

---

# Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde Atención Primaria

*Alberto Rodríguez Balo*

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Unidad de Calidad. Área 7 Atención Primaria. Comunidad de Madrid*

La mejora de la calidad del proceso asistencial en el Sistema Nacional de Salud es una inquietud constante, que ha tenido una resonancia importante en el ámbito de Atención Primaria, quizás influida por el hecho de que siendo aún un modelo en asentamiento para lo que son este tipo de procesos, ha tenido que responder a un entorno rápidamente cambiante, con necesidades y expectativas nuevas de la sociedad, los ciudadanos y los profesionales.

Desde una perspectiva común de intentar alcanzar la máxima calidad posible, los distintos grupos de interés (financiador, ciudadanos, pacientes/usuarios, sociedades científicas del ámbito de Atención Primaria y asociaciones profesionales) han venido realizando desde hace años análisis de situación y propuestas derivadas de los mismos. Sin embargo, las cuestiones que los han dado

origen permanecen y se mantiene la percepción de no llegar a las respuestas adecuadas.

Ante esta situación, uno de los planteamientos posibles es revisar lo que tantas horas, esfuerzos e interés ha puesto encima de la mesa, reflexionar sobre la corrección del análisis y sobre la congruencia de las medidas propuestas.

Con el fin de realizar este proceso de una manera sistemática, con sentido común y con adecuación técnica, se pretende utilizar la misma secuencia que la que se utilizaría dentro de un planteamiento estratégico, en el que partiendo de la misión de una organización se analiza el entorno externo y se valora el entorno interno, estableciendo así los puntos fuertes, las áreas de mejora, las oportunidades y las amenazas, lo que hace posible realizar una matriz FODA, en la que considerando los valores de la organización

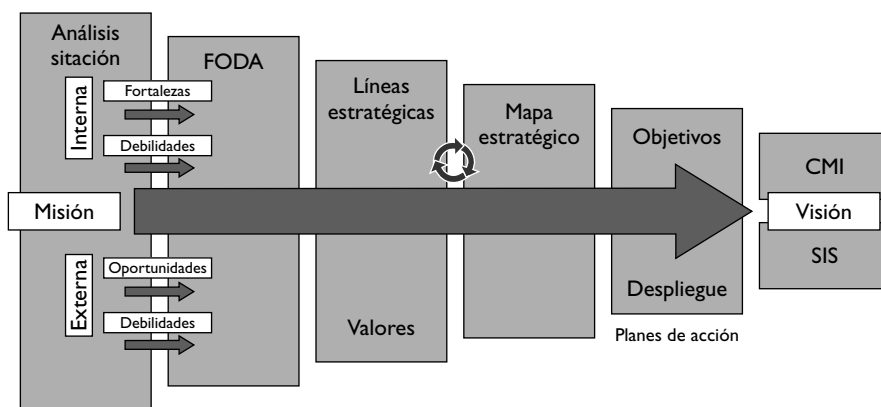


Figura 1. Esquema de planificación estratégica.

se planteen estrategias, que a su vez se orienten dentro de las perspectivas del CMI (cuadro de mando integral). Con ello se puede realizar un mapa estratégico que nos permite “ver” la estructura, consistencia y coherencia de nuestro planteamiento, a la vez que hace posible desarrollar unos indicadores que alimenten el sistema de información necesario para poder realizar el seguimiento de esas estrategias (fig. 1).

El punto de partida para elaborar y valorar las estrategias de cualquier organización, lo establece la misión de la organización, ya que en ese enunciado se produce la declaración de su razón de existencia, así como de los aspectos que cree fundamentales para cumplirla (factores críticos de éxito).

Cuando se trata de una única organización o empresa se dispone habitualmente de un enunciado formal de misión, pero en este caso, todo un modelo de asistencia proporcionado por diferentes organizaciones, no se dispone de un enunciado de la misma. La dificultad se puede salvar buscando los elementos comunes en las misiones disponibles. Así encontramos prestación de servicios sanitarios de calidad, promoción, cuidado y atención de la salud, eficiencia, mejora de la salud, satisfacción de la población, satisfacción de los profesionales, implicación de los profesionales y satisfacción de las necesidades de la población, como razones de ser y factores críticos de éxito.

Para poder tener una perspectiva que permita no sólo valorar la corrección de

la misión, en tanto que “apunta” a donde debe, sino también como elemento adicional para sopesar la adecuación de las estrategias que se puedan plantear, es necesario saber también cuáles son los grupos de interés en la organización que se trata. Posibles fuentes para ello son las identificaciones como tales grupos de interés, que de modo formal expresan las propias empresas, el examen de la documentación disponible, que permite valorar hacia quiénes se dirigen los objetivos que se establecen y la valoración del impacto que, desde y hacia la organización, se percibe de los diferentes grupos que tienen relación con la misma.

De esta valoración aparecen como grupos de interés principales en Atención Primaria los ya clásicamente conocidos: financiador, profesionales, proveedores, ciudadanos en sus diferentes concepciones como pacientes, usuarios y clientes, así como la sociedad.

Al contrastar los diferentes enunciados de misión, los factores críticos de éxito y los grupos de interés comunes, se observa una congruencia que en principio permite pensar positivamente en cuanto a la solidez para la propuesta de actuaciones y un enfoque inicialmente correctos.

