trate de organizaciones fundadas en el mercado, en la jerarquía o en redes. Sirvan de ejemplo imperfecto en España de estas tres formas de organización, respectivamente, las aseguradoras privadas y los médicos en práctica privada, el Sistema Nacional de Salud y las cooperativas de médicos.

En cualquier caso, las labores directivas implican: a) coordinación (planes de división e integración dinámica del trabajo) y b) motivación y control (instrumentos de base voluntaria o impositiva, que permiten asegurar que los profesionales cumplen las funciones encomendadas).

La labor de coordinación se logra en el mercado con los precios, en las organizaciones jerárquicas con planes y rutinas, y en las organizaciones en red con acuerdos más o menos formales.

La labor de motivación y control se logra en el mercado a través de la propiedad, en las organizaciones jerárquicas mediante el ejercicio del poder, y en las redes mediante la sanción social que se expresa con la reputación^{1,2}.

COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DINÁMICA DEL TRABAJO

Las relaciones entre los niveles de las organizaciones suelen ser más conflictivas e importantes de definir que las relaciones en el mismo nivel. Las relaciones entre niveles obligan a definir tareas y, a veces, a rediseñar la organización, para mantener la capacidad de gobierno. Es lo que llamamos coordinación, la división de tareas para maximizar el resultado de varios profesionales que contribuyen a la producción de un determinado bien o servicio. En la práctica no es fácil coordinar, pues tiene un alto coste, tanto económico como humano.

Se considera que sin coordinación es difícil lograr algunos de los objetivos básicos de los sistemas de salud, como continuidad de cuidados, mejora continua de la calidad, resolución de problemas en el nivel adecuado, equidad (prestación de cuidados ajustados según necesidad) y eficiencia (uso adecuado de los recursos).

La coordinación exige el establecimiento de planes de división e integración dinámica del trabajo, y puede lograrse en la práctica con acuerdos formales y/o informales. La integración puede ser formal, con fusión de las organizaciones, o más frecuentemente virtual, con acuerdos y normas de cooperación. A su vez, la integración puede ser vertical (entre niveles, por ejemplo, un hospital y varios centros de salud) y horizontal (entre profesionales del mismo nivel, por ejemplo, entre hospitales o entre sectores, como equipos de Atención Primaria y de atención social).

Los acuerdos formales para la integración son propios de las organizaciones jerárquicas, en las que prima la decisión unilateral del que ejerce la autoridad, y tiene el poder de mandar y sancionar, y de establecer planes (de macrogestión), órdenes (mesogestión) y rutinas (de microgestión).

En estas organizaciones existe una integración con autoridad común a todos sus niveles y se puede llegar a la fusión; por ejemplo, con integración de médicos generales en los hospitales, o de especialistas en centros de salud. Cuando se pretende mejorar la coordinación exclusivamente con los acuerdos formales el resultado puede ser la esclerosis y la rigidez en la toma y realización de acciones, lo que impide la consecución de la meta.

Los acuerdos informales para la integración son típicos de las organizaciones en red, en las que muchas veces se formalizan los acuerdos a efectos legales, pero sin definir exhaustivamente los términos. Al tiempo que se descentralizan las tareas se delega responsabilidad y autoridad, y se amplía la carga de trabajo. El poder de decidir conlleva un grado proporcional de riesgo, y quien coordina está al servicio de sus pares. Las relaciones de autoridad se establecen entre pares, y las decisiones son multilaterales. Naturalmente, se precisa de alguna integración que asegure el cumplimiento de objetivos sociales referidos a la población, por ejemplo, en entidades regionales en que participan representantes de las autoridades políticas, de la comunidad y de los médicos. En todo caso se produce una adhesión voluntaria a las normas que emanen como consecuencia de la reputación de los distintos pares y de la confianza mutua.

