
Posibilidades de gestión en Atención Primaria: ¿hemos llegado al final del camino?

Natalia Ramos Díaz

Médico de Familia. Ex Gerente de Atención Primaria.

En el presente artículo trato de hacer un recorrido, que para algunos ya empieza a ser historia, sobre el desarrollo de la Atención Primaria desde sus inicios hasta el momento actual, haciendo especial referencia al papel que han desempeñado gestores y profesionales sanitarios. Es posible que alguien considere aburrido remontarse a los inicios de la reforma de nuestro sistema sanitario, en este caso, probablemente, será un lector perteneciente a la antigua escuela. Aun así, creo que en estos momentos, más que nunca, es importante hacer balance de lo ocurrido desde los movimientos precursores de la reforma a finales de los años setenta, pasando por el inicio formal de la misma en 1984 hasta la actualidad.

En la década de los setenta surge una preocupación mundial por el crecimiento en el gasto sanitario. Los

factores que influyen en su crecimiento son fundamentalmente: el cambio de patrón epidemiológico (disminuyen las enfermedades infecciosas en los países industrializados y aumentan las crónicas), el incremento de la demanda, el de la tecnología y de la población anciana. Además existen desigualdades en el acceso a la sanidad entre los diferentes países y dentro de un mismo país, y prima una medicina curativa que no da respuesta a las enfermedades que causan más morbimortalidad.

Ante esta situación tiene lugar la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, que reúne 138 países con el fin de adoptar medidas urgentes por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los

pueblos del mundo. En esta conferencia se sentaron las bases de la Atención Primaria de salud.

A raíz de los acuerdos en Alma-Ata, y del Comité Regional Europeo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se elaboró una estrategia para el desarrollo de la Atención Primaria de salud, que quedó plasmada en nuestro país en dos normativas:

1. El Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud (enero de 1984), que establece la constitución de la Unidad funcional (equipo de Atención Primaria [EAP]), su ámbito geográfico de actuación (zona básica de salud) y la estructura física (centro de salud).

2. La Ley General de Sanidad (abril de 1986), que ratificaría el Real Decreto y que estableció el marco de actuación de las administraciones públicas sanitarias, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En función de esta normativa estatal, las comunidades autónomas, competentes en planificación y ordenación territorial, elaboraron los mapas sanitarios estableciendo las áreas de salud y las zonas básicas de salud.

La organización de la Atención Primaria se basa en EAP que asumen las funciones de promoción de la

salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación y prestan atención sanitaria en centros de salud y consultorios a las diferentes zonas básicas, a través de una estructura organizativa compleja, en la que conviven profesionales dependientes de las comunidades autónomas, profesionales de cupo pertenecientes al régimen estatutario, con una dedicación horaria parcial y la incorporación progresiva de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, que amplían su dedicación horaria.

En una fase inicial se empiezan a desarrollar acciones coordinadas de prevención y control comunitario de grupos de patologías a través de programas integrales de salud, que trataban de dar respuesta a los problemas de salud más prioritarios.

Los programas de salud establecidos inicialmente en los diferentes EAP tenían un carácter “localista”, y carecían de criterios homogéneos que permitieran comparar y evaluar las intervenciones. Por ello, en 1991, el INSALUD establece la “cartera de servicios” como catálogo básico de prestaciones que se debe ofertar a la población desde el primer nivel asistencial. Cada servicio está defi-

nido por un indicador de cobertura y unas normas técnicas, como criterio cualitativo que debe contemplar el servicio.

Los objetivos fundamentales de la cartera de servicios están encaminados en dos líneas, como un instrumento de garantía de calidad asistencial, basada fundamentalmente en criterios de correcta atención (cumplimiento de normas técnicas) y como herramienta de gestión, formando parte de los objetivos del contrato asistencial.

Otra de las líneas desarrolladas en esta primera etapa fue el Programa de uso racional del medicamento, dada la importancia cualitativa y cuantitativa que supone la prescripción farmacéutica y su crecimiento interanual en el gasto de Atención Primaria.

Asimismo, se desarrolla el Programa de mejora a la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios (PMASS), relacionado con la accesibilidad horaria y geográfica, cita previa y citaciones en consultas de Atención Especializada.

Uno de los elementos que se tuvieron en consideración desde los inicios, fueron las expectativas de los ciudadanos y la percepción de la atención recibida en los centros de

Atención Primaria, por lo que se diseñó una encuesta de satisfacción a los usuarios de los servicios, que se realizaba con periodicidad anual.

En relación con la Atención Especializada se empiezan a analizar las derivaciones en pruebas de laboratorio, de diagnóstico por imagen y primeras consultas y se elabora un catálogo de acceso a pruebas diagnósticas del primer nivel asistencial.

