



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Reunión Técnica sobre Estrategias Futuras en Atención Primaria de Salud en España, en el marco de conmemoración del XXV aniversario de Alma-Ata. La Atención Primaria como eje conductor del Sistema Nacional de Salud. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0083.php>

REUNIÓN TÉCNICA SOBRE

ESTRATEGIAS FUTURAS

EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EN ESPAÑA

EN EL MARCO DE LA CONMEMORACIÓN DEL

XXV ANIVERSARIO DE ALMA-ATA

BAJO EL LEMA

LA ATENCIÓN PRIMARIA

COMO EJE CONDUCTOR

DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

RETOS Y PROPUESTAS

Madrid, 30 de octubre de 2003

INDICE

Página

PREAMBULO	3
LISTADO DE PARTICIPANTES	4
DOCUMENTOS INICIALES	
• Extracto literal del documento “Sistemas Sanitarios en Transición: España”. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. 2000.....	5
• “Documento de apoyo” para el debate.....	32
INTRODUCCIÓN A LA JORNADA	46
• Conferencia inaugural	48
CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO.	56
Temas de debate:	
▪ Lograr un Sistema Sanitario Integrado.....	57
▪ Impulsar sinergias entre los cuidados sanitarios y sociales.....	59
▪ Mejorar los sistemas de información y evaluación.....	63
▪ Avanzar en la adecuación de recursos.....	67

PREÁMBULO

Los días 27, 28 y 29 de octubre de 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, celebra en Madrid la conmemoración del XXV aniversario de la Conferencia mundial y la Declaración llevada a cabo en la ciudad de Alma-Ata (Kazakhstán) sobre atención primaria de salud (Declaración de Alma-Ata).

Al hilo de dicha conmemoración, se organiza una nueva conferencia de debate técnico a nivel mundial, con el objetivo de realizar una revisión técnica de lo desarrollado hasta ahora en las distintas partes del mundo, de la situación actual tras los estudios e informe realizados con anterioridad (Alma-Ata 25 años después) y, en donde, especialmente, se propongan las nuevas estrategias de futuro. Para ello, se reúnen en Madrid representantes de países de todas las regiones del mundo durante tres días, en los que se trabaja tanto en reuniones de grupo como en sesiones plenarias.

Al ser España el país anfitrión de esta nueva conferencia, tiene lugar la prolongación del evento a un cuarto día, en el que, con la colaboración de la OMS y la participación de algunos de los expertos internacionales asistentes los días previos, se amplía la representación española y se debate la situación, perspectivas, retos y propuestas de futuro de la atención primaria en España.

Con anterioridad, se difunde a los participantes un extracto del informe llevado a cabo por el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios sobre la evolución del sistema sanitario español. Al mismo tiempo, para facilitar las discusiones y centrar los debates, se elabora un documento de apoyo que recoge una síntesis panorámica acerca de la situación presente, que complementa en algunos aspectos al informe del Observatorio (especialmente para situar mejor a los participantes extranjeros) y una serie de propuestas para la discusión. Ambos documentos se incorporan como parte integrante de este informe.

Por último, se incluyen los aspectos más relevantes de la jornada de debate, desde su apertura a las conclusiones. Se ha realizado para ello una labor de redacción y síntesis de las transcripciones literales de todas las intervenciones llevadas a cabo por los participantes (conferencias, grupos de trabajo y sesiones plenarias).

PARTICIPANTES

- **Aguilera, Luis** – Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria - semFYC.
- **Alberdi, Rosa M^a** - Enfermera – Escuela Universitaria de Enfermería - Palma de Mallorca.
- **Alfaro, Mercedes** - Subdirectora General del Instituto de Información Sanitaria – Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
- **Bengoa, J. Rafael** – Director de programas. OMS – Ginebra.
- **Blancos Sequeiros, Marjatta** – Deputy Director-General - Health Dep. Ministry Social Affairs & Health - Helsinki – FINLAND.
- **Bryant, John H** - Moscow – Vermont – USA.
- **Bueno, Mercedes** – Enfermera - Escuela Universitaria de Enfermería – Sevilla.
- **Cabasés, Juan M.** – Economista – Catedrático y vicerrector -Universidad pública de Navarra.
- **Casado, Verónica** - Presidenta de la Comisión Nacional de la especialidad de medicina de familia y comunitaria.
- **Chavida, Felipe** – Médico de familia – Guadalajara.
- **De Pablo, Rafael** – Médico de familia – Zaragoza.
- **Farrés, Josep** – Médico – M. Preventiva y salud pública – Consorci Sanitari de Barcelona.
- **Fernández, Isabel** - Médico de familia – Sevilla.
- **Fluiter, Enrique** – Médico de familia - Asesor de la Ministra– MSC.
- **García Encabo, Manuel** – Médico de familia – D.G. de Planificación – Consejería de salud de Aragón.
- **Gimeno, Andrés** - Presidente de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista – SEMERGEN.
- **Guerra, Javier** - Médico de familia – Instituto Madrileño de la salud – Madrid.
- **Ichaso, M^a de los Santos** - Médico de familia - Instituto de Información Sanitaria – MSC.
- **Lamarche, Paul** - Directeur - Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé – Université de Montréal – Québec – CANADA.
- **López, Manuel** - Presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria –FAECAP.
- **Malmierca, Fernando** - Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extra-hospitalaria y de Atención Primaria –SEPEyAP.
- **Matheson, Don** – Deputy Director General of Public Health Directorate – Ministry of Health - Wellington – NEW ZELAND.
- **McDermott, Robyn** – Professor of Public Health - James Cook University – Townsville Cairns, Queensland – AUSTRALIA.
- **Mollá, Ana M^a** - Médico de Familia – Pontevedra.
- **Pérez, Gálata** – Presidenta – Asociación de Enfermería Comunitaria – AEC.
- **Planes, Albert** – Médico de Familia – Barcelona.
- **Prieto, Asunción** – Médico de familia – Madrid.
- **Rodríguez, Juan José** – Médico de Familia – Bilbao.
- **Ruiz-Canela, Juan** – Presidente – Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria - AEPAP.
- **Saturno, Pedro J.** – Médico –Profesor M. Preventiva y salud pública – Universidad de Murcia.
- **Sobrino, Ana M^a** - Médico de Familia – Santander.
- **Soler, Mario** – Médico de familia – Murcia.
- **Solla, José Manuel** - Presidente – Sociedad Española de Medicina General – SEMG.
- **Soria, Miguel Ángel** – Subdirecto médico – Hospital Clínico San Carlos – Madrid.
- **Starfield, Bárbara** – University Distinguished Professor - The John Hopkins Medical Institutions - Baltimore – USA.
- **Thomas, Vicenç** – Médico de Familia – Palma de Mallorca.
- **Vuori, Hannu** - – Principal International Officer – Ministry of Health - Skopje – FORM. YUG. REP. MAC.
- **Wagner, Ed** – Director – MacColl Institute for Healthcare Innovation - The Centre for Health Studies - Seattle – USA.

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

Extracto literal del documento:

“Sistemas sanitarios en transición”

“España”

2000

**Observatorio Europeo de Sistemas
Sanitarios**



El Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios es una institución independiente, resultado de la colaboración entre la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, los Gobiernos español, griego y noruego, el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute, el banco Mundial, la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La provisión de servicios sanitarios

Antes de la entrada en vigor de Ley General de Sanidad de 1986, la provisión de servicios en el sector sanitario público se estructuraba en tres niveles asistenciales:

- la *asistencia sanitaria primaria* (ASP) con médicos generales trabajando individualmente, en régimen de tiempo parcial, y pagados con honorarios capitativos.
- La *asistencia especializada ambulatoria* con médicos especialistas trabajando individualmente en los ambulatorios (en las zonas urbanas junto a los médicos general) y también pagados con honorarios capitativos.
- La *asistencia hospitalaria* con asistencia tanto en consultas externas como en internamiento, con médicos asalariados empleados directamente por el sector público.

Después de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, la asistencia primaria se somete a un proceso de reforma, con el objetivo de fortalecer su papel y concederle mayor independencia. La reforma incorporaba parte las características anteriores (p.e. el papel de puerta de entrada), y añadía también algunas nuevas, como la extensión del papel del equipo de atención primaria: (a) como proveedor de un paquete integrado de asistencia que incluía la asistencia primaria junto con los servicios de prevención, promoción de la salud y rehabilitación; y (b) como actor principal en el proceso de evaluación de las necesidades y en la planificación sanitaria dentro del área de salud. Las consultas externas de especialidades se situaron bajo la responsabilidad de los servicios hospitalarios con el objetivo garantizar la mejora de la coordinación entre la asistencia secundaria y terciaria. El proceso de aplicación de estas reformas se desarrolló muy lentamente y con numerosos problemas, debido a diversos factores, tales como la coincidencia en el tiempo con una ambiciosa reforma de la estructura territorial del Estado, la oposición a las reformas por parte de algunos sectores de la profesión médica y, el hecho de que el intento formal de inclinar el equilibrio hacia la asistencia primaria no fue acompañado de un cambio paralelo en la estructura de la financiación por programas.

La asistencia primaria y los servicios de salud pública

Los servicios de atención primaria

La atención primaria (AP) pública en España forma parte del sistema público integrado, que cuenta con sus propios centros y personal. Su gestión se realiza fundamentalmente a nivel de las áreas y los centros de salud, a través de órganos específicos de gestión de AP, y su organización se basa en las zonas básicas de salud, que son la unidad territorial más pequeña dentro del sistema sanitario. A principios de los años 80, la creación de la medicina de familia como especialidad médica contribuyó a elevar sus estándares profesionales, proporcionando una identidad profesional distintiva. Además, desde 1984, el sector de la asistencia primaria ha experimentado un profundo proceso de reforma institucional y desarrollo de nuevas instalaciones.