En los mercados las organizaciones buscan el lucro, y la variedad, calidad y cantidad de los servicios se fijan por los precios. La regulación se logra por la propiedad, que obliga a un autocontrol para mantenerla y engrandecerla. Los acuerdos son totalmente informales, conllevan riesgo financiero y se basan en las decisiones individuales que provocan los precios; se formalizan mediante contratos. Las leyes del mercado se imponen a las necesidades sociales, salvo que se logre una intervención legal que marque límites y asegure la competencia leal y la provisión de mínimos de variedad, calidad y cantidad. La integración dinámica se logra con la permanente tensión que genera el cumplimiento de los objetivos públicos en cooperación con organizaciones que se rigen por la búsqueda del beneficio. Un intervencionismo excesivo altera la libre competencia y las ventajas del mercado; la ausencia de toda regulación puede conllevar el mismo efecto, por la formación de monopolios.

Sorprendentemente, el uso de mecanismos de mercado en su aplicación en los sistemas sanitarios ha llevado al reforzamiento de redes locales en la práctica y a la cooperación entre médicos, no a la competencia entre los mismos^{1,2}. También en las organizaciones jerárquicas son muy importantes las redes informales de médicos, a la sombra de la jerarquía, que muchas veces rompen los estrictos y artificiales límites que dificultan la coordinación³. Las autoridades pueden fomentar estas redes informales, tanto en el mercado como en las organizaciones jerárquicas, participando y ratificando acuerdos, o dificultarlas, si refuerzan y establecen barreras que dificulten la coordinación, la innovación y la experimentación.

La financiación pública del sistema sanitario (mayoritaria en todos los países europeos desarrollados) puede in-

fluir para determinar el grado de competencia, diversificación y recursos de las organizaciones. Así, las organizaciones sanitarias en los países desarrollados europeos han adquirido en la práctica componentes jerárquicos, de red y de mercado, al menos en lo que respecta a su integración para responder a las necesidades de la población y de los pacientes (la meta del sistema sanitario).

ALGUNAS DIFICULTADES PARA LA COORDINACIÓN EN EL SECTOR SALUD

El mercado

El mercado se basa en la competencia, filosofía contraria a la coordinación, que exige la cooperación entre profesionales y organizaciones. No obstante, en la búsqueda del lucro se pueden forzar alianzas estratégicas que promuevan la coordinación como forma de mejorar la variedad, calidad y cantidad del servicio, y por consecuencia aumente el beneficio.

En el mercado es fácil atribuir costes y beneficios, aunque no se logra sin un gasto. Por ejemplo, el coste administrativo de las organizaciones sanitarias en EE.UU. está en torno al 25%; baja al 15% en los países desarrollados europeos con pago por acto, como Alemania y Francia; y es del 5% en los países europeos con pago por salario o por capitación a los médicos generales.

Además de los costes de transacción para la integración y coordinación, los mercados en el sector salud presentan competencia imperfecta y fallos del mercado que pueden llevar, por ejemplo, a seleccionar a pacientes jóvenes, cultos y más sanos por parte de algunas aseguradoras privadas, y dejar al sector público los ancianos con múltiples enfermedades y otros grupos marginados. Aunque la proximidad geográfica disminuye los costes de transacción para la coordinación, la alta competencia por concurrencia en el mercado local disminuye en la práctica las posibilidades de cooperación.

Pero el mayor problema en el mercado sanitario es la asimetría de la información, que convierte en papel mojado “la soberanía del consumidor”. Los médicos son profesionales con una alta formación, muy especializados, capaces de decidir en condiciones de gran incertidumbre y de afrontar tareas muy complejas, de forma que sus decisiones son difíciles de juzgar y evaluar, pues deben adaptarse al problema del paciente concreto en su entorno, con una mezcla de conocimiento científico e intuición. Además, tampoco es fácil medir el resultado sanitario, el cambio del estado de salud por consecuencia de la intervención sanitaria, pues muchas veces no es directo y, en general, desconocemos la historia natural de las enfermedades. Así pues, no es fácil juzgar la idoneidad de las decisiones médicas ni por los pacientes ni por otros actores interesados (gerentes y políticos). Por todo ello, el médico se convierte en agente del paciente, y decide por él, como si fuera el propio paciente⁴. Este papel de agente provoca en el médico un conflicto entre la lealtad al paciente y la lealtad a sí mismo y a la sociedad.