La planificación y la gestión de los recursos hizo necesaria la creación de una estructura directiva de área. Surgen así las Gerencias de Atención Primaria como estructuras jerarquizadas, que en los EAP adoptan una organización matricial compuesta por el coordinador del EAP y el responsable de Enfermería. Así pues, la puesta en marcha de los EAP, la gestión de sus infraestructuras, sus contratos, compras y suministros quedan encuadrados a los equipos directivos, que son nombrados por el sistema de libre designación por parte de la dirección general del INSALUD.

La estructura de la Gerencia de Atención Primaria está formada inicialmente por un director-gerente y tres direcciones, dos de ellas asistenciales y una de gestión. Cuenta con un equipo de apoyo formado por los

técnicos de salud de área, farmacéuticos de Atención Primaria y técnicos de gestión. En una fase posterior se incorporan informáticos, responsables de calidad y de los sistemas de información.

Paralelamente a la creación de las gerencias se desarrollaron programas de formación de directivos con el fin de profesionalizar a los gestores. Fue un gran apoyo la colaboración de la Escuela Nacional de Sanidad y la Escuela Andaluza de Salud Pública, que desarrollaron planes de formación “a medida” dirigidos a dotar a los gestores sanitarios de habilidades directivas: liderazgo, motivación, negociación, técnicas de comunicación y delegación.

A partir de 1993 el INSALUD inicia la “administración por objetivos”, estableciendo objetivos organizativos anuales en cada área de salud.

Posteriormente, y en busca de una mayor eficiencia y satisfacción de los usuarios, se implanta el contrato-programa, posteriormente denominado contrato de gestión. Este enfoque contractual, que se inicia en el año 1993, se realiza a dos niveles: uno, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INSALUD, separando así la financiación de la pro-

visión de servicios y especificando los objetivos a alcanzar en términos de mejora de la salud, y otro el que efectúa el INSALUD con las gerencias de Atención Primaria y Especializada, con el fin de lograr una mayor corresponsabilidad de los profesionales sanitarios en la utilización de los recursos. Se introduce así un estilo de dirección participativa por objetivos, que va creando toda una cultura de valores en la organización.

Por tanto, se produce una primera fase de descentralización de la gestión a las Gerencias de Atención de Atención Primaria, con una previsión posterior de descentralización en los EAP.

El contrato-programa/contrato de gestión del INSALUD con las Gerencias de Atención Primaria se basa fundamentalmente en objetivos específicos de actividad, calidad y asignación presupuestaria, en razón a una población a atender con unas características determinadas.

Los contenidos fundamentales de esta relación contractual entre los proveedores (EAP) y el financiador-comprador pasan por definir una población asignada y su correspondiente pirámide poblacional; contar con unos objetivos institucionales

enmarcados en objetivos en salud, mejoras en la organización y orientación de los servicios a satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos; establecer una oferta de servicios con pactos de metas de las actividades; instaurar unos objetivos de calidad, tanto en su dimensión científico-técnica como en la de percepción de los ciudadanos en la utilización de los servicios; asignar los recursos que posibiliten cumplir estos pactos y desarrollar sistemas de información y un sistema de evaluación que permita conocer el grado de cumplimiento de los objetivos, para finalmente desarrollar un sistema de incentivación como procedimiento de reconocimiento y discriminación de los EAP y profesionales que alcanzan un mayor porcentaje de cumplimiento de objetivos.

En cuanto a la actividad existen dos enfoques, uno orientado a cuantificar las consultas y otro enfocado a la oferta básica de servicios, recogidos en la propia cartera de servicios.

La calidad asistencial se establece mediante el cumplimiento de las normas técnicas de la cartera de servicios.

En relación con la calidad de prescripción, y en consonancia con los

Programas de uso racional del medicamento, se abordan dos aspectos fundamentales: uno a través de los indicadores de prescripción (indicadores de utilidad terapéutica alta, de utilidad terapéutica baja e indicadores indirectos) y otro, mediante la revisión y actualización de recomendaciones a la hora de prescribir.

La calidad percibida es otro elemento esencial en los contratos de gestión, habiéndose obtenido muy buenos resultados en la percepción que tienen los ciudadanos de la atención recibida en los centros de salud. Cabe destacar que, sistemáticamente, en las diferentes encuestas realizadas las cuestiones calificadas con puntuación más elevada son aquellas relacionadas con los profesionales sanitarios y la atención en el domicilio.

