
La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?

J. Jonay Ojeda Feo^a, José Manuel Freire Campo^b
y Juan Gérvas Camacho^c

^aMédico Interno Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

^bJefe del Departamento de Salud Internacional.
Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

^cEquipo CESCA. Madrid

Resumen

Han transcurrido más de 20 años desde la reforma de la Atención Primaria en España, y desde entonces ha cambiado en mucho la configuración y funcionamiento del sistema sanitario, incluyendo la propia Atención Primaria, que en muchos casos se ha adaptado con dificultad a los cambios. Además, en los últimos años se percibe en los médicos de Primaria una creciente sensación de desmotivación, desánimo y burnout.

Durante este tiempo la Atención Especializada (hospitales) ha permanecido como un compartimiento estanco y casi independiente del primer nivel. La coordinación entre los dos niveles sanitarios sigue siendo una asignatura pendiente.

Por ello, revisamos los cambios en la organización y gestión de servicios sanitarios que buscan el fortalecimiento y mayor resolutivez de la Atención Primaria, y la mejora de la coordinación entre niveles. Entre los cambios, encontramos: la integración de estructuras organizativas de Atención Primaria y Especializada; el compartir información clínica y administrativa entre niveles asistenciales y la mejora de la capacidad resolutive de la Atención Primaria, y del papel del médico de primaria como "filtro" y médico de cabecera ("personal").

Las iniciativas de este último grupo son las que parecen tener un mayor impacto sobre la consecución de los objetivos propuestos: el fortalecimiento de la Atención Primaria y la coordinación entre niveles. De forma simultánea a la aplicación y puesta en marcha de estas reformas, es recomendable tener en cuenta la opinión de pacientes y ciudadanos, así como la de los médicos, a través de unas nuevas y reformadas organizaciones profesionales.

Palabras clave: Atención Primaria, Atención Especializada, coordinación entre niveles, reforma del sistema sanitario, reforma del ejercicio profesional, investigación en servicios sanitarios.

En este texto se emplea indistintamente médico de Atención Primaria, médico general y médico de familia. Aunque la Medicina de Familia es una especialidad *sensu stricto*, en el texto se considera a los médicos de Atención Primaria como generalistas, frente a los médicos especialistas, que trabajan en los hospitales.

Summary

The Primary Care Reform took place in Spain over 20 years ago, and since then several changes have influenced the configuration and management of the Spanish Healthcare System, including Primary Care, which in many cases has not been able to adapt. Moreover during these years an increased perception of discouragement and burnout has been developed among Primary Care physicians.

Simultaneously the health care level at hospitals has remained separate from Primary Care. Co-ordination between both levels of care remains an unsolved issue.

Therefore it seems necessary to undergo a review of the initiatives that pursue changes in the Healthcare System organization and management in order to achieve a strong Primary Care and an effective co-ordination between levels. Among them we can find: those initiatives that promote the integration of the organizational structures of Primary Care and hospitals; another group pursuing the sharing between levels of the clinical and administrative data; and, finally, those actions that support a change within the professional practice of the Primary Care, its gatekeeping role and the improvement in its problem-solving capacity.

The initiatives of the last group presented seem to have the greatest impact on achieving the proposed objectives: strengthening primary care and coordination between levels. While these initiatives are applied, public opinion has to be monitored together with the feedback obtained from the medical profession through new and reformed medical organizations.

Key words: Primary Care, Hospital Care, co-ordination between levels, healthcare system reform, professional practice reform, healthcare services research.

Introducción

En la actualidad, es un reto importante para los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados el dar respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de su población de manera que se consigan los máximos niveles posibles de equidad y eficiencia, con recursos siempre limitados.

Existe un alto nivel de consenso sobre el rol clave que desempeña la Atención Primaria para lograr el cumplimiento de dichos objetivos¹⁻³. La propia existencia de una Atención Primaria fuerte es un requisito básico a cumplir. La fortaleza

se suele asociar a la función de filtro o entrada al sistema sanitario que ejerce el primer nivel y al hecho de tener a toda la población asignada a médicos de Primaria⁴. Una Atención Primaria fuerte se caracteriza por ser un primer nivel asistencial con capacidad de resolver la gran mayoría de los problemas que presentan los pacientes, con inmediatez y accesibilidad suficientes, y garantizando, además, la continuidad e integración de los cuidados recibidos^{3,4}.

La fortaleza del primer nivel del sistema sanitario⁵ ayuda a: a) revertir “la ley de cuidados inversos”, es decir, conseguir que reciban más cuidados sanitarios

quienes más los necesitan; b) proteger a los pacientes a través de la prevención cuaternaria, siendo ésta el trabajo médico encaminado a evitar el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con los pacientes; c) encadenar apropiadamente el alto valor predictivo negativo de los médicos generales al alto valor predictivo positivo de los especialistas; d) limitar las posibles cascadas diagnósticas y terapéuticas innecesarias al derivar apropiadamente al especialista apropiado; e) impedir o atenuar la “dependencia” que generan los especialistas, y f) asegurar la distribución geográfica homogénea de los médicos de Primaria.

Además, la correcta prestación de servicios exige un primer nivel de atención convenientemente coordinado con los niveles especializados, de forma que se presten los servicios donde más convenga al paciente y al problema atendido⁶. La descoordinación entre Atención Primaria y Especializada favorece la aparición de errores en los diagnósticos y en los tratamientos, con consecuencias graves para la seguridad del paciente. A esto se añade la percepción negativa por parte de los ciudadanos del funcionamiento de los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos con trabas y barreras administrativas que conllevan incómodas esperas. Al mismo tiempo, y

desde la perspectiva de los médicos, la descoordinación impide ver al sistema como un único proveedor de servicios que resuelve íntegramente los problemas de los pacientes en el momento y lugar adecuados, de forma que la segmentación operativa y las transacciones internas dejan de ser transparentes para médicos y pacientes. La situación se agrava en los pacientes que más precisan del trabajo coordinado, los que sufren problemas y enfermedades múltiples, cada vez más frecuentes, de especial “fragilidad clínica”⁷.