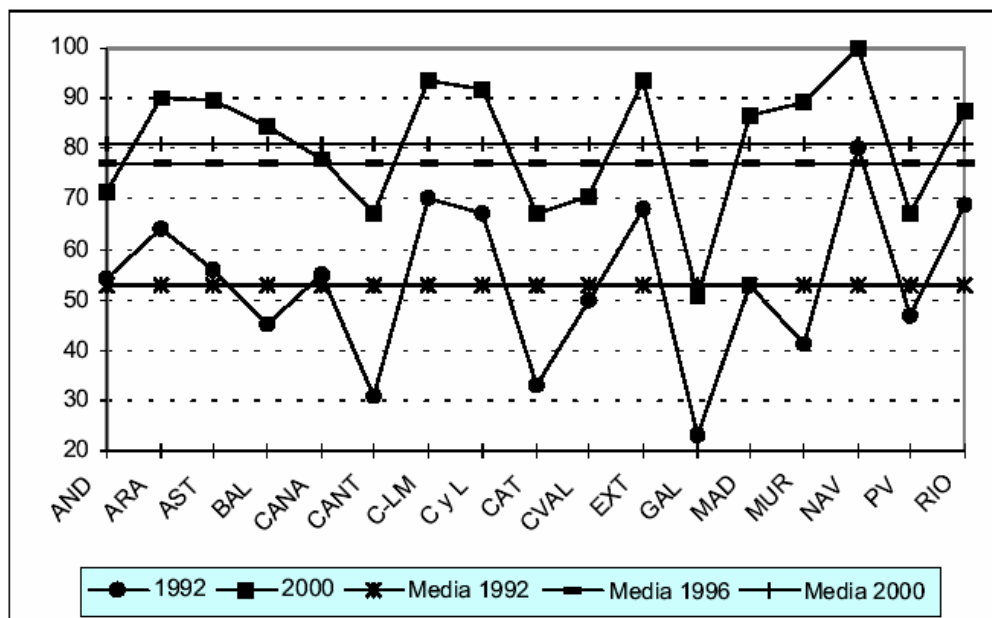
Los profesionales de atención primaria son empleados dentro del sistema público, o con carácter interino (eventual), o después de aprobar un examen de ingreso, a través del cual adquieren un estatus especial similar al de los funcionarios. Los médicos generales o de familia (MG) son el primer contacto de la población con el sistema sanitario. Estos médicos son los encargados de examinar los pacientes y proveer el diagnóstico y el tratamiento. Y también si es necesario, derivan pacientes a los servicios especializados. A pesar del papel de puerta de entrada de los médicos generales, los pacientes no necesitan ninguna derivación si desean visitar a un médico especialista en obstetricia o a un dentista o, en algunos casos, a un oftalmólogo (p.e. para los exámenes de la vista, las urgencias, etc.). Los pacientes que han recibido asistencia especializada se espera que vuelvan a su médico de atención primaria,

quien entonces asume la responsabilidad del seguimiento del tratamiento, la repetición de las prescripciones etc.

Desde 1986, los pacientes tienen derecho a elegir a su médico general dentro de su área de salud. Además, en 1993 la capacidad de elección se extiende formalmente a otras áreas de salud, con el único requisito de que el médico elegido acepte la inclusión del paciente en su lista. Sin embargo, existen importantes dificultades prácticas para hacer efectivo este derecho. Algunas de ellas se derivan del hecho de que los médicos generales también son los encargados de realizar las visitas a domicilio y, aunque reciben honorarios capítativos, la cantidad recibida por cada paciente es mínima. Por lo tanto, tienden a rechazar a los pacientes que provienen de otras áreas de salud.

La asistencia primaria es provista a través de dos redes diferentes – el modelo tradicional y el modelo reformado – con una oferta de servicios ligeramente diferente y con sus propios sistemas de pago. El modelo tradicional es la red asistencial más antigua, y con el tiempo, la de menor presencia. El modelo reformado representa un abordaje multidisciplinario de los problemas de atención primaria de salud, basado en el trabajo en equipo, y es el resultado de la reforma de la atención primaria de 1984, un proceso que a principios del año 2000 ya estaba casi completado. Sin embargo, estos dos modelos han coexistido casi durante dos décadas, y continúan coexistiendo en nuestros días (graf. 8).

Gráfico 8. Porcentaje de la población con cobertura de la nueva red de asistencia primaria, 1992-2000



Fuentes : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; JANO, 1997; JANO, 2001.

El sistema tradicional dependía de un médico general trabajando individualmente en régimen de tiempo parcial (2,5 horas al día, más un tiempo adicional para cubrir la asistencia a domicilio). Su sistema de remuneración se basaba tan sólo en los pagos capítativos en relación a una lista determinada de pacientes y sus funciones eran exclusivamente curativas. El apoyo diagnóstico y administrativo era bastante escaso y los médicos y los enfermeros no tenían una formación específica en asistencia primaria. Tampoco se mantenían historias clínicas y, el seguimiento era bastante raro.

La nueva red reformada de asistencia se basa fundamentalmente en el trabajo en equipo, o práctica de grupo, trabajando en régimen de jornada completa con remuneración salarial que, desde mediados de los años 90 se completa con una pequeña cantidad correspondiente a honorarios capítativos (el 15% del total del salario). En cada zona de salud, existe un Centro de Salud, dotado por un Equipo de Atención Primaria (EAP) que provee los servicios. Los médicos deben realizar tres años de formación especializada en medicina de familia, además de los seis años requeridos para obtener la licenciatura en medicina. Las funciones asignadas formalmente a los equipos de atención primaria son más comprehensivas, y cubren la prevención y promoción de la salud, la asistencia curativa y la rehabilitación. El soporte administrativo y de diagnóstico ha mejorado. Un nuevo sistema de gestión de listas y citas pretende asegurar que los pacientes puedan mantener una relación personal con su médico de cabecera, así como un seguimiento adecuado, puesto que deberán ser vistos por el médico específico en cuya lista están registrados. Cada EAP está dirigido por un coordinador, uno de los médicos generales que forma parte del equipo y que asume tanto las tareas clínicas como las de gestión.

La reforma de la atención primaria

Las reformas de la primaria, iniciadas en 1984, siguieron algunas de las recomendaciones de la Conferencia de Alma Atá, concretamente el trabajo en equipo, el aumento de la accesibilidad, la asistencia comprehensiva y el seguimiento, y la participación comunitaria. Mientras estas características son compartidas por muchos países europeos, un rasgo específico de la atención primaria en España es de la provisión de servicios es de propiedad pública en un cien por cien, en cuanto a las instalaciones y personal, con médicos generales públicos retribuidos a través de salario. Sólo tres países en Europa occidental tienen un modelo de provisión similar (Finlandia, Portugal y Suecia). En 1997, un estudio comparativo entre estos cuatro países (tabla 8) mostró los siguientes resultados. España tenía la más alta accesibilidad, ya que el 92% de los pacientes sólo debían esperar 0-1 días para una consulta con el médico general. De hecho, los pacientes sólo necesitan esperar un día si optan por concertar la cita por teléfono. Sin embargo, el número de pacientes tratados por cada doctor a la semana, también era el más alto y, por lo tanto, el tiempo dedicado a cada visita era bastante más bajo que en los otros tres países. Finalmente, el seguimiento y la continuidad de la asistencia eran consistentemente más elevadas en España y Portugal, que en Finlandia y Suecia.

De hecho, y en comparación con la anterior red asistencial, la nueva red EAP es percibida en España, como más dinámica, con un mayor énfasis en el uso de historias y protocolos clínicos, una reducción en las prescripciones y las derivaciones, y una mayor dedicación de tiempo al paciente, asegurando con todo ello un aumento de la calidad del servicio. Muchas de estas mejoras han sido corroboradas por investigaciones independientes, aunque basadas en estudios de caso. De hecho, más de 15 años después del inicio del proceso de reforma, no existen evaluaciones oficiales del impacto de la reforma. Ello refleja la baja prioridad política que normalmente se le ha otorgado a la asistencia primaria, lo que se plasma también en la escasa implicación de las autoridades en el lanzamiento de iniciativas innovadoras en este campo, que han sido generalmente el resultado de la labor independiente de los nuevos médicos de familia y sus asociaciones profesionales. Existe alguna evidencia de que estos problemas políticos han debilitado parcialmente el potencial de las reformas para cosechar todos los beneficios inicialmente esperados.

Tabla 8. Asistencia primaria en los países Europeos con sistemas de propiedad pública y personal propio, 1997

N = 6495	España	Finlandia	Portugal	Suecia	Media
Días de espera para consulta (%)					
0-1 día	92	39	50	37	57
2-4 días	8	22	10	9	13
5-8 días	0	33	15	27	18
> 8 días	0	6	25	27	13
Pacientes/semana por médico (media)	154	94	89	90	103
Duración consulta (%)					
<5 minutos	52	29	30	36	37
5-9 minutos	35	27	25	27	29
10-14 minutos	10	29	29	17	22
>15 minutos	3	15	16	20	13
Tipo de problema (%)					
Agudo	34	38	17	35	31
Sub-agudo	18	21	13	23	18
Crónico	43	29	55	39	42
Preventivo	5	11	13	2	8
Otro	0	1	2	1	1
Consulta previa (%)					
Mismo problema	64	49	78	62	63
Otro problema	79	69	90	78	79
Otro miembro de la familia	70	54	82	54	66
Seguimiento (%)					
No	48	40	24	30	36
Mismo médico	41	44	64	57	51
Otro médico general	1	9	1	3	4
Especialista	10	7	11	10	9

Fuente: Ortún y López Casanovas (1999).