En la práctica del mercado la asimetría de la información conlleva problemas para la coordinación, que pueden

llegar a rozar la deontología médica, como el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico, la autoderivación y la dicotomía⁵. Se forman, así, oligopolios *de facto*, y la dinámica de cuidados del paciente puede llegar a depender más de los intereses financieros de médicos y organizaciones que de las necesidades en salud del mismo.

Las organizaciones jerárquicas

Las organizaciones jerárquicas parecen a primera vista ideales para cumplir la meta del sistema sanitario, por la facilidad de cumplir los planes, una vez que se establecen y se tiene la autoridad y el poder. Sin embargo, se necesita del desprendimiento de las autoridades para que no utilicen la jerarquía para el cumplimiento de sus fines particulares y, además, mucha de la información precisa para la toma de decisiones se genera en los niveles más bajos de la jerarquía (en “las trincheras”) y muchas veces no llega a las autoridades. Por último, el buen funcionamiento jerárquico se basa en que las unidades descentralizadas necesiten poco de las demás, y en que las interacciones entre ellas sean innecesarias o de relevancia menor, pues la descentralización de tareas no se acompaña ni de delegación del poder ni de información, lo que dificulta la autonomía y por consecuencia la coordinación desde la base³.

En las organizaciones jerárquicas la burocracia puede tender a establecer prolíjos manuales y puntíllosas normas que terminan ahogando la iniciativa de los médicos. Las autoridades suelen preferir la realización de las cosas fáciles de medir, o muy deseadas, lo que puede llevar al abandono del control de las cosas importantes para la salud de los pacientes y de la población. Quien no sea importante electoralmente puede ser ignorado respecto a necesidades en salud.

La asimetría de la información y el papel de agente del médico también crean conflictos de lealtad en las organizaciones jerárquicas, pues el médico se debe al paciente, pero también a sí mismo y puede optimizar su tiempo con una atención descortés y cortante, y también se debe a la institución y a las distintas jerarquías y a sus múltiples objetivos explícitos e implícitos^{6,7}.

Los límites profesionales, de organizaciones y territoriales se vuelven rígidos, difíciles de cruzar, y cada unidad se encasilla en su tarea (en lo descrito de su tarea), lo que dificulta la coordinación. Ésta puede lograrse localmente entre unidades de la misma organización si hay un énfasis jerárquico suficiente o si se forman redes informales de médicos que responden por canales no jerárquicos a las necesidades de sus pacientes, pero es siempre muy difícil la coordinación entre sectores (sanitario, social, educativo y otros), también por la ausencia de coincidencia de implantación respecto a límites territoriales.

Las organizaciones en red

En las organizaciones en red se da la interacción entre pares que toman decisiones compartidas, casi en colectividad, lo que tiene altos costes de procesamiento, facilita la ocultación de responsabilidades y dificulta la evaluación. En las redes es difícil atribuir costes y beneficios, con las

consiguientes dificultades de negociación, y esta dificultad aumenta casi exponencialmente con el número de miembros en red. En cierta forma las redes precisan de mecanismos positivos de decisión grupal, que logran el acuerdo de sus miembros (respecto a la distribución de tareas con costes y beneficios razonables), y de mecanismos negativos de decisión individual, que motivan a sus miembros para interiorizar y llevar a cabo las decisiones generales, muchas veces en contra de sus mejores intereses personales³. Parece claro que algunas tareas deberían ser propias del gobierno organizativo (por ejemplo, diseño de mecanismos de coordinación) y otras del gobierno clínico (implantación de dichos mecanismos). Por otra parte, la experiencia demuestra que la integración *per se* no garantiza en la práctica la cooperación ni la calidad del trabajo en equipo, pues se precisa la conjunción de los dos tipos de gobierno señalados. Se trata de trabajar en red, no entredados.