Aunque podemos encontrar interpretaciones varias sobre el contenido, funciones y organización de la Atención Primaria, en los países desarrollados el médico de este nivel asistencial tiene un papel central^{2,5}. Así, se puede afirmar que la Medicina General/de Familia, y los servicios que ésta presta a los pacientes, constituyen el núcleo de la Atención Primaria. No es posible por tanto hablar de Atención Primaria sin centrar la discusión en el papel del médico de Primaria, y esto es particularmente cierto cuando el objetivo del análisis es la coordinación entre la atención médica del primer nivel y la atención médica especializada. Sirvan de ejemplo el interés permanente por los flujos de derivación del paciente de primaria a especializada^{8,9} y por los problemas de coordinación tras el alta hospitalaria¹⁰.

Por ello, nuestro objetivo en este trabajo es analizar y sintetizar las principales iniciativas desarrolladas en el ámbito español que persiguen el fortalecimiento de la Atención Primaria en lo que respecta a la mejora de la coordinación entre ésta y la Atención Especializada.

El texto comienza haciendo una breve reseña al Sistema Nacional de Salud español y sus principales características. A continuación desarrollamos la evolución y estado actual de la Atención Primaria y de los médicos de ese nivel, para luego exponer la organización de los hospitales (Atención Especializada).

La siguiente parte del trabajo se centra en describir la naturaleza y tipología de los principales cambios organizativos y de gestión de servicios sanitarios orientados a fortalecer la Atención Primaria y la coordinación con Atención Especializada. Además, se ilustra el análisis con varios ejemplos.

Por último, resumimos las iniciativas propuestas, y presentamos nuestras conclusiones y recomendaciones.

El Sistema Nacional de Salud español

España se encuentra entre los países desarrollados con Sistema Sanitario organizado, respecto a los servicios mé-

dicos, en dos grandes niveles claramente diferenciados: un primer escalón de Atención Primaria cuyo referente físico es el centro de salud y un segundo, la Atención Especializada, cuyo referente es el Hospital¹¹.

Desde el punto de vista organizativo-funcional, el rasgo característico de esta organización sanitaria es que el médico de Atención Primaria es la puerta de entrada de la población al sistema sanitario, de forma que sólo se puede llegar al médico especialista (al hospital) por referencia de un médico de primaria⁵, salvo urgencias extremas.

Son varias las características del Sistema Nacional de Salud (SNS) español¹¹ que tienen una gran relevancia en la configuración y el funcionamiento del mismo:

– El SNS español, aunque universal *de facto*, no cubre a todos los ciudadanos como un derecho cívico igual para todos, ni cubre por igual a todos. Algunos grupos sociales influyentes, como los funcionarios y otros sectores privilegiados, abandonan la oferta pública y se decantan abrumadoramente por los sistemas privados, minando la equidad, calidad y legitimidad del SNS. A esto se añade el que sean estos grupos sociales los que tengan mayor capacidad para modificar la agenda política, y dar prioridad, por ejemplo, al Sistema Sanitario y su reforma.

– La gestión descentralizada de la sanidad en las Comunidades Autónomas y las transferencias de la asistencia sanitaria conllevan cambios importantes en el conjunto del SNS, de cohesión y coordinación, pues ahora está constituido por 17 servicios regionales de salud. Además, la premura y precipitación en el final del proceso de transferencias, ha dejado al SNS anencéfalo (hasta cierto punto ciego, sordo y mudo en lo que se refiere a los asuntos globales, como financiación, por ejemplo), pues no se han desarrollado con antelación aquellos mecanismos capaces de favorecer el intercambio de información entre los servicios regionales y la homogeneización de los servicios.

– La integración indiferenciada del SNS dentro de la administración pública. Que el dispositivo sanitario sea público, es una característica indudablemente positiva, en la medida en la que favorece la equidad, la eficiencia y la calidad, pero no significa en modo alguno que deba ser parte de la administración pública común, dentro de la cual es difícil lograr estos objetivos. No es posible dar soluciones específicas a situaciones tan diferenciadas como las existentes entre los servicios sanitarios y otros ámbitos del sector público. Una consecuencia negativa de esta situación es que el personal sanitario posee una relación laboral ex-

cesivamente funcional, poco adecuada a la flexibilidad necesaria en el cumplimiento de sus funciones.

– La escasa atención prestada al gobierno del sistema sanitario y de sus centros¹², la no profesionalización de la gestión y la ausencia de órganos colegiados de gobierno en las instituciones y centros del SNS (ante los que deban responder los gestores), provocan la consiguiente politización e inestabilidad de los directivos sanitarios. Así, los directivos poseen un horizonte temporal incierto y generalmente corto, que favorece la escasa planificación en el SNS.

Hay otro aspecto relevante que influye en gran manera en el SNS, y tiene que ver con la organización de la profesión médica en España. A diferencia de otros países, los médicos españoles no participan a través de sus organizaciones en la realización y puesta en marcha de las políticas sanitarias. Se debe, fundamentalmente, a la ausencia de un perfil corporativo científico, y a la falta de unidad de las distintas organizaciones, pues los colegios profesionales, sindicatos y sociedades científicas, suelen relacionarse entre sí más como adversarios que como aliados.

Por último, los problemas enumerados con anterioridad se agravan dada la baja prioridad de la sanidad en una agenda política que en lugar de abordar los proble-

mas los pospone (y con ello los empeora). En los últimos 20 años la sanidad española apenas ha tenido hueco en la agenda política, o al menos no en la proporción que requieren sus problemas teniendo en cuenta la prioridad de los mismos entre la población. Este interés de la población contrasta con la escasez de tejido cívico y de valores sociales acerca de la defensa de una sanidad pública viva y resolutive, lo que a su vez favorece la baja prioridad de estos asuntos para los políticos.

La Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud

Hace más de 20 años que se inició la reforma de la Atención Primaria española, lo que en ese momento y dado el extraordinario deterioro de la situación de partida de la Atención Primaria en el modelo tradicional supuso un importante impulso en la mejora de la calidad de los servicios prestados desde el primer nivel asistencial¹³. De manera paralela el nuevo modelo ha conllevado un aumento de la satisfacción y confianza del paciente en su médico de Primaria junto a un aumento de la autoestima y consideración de la Atención Primaria entre los colectivos sanitarios. Como problema no resuelto desde el comien-

zo, conviene destacar la falta de énfasis de la reforma en los aspectos pro-coordinación (de refuerzo del papel de coordinador de servicios del médico de Atención Primaria)¹⁴.

Desde el comienzo de la reforma, y a pesar de la capacidad de adaptación del primer nivel asistencial a ciertos cambios sociales (por ejemplo, al impacto de la inmigración), el paso del tiempo ha agudizado algunos de los problemas de su diseño inicial, produciéndose en los últimos años una inflexión negativa en la situación de la Atención Primaria^{5,11,15}.