Un indicador especialmente preocupante es el reciente aumento de los pacientes que ingresan en el sistema directamente a través de los departamentos hospitalarios de urgencias. De hecho, las tasas de admisión hospitalaria de urgencias casi se duplicaron desde mediados de los años 80 hasta mediados de los 90, y, en la actualidad representan dos tercios de todas las altas hospitalarias. En particular, las investigaciones recientes demuestran que más de un tercio de las admisiones en los departamentos de urgencias se producen durante el jornada laboral de los centros de asistencia primaria, y que el 50% de estas admisiones están relacionadas con la percepción de los pacientes de problemas en la accesibilidad a la atención primaria

Recursos y utilización en atención primaria

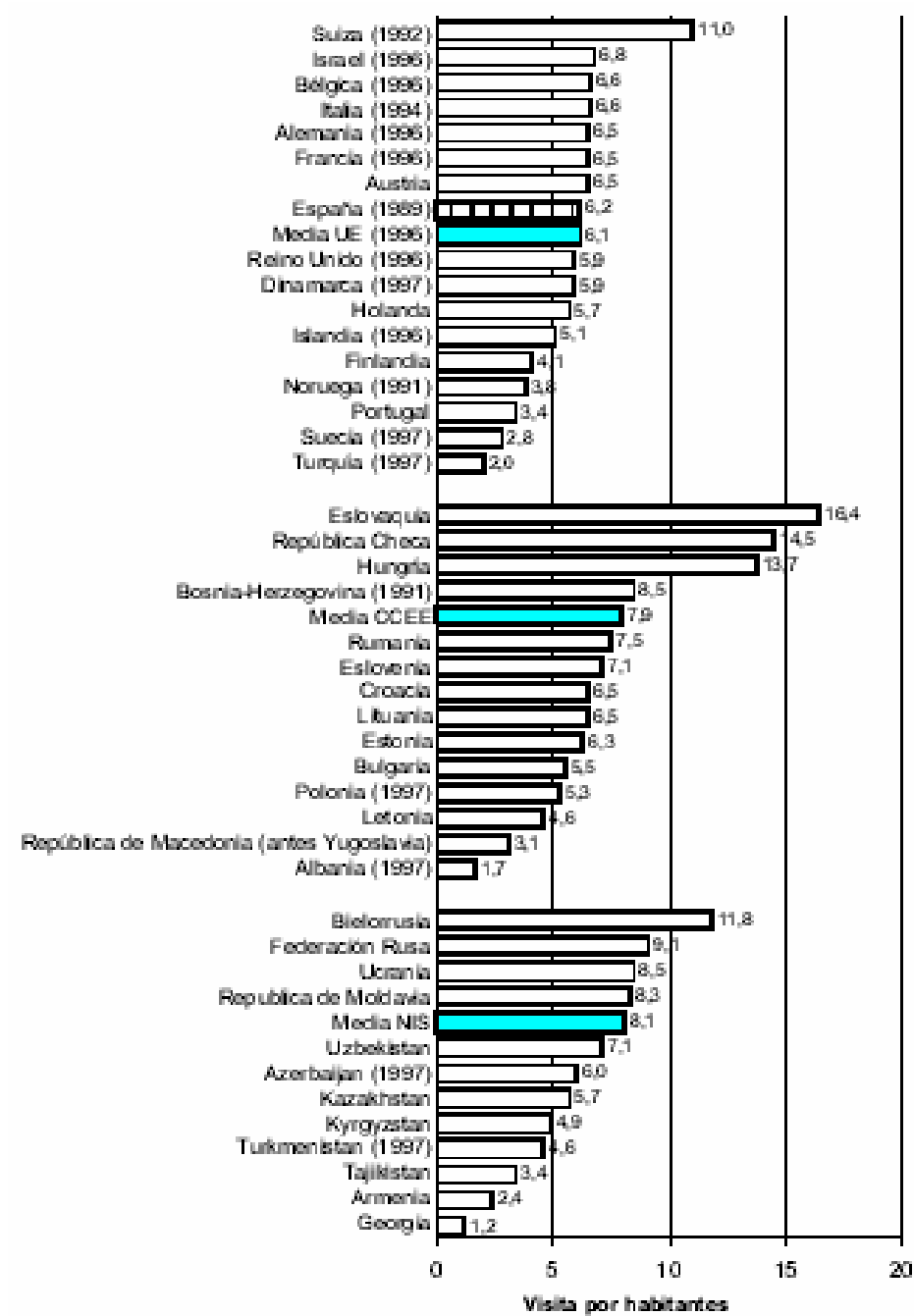
La evolución de la asistencia primaria durante los años 1990 ha sido la siguiente. Sólo existen datos oficiales para los años 1992 y 1994 en cuanto a la cobertura del modelo reformado de asistencia primaria, pero, desde entonces, la revista médica *Jano* ha venido publicando datos periódicos sobre el progreso de las reformas. De acuerdo con esta fuente, en marzo de 2000, el 81% de la población recibía servicios sanitarios a través de un EAP (comparado con el cerca del 50% en 1992, el 67% en 1994, el 77% en 1996 y el 81% en 1998), aunque todavía existían bastantes diferencias a nivel regional (entre el 51% y el 100%). Si se analizan los datos por sub-periodos, entre 1992 y 1996 la cobertura de la nueva red de asistencia aumentó en un 25%, mientras que entre 1996 y 2000 tan sólo aumentó en un 4%, mostrando un progreso más lento de la reforma.

En lo que se refiere al personal asistencial, los datos oficiales del Ministerio de Sanidad para 1998 indican que el 73% de los médicos de atención primaria trabajaban dentro de la nueva red (con diferencias regionales que van del 42% al 89%). En cuanto a las instalaciones, a mediados de los años 90, las dos redes de atención primaria estaban formadas por 1.702 centros de salud (que pasan a ser cerca de 2.500 en 1998), 3.128 pequeños *consultorios* rurales (puestos de salud dotados con uno o dos médicos generales y una enfermera), que dependían en su mayor parte del centro de salud de la zona básica de salud, y 206 consultorios urbanos (estructurados con el tradicional sistema de cuotas). En 1995, de acuerdo con estos datos, los profesionales de atención primaria llevaron a cabo un total de 213 millones de consultas (incluyendo las visitas en la consulta y las visitas domiciliarias), esto es 5,5 consultas por habitante y año. Además, el personal de asistencia primaria atendió aproximadamente 15 millones de urgencias, equivalente a 0,4 por habitante al año.

Según la base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional para Europa de la OMS, en 1989, se realizaron en España 6,2 contactos en consultas externas por habitante al año (graf. 9), una cifra muy cercana a la media de la Unión Europea de 1996. Los datos oficiales nacionales señalan cifras de 5,4 y 5,3 contactos en 1992 y 1994 respectivamente, que aumentarían a 6,1 en 1996. Además, la tabla 8 muestra que en España, cada médico general atiende a 154 pacientes a la semana, una cifra 70% más alta que la media que presentan los otros tres países con un modelo similar de AP, que permanecen con cifras en torno a 90 pacientes a la semana. De otro lado, el Estudio Europeo sobre el Perfil de Tareas de los Médicos Generales muestra que, en 1991, los MG españoles tenían una de las tasas más altas de contactos al día dentro de Europa occidental (ocupando el tercer lugar después de Alemania y Austria), con 39 visitas al día por cada MG, una cifra 40% más alta que la media no ponderada europea.

Por lo tanto, como conclusión, se puede decir que, en términos comparativos, los médicos generales en España parecen soportar más carga de trabajo que en otros países cercanos, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar tanto el personal como las infraestructuras. En este sentido, el *British Royal College of Medical Practitioners* ofrece una evidencia adicional, pues, según su base de datos, en 1992 había en España tan sólo 50 médicos generales por 100.000 habitantes, representando el 15% del total de médicos. Esta cifra era la más baja de la EU, y estaba bastante lejos de los estándares que prevalecían en los países vecinos como Francia (147 médicos generales por 100 000 habitantes, y el 54% del total de médicos), Italia (102 por 100.000, y 26% del total), Portugal (61 por 100.000, 23% del total), o Reino Unido (54 por 100.000, y 42% del total). Sin embargo, también es cierto que esta cifra tan baja de médicos generales en España se compensa en parte con un mayor número de médicos especializados, pero esta situación no es consistente con el intento, expresado en la Ley General de Sanidad de 1986, de trasladar el equilibrio del sistema de asistencia sanitaria hacia el nivel de la primaria.

Gráfico 9. Contactos en consultas externas por persona en la Región Europea de O.M.S., 1998 (o último año con datos disponibles)



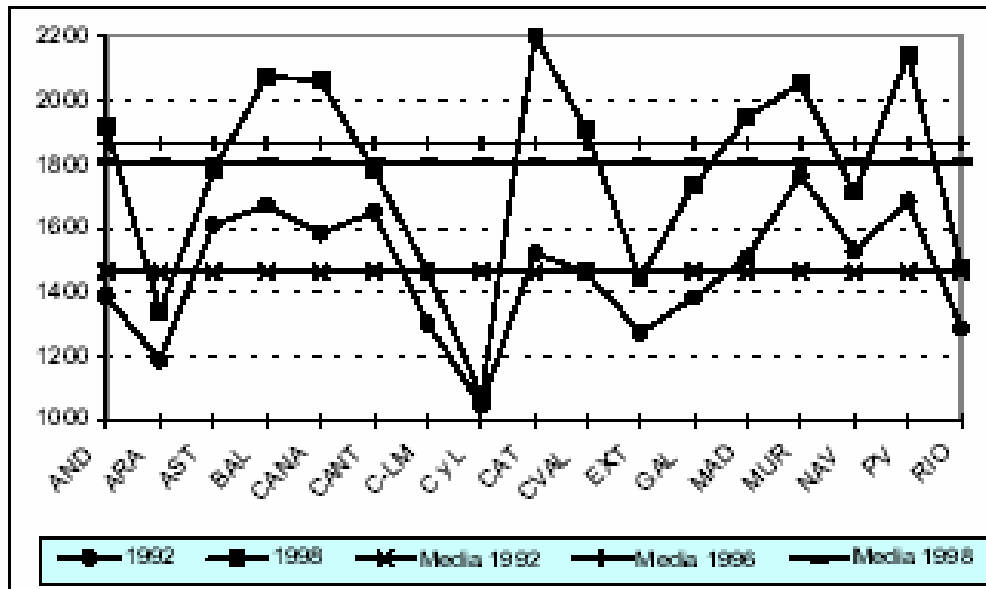
Fuente: Base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional Europea de la OMS.

En lo referente al número medio de habitantes por médico general, este aumentó el 30% entre 1992 y 1996 (de 1460 a 1867), y se estabilizó entre 1996 y 1998. Durante el mismo período, el número de contactos médicos anuales por persona aumentó en un 15%. En las áreas rurales con una población dispersa, hay usualmente menos de 1250 habitantes por cada médico general, mientras que en las áreas urbanas hay más de 2000 habitantes por cada médico general. El centro de salud más cercano para cualquier ciudadano no está a una distancia mayor de 30 minutos de viaje, mientras que la media era de 16 minutos en 1997 (frente a 15, 17 y 18 minutos en 1987, 1993 y 1995 respectivamente).