El siguiente paso, el análisis de la organización, precisa de la utilización de un

modelo que lo oriente de un modo sistemático y coherente. Para ello se dispone de diferentes opciones, cada una de ellas con características que hay que valorar para elegir la que mejor se adapte a cada circunstancia. El Modelo EFQM presenta ya una probada utilidad en el entorno sanitario, aunque su principal enfoque es hacia el análisis interno, por lo que en un planteamiento como el comentado, habría que completar este paso de análisis de situación con algún modelo que apoyase el abordaje del entorno externo, como ya se ha realizado en alguna experiencia de planificación estratégica en el entorno de Atención Primaria. En el caso que nos ocupa, este camino no es el más adecuado, sobre todo por la ausencia de una evaluación EFQM de Atención Primaria, que no se podría abordar tampoco desde la perspectiva de buscar los aspectos comunes de las evaluaciones realizadas en las distintas áreas, ya que no están accesibles con la misma facilidad que otros tipos de documentos que se han publicado sobre valoraciones y propuestas para Atención Primaria.

Por lo comentado, una buena opción la ofrece el modelo de Burke Litwin, desarrollado en 1992 por Warner Burke y George Litwin, (fig. 2) para estudiar y valorar el cambio en las organizaciones.

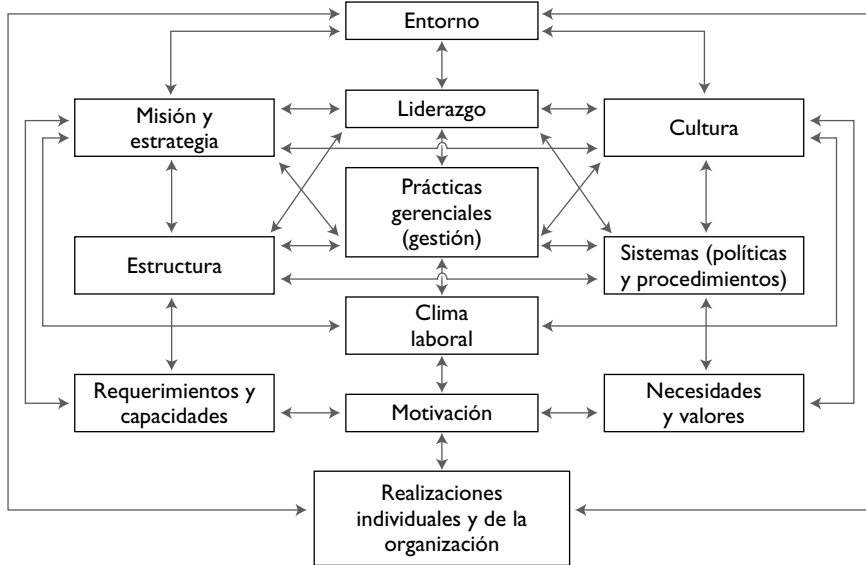


Figura 2. Modelo de Burke-Litwin.

Enumera una serie de variables que influyen en cómo se producen los cambios y los clasifica en dos tipos, que denominan transformacionales y transaccionales. Las variables transformacionales son aquellas que tienen la capacidad de impactar sobre una organización, influir de manera decisiva sobre el resto y generar cambios importantes. Las variables transaccionales son aquellas que aun interactuando con el resto, y por lo tanto desempeñan un papel importante, no tienen la capacidad de generar cambios de igual intensidad. Las primeras corresponden a entorno externo, liderazgo, misión y es-

trategia de la organización, cultura de la misma, realizaciones individuales y de la organización. Las transaccionales son la estructura, prácticas gerenciales, políticas y procedimientos, clima laboral, requerimientos y capacidades y necesidades y valores individuales.

Utilizando estas variables como los aspectos a analizar en Atención Primaria, y los de análisis de situación que se han publicado por parte de diferentes autores, asociaciones científicas, asociaciones profesionales y grupos de trabajo en el ámbito de Atención Primaria como fuente para el mismo, se obtienen una se-

rie de observaciones que posteriormente se podrán utilizar mediante una matriz FODA para la generación o valoración de las estrategias.

En la tabla I se expone el resultado del análisis según las variables del modelo.

Una primera valoración de las consideraciones que se realizan en la documentación revisada es la notable diferencia a favor de los aspectos a mejorar sobre los que se pueden considerar fortalezas, lo que no debe llevar a pensar que se debe a una visión global negativa, ya que es habitual que cuando se produce una reflexión sobre una organización buscando las posibles actuaciones a llevar a cabo para mejorar, el análisis inicial orienta a los aspectos sobre los que se percibe que se tiene que actuar, sin tener en cuenta que cualquier mejora se debe basar en los factores que la hagan posible, es decir, en las fortalezas que se encuentran en la organización, y que habitualmente se expresan aunque sea de forma secundaria al enunciar la actuación que se propone. Igual sucede con los aspectos dependientes del entorno externo a la organización.

Otra consideración a realizar es que una misma valoración puede aparecer en diferentes “cajas”, al ser contemplada desde distintas ópticas, como puede ser el caso de la eficacia, que puede ser al

mismo tiempo un elemento de la cultura de la organización y una necesidad de las personas de la misma.

Con este paso se pretende reflexionar de una manera sistemática sobre todas y cada una de las variables que intervienen en el cambio, y por tanto, de algún modo, en la evolución de una organización. Una vez obtenidas las diferentes observaciones que surgen de este proceso, dentro de un esquema de planificación estratégica se debe pasar a realizar la matriz FODA (fig. 3) y desarrollar la propuesta de líneas estratégicas.

En nuestro caso debemos dar un salto, ya que se cuenta con las propuestas que tras mucho tiempo y esfuerzo han puesto sobre la mesa los diferentes autores de las mismas, pero no se dispone de la información suficiente como para reproducir el proceso por el que han llegado a su formulación concreta. Lo que sí es posible hacer, y además, necesario, es intentar valorar si esas estrategias aportan la potencia para la mejora que pretenden, si son coherentes unas con otras y si están enfocadas sobre los aspectos que deben hacerlo.