Así, el marco organizativo del trabajo médico es rígido y deja poco margen para la flexibilidad. Por ejemplo, el horario laboral continuado en turnos de mañana o tarde, además de ser poco compatible con la vida familiar, no parece el más adecuado a la naturaleza de los servicios de la Atención Primaria, y la concentración de los horarios de consulta en determinadas franjas horarias con imposibilidad de pasar consultas en horario de mañana y tarde limita la accesibilidad horaria a la consulta e impide una deseable autonomía organizativa para organizar las actividades del médico (asistencia, formación e investigación).

Por otra parte, la burocracia que realiza el médico en su consulta sigue siendo voluminosa, y reduce de forma notable el

tiempo que se tendría que dedicar a la actividad clínica en cada visita. De hecho, la burocracia lo inunda todo, y favorece que no se disponga de apenas tiempo para realizar actividades complementarias a la asistencial.

Llama la atención que, a pesar de la importancia de la resolutivez en el primer nivel sanitario, en muchos centros de salud la accesibilidad a muchas pruebas diagnósticas básicas se encuentra vedada o, en muchos casos, limitada por los especialistas. Así, la capacidad de resolución del médico de Primaria es baja y depende en exceso de la derivación del paciente al hospital, con la ineficiencia consiguiente, además de la incomodidad que supone para el paciente el uso de servicios de Atención Especializada para problemas con la suficiente prevalencia como para ser solucionados en Atención Primaria.

Además, y a pesar del tiempo transcurrido tras la reforma, los Equipos de Atención Primaria (EAP) no terminan de funcionar como tales. El papel de coordinador del EAP tiene poca autoridad y reconocimiento y, desde luego, no se asegura el trabajo en equipo por el mero hecho de trabajar juntos, o por decretar la existencia de un equipo por Ley, sobre todo cuando se reúnen más de 10 profesionales de diversos ámbitos y proce-

dencias. En este aspecto, es importante señalar que los EAP se forman según una lógica administrativa, en la que no cabe elección mutua entre sus miembros.

Por último, y aunque la mejora del trato y del servicio es reconocida y valorada positivamente por la población, la nueva Atención Primaria no ha sabido introducir a fondo una nueva cultura de servicio, de atención al detalle, de trato atento y personal a los pacientes, adoleciendo de los mismos problemas generales que en estos aspectos aquejan al resto del sistema sanitario.

En resumen, la Atención Primaria actual, aunque ha mejorado respecto al modelo tradicional, es burocrática, fragmentada y no poco desilusionante. Por ello, los elevados niveles de insatisfacción entre los médicos de Atención Primaria no pueden dejar de ser abordados^{15,16}.

Muchos de los médicos más jóvenes ven pocas perspectivas laborales y posibilidades de realización profesional, por lo que se plantean dejar la profesión o emigrar a otros países con mejores condiciones, lo que puede llevar en muy poco tiempo a una peligrosa falta de recambio generacional en la profesión.

La elevada prevalencia de desmotivación, desánimo y "burnout" apunta a problemas de fondo con componentes de falta de autonomía profesional, de falta

de participación y de escasa capacidad de influir en la organización, de escasas perspectivas profesionales, de sobrecarga de trabajo, de falta de medios, de retribuciones estancadas, de dirigismo tecnocrático y burocratizado, de ausencia de un espacio físico propio y personalizado, del choque entre teoría y práctica del mismo concepto de equipo y Centro de Salud. En definitiva, la desmotivación médica se puede ver como un indicador que apunta al agotamiento de un modelo que ha tenido éxito pero que precisa nuevos horizontes, como se sugiere en múltiples estudios^{3-5,11-15,17,18}.

El descontento médico ha generado un movimiento renovador, canalizado a través de organizaciones profesionales transversales como la Plataforma 10 Minutos, y se ha concretado en documentos como el Compromiso de Buitrago en el que más de 40 organizaciones profesionales proponen propuestas de medidas clave para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria en la tercera década de la reforma sanitaria¹⁹.

La Atención Especializada y los hospitales del SNS

Dentro del sistema sanitario español el hospital es un componente del continuo de servicios del cual forman parte el do-

micilio de los pacientes, el centro de salud, y los servicios sociosanitarios. En este *continuum* el paciente debe ser atendido en cada momento en el lugar y nivel más apropiado a sus necesidades⁶. Esta idea de *continuum* asistencial supone la existencia y buen funcionamiento de todos estos ámbitos de servicio y un alto nivel de integración y coordinación entre ellos^{2,5}.

Cuando alguno de estos elementos falla se provoca la ineficiencia de todo el sistema, pero de un modo especial del hospital, cuya congestión da lugar a largas listas de espera que repercuten negativamente en todo el conjunto del sistema de salud.

Los hospitales públicos españoles están organizados según un patrón organizativo bastante homogéneo, cuyo referente es el Real Decreto 521/1987 sobre organización y funcionamiento de los hospitales del antiguo INSALUD. Su régimen de gobierno y funcionamiento se corresponde a una organización administrativa con muy bajo nivel de autonomía y cuya característica más sorprendente es su horario de funcionamiento: de 8 a 15 horas, horario que contrasta con el habitual de un hospital en los países desarrollados de nuestro entorno: de 8 a 17 horas o de 9 a 18 horas.

Los hospitales públicos españoles, a pesar de las limitaciones con las que se

ven forzados a operar, tienen un alto nivel de calidad y una gestión interna de una notable sofisticación y eficacia. Operan, al igual que la Gerencia de Atención Primaria, en un sistema de contratos-programa o de gestión, en los que se acuerdan sus presupuestos con la dirección del Servicio Autonómico de Salud y los correspondientes niveles de actividad para el período presupuestario^{11,20}.

Estos contratos, aunque tienen diversas ventajas, llevan consigo incentivos negativos para toda cooperación y coordinación que pueda significar asumir costes adicionales o riesgo de salirse del presupuesto. Pone en marcha una lógica por la que el hospital (Atención Especializada) tiene incentivos para transferir costes a la Atención Primaria y, a su vez, ésta los tiene para transferir costes (pacientes, pruebas, etc.) a la Atención Especializada. En este contexto, la ya de por sí difícil coordinación clínica entre Atención Primaria y Especializada se contamina con implicaciones presupuestarias y de costes, pues lo que se gasta en un nivel no se gasta en el otro.