El acceso en términos de disponibilidad de citas, es también generalmente bueno, aunque en algunas áreas urbanas, los EAP restringen las citas en los horarios de tarde y noche, lo que causa retrasos en la obtención de la asistencia de rutina no urgente. De hecho, aunque el horario de trabajo de los médicos generales en el sector público ha aumentado de 2,5 a 7 horas al día, esto no siempre ha resultado en una ampliación paralela del tiempo real destinado a las consultas de los pacientes, y este aspecto particular no está sujeto a la regulación estatal. Ello puede estar detrás de la alta presión de urgencias que comentábamos más arriba. De hecho, la investigación reciente pone de manifiesto que el 20% de las admisiones a través de los departamentos hospitalarios de Urgencias se deben a la percepción de los usuarios de problemas de accesibilidad derivados de las restricciones en los tiempos programados de consultas en los centros de atención primaria. En cuanto al tiempo requerido para acceder a la atención una vez en el centro de salud, en 1997 los pacientes tenían que esperar unos 30,2 minutos de media, mientras que la cifra equivalente en 1987 era de 19 minutos.

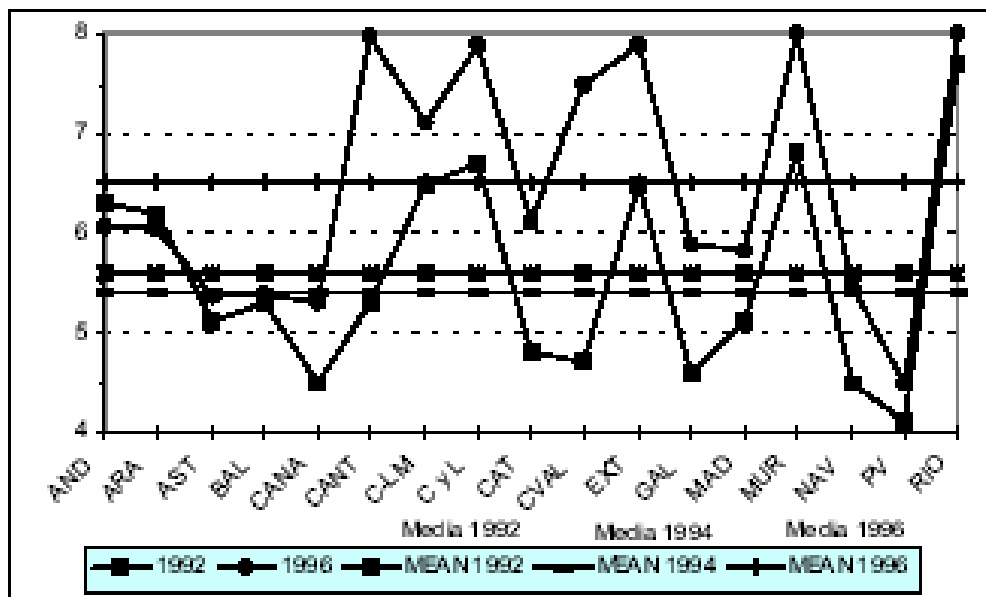
Las diferencias entre las Comunidades Autónomas en el ámbito de la atención primaria son considerables, tanto en términos de pacientes por médico (graf. 10), como en cuanto a utilización (graf.11). La evolución durante los años 90 apunta hacia un aumento de desigualdades territoriales a este respecto.

Gráfico 10. Habitantes por médico general en las Comunidades Autónomas, 1992-1998



Fuentes : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993 y 1995; JANO, 1997.

Gráfico 11. Contactos médicos al año en las Comunidades Autónomas, 1992-1996



Fuentes : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993 y 1995; JANO, 1997.

Prestaciones

Los servicios que deben ser prestados a este nivel asistencial están definidos tan sólo de un modo muy general en el Decreto que define las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, incluyendo importantes ambigüedades en cuanto a los programas de atención a enfermos crónicos. Las áreas y los centros de salud se encargan de especificar los detalles sobre la actividad de la asistencia primaria desde principios de los años 90. El contrato-programa se utiliza, cada vez más, para definir la población que debe ser cubierta y los servicios que se deben prestar, asegurando el acuerdo entre el nivel central y el área sobre los niveles de actividad. En estos contratos se establece la cobertura poblacional de los EAP, los objetivos en cuanto a la inmunización de niños y adultos, el número de visitas a domicilio, los protocolos para monitorizar las enfermedades crónicas prevalentes, la detección temprana de las madres embarazadas, etc. Así mismo, estos contratos especifican el presupuesto prospectivo global disponible.

La nueva definición del paquete de servicios en asistencia primaria prevé la integración de las funciones de prevención y curación. Desde una situación de entrada considerablemente deficitaria, la importancia de la medicina preventiva ha ido aumentando en los últimos años, y actualmente se incluye en el catálogo de prestaciones definido reglamentariamente. En 1995, más de 400 EAP se unieron al Programa de Promoción de la Salud y Acción Preventiva que supone la participación voluntaria en la elaboración y aplicación de protocolos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para grupos de riesgo específicos. Este programa se puso en marcha por iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha sido el actor político más relevante en el proceso de mejora progresiva en la asistencia primaria desde principios de los años 80. Además de ésta, existen otras dos asociaciones que representan a los médicos de familia (SEMG y SEMERGEN). Dentro de los términos de este programa, se están desarrollando estrategias de oportunidad para hacer un llamamiento a la población relevante y, se auditan anualmente a través de asesores externos que revisan tanto la cobertura como los resultados.

Además de la AP ofrecida por los médicos generales y los pediatras, se han desarrollado otra serie de servicios específicos orientados a determinados grupos de población, como las mujeres, los enfermos mentales, etc. Estos servicios funcionan conjuntamente con el nivel de asistencia especializada. Los equipos de asistencia primaria también colaboran con los trabajadores sociales, cuyas principal tarea es actuar como puente entre las redes de servicios sanitarios y sociales. La asistencia primaria es responsable también de la provisión de una cobertura de urgencia durante las veinticuatro horas del día, tanto en los centros de salud como en el domicilio del paciente. La atención primaria continuada se presta en parte a través de equipos dedicados específicamente a las urgencias, o cada vez más por rotación del personal del EAP. En las áreas urbanas existen servicios especiales de urgencia (que cubren los accidentes de carretera y las emergencias a domicilio) que dependen de los ayuntamientos o de las Comunidades Autónomas, y que operan a menudo separados en gran medida de los servicios de atención continuada que proveen los equipos de atención primaria.

La red de asistencia primaria también ofrece algunas prestaciones en atención dental, como: la información y la educación sobre higiene; la prevención para los menores; y los tratamientos para los problemas agudos, que incluyen la extracción dental y la atención dental para mujeres embarazadas. En el País Vasco y Navarra existe una cobertura total en la atención dental para los menores. Además, en las elecciones generales del año 2000, los dos partidos políticos principales, contemplaban en sus programas electorales la implantación de la cobertura total de atención dental para los menores.

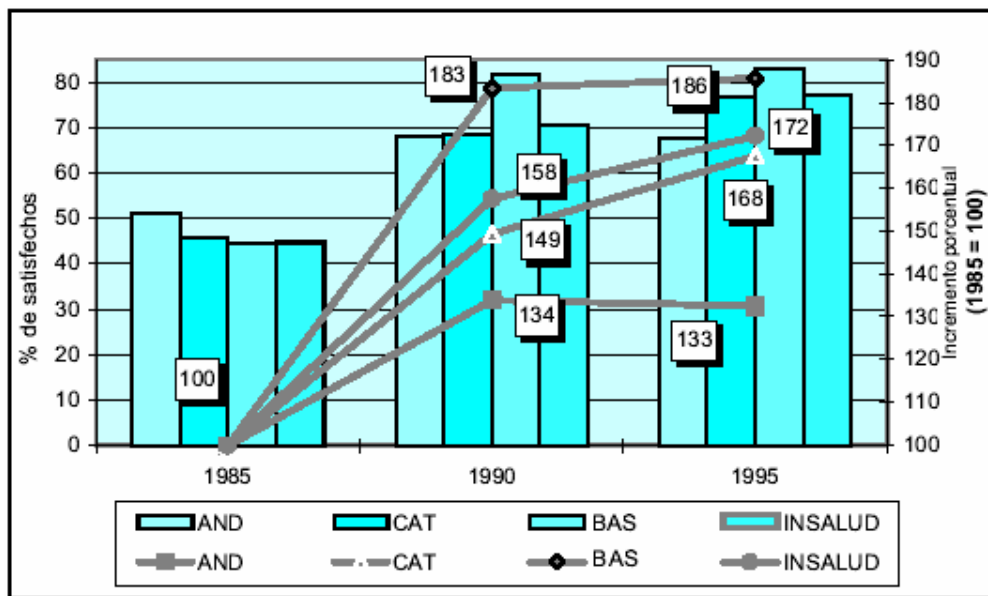
Los centros de salud normalmente cuentan con tiras reactivas para los análisis de orina y glucemia en casos de urgencia, así como de un electrocardiograma. Casi no existen laboratorios de análisis clínicos en los centros de salud, y las muestras recogidas en el nivel de la asistencia primaria se envían al laboratorio del ambulatorio u hospital más cercano. En general, las

pruebas radiológicas, de ultrasonido y pruebas de función pulmonar son realizadas por los servicios especializados en hospitales o policlínicas. A partir de mediados de los años 90, la cirugía menor se ha ido introduciendo progresivamente en la asistencia primaria. En 1997, se llevaron a cabo 5.217 procedimientos de este tipo en el territorio gestionado por el INSALUD, y su número aumentó a 47.580 en 1999.

La satisfacción de los ciudadanos con la atención primaria

La satisfacción de los usuarios con la AP ha ido aumentando gradualmente a medida que se ha ido introduciendo el nuevo sistema (Graf. 12). En 1985, el nivel medio de satisfacción estaba por debajo del 50%, una cifra que alcanzó el 70% en 1990 y cerca del 80% en 1995. Aunque las cifras no son totalmente comparables a lo largo de los años o en las distintas Comunidades Autónomas, parecen sugerir que los niveles de satisfacción casi se han duplicado en este período, lo que contrasta con el sector hospitalario, en el cual los niveles de satisfacción han permanecido relativamente constantes entre 1985 y 1995. La evolución de la satisfacción parece haber seguido una tendencia semejante en las distintas Comunidades Autónomas, aunque sujeta a diferencias de magnitud entre territorios. Merece especial atención el hecho de que el aumento más pequeño se registra en Andalucía, una de las regiones más pobres de España, que también se encuentra por debajo de la media en términos de recursos sanitarios.

