

Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate

M. Álvarez Girón^a, C. García Gil^b y A. Solano Parés^b

Objetivo. Considerar las opiniones de los profesionales sanitarios acerca de cómo afectan a la calidad de las prestaciones sanitarias los términos en que se establece el acuerdo de gestión con las unidades clínicas.

Diseño. Estudio cualitativo para conocer las opiniones de los profesionales. Se obtuvieron opiniones individuales de informadores clave, se analizaron fuentes secundarias y se finalizó con un grupo de discusión. Las categorías del análisis se establecieron a partir de los resultados obtenidos.

Emplazamiento. Distritos de atención primaria de la comunidad autónoma andaluza, en las provincias de Sevilla y Cádiz. Se han elegido zonas básicas de salud con características socioeconómicas y geográficas diferentes.

Participantes. Nueve profesionales implicados en la nueva forma de gestión. Los criterios de selección se refieren al tipo de profesional, la unidad o equipo de trabajo y las características de la zona básica de salud.

Método. La entrevista semiestructurada a informadores clave y grupo de discusión cómo técnicas básicas para la obtención de la información.

Resultados. Se ha detectado una visión de las unidades clínicas de gestión como estrategia dirigida al ahorro. Se manifiestan diferencias respecto a los equipos básicos de atención primaria.

Conclusiones. Los profesionales opinan que hay excesiva rigidez y cuantificación en la medición de servicios y objetivos, lo que genera unas condiciones de trabajo desfavorables que influyen en la calidad de las prestaciones.

Palabras clave: Eficiencia. Atención primaria. Gestión.

CLINICAL MANAGEMENT UNITS IN PRIMARY CARE: A QUESTION UNDER DEBATE

Objective. To find the views of health professionals on how the terms of the new management agreement with clinical units affect the quality of health delivery.

Design. Qualitative study to find professionals' views. Individual opinions of key informers were obtained, secondary sources were analysed and a discussion group rounded off the study. The categories for the analysis were established on the basis of the results obtained.

Setting. Primary care districts in the provinces of Sevilla and Cádiz, in the Autonomous Community of Andalusia. Health districts of differing social-economic and geographical characteristics were chosen.

Participants. 9 professionals involved in the new system of management. The selection criteria refer to the kind of professional, the unit or work team and the characteristics of the health district.

Method. The semi-structured interview with key informers and a discussion group were the basic techniques for gathering information. Results. A view that the clinical management units were designed as a savings strategy was detected. There were differences about primary care teams.

Conclusions. Professionals think there is too much rigidity and adding-up in the measurement of targets and objectives. This creates unfavourable working conditions, which affects the quality of health service delivery.

Key words: Efficiency. Primary care. Management.

^aProfesora asociada.

^bProfesora titular.

Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. España.

Correspondencia:
Ana Solano Parés,
Departamento de Ciencias Sociosanitarias.
Facultad de Medicina.
Universidad de Sevilla.
Avda. Sánchez Pizjuán, s/n.
41006 Sevilla. España.
Correo electrónico: solano@us.es

Manuscrito recibido el 30 de julio de 2002.
Manuscrito aceptado para supublicación el 3 de febrero de 2003.

Introducción

La promulgación en 1986 de la Ley General de Sanidad ha generado la universalización de los servicios sanitarios, provocándose así una situación contradictoria: el gasto sanitario, que crece como consecuencia de aquélla, debe reducirse simultáneamente para evitar el aumento del gasto público, principio irrenunciable para la actual política neoliberal¹.

El incremento del gasto sanitario se centra en dos capítulos: recursos humanos y gasto farmacéutico^{2,3}. El problema afecta a la atención primaria, es decir, al núcleo de la reforma sanitaria andaluza⁴, realizada con el entusiasmo de un amplio número de profesionales fuertemente motivados por los cambios introducidos. No se prevé que los factores generadores de la crisis vayan a cambiar a corto plazo; por esto en los últimos años se han desarrollado múltiples estrategias de gestión basadas en las ciencias económicas aplicadas a la empresa^{5,6}.