Sin embargo, los mayores obstáculos para la coordinación y cooperación entre Atención Primaria y Especializada no radican tanto en la competencia por atribuir costes al otro nivel, como a una situación de condiciones organizativas

adversas, de falta de incentivos, de medios específicos y de cultura de cooperación^{14,21}.

Así, los médicos del hospital dan el alta a sus pacientes sin conocer muy bien la organización del *continuum* asistencial y las ventajas que supone tener una Atención Primaria fuerte. La situación empeora cuando, en ocasiones, el hospital pide a los médicos de Primaria que actúen como selector interesado de pacientes; es decir, cuando les pide que deriven al hospital a aquellos pacientes que sirven a los intereses del especialista, debilitando la importante función que el médico de Atención Primaria puede desempeñar en el sistema. Este problema se agrava porque muchas veces los perfiles que solicita el hospital van cambiando a lo largo del tiempo (“guerra de especialidades”), con cambios, incluso, del modelo del parte de interconsulta. Con todo ello parece que cuenta más la organización que las necesidades de los pacientes, y se cumple el ominoso diagnóstico sociológico de “los pacientes son el combustible del sistema sanitario”²².

Superar estos obstáculos por parte del hospital implicaría todo un amplio conjunto de reformas para modernizar los hospitales públicos españoles, cuyo análisis queda fuera del objetivo de este trabajo. A remarcar, no obstante, la nece-

sidad de que los especialistas actúen de consultores, y la conveniencia de contar con un presupuesto capitativo común a la Atención Especializada y la Atención Primaria.

La mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada

Tradicionalmente, la coordinación entre el nivel de Atención Primaria y el nivel especializado ha sido un problema importante, aunque muchas veces visto sólo desde un único punto de vista, el del profesional médico que es en el que repercute como sobrecarga asistencial la defectuosa organización del sistema.

Si vamos más allá de esta visión centrada en el profesional, y optamos por el punto de vista del paciente y su paso por el SNS, la coordinación cambia radicalmente de contenido. En este caso significa nivel de calidad profesional y capacidad de resolución de problemas tanto en Atención Primaria como en Especializada. De esta manera, los problemas del paciente se resuelven en el nivel asistencial apropiado, acorde a los medios que éste precisa^{2,6}.

La coordinación no es un simple mantra, o lugar común, cuya simple evocación cumpla sus objetivos. “Coordinación” tie-

ne significados diferentes según distintos puntos de vista. Para el paciente, significa problemas de acceso y continuidad para tomar contacto y dejar el segundo nivel; para Atención Primaria, la necesidad de integrar la atención que recibe el paciente; y para Atención Especializada, el complemento de cuidados tras el alta y la actividad en consultas externas.

En general, las iniciativas de coordinación engloban aquellos cambios en la organización y gestión de los servicios sanitarios que persiguen que al paciente le pase desapercibida la división en niveles del SNS para así recibir los cuidados por los profesionales apropiados, en tiempo adecuado, y en el lugar más cercano posible a su entorno familiar. Lamentablemente, como hemos señalado, la reforma española de la Atención Primaria de 1984 se centró en la mejora de los recursos, no en la mejora de la coordinación^{5,11,14}, y la innovación a este respecto es relativamente nueva y escasa.

Para su análisis, podemos agrupar los cambios pro-coordinación en cuatro grupos:

1. Iniciativas de integración de estructuras organizativas.
2. Iniciativas de integración de sistemas de información.
3. Iniciativas de incremento de capacidad resolutoria.

4. Iniciativas de refuerzo de la Atención Primaria y aumento de autonomía del médico.

Iniciativas de integración de estructuras organizativas

Este grupo incluye las modificaciones que se centran en la integración de estructuras de gestión y administrativas de Atención Primaria y Especializada.

Entre ellas, la que ha adquirido mayor relevancia en los medios de comunicación profesionales es la llamada gerencia única, que consiste en la integración de las estructuras administrativas de los dos niveles asistenciales. Son varios los ejemplos en los que se aprecia que el debate es muy superficial al hablar de la gerencia única; así, llama la atención el que en algunas Comunidades Autónomas esté previsto extenderlo a otras áreas de salud, sin basarse más que en la lógica de que “debe ser positivo”, sin mayor evaluación. No hay pruebas ni se hacen preguntas. Estas actitudes parecen contraproducentes, ya que en cualquier iniciativa es necesaria la existencia de evaluación y pruebas indudables del beneficio antes de ponerla en marcha, y sobre todo, antes de extenderla.

Independientemente de la estructura organizativa que se establezca, parecen

necesarias para llevar a cabo la gerencia única dos condiciones: la distribución del presupuesto per cápita y la financiación por resolución de problemas en el nivel adecuado.

Iniciativas de integración de sistemas de información

En este grupo la integración se produce entre los sistemas de información, gestión y documentación clínica de los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada. Presentamos a continuación dos ejemplos:

Historia clínica informatizada: historia única

Es importante distinguir entre la única historia, en la que existe una sola historia clínica, y la historia única, donde los datos sobre el paciente son intercambiables porque hay un único código de historia clínica, aunque existan varias historias clínicas descentralizadas. La historia debe ser propia del paciente y no del sistema, por razones legales, y debe ser una historia descentralizada porque Atención Primaria tiene una manera propia de hacer la historia clínica, como propia es la forma de hacer la historia clínica de los especialistas. Además, sólo una pequeña parte (el 2 %) de la infor-

mación clínica contenida en la historia clínica de Atención Primaria se precisa en la atención médica de los especialistas.

El modelo de datos debe ser único y compatible (por ejemplo, para transmitir datos respecto a pruebas diagnósticas), pero no centralizado, ya que esto último dificulta la accesibilidad a la información y crea graves problemas respecto a la autonomía del paciente, el secreto médico y la confidencialidad clínica. En los centros de salud se tarda muy pocos segundos en obtener información relevante de las historias descentralizadas, para la asistencia, la docencia y la investigación. En el caso de que las historias clínicas estuvieran centralizadas, este tiempo se incrementaría dificultando la accesibilidad y, consecuentemente, la actividad clínica, docente e investigadora (sin entrar en consideraciones sobre el mayor coste de instalación y mantenimiento).