Gráfico 12. Evolución de la satisfacción ciudadana con la asistencia primaria por Comunidades Autónomas seleccionadas, 1985-1995



Fuente : Rico y Pérez-Nievas, 2000.

A nivel nacional, la satisfacción parece permanecer bastante constante desde mediados de los años 90, de acuerdo con encuestas de satisfacción comparables realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), organismo de estudios del Estado central. Cuando se

utiliza una escala del 1 al 7 para medir la satisfacción, las medias correspondientes tanto al funcionamiento general de la asistencia primaria como a las diferentes dimensiones de sus servicios (acceso, información, confianza en el médico, equipamiento, asistencia a domicilio, etc.) permanecieron relativamente estables entre 1994 y 1998. En particular, la satisfacción general con los servicios recibe una puntuación de 5,23 en 1994, y de 5,29, 5,24 y 5,26 en 1995, 1997 y 1998, respectivamente. Conviene recordar aquí que en 1994, dos tercios de la población ya estaban cubiertos por la nueva red de atención primaria, un porcentaje que aumentó a cerca del 80% en 1998. Tres aspectos en la provisión de la asistencia han experimentado aumentos netos en las puntuaciones medias de satisfacción durante este mismo período: la duración media de las consultas; la información recibida del médico; y el equipamiento técnico y las instalaciones.

La equidad en la accesibilidad y en la utilización de la asistencia primaria difiere significativamente por programas y servicios. Mientras que las consultas con los médicos generales son más frecuentes en las clases sociales más desfavorecidas, para igual nivel de necesidad, ocurre lo contrario con las tasas de utilización de los servicios preventivos y la atención dental. En lo referente a los servicios preventivos, y en el caso particular de la atención ginecológica, existen diferencias significativas por clase social entre las mujeres: las clases acomodadas presentan una tasa de utilización 2,5 veces más altas que las clases desfavorecidas. Esto se debe probablemente a las carencias de los servicios públicos en este campo, lo que fuerza a las mujeres a acudir al sector privado. Lo mismo sucede con la atención dental, que en general no está cubierta por el sistema sanitario público. De acuerdo con esto, en las clases sociales acomodadas, el porcentaje de la población que en 1993 declaraba haber visitado a un dentista era casi el doble que la cifra correspondiente a las clases desfavorecidas. Como era de esperar, existe evidencia también de diferencias de acceso al sector privado por clase social: entre los que declararon haber consultado a un médico en 1995, sólo un 10% de las clases más desfavorecidas lo hace en el sector privado, mientras que el porcentaje para las más acomodadas es de un 40%.

En conclusión, aunque las mejoras en el campo de la atención primaria han sido significativas durante este período, subsisten importantes problemas pendientes que requerirán reformas futuras. Por ejemplo, a pesar del compromiso legislativo explícito, el sistema de asistencia sanitaria todavía está más centrado en los hospitales que en la asistencia primaria. El suplemento caputivo para los médicos generales es demasiado escaso para representar un incentivo suficiente para atraer y retener nuevos pacientes a través de una asistencia de calidad. A pesar de los progresos obtenidos en cuanto al apoyo diagnóstico, los centros de asistencia primaria carecen todavía de infraestructura diagnóstica y de tratamiento básica, como la que se requiere para realizar cirugías menores. No existe un modelo estándar para los historias clínicas y los protocolos clínicos en las Comunidades Autónomas, y sólo en raras ocasiones están informatizados. Los incentivos económicos para reducir la cantidad y el coste de las prescripciones farmacéuticas, introducidos a mediados de los 90, no incorporaban el componente de la calidad de las prescripciones. El coste efectividad de las prácticas preventivas y curativas no ha sido evaluada.

Y lo que es más grave, no existe un sistema de información nacional que cubra indicadores básicos, como el personal que trabaja para el sistema público, las diferencias en el sistema de salarios a nivel regional, los contactos médicos por persona, los patrones de utilización por edad, sexo y clase social, o los perfiles de morbimortalidad por área de salud. Además, el tamaño real de las listas de pacientes que corresponden a cada médico general sólo se actualiza de modo irregular, y con considerables retrasos (que llegan hasta 5 años), y por este motivo, los suplementos capitativos no pueden ser actualizados adecuadamente. El problema es especialmente serio en las zonas periféricas de las grandes y medianas ciudades, que mantienen un crecimiento relativamente rápido y, por lo tanto experimentan aumentos drásticos en la carga de trabajo que no se compensan adecuadamente con los suplementos capitativos. Por último, todos los problemas de información enumerados anteriormente no sólo dificultan la evaluación o la gestión del sistema desde arriba, sino que también constituyen un serio obstáculo en la mejora de la calidad de la gestión clínica del día a día de los pacientes.

Los Servicios de Salud Pública

La salud pública es una de las áreas de responsabilidad que ha sido transferida, en su mayor parte, a las Comunidades Autónomas. En 1999, se publicó un estudio de evaluación sobre los avances conseguidos a nivel regional desde finales de los 70, realizado por un grupo de expertos y, patrocinado por el Instituto Catalán de Salud, cuyas conclusiones son las siguientes. El proceso de transferencia de poderes a las Comunidades Autónomas (tanto desde los gobiernos locales como desde la administración central) iniciado en 1979, todavía no ha concluido veinte años más tarde. En concreto, aunque la transferencia de poderes desde el gobierno central finalizó en 1986, la transferencia desde los gobiernos locales todavía no había terminado a finales de los 90. Las mejoras que han seguido a este proceso a punto de concluir han sido importantes, debido fundamentalmente al paralelo desarrollo de una red extensiva reformada de asistencia primaria y a la progresiva integración de todas las responsabilidades de salud pública bajo un único nivel de gobierno.

También se han mejorado significativamente los estándares profesionales, como consecuencia de la introducción de la formación especializada. Sin embargo, se puede considerar que el proceso ha sido bastante lento. En 1990, había 131 especialistas en formación inscritos en la nueva especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (dentro de un total de aproximadamente 5.000 puestos de especialización que se ofrecían al año) mientras que, en 1997, esta cifra tan sólo aumentó a 281 especialistas. Probablemente por esta razón la cualificación profesional específica era raramente tenida en cuenta en las políticas de reclutamiento del sector público hasta finales de los años 90. Al mismo tiempo, en ocasiones no se ha producido una efectiva integración organizativa, debido a la fragmentación de las responsabilidades de salud pública entre diferentes departamentos de las administraciones regionales. Además, también se dan algunos problemas de coordinación derivados de la nueva estructura de gobierno descentralizada.

El Ministerio de Sanidad se encarga de garantizar la información unificada y el desarrollo de infraestructuras, así como del diseño de políticas consensuadas. Su papel en este respecto ha mejorado considerablemente, particularmente en los últimos años. También está a cargo de promover la coordinación de las funciones de las Comunidades Autónomas en materia de salud pública, función que se canaliza a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, condicionado al acuerdo voluntario de las Comunidades Autónomas. Además, hay áreas esenciales de salud pública en las que se mantienen las competencias exclusivas del Estado, que incluyen las relaciones exteriores, la gestión de la Red de Alerta Alimentaria, y la Red de Vigilancia Medio-Ambiental.

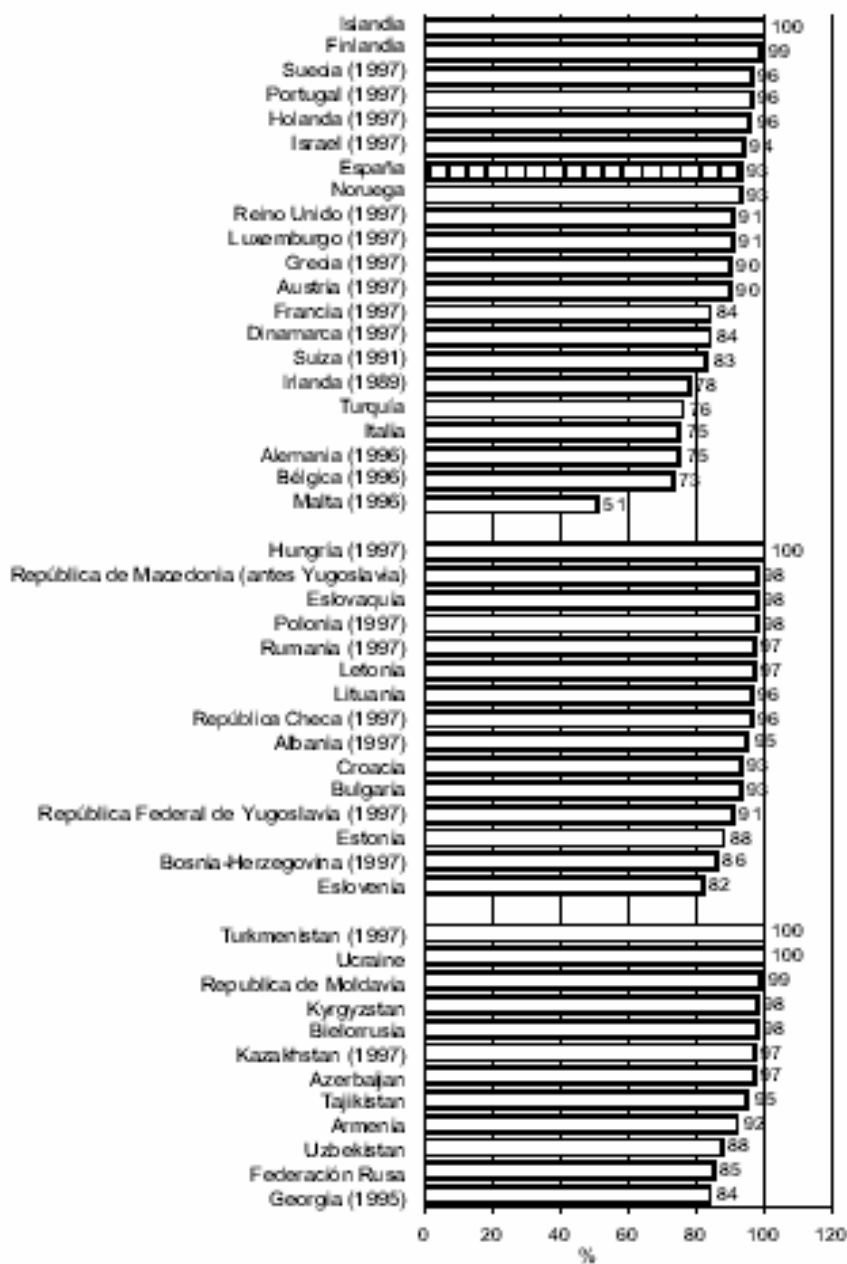
Dispositivos de prevención y promoción de la salud

La mayor parte de la medicina preventiva y la promoción de la salud esta integrada en la AP y llevada a cabo por los servicios de enfermería como parte de su trabajo.