Para ello se puede utilizar de nuevo otra “herramienta”, el cuadro de mando integral y su construcción de mapa estratégico.

<b>Entorno</b>	<p>Inmigración</p> <p>Envejecimiento de la población</p> <p>Incremento de variedad y cantidad de problemas sociales</p> <p>Facilidad de desplazamiento territorial</p> <p>Fácil acceso a información sanitaria</p> <p>Incremento de nuevas tecnologías caras y eficaces</p> <p>Mayor valoración del tiempo personal</p> <p>Políticas de control del gasto</p> <p>La salud como argumento político</p> <p>La salud como mercado</p> <p>Expectativas de los ciudadanos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejor accesibilidad física</li> <li>Mejor accesibilidad telefónica</li> <li>Capacidad de derivación rápida</li> <li>Mayor tiempo de atención</li> <li>Continuidad de cuidados</li> </ul> <p>Atención caracterizada por amabilidad, interés, personalización, escucha, empatía, competencia técnica, capacidad de explicar</p> <p>Prevención</p> <p>Disfrutar de mayor nivel de salud</p> <p>Mayor calidad de los servicios que se prestan</p> <p>Nuevos motivos de demanda asistencial</p> <p>Proceso de descentralización</p> <p>Mayor insistencia/necesidad en eficiencia</p> <p>Mayor insistencia/necesidad en eficacia</p>
<b>Misión y estrategia</b>	<p>Mejora de la eficiencia</p> <p>Reorientación de las estrategias como adaptación a cambios</p> <p>Satisfacción de las expectativas de los ciudadanos</p> <p>Orientación a procesos</p> <p>Impulso de sistemas informáticos</p> <p>Mejora de sistemas de información</p> <p>Incremento de la financiación</p> <p>Búsqueda de estrategias para la mejora de la satisfacción de los profesionales</p> <p>Gestión descentralizada en conflicto (centralización de decisiones frente a mensaje de descentralización)</p> <p>Estrategias de abordaje de mejora de continuidad entre Atención Primaria y Atención Especializada</p> <p>Orientación de actuaciones a través de un modelo de calidad (EFQM)</p> <p>Evaluación a través del modelo de calidad</p> <p>Modelos de acreditación</p>
<b>Liderazgo</b>	<p>Distancia entre gestores y asistenciales</p> <p>Distancia entre gestores y líderes informales</p> <p>Centralización de decisiones</p> <p>Sensación de no respuesta a los problemas cotidianos</p> <p>Percepción de valores distintos entre gestores y asistenciales</p> <p>Desinformación</p> <p>Gerencias con capacidad limitada en competencias y toma de decisiones</p> <p>Dificultades en la comunicación</p>
<p><b>Tabla 1. Análisis aplicando el modelo de Burke-Litwin (continúa)</b></p>	

<b>Liderazgo</b> (Continuación)	Liderazgo gestor cuestionado Percepción de escaso apoyo directivo Rigidez
<b>Cultura</b>	Orientación a la equidad Competencia profesional Orientación al usuario/paciente Trabajo en equipo Ser sistema público Necesidad de eficiencia Necesidad de eficacia Necesidad de obtener resultados en salud en la población Conciencia de ser y proporcionar una atención especializada Satisfacción por reconocimiento del paciente Accesibilidad Primar los valores profesionales para la toma de decisiones Confianza en la capacidad de resolución Autonomía profesional
<b>Estructura</b>	Coexistencia de dos modelos (EAP y MT) Difícil acceso a pruebas diagnósticas por parte de Atención Primaria Insuficiente comunicación y coordinación con Atención Especializada Excesiva burocracia Asignación de recursos mejorable Infraestructura mejorable Roles de los diferentes profesionales de los equipos en definición Interfase sanitaria/social no resuelta
<b>Políticas y procedimientos</b>	Pérdida de capacidad de decisión Contratos de gestión con margen escaso para la negociación Política de incentivación e incentivos mejorables Dificultad para la gestión económica Dificultad de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada Sistemas de información mejorables Ausencia de disponibilidad de indicadores sobre los resultados finales en Primaria Gestión de/por procesos en variable grado de puesta en práctica Sistemas de evaluación del desempeño mejorables, habitualmente ligados de modo directo a incentivos Sistemas de acreditación no homogéneos y con impacto variable Barreras en la continuidad Atención Primaria/ Especializada
<b>Prácticas gerenciales</b>	Prioridad en eficacia económica Gerencias con capacidad limitada Implicación variable de las personas de la organización en la toma de decisiones Oferta de servicios con diferentes criterios que la demanda Orientación de procedimientos a cliente interno mejorable Implicación variable en el establecimiento y despliegue de los objetivos Comunicación personal no sistemática Discordancia entre mensajes y operativización Dificultad de aplicar economía de escala

**Tabla 1.** *Análisis aplicando el modelo de Burke-Litwin (continúa)*

(Continuación)