Las redes profesionales tienden a centrarse en los aspectos relacionados con el trabajo clínico, dejando aparte otras cuestiones como la salud de la población, y los costes. Los médicos se centran en sus tareas clínicas, generalmente en los aspectos curativos, con abandono de otras tareas y estrategias que se ven ajenas⁸. Ello dificulta la coordinación con la salud pública y el sector social, por ejemplo. La falta de coincidencia de los límites territoriales (de las redes de profesionales con las de otras organizaciones, sectores y autoridades) también contribuye a dificultar la coordinación entre sectores. No son sólo los límites geográficos, también es difícil integrar culturas organizativas como la de las redes con las más jerárquicas de las instituciones. Las tensiones entre las directrices públicas y los objetivos de las redes pueden llevar a la desmoralización de los médicos que las forman. No es fácil dar respuesta en la práctica a los múltiples intereses de los distintos agentes, desde el paciente al ciudadano, los pares y las autoridades, y en las redes también se da el conflicto de lealtades propio del papel de agente del médico.

La dificultad típica de medir el resultado de la actividad médica entorpece la atribución de reputación, base de la motivación y de la confianza mutua en las redes, lo que da las garantías necesarias para el trabajo sin jerarquías. Es cierto que los médicos dominan la asimetría de la información, y que son capaces de establecer un “mercado de reputación” de manera informal y a bajo coste, pero finalmente los profesionales con mayor prestigio terminan siendo los especialistas frente a los médicos generales¹¹. Ello dificulta la coordinación que es más fácil de conseguir cuando los generalistas tienen el prestigio y la reputación, dada su cercanía al paciente y a sus múltiples necesidades en salud. En todo caso, las redes tienden a rechazar a los ajenos y, por ejemplo, si están formadas y lideradas por médicos generales admiten mal a otros profesionales, co-

mo enfermeras y trabajadores sociales, a veces en contra de los intereses de los pacientes y de la población.

A las dificultades señaladas hay que sumar la inexistencia de una regla o fórmula con fundamento científico para lograr el pago que promueva la coordinación. Se trata de combinar el pago por el trabajo clínico propiamente dicho, con el pago por el plus de responsabilidad en la gestión, en la coordinación y uso de recursos. La clave es adecuar la descentralización de la gestión y de las tareas a la descentralización del riesgo financiero. El proceso exige trabajar en la cuerda floja, pues la descentralización excesiva del riesgo financiero puede llegar a alterar la conducta profesional. Así, por ejemplo, si se quiere fomentar la coordinación respecto a enfermedades y pacientes que lo necesitan manifiestamente, como diabéticos y epilépticos, y con comorbilidad, el énfasis excesivo en algunos casos bien definidos puede llevar al abandono de otros más difusos o ignorados.

REFORMAS PRO-COORDINACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS PAÍSES EUROPEOS DESARROLLADOS

Los profesionales más relevantes en lo que respecta a coordinación en todos los campos sanitarios son los médicos generales, especialmente en los países en que tienen papel de filtro para la atención especializada^{2,9}. En cualquier caso, les coloca en posición preferente al respecto por su situación en primera línea y su capacidad de dar respuesta a todas las demandas de los pacientes (por sí, por delegación en el personal auxiliar, o derivando, según el caso).

Para mejorar la capacidad de coordinación de los médicos generales se pueden tomar iniciativas varias, lo que llamamos reformas sanitarias en Atención Primaria². Éstas pueden buscar:

- Modificar las normas que se refieren a la relación entre los distintos actores.
- Modificar la cantidad, tipo y distribución de recursos asignados a los distintos niveles.

En lo concreto: a) se puede incrementar directamente el poder de coordinación de los médicos generales, al introducir y/o reforzar su papel de filtro, o b) se puede aumentar su capacidad de resolución de problemas, al asignar recursos y establecer reglas que amplíen su oferta de servicios.

Son reformas pro-coordinación en Atención Primaria las que buscan incrementar directamente el poder de coordinación de los médicos. Estas reformas han tenido éxito distinto en diferentes países. Por ejemplo, han sido costosas y lentas en los países con sistema de seguridad social, con pago por acto y profesionales independientes, como Bélgica y Francia, donde la medicina general es débil, por el papel principal de los especialistas y de las mutuas. Así, sólo en 2004 se logró introducir en estos países un mecanismo financiero que promueve el papel de filtro del médico general, al discriminar el pago al especialista según el paciente llegue espontáneamente al mismo, o sea derivado al mismo por su médico general.