La inmunización

Mientras que los equipos de enfermería de atención primaria administran las vacunaciones, la planificación y gestión de los programas de inmunización está en manos de las Comunidades Autónomas. Cada Comunidad acuerda su propio calendario de vacunación y se asegura de su ejecución. También pueden elegir la posibilidad de ofrecer otras vacunas adicionales al paquete acordado a nivel nacional. Desde 1999, se utiliza un calendario unificado acordado en el Consejo Interterritorial.

Gráfico 13. Niveles de inmunización contra el sarampión en la región europea de OMS, 1998 (o último año con datos disponibles)



Fuente : Base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional Europea de la OMS.

En general, los programas de inmunización han venido teniendo resultados satisfactorios, con la reducción de enfermedades prevenibles. No se ha dado ningún caso de difteria desde 1987, y tan sólo ha habido 4 casos de poliomielitis entre 1989-1999. Esto último refleja los importantes esfuerzos realizados por el Plan para la Erradicación de la Poliomielitis, que se comenzó a ejecutar en 1996 siguiendo las recomendaciones de la OMS. En 1998, el nivel de inmunización contra el sarampión era del 93%, muy por encima de la media de Europa occidental (graf. 13).

Sin embargo, todavía existen importantes problemas a este respecto. Por ejemplo, aunque los casos de tétano disminuyeron durante la última década, la prevalencia actual (36 casos en 1999) es diez veces mayor que en el Reino Unido. Así mismo, la incidencia de las enfermedades infecciosas que transporta del ganado es todavía elevada respecto a los estándares de Europa occidental, y sólo comenzó a descender en la primera mitad de los 90, sufriendo posteriormente un repentino ascenso entre 1995 y 1996. Entre 1996 y 1999, las tasas de incidencia se estabilizaron, pero a niveles bastante altos (p.e. más de 1.500 casos de brucelosis en 1998 y 1999, el equivalente a una tasa de incidencia anual del 4 por 100.000 habitantes).

La educación sanitaria

Las Comunidades Autónomas se encargan de los programas de educación dentro de sus límites geográficos. El Ministerio de Sanidad se encarga de lanzar las campañas nacionales de información sobre problemas específicos, como el alcohol, las drogas, el SIDA o las enfermedades profesionales. Además, mantiene acuerdos con el Ministerio de Educación para la introducción de la educación sanitaria en el currículo escolar. También está regulada la venta, el consumo y la publicidad del alcohol y del tabaco.

La asistencia social y comunitaria

Los servicios sociales

Los servicios sociales no son ni universales ni comprehensivos. Estos servicios son gestionados en parte por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y en parte por las Comunidades Autónomas. El Real Decreto de 1995 que define el catálogo de prestaciones ofrecidas por el sistema de asistencia sanitaria, establece la necesidad de coordinación entre los departamentos encargados de los servicios de asistencia sanitaria y los servicios sociales implicados en atención sociosanitaria, pero los avances en este campo no se aprecian todavía.

En la actualidad, ya se han transferido la mayor parte de las responsabilidades en el campo de los asuntos sociales a todas las Comunidades Autónomas, que desde 1980 han ido promulgando gradualmente su propia legislación. A nivel nacional, la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales asegura la coordinación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En términos generales, este organismo es el equivalente en asuntos sociales al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A finales de los años 90, este último organismo acordó la elaboración de un marco legislativo sobre la coordinación de la asistencia social y la comunitaria.

Las Comunidades Autónomas regulan y planifican los servicios de asistencia social a nivel local, y retienen poderes de supervisión y control. Los gobiernos locales también están involucrados en la asistencia social, especialmente en la planificación y la gestión de los servicios.

En contraste, con el sector sanitario, el sistema de copagos está bastante extendido en el campo de los servicios sociales, aunque la atención en centros y hospitales de día es en general gratuita. El sistema de servicios sociales también cubre parte del coste de las lentes, las dentaduras, la ayuda técnica, etc., que no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud a aquellos usuarios con necesidades particulares.

La asistencia para la tercera edad es el área clave donde se solapan los servicios sociales y los sanitarios. Existe un plan nacional para la tercera edad que tiene como objetivo la mejora de las condiciones de vida de los ancianos. Este plan incluye un componente de asistencia sanitaria enfocado a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y los estilos de vida saludables.

En cuanto a las residencias para la tercera edad, la situación es la siguiente. En la actualidad, el número de plazas es claramente insuficiente con respecto a las necesidades: en 1998, existían 2,83 plazas totales por 100 habitantes mayores de 65 años. Ese mismo año, tan sólo el 30% de las camas eran de propiedad pública; aunque éstas habían aumentado muy rápidamente desde 1994, cuando el porcentaje equivalente era sólo del 20%. En 1998, la oferta total de plazas alcanzaba las 188.913 (58.493 públicas y 130.200 privadas), superior a las 163.338 de 1994, y a las alrededor de 100.000 de 1988. En 1998, había 3.689 residencias de ancianos, con una media de 48 plazas por centro. La debilidad de la oferta pública se compensa en parte a través de la contratación externa de algunas plazas a instituciones privadas. El acceso a las plazas financiadas públicamente (que sólo cubre al 4% de la población mayor de 65 años) se determina normalmente en base a la necesidad relativa, que se estima a través de indicadores como el estatus social, la gravedad del problema de salud, la situación familiar, la situación económica del solicitante, el estado de salud física, la edad, etc.

El tema de los ancianos que requieren cuidados médicos de larga duración no se ha sido resuelto satisfactoriamente dentro del sector público, ni se aborda de modo uniforme a nivel nacional entre los sectores implicados. Por ejemplo, en 1998, se estimaba que el 10% de las plazas en residencias existentes no contaban con acreditación oficial. Tampoco existe una regulación adecuada y uniforme de los criterios de acreditación dentro del territorio. No se han realizado valoraciones sistemáticas recientes del grado de dependencia de los ancianos en cada territorio, ni se planifican los recursos y programas de acuerdo a las necesidades específicas de los usuarios finales. La rehabilitación para la tercera edad con discapacidades físicas o mentales todavía no ha alcanzado el nivel deseado de desarrollo.

La asistencia domiciliar se ha ido extendiendo progresivamente tanto desde el subsector de la asistencia social como desde los servicios sociales, y la mayoría de los municipios cuentan con una infraestructura que provee apoyo sanitario básico para los pacientes que ya están siendo atendidos a domicilio. Sin embargo, en términos generales, la accesibilidad a estos servicios es muy restringida, y la coordinación con la asistencia médica todavía esta sujeta a importantes carencias.

Recursos humanos y formación

El personal del sector sanitario está incluido en una de estas tres categorías:

- *personal sanitario de grado universitario superior*: los médicos, los dentistas, los farmacéuticos, los biólogos, los químicos y los psicólogos clínicos;
- *personal sanitario de grado medio*: los trabajadores sociales, el personal de enfermería; las comadronas; los fisioterapeutas; los terapeutas ocupacionales; los técnicos especialistas; los higienistas; los asistentes dentales; y los auxiliares de enfermería;
- *otro personal*: los auxiliares técnicos; los servicios especiales; el personal de mantenimiento y otros.

La mayor parte del personal médico que trabaja en el Sistema Nacional de Salud tiene un estatus similar al de los funcionarios. El reclutamiento de profesionales en el sistema sanitario es contingente a la superación de un examen de entrada que a su vez confiere un estatus de empleo permanente a los candidatos que lo superan con éxito. Además de esto, se requieren cuatro años de formación especializada (tres años para los médicos generales) para poder trabajar en el sector público. Este requisito se introdujo a principios de los años 80 tanto en la asistencia especializada pública como en la privada, y en 1995 se extendió también a la asistencia primaria pública, siguiendo las directivas de 1986 y 1991 de la UE. Todas las negociaciones de las condiciones laborales están centralizadas, por lo que los gerentes de los centros sanitarios tienen una capacidad notablemente limitada para fijar incentivos salariales. Mientras una proporción considerable de profesionales sanitarios todavía trabaja en ambos sectores, público y privado, se ha intentado en años recientes estimular el compromiso a

tiempo completo con el sector público, utilizando incentivos económicos que han tenido un impacto muy limitado.

La formación sanitaria

El Ministerio de Educación es responsable de la educación de pre-grado y la formación del personal sanitario. Los estudios médicos básicos duran seis años. Las enfermeras y los fisioterapeutas se forman en escuelas universitarias especiales y sus estudios duran 2-3 años. Muchos hospitales que prestan servicios para el Sistema Nacional de Salud, tanto públicos como privados participan en la enseñanza de pre- y post-grado.

La formación de post-grado de los médicos especialistas y los médicos generales se realiza a través del sistema de formación de médicos internos residentes MIR, y está basado en un período de trabajo práctico remunerado, de entre tres y cinco años, -dependiendo de cada especialización particular- en los centros y servicios que están específicamente acreditados para la provisión de formación a este nivel. Cada especialidad está gobernada por una comisión nacional que está formada por representantes de las sociedades científicas, profesores universitarios, profesionales sanitarios, residentes, y colegios de médicos, y que definen tanto los contenidos de los programas de formación para cada especialidad como la duración de la formación.