Las unidades clínicas son un nuevo ensayo⁷ en el que un equipo de médicos, enfermeros y muy recientemente auxiliares de enfermería, libremente constituidos, firman un acuerdo de gestión con el SAS, adquiriendo una mayor autonomía y comprometiéndose a lograr unos determinados objetivos. Este estudio pretende conocer las opiniones de los profesionales implicados sobre el nuevo modelo, ya que el plan de calidad⁸ los considera la clave del sistema sanitario por la importancia estratégica del servicio que prestan.

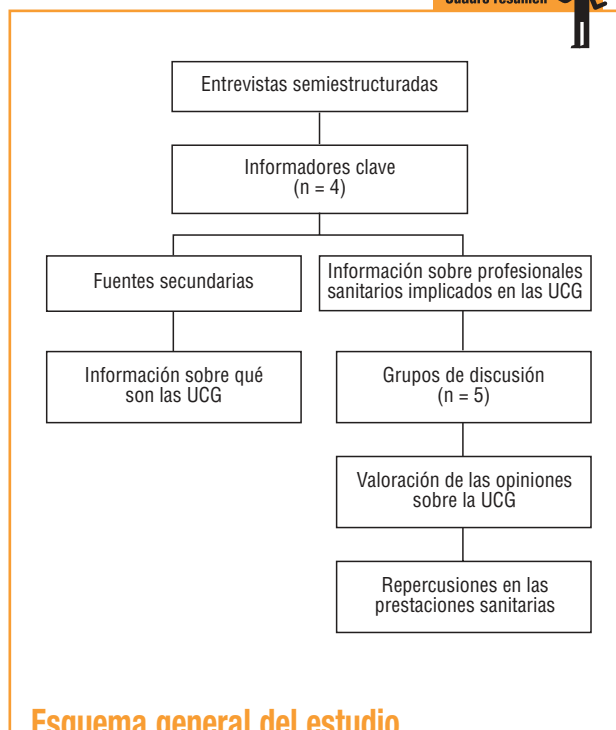
Participantes y métodos

Diseño

Hemos empleado una metodología cualitativa, ya que se trata de recoger las opiniones de los profesionales ante los cambios de gestión que se vienen operando⁹, para lo cual ha mostrado ser una buena estrategia de investigación. Los métodos utilizados han sido la obtención de información cualificada a partir de informadores clave que, además de una visión amplia del tema, nos permitiera acceder a fuentes secundarias y captar posibles miembros para el grupo de discusión previsto para una fase posterior. La técnica utilizada para ello fue la entrevista semiestructurada¹⁰, que pretende obtener información a través del diálogo con personas, sin listado de preguntas fijas sino mediante un guión de temas que al investigador le interesa tratar, dejando así al entrevistado mayor protagonismo, libertad y sinceridad en el proceso de la conversación.

Las fuentes secundarias seleccionadas a partir de la entrevista a los informadores clave fueron: el «Contrato Programa 2002»¹¹, el «Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del SAS 2001-2004»¹², «Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria»¹³ y el «Plan de Calidad»⁸. Todos ellos documentos editados por el Servicio Andaluz de Salud o la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio cualitativo que analiza las opiniones de los profesionales sanitarios sobre las unidades clínicas de gestión en relación a las prestaciones sanitarias en la atención primaria.

Finalmente se trató de acceder a la situación concreta generada con el cambio de modelo de gestión y cómo es vivenciada por los profesionales protagonistas. La técnica utilizada para ello fue el grupo de discusión que utiliza al grupo como unidad de análisis para reproducir el discurso social sobre un problema concreto que se desea investigar; se capta así la realidad social sobre ese tema¹⁴. Los objetivos perseguidos en la entrevista semiestructurada se recogen en la tabla 1 y los temas tratados en ambas técnicas en la tabla 2.

Los métodos utilizados para la triangulación de resultados consistieron en la concordancia de los resultados obtenidos con ambas técnicas y con la información obtenida de las fuentes secundarias, así como la devolución de los resultados a los participantes.

TABLA 1
Entrevista semiestructurada.
Objetivos

Conocer las innovaciones que aportan las UCG
Conocer cómo se crea la bolsa de incentivos y los criterios de distribución
Conseguir documentación precisa
Captar posibles miembros para el grupo de discusión

UCG: unidad clínica de gestión.