¹¹En este texto se emplea la denominación médico general como equivalente a médico de familia, médico de Atención Primaria y médico de cabecera, pues “médico general” es la denominación que predomina en los países europeos desarrollados.

La situación ha sido distinta en Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, donde existe una medicina general fuerte, con una organización espontánea en redes, y donde los médicos generales cuentan con prestigio y reputación entre el colectivo médico, los políticos y la sociedad. Estos países ya contaban con el papel de filtro del médico general como un mecanismo de pro-coordinación, desde después de la segunda guerra mundial. En esos países el médico general es un profesional independiente, con cobro básico por capitación, más pago específico por acto y para el sostenimiento de la consulta (lo que promueve el trabajo en equipos pequeños, de tres o cuatro médicos, aunque es todavía frecuente el trabajo en solitario, hasta la mitad del total de los médicos generales daneses y holandeses)¹⁰. Las reformas pro-coordinación han ido a reforzar el papel de filtro, a asignar presupuestos para la compra de servicios, y/o a fomentar el cruce de las barreras entre niveles y sectores.

En Dinamarca la reforma ha sido la respuesta formal de apoyo y difusión a una experiencia informal de “conquista” de los hospitales por los médicos generales, en la que se ha introducido el papel del médico general con trabajo a tiempo parcial (unas horas al mes) como asesor para la mejora de la coordinación en casos y situaciones concretas, y como coordinador regional entre la atención hospitalaria y la primaria¹¹.

En Holanda la reforma pro-coordinación fue una exigencia del Informe Boesheuvel, de apoyo a la innovación de origen en la base, que desembocó en el proyecto *Transmural Care* que ha tenido más éxito en lo que respecta a la coordinación entre hospitales y servicios sociales que en lo relativo a los médicos generales. Ha faltado voluntad política, de forma que, por ejemplo, nunca se introdujeron en medicina general los incentivos previstos para las nuevas responsabilidades en coordinación¹².

Por el contrario, en el Reino Unido la voluntad política ha sido el motor de la reforma y de las múltiples iniciativas que se han apoyado en las redes de médicos generales. El proceso comenzó con los *funholders*, médicos generales que aceptaron el reto de administrar un presupuesto para comprar servicios a sus pacientes (libre elección de servicios diagnósticos y terapéuticos de los especialistas, de forma que “el dinero sigue al paciente”) y para ampliar su oferta de servicios, con el riesgo financiero correspondiente, pero todo “en miniatura”; por ejemplo, con un control del presupuesto total en torno al 20%. Sorprendentemente, los mecanismos de mercado no generaron competencia, sino cooperación y fortalecimiento de las redes informales previas. Para incrementar el compromiso de los médicos generales con las necesidades de la población, y para fomentar la integración de sus redes con las de otros servicios sanitarios y sociales, se crearon los *Primary Care Groups*. Éstos agrupan a redes de médicos generales con autoridades locales, servicios comunitarios, sociales y de salud pública. Se buscó el aumento de la autonomía y del poder de coordinación, y el control del 100% del presupuesto, para adaptarse a las cambiantes circunstancias locales. Por ello, se transfiere radicalmente la responsabili-

dad y el poder de coordinación desde las autoridades nacionales a las redes de profesionales locales, y al tiempo se promueve el aumento de capacidad de resolver problemas de la Atención Primaria y comunitaria en detrimento de la atención especializada y hospitalaria^{2,13}.

En Italia, donde los médicos generales son también profesionales independientes, con cobro por capitación y trabajo fundamentalmente en solitario, la reforma pro-coordinación se ha introducido por un mecanismo formal jerárquico, mediante legislación que recoge pormenorizadamente las situaciones y casos en los que promover la coordinación mediante la asignación a los médicos generales de responsabilidades en servicios sociales¹⁴.