Asimismo, se fijan indicadores de pacto de consumo entre cada área de salud y el hospital de referencia, en cuanto a pruebas de laboratorio, de diagnóstico por imagen y de primeras consultas derivadas a los facultativos de Atención Especializada. Estos indicadores se definen inicialmente en función de valores medios, para relacionarlos posteriormente con criterios poblacionales, estableciendo tasas de derivación por cada

1.000 habitantes, que se incluyen en los “pactos de consumo”. Además, con la intención de contener el número de pacientes derivados al segundo nivel se potencia el aumento de la capacidad resolutiva de los profesionales de Atención Primaria, ofertando nuevos servicios a través de los profesionales de los EAP, incluyendo como uno nuevo la cirugía menor y en una fase posterior la atención a pacientes crónicos inmovilizados en el domicilio y terminales a través de los equipos de soporte de atención domiciliaria.

La financiación para el desarrollo de estas actividades se efectúa con carácter básicamente capitativo, teniendo en cuenta el total de población, sus características etarias, el grado de dispersión geográfica y la diferente aportación de farmacia de los usuarios.

El presupuesto asignado a las áreas de salud incluye la financiación correspondiente a gastos de personal, bienes y servicios, reposición de material clínico y mobiliario, planes de montaje, obras menores y prescripción, fundamentalmente por receta médica.

La necesidad de discriminar aquellas gerencias que alcanzan un mayor grado de cumplimiento de objetivos hace

que se establezca un sistema de incentivación que posibilite el reconocimiento de ese mayor esfuerzo y su traducción presupuestaria en recursos adicionales, no siempre monetarios. El sistema de incentivación se traslada a los EAP, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la evaluación de sus contratos asistenciales.

Se puede afirmar que el contrato de gestión favoreció una madurez organizativa, un estilo de dirección participativo por objetivos, una mejora continua en los sistemas de información y el desarrollo de una contabilidad de costes, siendo el punto de encuentro entre gestores y profesionales asistenciales.

No obstante, existen aspectos previstos desde las fases iniciales de la reforma que han tenido un menor grado de desarrollo. Entre estos hay que destacar la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, que desde mi punto de vista está relacionada con la escasa implicación de los equipos directivos de Atención Especializada en las funciones de coordinación con el primer nivel. Además, el hecho de centrar las acciones dirigidas a intentar racionalizar los consumos generados a Aten-

ción Especializada, como se ha comentado anteriormente, lejos de obtener resultados satisfactorios, generó un gran malestar entre los médicos de familia, que asumían la gestión de numerosas citas procedentes de otros profesionales del nivel especializado, algo que impedía el desarrollo de lo que debería ser su papel como gestor de los flujos asistenciales. Probablemente las intervenciones que han tenido mayor éxito en los aspectos relacionados con la coordinación han sido fruto de las relaciones establecidas entre los profesionales de ambos niveles, primando el voluntarismo y sin intervención de los equipos directivos.

En los últimos años en algunas comunidades autónomas han ido surgiendo otros problemas a los que aún no hemos sido capaces de dar una respuesta adecuada. Quizás el que mayor protagonismo ha adquirido es el crecimiento poblacional. Esta tendencia demográfica está originada por dos factores: el aumento de la esperanza de vida y, por tanto, un mayor porcentaje de población mayor de 65 años y el crecimiento de población inmigrante. Estos incrementos de población inciden en el consumo de las consultas de Atención Primaria, que

se traducen en altas presiones asistenciales en las consultas de Medicina de familia y Pediatría, problema que se agrava por la falta de personal suplente. Los intentos de controlar esta situación introduciendo medidas organizativas en los EAP tendentes a disminuir la carga burocrática han tenido escaso éxito.

Los sistemas de incentivación a las gerencias y de estas a sus unidades de provisión, desarrollado a lo largo de los años, no han dado los resultados esperados. Las cuantías económicas no han sido motivadoras, y no siempre han medido resultados individuales ni niveles de responsabilidad. Tampoco han tenido éxito las medidas dirigidas a introducir mejoras retributivas (carrera profesional), ni la reducción de la jornada laboral.

No cabe duda que el aumento de población, el incremento de la demanda de atención sanitaria —no siempre considerada pertinente—, la complejidad de las tareas administrativas y burocráticas, la escasez de personal suplente y la relación con Atención Especializada son causa de insatisfacción de los profesionales de Atención Primaria.

Esta es la situación en la que nos encontramos al finalizar el proceso

de transferencias en competencias sanitarias.

En un intento de controlar estos factores, y centrándonos ya en nuestra comunidad, la Consejería de Sanidad y Consumo, por mandato de la Asamblea de Madrid, elaboró el Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009, teniendo como objetivos prioritarios la modernización y mejora de este ámbito asistencial.