<b>Clima laboral</b>	<p>Aceptación del cambio teórico acompañado de resistencia al mismo</p> <p>Percepción de calidad de vida profesional no estudiada en el conjunto de la organización</p> <p>Desvinculación de la organización</p> <p>Percepción de calidad de vida profesional baja en los estudios realizados</p> <p>Trabajo en equipo no consolidado</p> <p>Percepción de bajo apoyo directivo en los estudios realizados</p> <p>Preocupación por la seguridad personal (laboral, legal y física)</p>
<b>Requerimientos y capacidades</b>	<p>Más actividades a realizar a un mismo usuario</p> <p>Tareas administrativas junto a tareas asistenciales sanitarias</p> <p>Accesibilidad mejorable</p> <p>Descripción de perfiles de puesto de trabajo pendientes (y adecuación de ambos)</p> <p>Gestión del conocimiento no implantada</p>
<b>Necesidades y valores</b>	<p>Competencia profesional</p> <p>Orientación al usuario/paciente</p> <p>Trabajo en equipo</p> <p>Eje del sistema sanitario público</p> <p>Confianza en capacidad de resolución</p> <p>Autonomía profesional</p> <p>Eficacia</p> <p>Formación continuada</p> <p>Solidaridad</p> <p>Confidencialidad</p> <p>Estabilidad laboral</p> <p>Reconocimiento de la organización</p> <p>Reconocimiento de los pacientes/usuarios</p> <p>Contribución a resultados en salud en la población</p>
<b>Motivación</b>	<p>Percepción de motivación intrínseca alta en los estudios realizados</p> <p>Desmotivación de los profesionales</p> <p>Burocracia excesiva como barrera para hacer bien el trabajo encomendado</p> <p>Escasez de tiempo como barrera</p> <p>Percepción de carga excesiva de trabajo</p>
<b>Realizaciones individuales y de la organización</b>	<p>Cobertura universal</p> <p>Uso de la historia clínica</p> <p>7,1 centros de salud/100.000 habitantes</p> <p>Aplicación de actividades preventivas</p> <p>Actividad asistencial elevada (con relación al resto de la europea)</p> <p>Tercer mejor lugar en el índice medio de eficiencia OCDE</p> <p>Tiempo medio por paciente inferior al de países europeos con sistema similar</p> <p>Peor valoración en los aspectos organizativos con evolución negativa más acusada en los componentes asistenciales</p> <p>Buena valoración por los ciudadanos tanto en asistencia como en atención</p> <p>Dificultad sobre disponibilidad de datos de los diferentes sistemas autonómicos</p>

**Tabla 1.** Análisis aplicando el modelo de Burke-Litwin



El cuadro de mando integral, nacido como un sistema para desarrollar los indicadores que permitiesen tener la visión correcta de la marcha de los resultados de una organización y de la consecución de sus objetivos, aporta entre otras muchas cosas las perspectivas sobre las que se debe actuar mediante las estrategias (fig. 4) y la aplicación de la formulación de una hipótesis causa-efecto entre ellas, de modo que se apoyen entre sí. Esto último permite además realizar un mapa que expresa de modo gráfico las relacio-

	Oportunidades	Amenazas
Fortalezas	Mantener + explotar Estrategia ofensiva	Mantener + afrontar Estrategia defensiva
Debilidades	Controlar + explotar Estrategia de reorientación	Controlar + afrontar Estrategia de supervivencia

Figura 3. Matriz FODA.

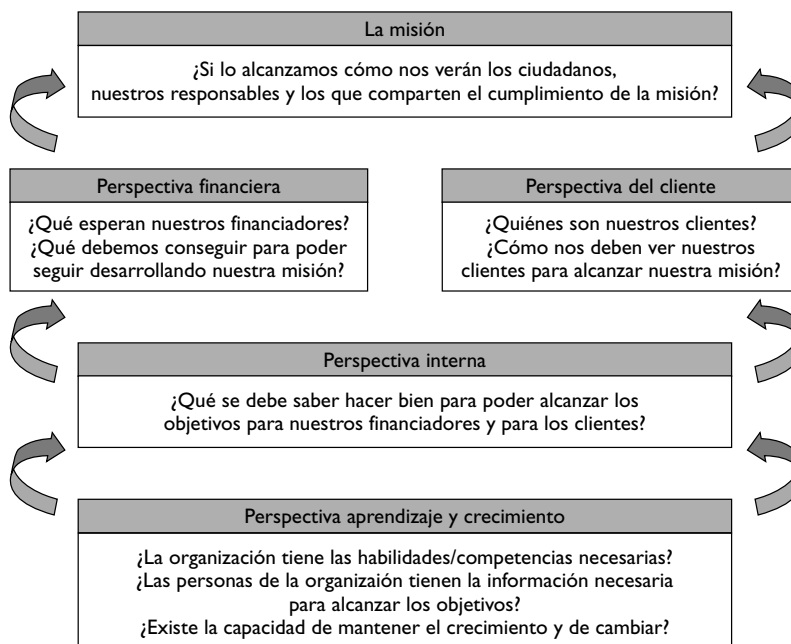


Figura 4. Perspectivas del cuadro de mando integral para el sector público.

nes entre las estrategias y permite valorar si se dispone de líneas estratégicas en cada una de las perspectivas necesarias, si existe apoyo entre unas y otras, y si parecen presentar una posible relación causa-efecto.

Mediante la realización de un mapa estratégico colocando en cada perspectiva, de la versión para el sector público del modelo de cuadro de mando integral las estrategias que han desarrollado los diferentes grupos y autores estudiados (una muestra de las cuales aparece en la tabla 2), se puede obtener una aproximación a su adecuación a un planteamiento estratégico con requisitos para poder alcanzar lo propuesto.

Del mapa resultante (fig. 5) se puede deducir que se han realizado propuestas de actuaciones dentro de cada una de las perspectivas necesarias, guardando una lógica de relación que hace aparente el apoyo de las estrategias de un nivel en las correspondientes al nivel inferior, de modo que para alcanzar las estrategias más directamente relacionadas con los aspectos que se contemplan en la misión existen estrategias orientadas a la sostenibilidad financiera, a la satisfacción de los clientes, y éstas a su vez descansan en actuaciones de los procesos de la organización, que a su vez se apoyan y desarrollan con actuaciones orien-

tadas a mejorar y potenciar para el futuro esos procesos.

En resumen, se observa una coherencia global de las actuaciones que se han propuesto, lo que plantea un interrogante, ya que si se cuenta con unos planteamientos incluso coincidentes de los diferentes grupos de interés ¿qué sucede para que se mantenga con pequeñas modificaciones una situación correctamente enfocada para su mejora?