Desde 1978, el ingreso en las facultades de medicina empieza a ser regulado a través de numerosos clausus, el número de plazas de residente disponibles pasa a fijarse anualmente, y los candidatos son seleccionados a través de un examen de ingreso competitivo. Como consecuencia, el número total de plazas (incluida la medicina de familia) disponibles para la formación especializada ha aumentado considerablemente en los últimos veinte años, mientras que el número de licenciados en medicina ha disminuido. A mediados de los años 90, se ofrecían normalmente entre 4.500 y 5.000 plazas de residente al año, y el número de médicos graduados era ligeramente inferior al de plazas. A principios de los años 80, se convocaban unas 2.000 plazas al año, con un promedio de 8.000 nuevos médicos graduados cada año. Durante la segunda mitad de los años 80, el número de plazas se duplicó, mientras que el número de graduados descendía a la mitad. Durante los años 90 continuaron estas mismas tendencias, aunque con incrementos mucho más moderados. En cuanto a las plazas de formación en la especialidad de medicina familiar, el número total de plazas aumentó de 500 al año en 1981 a 2.000 en 1996, que representan entre el 10% y el 30% del total de plazas ofertadas de formación especializada a lo largo del mismo período.

Cualquier centro, público o privado, requiere una acreditación para participar en la formación sanitaria, condicionada al cumplimiento de unos estándares rigurosos, que son auditados por un equipo de inspectores médicos. Los centros que pasan el proceso de acreditación son autorizados para llevar a cabo la formación de un número determinado de estudiantes graduados durante un período máximo de tres años, después del cuál han de ser acreditados de nuevo. El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación son los que dirigen el proceso de acreditación, en colaboración con el Consejo Nacional de Especialidades.

La especialización en enfermería todavía está en fase de desarrollo. En la actualidad sólo existen las especialidades de salud mental y comadronas, que se iniciaron en 1996. El acceso a esta formación funciona igual que en otras especialidades médicas. Durante los años 90, el número total de plazas de enfermería estaba limitado a unas 7.000 al año, a pesar de la importante escasez de profesionales formados en España.

No existen programas oficiales para la formación de gerentes en el sector sanitario, aunque las Escuelas de Salud Pública, nacional y autonómicas, y otros organismos de enseñanza tanto públicos como privados ofrecen cursos de formación en gestión. El sistema sanitario no demanda una formación específica en gestión a los profesionales contratados que desarrollan funciones de gestión, aunque en general los gerentes sanitarios sí deben ser titulados universitarios, y se valora la formación en gestión. Los sistemas de selección en este campo comenzaron a reformarse desde mediados de los años 90, incluyendo la contratación externa

de compañías independientes de selección, y la creación de una unidad especializada dentro del Ministerio de Sanidad que se encarga de coordinar este proceso.

Personal Sanitario y Políticas de Recursos Humanos

Según una de las principales asociaciones profesionales del sector (CESM), en 1999 el número total de médicos en ejercicio era de 83.534, o 2,2 por 1000 habitantes, según datos recientes recogidos por el Ministerio de Sanidad, el número de profesionales en ejercicio activo que en 1998 trabajaban en el sector público era el siguiente (tabla 12). Había un total de 1,6 médicos y 2,4 enfermeros por 1.000 habitantes así como 1,4 auxiliares de enfermería, 0,1 fisioterapeutas y 0,1 comadronas. Esto representaba una tasa de 1,5 enfermeros por cada médico; incluyendo las comadronas y los auxiliares de enfermería, la cifra aumenta a 2,4. Por sub-sectores, en la asistencia primaria había 0,6 médicos generales y 0,6 enfermeros por 1.000 habitantes. En la asistencia especializada, había 1,1 médicos, 1,8 enfermeras, y 1,3 auxiliares de enfermería trabajando tanto en los hospitales como en los ambulatorios. El personal administrativo constituía casi la tercera parte del total del personal del sistema de asistencia sanitaria público, mientras que la cifra equivalente para los directores y gerentes de alto nivel era del 1%. Los datos por regiones muestran que Cataluña presenta la mayor desviación con respecto a la media nacional en la asistencia especializada, debido al importante papel que los hospitales privados concertados sin ánimo de lucro juegan en esta región. Por lo demás, las tasas del personal sanitario no varían mucho a lo largo de las regiones, a excepción de Navarra, que muestra las tasas más elevadas en todas las categorías del personal sanitario. En cuanto al crecimiento de los médicos activos por sub-sectores y la posición relativa de España dentro del contexto internacional, un estudio reciente realizado por González y su equipo indica las tendencias que se resumen a continuación. Como no existían datos oficiales publicados sobre el personal sanitario que trabajaba en el sistema sanitario público en aquel momento, el estudio se basa en las cifras de personal sanitario registradas en sus respectivos colegios profesionales, pero aún así éstas ofrecen una imagen bastante útil del sector. Uno de los datos más relevantes es la baja cifra de médicos de primaria, a pesar de la prioridad que se da a este sector a partir de 1984. En 1985, el 82,6% de los médicos se concentraba en los hospitales y los ambulatorios, una cifra casi un 20% más elevada que la media de Europa occidental. En 1997, la asistencia especializada continuaba absorbiendo al 76,2% del total de médicos, lo que todavía situaba a España un 20% por encima de la media en la UE. Por Comunidades Autónomas seleccionadas, para las que existen datos comparativos disponibles (Andalucía, Cataluña y País Vasco), las cifras y las tendencias son muy similares, con algo menos de 50 médicos generales por 100.000 habitantes en 1991, cifra que ha permanecido casi constante hasta 1996. Sin embargo, en el territorio del INSALUD había 63,9 médicos generales por 100.000 habitantes en 1996.

Según este mismo estudio, había además en España un número de farmacéuticos por encima de los niveles medios europeos durante el periodo de 1985-1997. Por el contrario, existe una carencia de enfermeros, con una tasa de 1,8 enfermeros por cada médico en 1997, casi la mitad que la media europea, que era de 3,2 para este mismo año. Es preocupante el escaso progreso que ha tenido lugar en este campo desde mediados de los años 80, pues la tasa de enfermeros aumentó tan sólo un 20%, ligeramente por debajo del aumento de los médicos, y muy lejos de la evolución registrada en cuanto a otros profesionales sanitarios, como los dentistas (con un aumento de un 186%) o los veterinarios (126%).

Tabla 12. Médicos y enfermeras/os en ejercicio por 1.000 habitantes en el sector público, 1998

	Atención primaria		Atención especializada		Total	
	MG	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras
España	0,6	0,6	1,1	1,9	1,6	2,4
INSALUD	0,5	0,6	1,2	1,9	1,6	2,5
Andalucía	0,6	0,5	1,2	2,2	1,8	2,6
País vasco	0,5	0,6	1,1	1,6	1,5	2,2
Islas Canarias	0,5	0,5	1,0	1,6	1,5	2,1
Cataluña	0,6	0,6	0,6	0,9	1,3	1,5
Galicia	0,6	0,5	1,2	1,9	1,8	2,5
Navarra	0,7	0,8	1,6	2,4	2,3	3,1
Valencia	0,6	0,6	1,0	2,0	1,7	2,6

Fuente : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999

Las retribuciones de los profesionales

En 1997, el salario medio anual en España era de 3,066 millones de pesetas, mientras que el salario mínimo legal era tan sólo ligeramente superior a 1 millón de pesetas al año. En este contexto, los salarios de los médicos que trabajaban para el sector público oscilaban entre 5 y 8 millones de pesetas. Los médicos y demás profesionales sanitarios son personal asalariado al servicio del sector público, fijos (si han adquirido el status de funcionarios) o interinos.

En la asistencia primaria, los médicos generales que todavía trabajan bajo el modelo tradicional no reformado (que, en Mayo de 2000, cubría al 19% de la población) son retribuidos según capitación. Los profesionales del nuevo modelo de atención primaria, en contraste reciben un salario más un pequeño suplemento caputivo (alrededor del 15% del total), que tiene en cuenta la naturaleza de la población a la que atienden, su concentración y el porcentaje de la población mayor de 65 años. En Cataluña se utiliza también un ajuste adicional por las condiciones socioeconómicas de la población atendida. Todos los médicos de los hospitales son asalariados.

El gobierno central regula el salario básico de todos los médicos del sector público, aunque las Comunidades Autónomas tienen capacidad para modificar alguno de los componentes que constituyen el sueldo total.

La reforma de la atención primaria

- *La reforma de la atención primaria* está actualmente muy avanzada en todo el país, y virtualmente toda la población vive a menos de 30 minutos de su centro de salud más cercano. Los equipos de atención primaria, que se implantaron como resultado de la amplia reforma del sistema iniciada en 1984, cubrían al 81% de la población en el 2000, mientras que el porcentaje restante estaba cubierto por el sistema tradicional. Desde 1993, el INSALUD y algunos servicios de salud autonómicos han regulado la libre elección de los usuarios, permitiendo que los pacientes puedan elegir a su médico general dentro del área. Sin embargo, en la práctica, los profesionales a menudo rechazan a los pacientes que provienen de otros centros alejados debido al aumento del coste de las visitas domiciliarias obligatorias. La reforma de la asistencia primaria ha sido más lenta de lo esperado, principalmente debido a la falta de prioridad política que se le ha concedido a este campo. Un signo preocupante es la paralización en la implantación de la reforma registrada desde 1998. Más en general, a pesar de los más de 15 años transcurridos desde la formulación de las reformas, el principal objetivo político de orientar el sistema sanitario hacia el nivel primario no se ha cumplido y, a pesar de las mejoras, quedan aspectos cualitativos importantes que todavía se deben mejorar. Los recientes ensayos con diferentes alternativas de organización y gestión más flexibles podría ayudar a introducir reformas adicionales en el futuro. Sin embargo, desde mediados de los años 80, este tema ha estado ausente de los principales debates políticos.
- *El acceso y la provisión de asistencia especializada.* Se han abierto más de 60 hospitales públicos nuevos en los últimos 15 años. Prácticamente, el total de la población vive en la actualidad a menos de una hora de un hospital general, que ofrece un paquete mínimo de especialidades básicas quirúrgicas, médicas, de obstetricia y de diagnóstico y con cobertura de urgencias durante las 24 horas. Desde 1995, se ha realizado un importante esfuerzo para disminuir los tiempos de espera. Sin embargo, a finales de los años 90 continuaba habiendo problemas serios de accesibilidad, y las listas de espera todavía representaban un problema político mayor. El desarrollo de alternativas al internamiento hospitalario – en particular, la cirugía mayor ambulatoria – se ha iniciado recientemente. El INSALUD ha introducido cierta capacidad elección de especialistas, pero ello no ha ido acompañado de incentivos económicos adecuados. Además, existen los programas de mejora de la efectividad clínica y de gestión están aún en sus comienzos, por lo que todavía el margen para mejorar la eficiencia es considerable.