TABLA 2
Temas tratados

Entrevista semiestructurada	Grupo de discusión
¿Qué son las UCG?	Ante la importancia concedida al índice sintético, qué dificultades se encuentran para cumplir los objetivos fijados por la tabla de producción de servicios ¿Cómo se resuelven estas dificultades?
¿Qué novedades aportan al trabajo que venían realizando los EBAP?	¿En qué ocasiones existe necesidad de servicios no contemplados en la cartera de servicios, cómo se dotan y cómo afectan a la cuenta de resultados
¿Qué grado de implantación tienen en su ZBS?	Consecuencias que tiene la existencia de las UCG en las funciones que realizaba el EBAP
¿Cuál es el contenido del acuerdo de gestión y quién lo establece?	Situaciones que pueden llevar a «disparar» un gasto bien controlado y consecuencias que se derivan de no hacer ese gasto por criterios de ahorro
¿Cómo se calculan los incentivos y su distribución?	

UCG: unidades clínicas de gestión; EBAP: equipo básico de atención primaria, y ZBS: zona básica de salud.

Participantes

Se entrevistó a profesionales que ocupaban posiciones distintas en los servicios y podían aportar diferentes perspectivas. Un director de distrito y un epidemiólogo con perspectiva global de la zona básica de salud, y 2 enfermeros como profesionales implicados directamente en la tarea clínica asistencial, pero con distinto nivel de experiencia respecto a las unidades clínicas de gestión (UCG). Los criterios que se usaron para la selección se recogen en la tabla 3.

En el grupo de discusión participaron 2 médicos, 2 enfermeros y un epidemiólogo que fueron captados a través de los informadores clave. Los criterios de selección empleados se recogen en la tabla 3.

Resultados y discusión

Los resultados de la entrevista semiestructurada se recogen en la tabla 4. Del análisis de las fuentes secundarias se deduce que las UCG han estado compuestas por médicos y enfermeros (en 2002 se incluyeron los auxiliares de enfermería). Esto supone un cambio respecto a la unidad formada por el equipo básico de atención primaria, que incluía a todos los profesionales de una zona básica de salud. Las UCG que están formadas por, al menos, 2 médicos y 2 enfermeros tienen como población de referencia la asignada por la base de datos de usuarios del sistema sanitario público de Andalucía, más todos aquellos ciudadanos que la elijan en virtud del ejercicio de su derecho a la libre elección de médico.

La UCG adquiere gran autonomía, gestionando el presupuesto que le es asignado y comprometiéndose a cubrir, entre otros objetivos, la cartera de servicios y unos objetivos específicos.

El procedimiento para fijar los incentivos de las UCG viene determinado por la formación de una bolsa económica hipotética, formada por la suma de las cantidades iniciales que cada componente de la unidad podría recibir; la procedencia de este dinero es parte del ahorro que la gestión de la UCG debe generar. Para tener opción a percibir los

TABLA 3
Criterios de selección¹⁵

Entrevista semiestructurada. Informadores clave	Grupos de discusión
ZBS con UCG	Futuros miembros de UCG
ZBS sin UCG	Relación previa con UCG
Conjunto de ZBS ^a	Visión unitaria del distrito
	Heterogeneidad ^b
	ZBS distintas ^c

^aVisión de conjunto del distrito.

^bDistintos profesionales: médicos, enfermeras y epidemiólogos.

^cDistintos niveles socioeconómicos y geográficos para contemplar poblaciones con necesidades específicas distintas.

ZBS: zona básica de salud, y UCG: unidad clínica de gestión.

Criterios tomados de Rubio MJ. El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: CCS, 1997.

TABLA 4
Resultados de la entrevista semiestructurada

Desinformación sobre el objetivo y funcionamiento de las UCG
Características más relevantes de las UCG: aumentar notablemente los incentivos por el mismo trabajo
Tono crítico por la ruptura del EBAP
Actividad sanitaria dirigida a conseguir los objetivos de la cartera de servicios.

UCG: unidad clínica de gestión, y EBAP: equipo básico de atención primaria.

incentivos, la unidad debe cubrir unos objetivos, entre ellos haber logrado el índice sintético; la bolsa inicial puede duplicarse o incluso triplicarse si se consigue reducir en más de un 4% el gasto inicialmente pactado por la UCG. Sin embargo, el porcentaje de esta bolsa que será definitivamente distribuido entre los componentes de la UCG viene determinado por el porcentaje logrado en el cumplimiento de los objetivos específicos que deben ser detalladamente cuantificados.