Para intentar aclarar las posibles causas se puede acudir a la experiencia que en el entorno empresarial privado existe sobre los planteamientos estratégicos y sus dificultades.

Según Paul Niven, uno de los referentes internacionales sobre CMI, en función de los estudios de Kaplan y Norton, que fueron los autores del modelo, existen 4 barreras para ejecutar la estrategia. La primera es lo que denomina “barrera visión”, que concreta en que sólo el 5 % de la fuerza laboral de una empresa comprende la estrategia de la misma; la segunda es la “barrera personas”: sólo el 25 % de los gerentes tienen incentivos vinculados a la estrategia. La “barrera gerenciamiento” se representa por el dato de que un 85 % de los equipos ejecutivos gastan menos de una hora por mes discutiendo la estrategia. La “barrera recursos” se expresa en que un 60 % de las

---

### **Plataforma 10 minutos**

Aumentar los presupuestos destinados a Atención Primaria  
Condiciones necesarias para poder implantar una agenda equilibrada de trabajo  
Racionalizar los contratos programa actuales  
Aumentar la capacidad resolutoria del profesional  
Supresión de los llamados “contratos basura”

### **Compromiso de Buitrago**

Los presupuestos destinados a la Atención Primaria deben incrementarse sustancialmente, para aproximarnos a la media de los países europeos desarrollados tal y como se ha hecho con los del Hospital  
Adecuar los recursos materiales y de plantilla a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones, objetivos y actividades pactadas  
Una gestión más profesionalizada, con un aplanamiento de la pirámide de decisión  
Autonomía para organizarse en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona, dentro de un modelo general básico  
Facilitar al máximo la movilidad voluntaria para conseguir equipos más armónicos  
Adecuar las normativas de modelo de receta y de incapacidad temporal para minimizar las visitas no clínicas  
Disponer de sistemas informáticos que permitan una adecuada gestión clínica, de la información y del conocimiento según las características específicas de la Atención Primaria. Para ello, se necesita un modelo de datos basado en el episodio de atención y apoyado en clasificaciones adecuadas para la Atención Primaria (CIAP). La elección de un pertinente modelo de informatización que asegure la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional  
Mejora de las áreas administrativas en evolución hacia las necesarias áreas de atención al ciudadano con la adecuación de funciones y ratio por médico  
Adecuar el número de los profesionales de enfermería y de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades  
Amplio acceso a la tecnología diagnóstica y terapéutica sólo limitado por la racionalidad científica y que se garantizará mediante guías de práctica clínica basada en la evidencia científica  
Establecer programas estructurados y eficientes de formación continuada dentro del horario laboral. Impulsar la investigación en la Atención Primaria como medida para favorecer la efectividad clínica y la eficiencia del sistema sanitario  
Incentivación en función de logros en efectividad y resolución de las necesidades sanitarias existentes en la población en base epidemiológica y poblacional  
Mejorar los presupuestos destinados a servicios sociales y mejorar su coordinación con el Sistema Sanitario  
Condiciones de trabajo dignas para los médicos de Atención Primaria en jornadas, ritmo y retribuciones; acuerdos con la dificultad y responsabilidad del trabajo realizado y la penosidad de los horarios. Erradicación inmediata de los contratos basura  
Fomentar mayor participación ciudadana en la toma de decisiones y mayor responsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios  
Incorporación prudente de innovaciones al modelo existente

### **SEMFYC: Documento de Albarracín**

La Atención Primaria debe adecuarse a las necesidades de salud de los ciudadanos e identificar en cada momento los problemas emergentes para ofrecer soluciones adecuadas  
Es necesario que los profesionales participen en la gestión de los recursos del sistema sanitario. En este sentido, se propone que los médicos de familia actúen como gestores clínicos de la salud del paciente y de los recursos del sistema  
Los centros de salud deben adecuar sus estructuras para poder atraer a grupos de población que no se están beneficiando de actuaciones preventivas y comunitarias. De hecho, los adolescentes y la población joven sana y de estatus socioeconómico elevado no encuentran un fácil acceso a la Atención Primaria

---

**Tabla 2.** *Propuestas para la mejora de la Atención Primaria* (continúa)

---

---

(Continuación)

- Se deben fomentar las intervenciones conjuntas entre los médicos de familia y los profesionales de enfermería. Habría que definir de manera conjunta los roles complementarios y romper de manera definitiva el desencuentro actual
- Los EAP deben adecuar sus recursos administrativos. La informatización de las consultas, la automatización de buena parte de las cargas administrativas y el aumento del número de administrativos son elementos indispensables. Estas medidas deberían tanto facilitar la mejora del servicio que se ofrece a los usuarios como simplificar el trabajo de los profesionales
- El Consejo Interterritorial debería aprobar una cartera de servicios común para toda la Atención Primaria, teniendo en cuenta que existen algunas diferencias particulares por CCAA y de la necesidad de dotarla de los recursos necesarios para su implantación
- Es necesario que el Sistema Nacional de Salud cuente con indicadores fiables que permitan conocer los resultados en salud de los servicios que se ofrecen desde la Atención Primaria. Estos indicadores deben cumplir unos criterios de rigor metodológicos, comparables en todo el territorio español y aceptados por los profesionales. Esto permitirá conocer información susceptible de implantar procesos de formación y mejora de las actividades realizadas
- Las informaciones en salud que se emitan desde el Sistema Nacional de Salud deben promover las prácticas de autocuidado y autorresponsabilidad de los ciudadanos con su propia salud. Además, para garantizar el abordaje integral del individuo, la Atención Primaria debe ser el nivel asistencial que asuma la emisión de los mensajes de salud dirigidos a la población
- Los centros de salud han de impulsar y generalizar las actividades destinadas a la comunidad, favoreciendo la participación de la población en su propia salud y en la organización del sistema sanitario
- Los médicos de familia deben disponer de mayor capacidad en la gestión de los recursos asistenciales del resto de niveles asistenciales (derivación a otros especialistas y/o a hospitales), ya que los procesos para gestionar los problemas de salud de los pacientes se deben establecer de manera conjunta, a través de guías clínicas, entre todos los profesionales implicados