Por último, las reformas han sido de muy distinta índole en los países en los que los médicos son funcionarios públicos con pago por salario, caso de países mediterráneos en los que el médico general tiene una lista de pacientes y papel de filtro, como España y Portugal, y de los países escandinavos, con médicos generales sin lista de pacientes ni papel de filtro, como Finlandia y Suecia.

En España, la reforma giró en torno a la creación de centros de salud y al aumento de los recursos para la Atención Primaria. Respecto a la coordinación, se promovió la cooperación intersectorial, pero sin mucho éxito (triunfó la línea “familia” sobre la línea “comunitaria”). También se realizó cierta experimentación en torno a la separación de la provisión y la financiación; y, posteriormente, al establecimiento de alguna cooperativa (Cataluña) y de programas de gestión de enfermedades (Andalucía)¹⁵.

En Portugal se implantaron también los centros de salud, pero la política al respecto ha sido muy cambiante, y sólo últimamente se está introduciendo cierta experimentación en torno a las formas de pago y al establecimiento de cooperativas de médicos.

En Finlandia las reformas pro-coordinación llevaron a crear el *personal doctor* en los centros de salud, una especie de médico de cabecera con su lista de pacientes. Ante la esclerosis de la Atención Primaria, con listas de espera de hasta 40 días para el médico general, en 2004 se implantó una iniciativa global, de mejora de la accesibilidad y de la coordinación, con el lema de “tres días, tres semanas, tres meses”, respectivamente el tiempo máximo para la cita con el médico general, la realización de pruebas diagnósticas y la intervención del especialista.

En Suecia también se ha experimentado con el programa del *personal doctor*, pero lo interesante son las reformas pro-coordinación en la comunidad, en las que el médico general no ha sido el protagonista. Por ejemplo, la de Ådel, en que se transfirió poder y presupuesto al municipio, para facilitar la coordinación del hospital con los servicios

¹⁵En este trabajo sólo pretendemos dar una visión general respecto a las reformas pro-coordinación en los países europeos desarrollados, lo que nos impide examinar en profundidad, por ejemplo, la reforma española, y algunas experiencias pro-coordinación muy interesantes y poco conocidas, como la del Centro de Salud de la Barceloneta (Barcelona), la de la Unidad de Medicina de Familia en el Hospital Universitario de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife), la del Centro de Salud Gotic (Barcelona) y las de las organizaciones catalanas PANEM y SAGESSA¹⁵⁻¹⁸.

comunitarios, al objeto de acortar las estancias de ancianos crónicos en los hospitales (si se prolonga más allá de la necesidad clínica, el municipio paga de su presupuesto los días de estancia de más)¹⁹. O el proyecto DELTA, que se basa en los centros de salud y equipos multidisciplinares con poder de compra para resolver necesidades de inválidos, discapacitados, ancianos y otros mediante la coordinación de servicios médicos, comunitarios, sociales y de la seguridad social.

Respecto a la coordinación, son también interesantes las experiencias en distintos países y regiones con hospitales sociosanitarios comunitarios dirigidos por equipos de Atención Primaria, de lo que hubo un embrión en España en los años setenta del pasado siglo, y hoy se ven en los países nórdicos, entre otros.

CONCLUSIÓN

Existe una tendencia europea (y mundial) respecto a la necesidad de la mejora de la coordinación entre niveles y sectores para resolver los problemas sanitarios y sociales de los pacientes y de las poblaciones. En general, esta tendencia se funda en reformas pro-coordinación de la Atención Primaria y busca la integración más informal que formal de distintos servicios y profesionales en lo que se denominan organizaciones sanitarias integradas de ámbito comunitario (OSCI)^{2,14}.

Las OSCI pueden fundarse en la integración jerárquica y orgánica, pero generalmente lo hacen en la integración virtual y funcional. Las OSCI tienen una alta diversificación (una gran economía de gama, gran variedad de servicios) a una relativa pequeña escala, lo que permite su adaptación a las necesidades locales, pero conlleva el doble problema del control del riesgo financiero y de la dificultad de definir y medir el producto final.