Transparencia de las agendas y utilización de las nuevas tecnologías para la mejora de la comunicación

Es necesario compartir las agendas de citas, y aquella información de la gestión de pacientes que se precisa en ambos niveles asistenciales. De esta forma los pacientes dejan de ser “mensaje-

ros”, y se acortan tiempos, que pueden adaptarse a las necesidades clínicas. Además, la transparencia consiguiente ayuda al mejor cumplimiento de los compromisos asistenciales.

Además las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles o los correos electrónicos, facilitan la comunicación del médico de Primaria con el especialista correspondiente o viceversa. Este campo simple y que no exige mayor innovación que la toma de decisiones, está todavía casi virgen en España. No obstante, hay alguna experiencia incluso en lo que respecta a la aplicación de la telemedicina en la mejora de la coordinación.

Iniciativas de incremento de la capacidad resolutoria de la Atención Primaria

Aquí la innovación busca el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial, de manera que se prestan servicios al paciente que correspondían con anterioridad a la Atención Especializada. Así, la realización de nuevas actividades en uno de los niveles requiere la reorganización de las actividades que se realizan en el otro nivel. Algunos ejemplos de este grupo de iniciativas son:

Mayor resolución diagnóstica del médico de Atención Primaria

Como consecuencia del aumento de resolutivez de la Atención Primaria, los especialistas cambian su papel y suelen realizar otras tareas, más de consultores. Por ejemplo, el acceso directo a la ecocardiografía por los médicos generales/de familia.

Recuperación de áreas asistenciales de Atención Primaria

Algunas propuestas buscan romper la tendencia actual de fragmentación de la asistencia en Atención Primaria, en campos como la atención al embarazo y al parto, las urgencias o a la atención a los pacientes recluidos en domicilio, terminales o dependientes, que los médicos de Primaria están dejando de lado en algunos casos.

Mayor capacidad de resolución de problemas de la enfermería de Atención Primaria

La enfermería se ha concentrado en exceso en unas pocas actividades y enfermedades, y hay iniciativas varias para ampliar su campo de trabajo. Por ejemplo, la atención en consulta y a domicilio de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Mayor apoyo administrativo

Muchas de las tareas burocráticas que realiza el médico de Atención Primaria podrían desaparecer, como todas las ligadas al actual modelo de receta. Pero otras son necesarias, aunque delegables al personal administrativo, que hasta ahora desempeña un papel muy limitado en Atención Primaria.

Iniciativas de refuerzo del papel de la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud

Este grupo de propuestas va orientado a favorecer cambios estructurales y de organización de la profesión médica y de la Atención Primaria, con el fin de que los profesionales de Atención Primaria, al tener mayor autonomía para organizar su trabajo, ayuden al SNS a conseguir los máximos niveles posibles de equidad y eficiencia a partir de unos recursos limitados^{13,19,21}. Se trata de potenciar el trabajo de “filtro” del médico de Primaria y el de consultor del especialista.

En este grupo de iniciativas destaca la potenciación de la figura del médico personal: propuesta que busca reformar la relación laboral actual en pro del incremento de la autonomía del médico de Primaria.

Es un modelo que la población demanda, pues lo que se busca es un médico de cabecera que sea un profesional independiente además de comprometido y autónomo, y del que se cuenta con cierta experiencia en Cataluña²³. En una visión más amplia, podría llevar al médico de Primaria a organizar la atención los 365 días del año, incluyendo móvil de guardia personal para los pacientes terminales, por ejemplo. Para pasar a este modelo y superar la actual mentalidad funcional es necesario la existencia de una compensación profesional y económica, un cambio en la atribución de tareas, autoridad, responsabilidad y reputación, y la financiación adecuada^{5,14,24}.

Conclusiones y recomendaciones

Reforma pro-coordinación del sistema sanitario

Según el análisis previo, y dado que la tendencia respecto a las necesidades y expectativas en salud de los ciudadanos seguirán incrementándose en el futuro, es necesario modificar la organización de la Atención Primaria, y buscar nuevos instrumentos que favorezcan la coordinación entre niveles sanitarios^{5,11,13}. Se trata de completar el vacío que dejó la reforma de 1984, más centrada en el aumento de recursos y capacidades de la

Atención Primaria que en los aspectos de pro-coordinación¹⁴. En la práctica, ello supone dar más trabajo, responsabilidad, presupuesto, poder, independencia y autoridad al médico general/de familia.

Evaluación de la innovación

Hay ya experiencia española respecto a la mejora de la coordinación, y entre algunas iniciativas consideradas, destacan aquellas que incrementan el papel (clave) que puede realizar la Atención Primaria en la consecución de la máxima equidad y eficiencia del SNS. No obstante, conviene la evaluación cuidadosa y la demostración de ventajas e inconvenientes de cada innovación, pues no basta la buena intención, o lo “evidente” de la bondad de la misma, ya que la Atención Primaria es un sistema complejo, y cambios minúsculos pueden tener consecuencias mayúsculas inesperadas²⁵.

La participación ciudadana

Además, en toda iniciativa de cambio es recomendable tener en cuenta la opinión de los pacientes y ciudadanos, como motor de cambio y aliado de los profesionales. Así, el papel de la sociedad y sus organizaciones se debería articular para llevar su presencia a los órganos de gobierno colegiados de las instituciones.

Reforma del ejercicio profesional

Por último, sería necesario que los médicos y la profesión médica participaran en el diseño, puesta en marcha y evaluación de las políticas de salud. Para lograr el compromiso participativo e ilusionado de los médicos es preciso reorganizar la profesión médica con una visión y participación común y global. Una posible vía a seguir consistiría en refundir las actuales organizaciones (colegios profesionales, sociedades científicas) en organizaciones profesionales de médicos con autoridad interna (prestigio científico) y externa (reconocimiento institucional).

Agradecimientos

Este texto deriva del segundo Seminario de Innovación en Atención Primaria, sobre innovación respecto a coordinación entre Primaria y Especializada en Es-

paña, del que fue ponente José Manuel Freire, y coordinador Juan Gérvas. Los Seminarios de Innovación están organizados por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y la Fundación Ciencias de la Salud, y cuentan con el patrocinio de GlaxoSmithKline.