Para el análisis de los resultados del grupo de discusión se han establecido las siguientes categorías:

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La necesidad de aumentar la eficacia en los servicios sanitarios públicos.
- El plan de calidad de la Junta de Andalucía considera a los profesionales la clave del sistema sanitario.
- Los distritos establecen su relación mediante programas y las UCG por acuerdo de gestión.

Qué aporta este estudio

- Una visión crítica de las UCG.
- Los profesionales implicados en las UCG opinan que existe rigidez en la composición y cuantificación de la producción de servicios.
- Ruptura del equipo básico de AP atribuible a la competitividad.
- Excesiva cuantificación en los objetivos específicos y comunes de las UCG.

Objetivo de la unidad clínica de gestión

En el grupo de discusión, todos coinciden en reconocer que las UCG han sido creadas para reducir el gasto en la atención primaria; importa, sobre todo, el ahorro del gasto farmacéutico y el de personal:

«Las unidades clínicas se crean para ahorrar pasta, estoy convencido.»

«El dolor de cabeza del distrito es el gasto farmacéutico.»

«Nos hacen cómplices para no cubrir bajas, o cuando se cubren, hacerlo con contratos escandalosamente precarios.»

Motivo de los incentivos

Extraña que por el mismo trabajo que realiza el EBAP se pague a las UCG unos incentivos mucho más elevados; se considera una estrategia para estimular a los profesionales al ahorro y se manifiestan reticencias en relación a aspectos éticos. En este sentido hay que valorar la fuerte implicación de los médicos de familia y los enfermeros en el proyecto y posterior puesta en marcha de los EBAP.

«La incentivación ha sido para motivar a la firma de unidades clínicas y eso tiene muchos problemas.»

«Siempre se nos ha hablado de dinero cuando se nos ha hablado de unidad clínica.»

El epidemiólogo pregunta por qué no se incentiva sólo a los médicos, que son los que tienen capacidad de recetar, pero enseguida ponen de manifiesto a los enfermeros que por su número, y sobre todo por su cercanía a la población,

son elementos clave para que esta medida pueda implantarse sin conflicto.

Evaluación del trabajo profesional

Valoran los objetivos comunes como difíciles de lograr, y todos coinciden en considerar muy cuantitativo el sistema de evaluación empleado para valorar su consecución, lo que está provocando un deterioro de la atención prestada al usuario:

«Ahora tenemos que meter en el ordenador todo y, o contabilizamos o explicamos en la historia; no hay más tiempo. La historia clínica ha dejado de ser un instrumento de trabajo, ahora no se explica nada en ella.»

«El ordenador nos obliga a quitar la vista del paciente y pelearnos a veces con una máquina, perdemos la forma de comunicación directa que es tan importante.»

Además, dado que la cartera de servicios es cerrada y común para toda Andalucía, así como la ponderación dada a cada servicio, en el grupo se plantea que la presión asistencial, junto a la importancia concedida a alcanzar el índice sintético, puede desviar la atención de los profesionales hacia los servicios más valorados por la administración o hacia los de más fácil prestación, con independencia de las necesidades reales de una población concreta que no esté bien representada en el perfil general que sirvió de referencia para elaborar la cartera de servicios. El lugar previsto para introducir servicios especiales es la determinación de objetivos específicos que propone la unidad clínica. Sin embargo, el grupo de discusión expresa que la excesiva cuantificación de éstos y el criterio establecido, según el cual un aumento de actividad no justifica el incremento del gasto, pone en riesgo la atención de las poblaciones con necesidades específicas:

«Puedes cubrir el expediente sin controlar a los niños más difíciles para vacunar.»

«No sé de ninguna UC que se haya puesto objetivos según las necesidades reales, sino los más fáciles de cumplir.»

Valoración que hacen los profesionales de las UCG frente a los EBAP

Excepto el enfermero miembro de una UCG, todos coinciden en manifestar diferencias con el trabajo que se realizaba en el equipo básico de atención primaria.