Aunque la evaluación de las reformas va siempre por detrás de las mismas, puede afirmarse que las reformas europeas no han resuelto los problemas de coordinación, que son difíciles y correosos, aunque han tenido aciertos parciales. No han empeorado la equidad. Han mejorado la eficiencia. Se ha demostrado un impacto positivo sobre algunos indicadores de salud poblacional. Han mejorado la capacidad de gobierno organizativo, pero a veces a costa de una disminución real o percibida del gobierno clínico, lo que en algunos casos ha llevado al deterioro de la satisfacción profesional de los médicos generales. No han empeorado la satisfacción de los pacientes. No se han resuelto los problemas de calidad del trabajo en equipo, y se mantienen los respectivos monopolios profesionales. La cultura de seguridad y evitación de riesgos y errores ha pasado de la teoría a la práctica, pero sin convertirse en norma. Se han logrado más éxitos en la coordinación entre niveles sanitarios que entre el sector sanitario y el social¹⁴.

En síntesis, las reformas pro-coordinación en los países europeos desarrollados han dado pie a experiencias innovadoras y prometedoras que refuerzan el papel del médico general y de la Atención Primaria como eje del sistema sanitario, y ponen de relieve las dificultades para resolver los problemas de coordinación vertical y horizontal, en el

propio sistema sanitario y con otros sectores, como el comunitario, educativo, de seguridad social, de salud pública y judicial, entre otros^{2,20,21}.

AGRADECIMIENTO

Este texto se ha beneficiado del impulso dado por los Seminarios de Innovación, organizados por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y la Fundación de Ciencias de la Salud, con patrocinio de Glaxo-SmithKline.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goddar M, Mannion R, Smith P. Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information. *Health Econ.* 2000;9:95-107.
2. Rico A, Saltman RB, Boerma WG. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Admin.* 2003;37:592-608.
3. Schärf F. Games in hierarchies and networks. Frankfurt: Verlag Campus; 1993.
4. Arrow K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev.* 1963;53:941-73.
5. Litman M. Self-referral and kickbacks: fiduciary law and the regulation of "trafficking in patients". *CMAJ.* 2004;170:1119-20.
6. Hampton JR. The end of clinical freedom. *BMJ.* 1983;287:1237-8.
7. Abrams FR. The doctor with two heads. *N Engl J Med.* 1993;328: 975-6.
8. Callaghan G, Exworthy M, Hudson B, Peckham S. Prospects for collaboration in primary care: relationships between social services and the PCGs. *J Interprofessional Care.* 2000;14:19-26.
9. Gérvás J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Fam Practice.* 1994;11:307-17.
10. Boerma WG. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL; 2003.
11. Olofsson F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS. GPs as advisers and coordinators in hospitals. *Q Health Care.* 1998;7:42-7.
12. Linden BAV, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in the Netherlands: the development of trans-mural care since 1994. *Health Policy.* 2001;55:111-20.
13. Smith J, Barnes M. Developing primary care groups in the new NHS: towards diversity or uniformity? *Public Money Manage.* 2000;20:45-51.
14. Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias en Europa: gobierno, cooperación y evaluación. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance.* Barcelona: Masson; 2005 [en prensa].
15. Segura A. El project AUPA Barceloneta. Barcelona: Generalitat Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut; Monografies 12. 2004.
16. Vázquez Díaz JR. S-PICA: subprograma de integración y coordinación asistencial. En: XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. XI Jornadas de Hipatia. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000. p. 31-2.
17. Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guargo A, Torres MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria.* 1998;21:372-82.
18. Mir L, Picas JM, Abizanda M. Gestión de patologías en un programa integrado de gestión de salud. *Gest Eval Serv Sanit.* 2002;3: 13-8.
19. Johansson R, Borell K. Central steering and local networks: old-age in Sweden. *Public Administration.* 1999;77:585-98.
20. Martín Zurro A. Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas prácticas. *Aten Primaria.* 2000;26:74-5.
21. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. *Rev Administración Sanit.* 2002;4:39-67.