Asisten al taller presencial de los Seminarios de Innovación, en 2005, por orden alfabético del primer apellido: Fernando A. Alonso Pérez, Josep Casajuana Brunet, Felipe Chavida, Jesús Domínguez Velázquez, José Manuel Esteban Sobreviola, Antonio Fernández-Pro Ledesma, Luis Miguel García Olmos, Javier González Medel, Fernando Malmierca Sánchez, Sergio Minué, Rafael de Pablo González, Luis Palomo Cobos, Raimundo Pastor Sánchez, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Ripoll Lozano, Juan José Rodríguez Sendín, Ángel Ruiz Téllez, Francisco Toquero de la Torre, Mateu Seguí Díaz, Juan Simó Miñana, José Manuel Solla Camino, y José Ramón Vázquez Díaz.

VIÑETAS

A continuación se presentan 5 viñetas que, según la opinión de los autores, ilustran y ejemplifican las variadas iniciativas que en torno a la mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Especializada se han producido en el territorio español.

Viñeta I

Plan de Coordinación

Primaria-Especializada. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O)

El SNS-O ha desarrollado un plan global de coordinación entre Atención Primaria y Especializada con el objetivo general de garantizar la continuidad y personalización en la atención al paciente, e incrementar la eficiencia general del sistema mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos de ambos niveles asistenciales.

El Plan define objetivos estratégicos y actuaciones para cada uno de ellos en el período 2000-2004. Entre las actuaciones-objetivos destacan:

1. Libre elección de especialista por el médico general.

2. El paciente es atendido por un mismo especialista a lo largo de todo el episodio.

3. Cita directa a Especializada desde todos los Centros de Salud del Área de Pamplona y Servicios de Urgencias.

4. Los médicos de Primaria pueden acceder al contenido íntegro de la historia clínica informática de Especializada vía intranet.

5. Los informes de consultas especializadas y los resultados analíticos llegan a todos los centros de Primaria, vía electrónica, y se incorporan de forma automática a la historia clínica de Primaria.

6. Mejoras de intercomunicación: teléfonos móviles a coordinadores de consultas, directorio telefónico de clínicos, horarios de disponibilidad de consulta telefónica.

7. Sistema de información del origen de las consultas (SIOC) que permite medir la actividad, demanda y lista de espera por centro de origen y especialidad de destino, y la variabilidad entre médicos

8. Los médicos generales reciben cada 6 meses datos sobre sus derivaciones normales y preferentes.

El Plan crea nuevas estructuras de coordinación, coordinadores en ambulatorios en aquellos servicios con gran actividad, y comités de mejora en ciertas especialidades.

El Proyecto define que la coordinación entre niveles es ante todo un problema clínico, cuyos responsables son los médicos, mientras que la Administración se debe centrar en dotar de medios, establecer procedimientos y promover un clima que propicie la intercomunicación y el consenso profesional. La puesta en marcha del Programa se acompaña de un presupuesto específico.

Sus principales resultados son el cumplimiento de las actividades previstas, percepción de mejora en la coordinación por parte de los médicos, mejoría en los tiempos de espera y un SIOC fiable. El principal avance es haber despertado el interés real de los clínicos y el reto es lograr que asuman el protagonismo de la coordinación.

Este plan recibió en 2002 el IX Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y la Administración Sanitaria (Escuela Nacional de Sanidad-Andersen-Diario Médico).

Información disponible en: www.cfnavarra.es y en: <http://www.diariomedico.com/gestion/pngs2002b.pdf>

Viñeta 2

*La experiencia de la Barceloneta. Institut Català de la Salut*²⁶

En mayo de 1993 se inició una experiencia singular de provisión de Atención Primaria en el barrio de la Barceloneta.

Fue la última de las zonas básicas del distrito de la ciudad vieja que se acogió a la reforma de la Atención Primaria. Aprovechando la remodelación del Hospital del Mar con motivo de los Juegos Olímpicos se habilitó un espacio de unos 1.000 m² en el recinto que el hospital comparte con el IMIM y con una Unidad docente de la Universitat Pompeu Fabra. Mediante un concurso público la gestión se adjudicó a una empresa de profesionales sanitarios, bajo la supervisión de PAMEM, una institución del Ayuntamiento de Barcelona.

La Barceloneta es una población económicamente deprimida (65% de la capacidad adquisitiva familiar de la ciudad), demográficamente envejecida (28% de mayores de 65 años) y con graves problemas sociales y sanitarios (la esperanza de vida de los varones es unos 8 años menor que la media y la mortalidad infantil un 10% mayor. La sobremortalidad por drogas, sida y cirrosis es unas 4 veces superior a la media).

Desde sus inicios se produjo una coordinación intensa con la Atención Especializada, de forma que 17 especialistas visitaban el centro de Atención Primaria, la mayoría de ellos conjuntamente con los médicos de familia. Se introdujo una modalidad de consulta sin paciente (tutoría) mediante la cual más del 80% de las du-

das de los médicos de familia se resolvían sin que el paciente tuviera que ser visitado por el especialista, lo que incrementó la capacidad de resolución y redujo las derivaciones. La evaluación continuada de las indicaciones terapéuticas condujo a una racionalización de la prescripción muy eficiente. Se creó un programa conjunto con los 8 farmacéuticos del barrio para mejorar los problemas relacionados con los fármacos. Las farmacias se incorporaron a un programa conjunto de control de diabetes e hipertensión al que se acogieron libremente 1.500 pacientes de los 3.000 afectados que se pudo consultar. El equipo de Atención Primaria pagaba a las farmacias por esta actividad ponderada según los resultados (cifras de tensión arterial y proporción de hemoglobina glucada). La mayor accesibilidad de las oficinas de farmacia comportó una mayor eficiencia en el uso de los recursos y la ampliación de las actividades de enfermería al control de otras patologías crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La implicación de las asociaciones de vecinos permitió adoptar conjuntamente decisiones organizativas para adecuar el consumo asistencial. La relación con las entidades vecinales y las asociaciones ciudadanas ha sido muy intensa. En el año 2000 la experiencia fue seleccionada por

el proyecto TUFH (*Towards Unity for Health*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los 12 proyectos de integración de servicios en todo el mundo.

Desde entonces se incrementaron las actividades de coordinación con los servicios sociosanitarios y los servicios sociales. La evaluación de los equipos de Atención Primaria por parte de la región de Barcelona ha colocado siempre a la Barceloneta entre las primeras posiciones. En el 2001 y en el 2003 fue el primer equipo de la ciudad.