#### **Asociaciones vecinales**

- Simplificación de los procesos
- Inversión en recursos
- Cambios en el modelo de relación profesional-paciente
- Mejora de la formación pregrado y postgrado

#### **Grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario (Ministerio de Sanidad y Consumo)**

- Introducción de mecanismos que permitan frenar el ritmo de crecimiento de los consumos intermedios
- Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos
- Concienciar a los usuarios de que la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud requiere de su implicación
- Cartera de servicios básicos común a todo el Sistema Nacional de Salud
- Refuerzo de las políticas de salud pública
- Elaboración y utilización de guías de práctica clínica-basadas en la evidencia comunes para todo el Sistema Nacional de Salud
- Mejor conocimiento de las variaciones en la práctica médica que se registran en el Sistema Nacional de Salud y el estudio de sus consecuencias sobre el consumo de recursos y los resultados clínicos
- Consolidar los mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios
- Debe promoverse la introducción de criterios de gestión clínica en la actuación de gestores y proveedores en el ámbito de cada área asistencial, vinculando una parte de las retribuciones a los resultados obtenidos por cada unidad de gestión clínica y cada profesional
- Involucrar a los profesionales en el desarrollo de un sistema sostenible implica que han de tener una mayor participación en la toma de decisiones, y que ha de ofrecérseles la posibilidad de una formación continuada de calidad

---

**Tabla 2.** *Propuestas para la mejora de la Atención Primaria* (continúa)

---

---

(Continuación)

Registros de personal

Fijación de las retribuciones de los profesionales

Racionalización del Sistema Nacional de Salud reforzando el papel de las agencias de evaluación de tecnologías

Aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la Atención Primaria, y promover su coordinación con Especializada, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad en la atención a los pacientes y la investigación conjunta entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

El Sistema Nacional de Salud debe avanzar en la fijación de medios y sistemas de relación que pongan a disposición de todos los niveles la información necesaria para conocer el grado de consecución de los objetivos del mismo y, de este modo, posibilitar el análisis permanente de situación y facilitar las decisiones de las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias. Dichos sistemas deben configurarse bajo los principios de consenso, cooperación y flexibilidad

### **Plan de calidad SESCAM**

Lograr el liderazgo en calidad de la gestión por parte del equipo directivo

Aumentar el número de profesionales formados en calidad asistencial

Mejorar el funcionamiento de las comisiones clínicas/comisiones en Atención Primaria y los grupos de mejora

Establecer un plan de comunicación interna

Plan de recepción al nuevo trabajador

Colaborar con otros sistemas de protección (educación y servicios sociales) en proyectos de prevención de la dependencia, atención sociosanitaria a personas dependientes y educación para la salud

Elaborar y poner a disposición de los ciudadanos la Carta de Servicios del SESCAM

Introducir guías de práctica clínica acreditadas

Implantar protocolos no asistenciales

Establecer protocolos de actuación con Atención Especializada en el 100% de las zonas básicas de salud

Aplicar la guía farmacoterapéutica

Aumentar la implantación y la evaluación de vías clínicas/sistemas de gestión de procesos

Utilizar alguna encuesta de satisfacción de los profesionales

### **Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid**

1. Orientados a los ciudadanos

1.1. Actualizar la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población

1.2. Mejorar la accesibilidad a los centros de salud

2. Orientados a los profesionales

2.1. Mejorar la dotación de Recursos Humanos

2.2. Mejorar el desarrollo profesional en Atención Primaria

3. Orientados a la organización y gestión de los servicios

3.1. Aumentar la capacidad de resolución en el primer nivel asistencial

3.2. Mejorar la organización interna entre los distintos profesionales de los equipos de Atención Primaria que permitan una atención ágil y eficaz a los ciudadanos

3.3. Potenciar la continuidad asistencial con Atención Especializada y SUMMA I I2, facilitando una buena comunicación entre niveles asistenciales