En el análisis de la situación, definición de las áreas de actuación y sus líneas estratégicas participaron de forma activa las sociedades científicas y los colegios profesionales.

El Plan de Mejora desarrolla una serie de objetivos y líneas estratégicas orientadas a los ciudadanos, a los profesionales y a la organización y gestión de los servicios, estableciendo un cronograma de actuaciones a lo largo del periodo 2006 a 2009 y estimando los costes anuales de dicho Plan.

Sin embargo, en los últimos tiempos, profesionales, sociedades científicas y diferentes medios de comunicación nos están diciendo que la Atención Primaria ha sufrido un estancamiento e incluso un retroceso, achacando a esta una situación de crisis permanente.

Este malestar se acrecienta con el comienzo del proceso de “privatización” de la gestión de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid, reflejado en la gestión de los nuevos hospitales.

La proliferación abrupta de hospitales evidencia que la planificación no es una prioridad para el gobierno regional, y que la tendencia es desarrollar políticas más populistas. Aparecen nuevos hospitales sin que se haya publicado el nuevo mapa sanitario, imprescindible para diseñar una correcta reordenación de recursos como garante de la equidad y accesibilidad. Asimismo, existe una escasa contestación política de la oposición que favorece la situación actual.

Esta opción política supone un cambio radical de estrategia caracterizada por una falta de planificación y por una centralización en la toma de decisiones, que denota implícitamente una desconfianza en la gestión pública.

Mientras esto ocurre muchos nos preguntamos ¿qué ha pasado con el Plan de Mejora de la Atención Primaria en Madrid? Documento de consenso con los representantes profesionales y la administración sanitaria

ria que planteaba una serie de líneas de estratégicas de mejora. Desconocemos la respuesta, pero está surgiendo un cierto desconcierto entre los profesionales de Atención Primaria que ven amenazado su papel dentro del sistema sanitario.

Cualquier iniciativa que pueda afectar a un aspecto tan sensible como es el de la salud debería aprovechar experiencias similares valorando sus resultados. Por ejemplo, la construcción de hospitales con financiación privada ya demostró en el Reino Unido ser cara y de dudosa calidad.

Otro ejemplo más próximo a nuestra realidad, puesto en marcha por el gobierno valenciano, fue el modelo Alzira, desarrollado a finales de los años noventa y basado en la concesión administrativa al sector privado de la asistencia sanitaria pública. Cabe preguntarse si logró mejorar la gestión y reducir sus ineficiencias.

Cataluña adopta como modelo de gestión alternativo las entidades de base asociativa. Estas se conforman como empresas privadas, con ánimo de lucro, propiedad de los profesionales, que asumen la Atención Primaria de una zona determinada mediante un contrato con el Servicio Catalán de Salud y por

personas jurídicas que tengan como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios. Transcurridos 10 años su implantación es escasa, por lo que no parece un modelo generalizable.

Ante la pregunta de si la Atención Primaria está en crisis mi opinión es que no. No podemos despreciar los logros alcanzados en el proceso de reconversión del modelo de sanidad pública establecido por la Ley General de Sanidad a lo largo de sus más de 20 años de desarrollo y que responde a una estrategia compleja. Por tanto, no parece lógico ni cambiar ni sustituir un sistema que ha funcionado, sino que más bien, deberemos dirigir nuestros esfuerzos a mejorar sus imperfecciones y dar un paso más en su desarrollo, favoreciendo la verdadera descentralización de la gestión y otorgando a la Atención Primaria su verdadero papel como gestor de los flujos asistenciales. Para ello sería necesario modificar la organización de los Equipos de Atención Primaria, dotándoles de una mayor autonomía de gestión. Si no damos este último paso no podremos afirmar que hemos llegado al final del camino.

Todos estos cambios que afectan a nuestro sistema sanitario generan

preocupación en la población y en los profesionales que la atienden. Estos últimos sienten que han perdido el protagonismo y reconocimiento social que habían alcanzado. Influye, asimismo y de forma negativa, el escaso margen de maniobra de los directivos en la gestión, debido a la centralización de las decisiones en altos niveles de la organización, por lo que pasan a tener un perfil más político que gestor.

No se ha producido un debate público que justifique estos nuevos

modelos de gestión de la sanidad, teniendo en cuenta criterios de calidad y eficiencia. Seguimos sin tener datos precisos de las consecuencias para la sanidad pública de las diferentes experiencias/experimentos ya implantados previamente. ¿Han aumentado la eficiencia y mejorado la gestión? ¿Han servido para externalizar aspectos de la atención sanitaria a favor de determinados grupos y sectores económicos que han vivido estos cambios como una ocasión de negocio?