La experiencia se ha basado en el compromiso profesional con la ciudadanía y con el sistema sanitario público, en la transparencia y en la autogestión. Se establecieron estándares de práctica clínica basados en las pruebas de eficacia y en la factibilidad. Los estándares eran objeto de supervisión conjunta periódica y sistemática.

En julio de 2004 la experiencia finalizó y la gestión fue directamente asumida por el PAMEM, que gestiona otros tres equipos de Atención Primaria en la ciudad.

Viñeta 3

El subprograma de integración y coordinación asistencial – SPICA.

Servicio Canario de Salud

Las necesidades de cuidados tras el alta de determinados pacientes son altas,

y en buena medida estos cuidados son proporcionados por las familias y los EAP, apoyados en algunos casos por recursos procedentes de la red social y sociosanitaria.

La Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria se encuentra en la mejor disposición para realizar esta labor integradora entre Atención Primaria, el Consorcio Sanitario de Tenerife y la red sociosanitaria, ya que aunque dependiendo administrativamente de la primera, se encuentra integrada desde un punto de vista funcional en el segundo, erigiéndose como un ejemplo de colaboración real y eficiente entre dichos niveles. Dicha colaboración se materializa en el denominado "Sub-Programa de Integración y Coordinación Asistencial: SPICA".

SPICA, sin excluir ninguno de los recursos disponibles, fundamenta sus actuaciones, en:

1. La colaboración interdisciplinar.
2. La capacitación dirigida a los pacientes y/o a sus familias para afrontar los cuidados básicos necesarios tras el alta del hospital.
3. En la incorporación de la visión y los recursos sociales y sociosanitarios en la construcción de los modelos explicativo y resolutivo de cada caso.
4. La coordinación con los médicos y enfermeros de familia.

5. Finalmente, en la facilitación del acceso y el envío de la información resultante a los EAP para, de ese modo, tratar de garantizar la continuidad de los cuidados tras el alta.

Evaluación

El total de ingresos en los servicios hospitalarios del Hospital Universitario de Canarias en los que interviene el SPICA durante el período 2000/2001 fue de aproximadamente 11.500 pacientes.

Fueron preseleccionados 3.167 pacientes (el 28% de los ingresos). De ellos un 97% proceden del Servicio de Admisiones (3.067 pacientes) y un 3% corresponden a interconsultas solicitadas bien desde los servicios hospitalarios, bien desde Atención Primaria para la valoración de pacientes no incluidos desde el Servicio de Admisiones.

El 55% de los pacientes preseleccionados cumplían los criterios de inclusión, lo que supone el 14,5% de las altas del período estudiado (un año).

Respecto al cumplimiento de los objetivos planteados se realizó la valoración integral al alta (altas planificadas) en el 78% de los casos, cifra levemente desviada del objetivo inicial (80%).

Se mantiene un porcentaje de pérdidas en torno al 22% que es constante a lo largo del año estudiado, lo que nos in-

forma de que contamos con unos procesos estables.

Se ha enviado informe a su UAF (médico y/o enfermera de Atención Primaria) responsable en el 95 % de los casos (objetivo del 80 %).

Se han producido un 8 % de altas incompletas (altas en las que tras realizar la valoración completa no se ha podido completar la intervención). En el resto se ha completado la intervención y se han facilitado al paciente los recursos necesarios. Esto supone un cumplimiento del objetivo del 92 % (facilitar al menos al 90 % de los pacientes ingresados en el programa los recursos necesarios).

Además la evaluación confirma la hipótesis de que el SPICA disminuye el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes intervenidos. El incremento de la probabilidad de ocurrencia del evento al alta es significativamente superior en el grupo de intervención respecto al de control para estancias superiores a 20 días.

En el año 2002 destaca el incremento de la inclusión de pacientes mediante el procedimiento de interconsulta, que supone el 12 % de los pacientes incluidos. Este porcentaje ha aumentado en los años siguientes.

Información disponible en: <http://www.huc.es/informacion/Direcciones-Functionales/medica/familia/default.html>

Viñeta 4

Circuito interno de la hoja de interconsulta entre Atención Primaria y Atención Especializada. Gerencia de Atención Primaria de Ávila

Para mejorar la comunicación entre niveles asistenciales, en el área de salud de Ávila se estableció un sistema interno de comunicación compuesto por:

1. Una hoja de interconsulta (autocalcable con 4 hojas) con datos a cumplimentar por el médico de Atención Primaria (MAP) (administrativos y clínicos) y otros por el médico especialista (ME). Normalmente esta hoja la lleva el paciente cuando acude a consulta del ME.

2. Sobres con ventanilla en los que se incluye el informe, y en el que sólo se ven los datos administrativos.

3. Una vez visto el paciente por el ME, éste debería cumplimentar su apartado correspondiente, archivar una hoja, dar otra al paciente y enviar la tercera directamente al médico utilizando el sobre referido anteriormente, a través de la gerencia de Atención Primaria.

En el año 2003 se realizó la evaluación del circuito interno de información entre niveles asistenciales (funcionante durante 5 años consecutivos). Se recibieron 1.833 hojas, contestación del especialista a la interconsulta del médico de AP, de las que se seleccionaron 358 (1 de cada 5).

Las conclusiones fueron que:

– El uso del circuito interno para devolver la hoja de interconsulta es bajo (sigue utilizándose al paciente como mensajero).

– Existe una gran variabilidad en el uso del circuito por los ME.

– El paciente y la especialidad a la que se deriva está bien identificada por el MAP, identificándose él también, situación que no ocurre en el 28% de los ME.

– No consta el centro de salud en el 20% de las hojas, cuando es este el dato más útil para distribuir las posteriormente entre los centros.

– La información clínica aportada por el MAP es manifiestamente mejorable. En la mitad de los casos no constan antecedentes, ni exploración, ni impresión diagnóstica.

– La información clínica del ME también es mejorable, sobre todo en el apartado del tratamiento (si se precisa, y si no el plan de actuación).

– Tras 5 años de evaluación del sistema no se ha obtenido prácticamente ninguna mejoría relevante en las múltiples deficiencias observadas.

En resumen, a pesar de haberse establecido un circuito interno para la comunicación entre niveles mediante una hoja de interconsulta, éste es poco utilizado por los ME (sólo en el 39% de los casos).

Cuando se utiliza, la información suministrada entre niveles es manifiestamente mejorable, aunque tras 5 años de evaluación poco se ha conseguido.