3.4. Mejorar los mecanismos de coordinación con Salud Pública

3.5. Impulsar la coordinación con servicios sociales

3.6. Mejorar el sistema de información

3.7. Adecuación de las infraestructuras a las necesidades asistenciales

3.8. Impulsar la descentralización de la gestión

---

**Tabla 2.** *Propuestas para la mejora de la Atención Primaria*

---

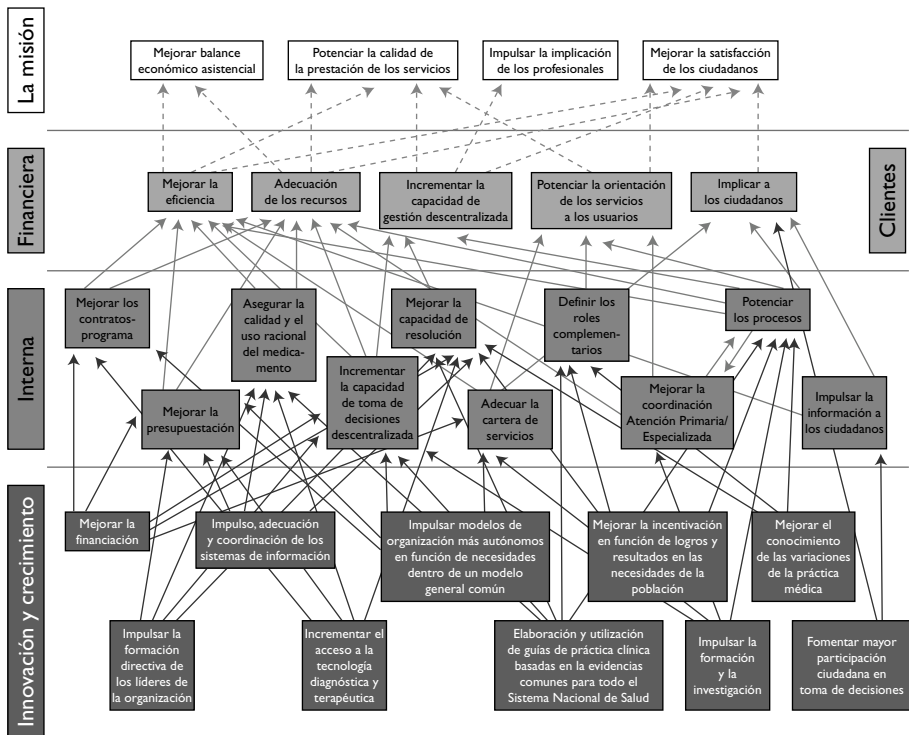


Figura 5. Mapa estratégico para la mejora de Atención Primaria.

organizaciones no vinculan presupuestos a estrategias.

No se dispone de datos objetivos para poder trasladar estas apreciaciones al entorno sanitario, pero algunas de las valoraciones aportadas en los documentos revisados sobre análisis de situación, así como algunas de las estrategias propuestas, apuntan a que en nuestra organización se dan este tipo de barreras. A ello responderían por ejemplo la es-

trategia de impulso de los sistemas de información, la mejora del sistema de incentiación, la formación de los líderes de la organización y la mejora de la financiación.

Aparte de lo comentado, merece la pena también reflexionar sobre otras posibles barreras presentes en nuestro contexto y también comentadas en algunos análisis de los revisados. El personal de Atención Primaria cuenta en gran

mayoría con una cualificación alta, está entrenado bien por formación, bien por práctica diaria en la toma continua de decisiones, en la prestación de un servicio que es de consumo inmediato y que requiere de respuestas rápidas, y además tiene entre sus valores la autonomía. Sobre ello, tienen además una orientación a los resultados, creen que prestan un tipo especializado de atención y se sienten recompensados por el reconocimiento de la organización y de los ciudadanos, es decir, todos los ingredientes para responder potencialmente a una política de *empowerment* o implicación y responsabilidad en la toma de decisiones. Del mismo análisis se extrae que no se percibe que la situación actual responda a esos parámetros. ¿Qué se podría hacer? Parece que la respuesta también se encuentra en el planteamiento estratégico resultante del análisis: poner en marcha las otras estrategias que aparecen en la base del mapa y que son incrementar la capacidad de resolución, mejorar la incentivación, abordar la disminución de la variabilidad, impulsar la formación y la investigación y fomentar la participación ciudadana en la toma de decisiones.

La conclusión es que la respuesta al abordaje de las barreras que pueden bloquear la mejora que se pretende están

en un planteamiento estratégico que no termina de ponerse en marcha, lo que supone una paradoja. Llegado este punto es difícil establecer conclusiones definitivas, pero si nos atenemos a los planteamientos de otro gran modelo, el EFQM, el inicio de conseguir los resultados de una organización viene determinado en gran parte por el liderazgo. Quizás la puesta en marcha de las estrategias planteadas introducen la necesidad de una gestión del cambio que acarrea un alto nivel de incertidumbre, que debe ser asumida por todos los grupos de interés si se desea impulsar una mejora cada vez más necesaria. Quizás influya que los diferentes grupos de interés que lo deben hacer posible, y sobre todo los responsables políticos, tienen diferentes concepciones de los tiempos necesarios para obtener resultados, lo que puede ser un obstáculo importante, ya que una planificación estratégica para ser una realidad necesita un tiempo largo, concebible para los ciudadanos y profesionales, pero menos en tiempo político.

En cualquier caso parece que es necesario llegar a que todos los grupos de interés se conciencien de que se trata de un proceso cuyo balance final global será de ganancia para todos, aunque en el camino haya algunas pérdidas también para todos.

Contamos para su ejecución con la capacidad de muchos directivos, que entre sus funciones tienen como dice algún autor “la gestión de la incertidumbre”, que puede además ser encauzada y controlada mediante la implicación de las personas de la organización en el desarrollo de las estrategias y en la conse-

cución de los objetivos, y en su seguimiento mediante un sistema de información adecuado, ambas cosas también presentes en las propuestas estratégicas que se han realizado.

Pero un camino por muy bien construido que esté no sirve si no se comienza a andar por él.



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

---

- Alfaro M. El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:15-27.
- Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria.* 2002;(30):483-9.
- Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3:431-46.
- Atención primaria 2002. Retos para el futuro. *Jano.* 2002;(62):11.
- Brun A, García-Aísa JC. Sistema de calidad del Servicio Aragonés de Salud. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:113-20.
- Casajuana J. Límites entre el clínico y el gestor ¿cómo saltar la barrera? *SEMERGEN.* 2003;29(5):240-3.
- Comunicado oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) sobre la situación actual de la atención primaria. 4 de mayo de 2004. Disponible en: <http://www.semfyc.es/es/noticias/comunicado.pdf>
- Comunicado oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). 29 de marzo de 2001. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/comunicado.html>
- Comunidad de Madrid. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo; 2006.
- Corcuera JM, Carreras M. Unidad para la gestión integrada de la calidad, evaluación y mejora de la eficiencia de la atención sanitaria de La Rioja. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:200-4.
- Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria.* 2003; 32:288-95.
- De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gervas J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Aten Primaria.* 2004;33:462-70.
- De Pablo R. La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *SEMERGEN.* 2005;31:214-22.
- El compromiso de Buitrago. Madrid 2005. Disponible en: [www.elmedicointeractivo.com/dinteres.php](http://www.elmedicointeractivo.com/dinteres.php)