Se percibe un tono de molestia ante la diferencia de incentivos entre el EBAP y la UCG; rechazan, unos con más vehemencia que otros, el principio de la competitividad que estas últimas introducen dentro del centro de salud, y que rompe la colaboración (téngase en cuenta que se trata de un sector profesional sensibilizado con el síndrome de *burnout*); la competitividad también se ha introducido en las UCG e incluso entre los miembros de una misma UCG, puesto que la distribución interna de los incentivos puede premiar o castigar según la contribución realizada para conseguir los objetivos y el ahorro logrado:

«Los objetivos se cumplen igual en una zona básica que en una unidad clínica, la diferencia está en el dinero que percibimos.»

«El equipo básico se tenía que reunir, tenía que discutir; ahora no, los cargos directivos están demasiado ocupados en los números.»

«Las consecuencias de las UCG sobre el EBAP son muchas; cuando estamos en la unidad clínica nos colocamos como burros de noria y empieza a haber chivos expiatorios.»

Conclusiones

Sin menoscabo de la urgente necesidad de lograr una gestión eficiente de los servicios, los resultados del estudio muestran que los profesionales estiman que el sistema de evaluación e incentivación empleado contiene instrumentos que deben revisarse.

La tabla según la cual se evalúa la producción de servicios (con la que se elabora el indicador sintético) es excesivamente uniforme, ya que la relación de servicios contenida en la cartera de servicios y el coeficiente de ponderación de cada uno de ellos es cada año el mismo para todos los distritos. Este procedimiento ignora diversas variables que podría ser fundamental considerar para atender las necesidades reales de toda la población.

La ruptura del equipo básico de atención primaria y su sustitución por unidades clínicas, como medida de incentivación al ahorro, ha introducido unos niveles de competitividad que deterioran la colaboración entre los que tienen objetivos compartidos.

En relación a la obligatoriedad en la cuantificación, los puntos centrales extraídos de la crítica de los profesionales son aplicables a todo el sistema de evaluación; nos referimos a la rigidez en la composición y cuantificación de la producción de servicios, la ruptura del equipo básico de atención primaria introduciendo la competitividad aun en el seno de cada unidad clínica, y la excesiva cuantificación en los objetivos específicos y comunes a los que se compromete la UCG.

Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio es que sólo se haya utilizado un grupo de discusión por limitación de recursos. Sin embargo, la coherencia entre los resultados y lo que puede deducirse de las fuentes secundarias consultadas (documentos oficiales), así como la importancia que el plan de calidad concede a los profesionales, hacen aconsejable nuevos estudios que permitan profundizar en los re-

sultados encontrados. Entendemos que la efectividad de las medidas adoptadas para la eficiencia de los servicios sanitarios públicos requiere un conocimiento más amplio y detallado del que presentamos.

Agradecimientos

Agradecemos a los profesionales sanitarios de atención primaria la colaboración prestada y su actitud permanente de facilitar nuestro trabajo.

Bibliografía

1. Navarro V. Neoliberalismo y Estado de bienestar. Barcelona: Editorial Ariel, 1998.
2. García Sempere A, Perró S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001;15:32-40.
3. Cabedo V, Poveda JL, Peiró S, Nacer A, Goterris MA. Factores determinantes del gasto farmacéutico en atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:407-16.
4. Sanfrutos Velázquez N. El coste de la reforma de atención primaria, 1983-1991. Una primera aproximación. En: Aranda Regules JM, editor. Nuevas perspectivas en atención primaria de salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.
5. Martín JJ, Cabasés JM. Cambios en la gestión sanitaria. En: Navarro C, Cabasés JM, Tormo JM, editores. La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona: S.G. editores, 1995.
6. Cabasés JM. Economía de la salud: notas para una agenda de investigación. *Gac Sanit* 1999;13:333-6.
7. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996;106:97-102.
8. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2000.
9. Pérez Andrés C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. *Rev Sanid Hig Pública* 1995;69:79-88.
10. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999;13:312-9.
11. Contrato Programa 2002. Sevilla: Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2001.
12. Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2001-2004. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001.
13. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2000.
14. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:145-9.
15. Rubio MJ, Varas J. El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: CCS, 1997.