Viñeta 5

La experiencia de reforma de la Atención Especializada en los Equipos de Atención Primaria de Ciutat Vella (Barcelona). Institut Català de la Salut

En los 4 EAP de Ciutat Vella, Barcelona, gestionados por el Institut Català de la Salut, se inició en 1994 la reforma de la Atención Especializada con un formato en el que un especialista del hospital de referencia acudía a cada uno de los centros de salud para realizar allí su actividad asistencial compartiendo con los profesionales del EAP no sólo el espacio, sino también toda la infraestructura y el personal de apoyo, y por supuesto, la historia clínica²⁷. Además de la actividad asistencial directa, el servicio contratado implicaba también la actividad de interconsulta de casos (sin necesidad de la presencia del paciente) y la realización de actividades de formación si el EAP lo solicitaba.

Lógicamente no todas las especialidades pueden y deben funcionar de esta forma. Esto es básicamente de interés para aquellas especialidades que generan un determinado volumen de actividad semanal y que no requieren de un mate-

rial de consulta que podría hacer ineficiente su descentralización a todos los centros de salud. En Ciutat Vella actualmente las especialidades presentes en los centros son: Cardiología, Neumología, Reumatología, Traumatología, Urología, Cirugía, Otorrinolaringología, Digestivo, Oftalmología y Dermatología.

El hospital de referencia (Hospital del Mar) es el proveedor de la mayoría de ellas, con excepción de Oftalmología y Dermatología que han sido contratadas a otro proveedor. De hecho el modelo contempla (a nivel teórico, de momento) la posibilidad de poder contratar el servicio a cualquier proveedor. En la práctica la decisión del proveedor a contratar, de las especialidades implicadas y del tiempo contratado de cada una de ellas no ha sido decidido por los EAP.

Dos de las especialidades con mayor volumen de derivación están fuera de este marco por estar consideradas como programas específicos. Se trata de la denominada “atención a la salud sexual y reproductiva” que también se presta en cada EAP, y de la salud mental con la que están establecidas reuniones mensuales de seguimiento de pacientes, pero no prestan atención directa en el EAP.

Las ventajas que ofrece este modelo descentralizado de prestación de servicios especializados parecen evidentes²⁸:

1. Accesibilidad a la población al acercar a su entorno la AE.

2. Se dispone de historia clínica única incluso en centros de salud no informatizados.

3. Se establece una relación interpersonal entre los profesionales de AP y AE.

4. Se facilita la doble vía de derivación / interconsulta (con o sin paciente).

5. Se flexibilizan las agendas evitando las habituales agendas “duras” que no varían aunque cambien las necesidades.

6. Se gestiona en todo momento la lista de espera (visitas forzadas, visitas polivalentes, ajuste de agenda).

7. Una mayor resolución del EAP repercute de forma directa en una disminución de la espera de su propia población.

Como desventajas podríamos apuntar:

– No todos los especialistas acuden al centro de salud por el “dulce sendero de la vocación”. No es raro, al menos en fases iniciales, que puedan sentirse “desterrados” fuera del hospital.

– Las necesidades de espacio en el centro de salud resultan aumentadas.

– Se genera una necesidad de apoyo de enfermería a AE (debe diferenciarse de las necesidades de apoyo “administrativas”) que debe resolverse en función de la disponibilidad de recursos.

Hace poco más de un año se realizó un estudio de satisfacción de carácter interno entre los médicos de los 4 EAP de Ciutat Vella, los especialistas implicados, y los jefes de servicio con resultados real-

mente muy favorables. Los 4 equipos implicados se encuentran entre los 10 con mayor capacidad resolutive de los más de 60 EAP de Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer R L, Hambidge SJ, Maly R C. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med.* 2005;142:691-9.
2. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
3. Jewell D. Making general practice fit for the 21st century. *Br J Gen Pract.* 2005;55:422-3.
4. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
5. Gervas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN.* 2004;30:245-57.
6. Gervas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc).* 2005;124:778-81.
7. Sánchez Rodríguez A. El enfermo con pluripatología: la necesidad de una atención integral coordinada. *Med Clín (Barc).* 2005;125:12-3.
8. Prado L, García Olmos LM, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;35:146-51.
9. Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valls N, López F, Sánchez A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria.* 2005;36:137-43.
10. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Sheppard S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure. *JAMA.* 2004;291:1359-67.
11. Freire JM. La Atención Primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de Salud. En: Navarro V, editor. Estado del bienestar en España. Barcelona: Tecnos-UPF; 2004. p. 239-90.
12. Elola J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo? *Rev Adm Sanit.* 2004;2:375-86.
13. Minué S. La atención primaria de salud española a los 20 años de la reforma. Horizontes para los próximos años, estrategias, riesgos y ventajas de la definitiva descentralización. XVI Congreso de la Sociedad Valen-

- ciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Altea (Alicante); 2004, mayo 13 y 14.
14. Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. SEMERGEN. 2005;31:418-23.
 15. de Pablo-González R. La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. SEMERGEN. 2005;31:214-22.
 16. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia del desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003; 31:564-74.
 17. Turabián JL, Pérez Franco B. El futuro de la medicina de familia. Aten Primaria. 2001;28:657-61.
 18. Alfaro M. El papel de la atención primaria en el sistema sanitario. Rev Adm Sanit. 2005;3:15-27.
 19. El Compromiso de Buitrago. Propuesta de medidas clave para mejorar la calidad y dignidad de la atención primaria de salud en la tercera década de la reforma sanitaria. Disponible en: www.diezminutos.org
 20. Díaz E, Navarro P, Prados S. Sistema nacional de salud: la retribución variable. Rev Adm Sanit. 2005;3: 205-35.
 21. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. Rev Adm Sanit. 2002;4:39-67.
 22. Irigoyen J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada; 1996.
 23. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit. 2005; 3:73-81.
 24. Simó J, Gervas 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, cien años de historia europea. Aten Primaria. 2004;34: 472-81.
 25. Love T, Burton C. General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data. Fam Pract. 2005;22:347-52.
 26. Segura A. El proyecto AUPA Barceloneta. (El CAP Barceloneta/Serveis Mèdics 1993/2003) Barcelona: IES Monografies; 2004. p. 12.

- 27.** Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torras MG, et al. La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
- 28.** Casajuana J. Coordinación atención primaria-atención especializada. Nivel de resolución. En: *Gestión del día a día en el EAP. Módulo 2*. Barcelona: SEMFYC; 2002.