- Equipo Editorial. Políticas profesionales en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit.* 2003;1:361-4.
- European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition Spain 2000*. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>
- Fernández A, Santos M. La Atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Rev Adm Sanit.* 2005; 3:9-12.
- Fernández J, Gutiérrez R, Marín JM, Parra B, Royo C. Mejora en la calidad asistencial en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:142-50.
- Fernández JM, Pajuelo JM, Benegas JM, Enciso MI, Montes G, Vergeles JM, et al. Gestión de la calidad sanitaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19: 163-8.
- Foro 25 de la SEMFYC. La atención primaria en Madrid a debate. Abril 2004. Disponible en: [http://www.somamfyc.com/engine/contenido/foro25/doc\\_fundaci.jsp](http://www.somamfyc.com/engine/contenido/foro25/doc_fundaci.jsp)
- Galego P, Gutiérrez AM, Puime P, López-Fernández MD, García-Quintáns A, Castro R. Calidad en el sistema sanitario público de Galicia. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:169-76.
- García EE. Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:67-72.
- Gómez G, Cervera M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. *Rev Calidad Asistencial.* 2004; 19:157-62.
- Inclán GM. La apuesta por la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:153-8.
- Instituto Nacional de la Salud. Los equipos de atención primaria; propuestas de mejora. Documento de Consenso. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/eap.pdf>
- Jubete MT, Lacalle M, Riesgo R, Cortés JA, Mateo C. Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área I de Madrid. *Aten Primaria.* 2005;36:112-4.
- López ML, Guzmán R, Tirvió C, Busquets E, Manzanera R. Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;(19):151-6.
- Marcos M, Revilla F. Política de calidad en la sanidad de Castilla y León. *Rev Calidad Asistencial.* 2004;19:128-41.
- Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención

- Primaria del Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2005;3:111-30.
- Mesa redonda 2. Comunicación interniveles asistenciales. Semergen. 2005; 31:8-12.
- Otero JA. Capacidad de resolución del médico de Atención Primaria. Rev Adm Sanit. 2005;3:29-32.
- Palomo L. Cuando la rabia en Atención Primaria se transforme en virtud. SEMERGEN. 2005;31(10):453-5.
- Pariante E, Ramos C, Dierssen T, Esteban J, Amaya A, Rodríguez de Lope C, et al. Gestión de la calidad en el Servicio Cántabro de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2004;(19):121-7.
- Plataforma 10 minutos. Propuesta de acciones para la defensa de la calidad y la dignidad de la atención primaria. Octubre de 2004. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/PROPACCIONES.doc>
- Plataforma diez minutos. Propuesta de medidas a realizar para mejorar la calidad y dignidad de la atención primaria de salud en la tercera década de la reforma sanitaria. Enero 2005. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/propuestas.htm>
- Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Made-ruelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria. 2005;36:358-63.
- Rodríguez A, Colomer A, Prieto A, Pastor A, Ferrándiz JM, Ruiz A, et al. Comité Director del Plan Estratégico. Área II Atención Primaria de Madrid. El Plan Estratégico en un Área de Atención Primaria: una propuesta metodológica. Rev Admin Sanit. 2001; 5(17):71-83.
- Rodríguez MA, Ruiz de Adana R, Illana F, Barquinero C, García JL, Mielgo MA, et al. Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación. MEDIFAM. 2001;11:265-74.
- Ruiz A. La satisfacción de los usuarios con los servicios públicos de Atención Primaria. Rev Adm Sanit. 2005;3:33-48.
- Sánchez E, Darpón J, Garay JI, Letona J, González R, Pérez MJ. Política de calidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19:189-99.
- SESCAM. Plan de calidad del SESCAM para el 2005. Disponible en: [http://sescam.jccm.es/web/gestion/calidad-plan/PdC\\_SESCAM\\_2005.pdf](http://sescam.jccm.es/web/gestion/calidad-plan/PdC_SESCAM_2005.pdf)
- Simó J, De Pablo R, Gervás J, Peñarroja D, Beltrán JL, Bravo D, et al. Barreras entre clínicos y gestores: mito sobre mito en nuestro sistema sanitario. SEMERGEN. 2003;29(11):602-7.

- Simó J, Gérvas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. Demasiados años con pocos recursos para nuestra Atención Primaria. El Médico. 31-03-05. Disponible en: [http://www.elmedicointeractivo.com/analisis\\_ext.php?idreg=141&Medy=5d9ef06a9955f0f5ef3dfa12fa905c49](http://www.elmedicointeractivo.com/analisis_ext.php?idreg=141&Medy=5d9ef06a9955f0f5ef3dfa12fa905c49)
- Simó J, Gérvas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cienicienta europea. Aten Primaria. 2004;(34):472-81.
- Simó J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. Aten Primaria. 2005;35:37-42.
- Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria. Badajoz 2004. Propuestas de mejora en la Atención Primaria del Sistema Extremeño de Salud. Disponible en: [http://www.sexmfyc.org/documentos/pdf/mejora\\_ses.pdf](http://www.sexmfyc.org/documentos/pdf/mejora_ses.pdf)
- Torres A, Fernández E, Paneque P, Carrretero R, Garijo A. Gestión de la calidad asistencial en Andalucía. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:105-12.
- Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2003;31:382-5.