- *En el sector farmacéutico*, se han implantado varias medidas de contención de costes desde principios de los años 90: en 1993 y 1998, se introdujeron dos listas negativas de medicamentos que a corto plazo no han tenido el impacto esperado sobre el gasto, de acuerdo con la investigación disponible. A lo largo de los 90 se han desarrollado un conjunto importante de estrategias de regulación y negociación en el sector (regulación de precios y márgenes, introducción de precios de referencia y genéricos, etc.) que han tenido efectos generales positivos. La Agencia Nacional del Medicamento, creada en 1997, empezó a funcionar como un organismo casi-público en 1999, encargándose de algunas de las responsabilidades que previamente mantenía el Ministerio de Sanidad, tales como la autorización de nuevos medicamentos y los ensayos clínicos.
- *La evaluación de tecnologías*: Desde mediados de los años 80 y principios de los 90, se han realizado avances significativos en la evaluación de las tecnologías médicas. A nivel autonómico, se han creado cinco agencias reguladoras sobre este tema (Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Valencia). A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad ha patrocinado la evaluación de más de 40 nuevas tecnologías desde 1991, en un principio a través de una unidad dentro del propio Ministerio y, desde 1994, a través de la Agencia Nacional para la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias.

La satisfacción de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud

La tabla 19 muestra la evolución de la satisfacción general de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud y, en particular, los resultados de la encuesta diseñada por Robert J. Blendon, para la cual existen datos comparativos internacionales. Las series están tomadas de tres fuentes diferentes de datos: las cifras de 1991 provienen de una encuesta realizada por un equipo de investigación internacional dirigido por el propio Blendon; los datos de 1996 son del Eurobarómetro, y los datos de los otros años corresponden a una pregunta rutinaria incluida en varias encuestas oficiales españolas realizadas por el CIS. En general, la tabla muestra un aumento considerable de la satisfacción a lo largo de la década. Las cifras oficiales españolas presentan un aumento importante entre 1993 y 1998. En 1993, más del 50% de la población pensaba que el sistema funcionaba bastante bien o que sólo necesitaba cambios menores, mientras que, en 1998, esta misma opinión la mantenían dos tercios de la población. Por otro lado, en 1993, casi el 20% de la población estaba a favor de reconstruir completamente el sistema, mientras que sólo el 7% pensaba de esa forma cinco años después.

Tabla 19. Satisfacción ciudadana con el sistema público de asistencia sanitaria (en porcentajes), 1991-1998

	1991*	1993	1994	1995	1996**	1997	1998
1. En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	-	20	17	20	14**	20	20
2. Se necesitan algunos cambios para que funcione mejor	21*	33	37	41	30**	41	43
3. Son necesarios cambios fundamentales para mejorarlo	49*	30	31	29	34**	30	28
4. Está tan mal que necesita ser completamente reconstruido	28*	18	14	10	14**	8	7
Índice de satisfacción, España (1+2)-(3+4)	-56*	5	9	22	-4**	23	28
Índice de satisfacción, media UE	-32*	-	-	-	13**	-	-

Fuente : Ministerio de sanidad y Consumo y CIS, 2.000. *Blendon et al. ,1992. **Mossialos, 1997.

Respecto a los dos años para los que se dispone de datos internacionales, 1991 y 1996, la evolución ha sido la siguiente: mientras en 1991 sólo el 20% de la población pensaba que el sistema sanitario funcionaba bien o tan sólo necesitaba pequeños cambios, en 1996, la cifra equivalente era más del doble. Además, mientras en 1991 alrededor de un tercio de la población estaba a favor de reconstruir completamente el sistema, en 1996, esta cifra descendió al 14%. Esto implica también que las cifras de satisfacción en España siguen muy de cerca la media de la Unión Europea. De hecho, de acuerdo con el índice de satisfacción presentado en las dos últimas filas de la Tabla 20, España estaba en 1991 en el 57% de la media de la UE, mientras que, en 1996, avanzó al 85% de la media de UE. En cuanto al período 1996-1998, existe también una pregunta comparable incluida en los dos Eurobarómetros realizados en estos dos años (estos datos no se presentan). Más concretamente, la pregunta es "En general, ¿diría Ud. que está muy satisfecho, bastante satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, bastante insatisfecho o muy insatisfecho con la forma en que funciona la asistencia sanitaria en su país?". En 1996, el 35,6% de la población estaba satisfecho (bastante + muy satisfecho), mientras el 28,6% estaba insatisfecho (bastante + muy insatisfecho). Esto implica que España se colocaba el 40% por debajo de la media de la UE en lo que se refiere a los niveles de satisfacción, y algo por encima del 20% de la media en cuanto a la insatisfacción. Las cifras para 1998 muestran un importante aumento de los niveles medios de satisfacción junto con un rápido avance hacia la media de la UE: el 43% de la población española estaba satisfecha con el sistema (22% por debajo de la media de la UE), mientras que el 26,3% estaba insatisfecha (0,5% por debajo de la media de la UE).

Por niveles asistenciales, la evolución de la satisfacción, como se ha descrito en la sección *La provisión de servicios sanitarios*, han sido las siguientes. En el campo de la asistencia primaria, el nivel medio de satisfacción casi se duplicó entre 1985 y 1995, permaneciendo constante a partir de entonces. De hecho, mientras en 1985 menos del 50% de la población estaba satisfecha con la asistencia primaria pública, a mediados de los años 90, esta cifra se había elevado a casi el 80% de la población. Además, entre 1995 y 1998, mientras que las cifras de satisfacción general con el sistema permanecían relativamente constantes, en primaria se registraron aumentos netos en tres dimensiones de la asistencia que previamente habían sido evaluados con bajas puntuaciones, concretamente: la duración de las consultas, la información clínica y, las instalaciones y el equipamiento. Por lo tanto, los datos disponibles sobre satisfacción, parecen sugerir que la implantación de la reforma de la asistencia primaria ha tenido un efecto global positivo. Sin embargo, la escasa evolución registrada desde 1995 sugiere que existe la necesidad de reorientar las políticas de reforma en este campo.

En el campo de la asistencia hospitalaria, los aumentos generales en la satisfacción han sido menos pronunciados. En contraste con el sector de la asistencia primaria, el punto de partida era particularmente alto, pues casi el 70% de la población ya estaba satisfecho con los servicios hospitalarios en 1985. Desde 1985 a 1990, la satisfacción global descendió al 50% (quizás como resultado de los significativos esfuerzos de contención de costes llevados a cabo durante este período), y en 1995 se recuperó el nivel del 70%. Entre 1995 y 1998, la satisfacción dejó de crecer, como en el caso de la asistencia primaria. Sin embargo, a diferencia de la asistencia primaria, las tres dimensiones de la asistencia menos valoradas en 1995 (los tiempos de espera, el número de personas que comparten habitación en los hospitales y los procedimientos administrativos necesarios para acceder a la asistencia hospitalaria) experimentaron descensos netos durante el período.

Tabla 20. Valores de la satisfacción ciudadana para diferentes aspectos de la información sanitaria (escala 1-7), 1991-1998

	1994	1995	1997	1998
Prestaciones y servicios ofrecidos por el sistema público	3,91	4,01	3,89	3,82
Derechos de los usuarios	3,51	3,49	3,33	3,22
Legislación y regulación de la asistencia sanitaria	3,29	3,27	3,24	3,25
Promoción de la salud y campañas de prevención	4,23	4,20	4,11	4,06

Fuente : Ministerio de Sanidad y Consumo y CIS, 2000.

Por último, la información es el aspecto del Sistema Nacional de Salud que más insatisfacción generaba en 1995 (tabla 20). En concreto, el valor medio otorgado a este aspecto en una escala de 1 a 7, varía entre 3 y 4 puntos en las distintas Comunidades Autónomas, mientras que las cifras equivalentes para la asistencia primaria y especializada estaban muy por encima del 5. Además, las puntuaciones medias de satisfacción en este campo descendieron entre 1995 y 1998. Esto parece sugerir que los importantes avances realizados en el desarrollo de la información durante la segunda mitad de los años 90 o bien no abordaban las necesidades de los ciudadanos o no llegaban a la población general.

Conclusiones

Durante los años 1980 y 1990, el sistema sanitario español ha experimentado cambios importantes: se ha llevado a cabo una extensión considerable de la cobertura, se ha puesto en marcha una nueva red reformada de atención primaria, y se han racionalizando las estructuras financieras y de gestión. A lo largo de este período, España realizó un gran esfuerzo de expansión del Estado del Bienestar, a pesar del clima internacional de contención de costes, y de los problemas domésticos que tenían que abordarse simultáneamente en las áreas de desarrollo económico y transición política a la democracia.

En contraste con otros países donde se produjo un desarrollo tardío del Estado del Bienestar, como Portugal o Grecia (y, en alguna medida Italia), la extensión de la red pública y la transición del sistema de Seguridad Social al modelo de Servicio Nacional de Salud iniciada a mediados de los años 80, ha cosechado resultados particularmente satisfactorios, como se refleja en los niveles de gasto sanitario privado, que son más bajos que en otros países del sur de Europa. En términos de satisfacción ciudadana, los resultados son especialmente notables: el porcentaje de la población que declara que el sistema funciona adecuadamente y sólo necesita cambios menores aumentó desde el 20% a más del 60% entre 1991 y 1998, con un descenso simultáneo en el porcentaje de los que defendían la necesidad de una completa reestructuración desde el 30% al 7%. Por niveles asistenciales, la satisfacción con la asistencia primaria aumentó substancialmente (desde cerca de un 50% en 1985 a casi el 80% en 1995), mientras que la evolución en el sector hospitalario tan sólo muestra un pequeño aumento a lo largo de todo el período, en parte debido al hecho de que la satisfacción se situaba en 1985 a un nivel considerablemente alto, alrededor del 70%. Un tema especialmente preocupante en este ámbito es el hecho de que las tres dimensiones de la asistencia con peores puntuaciones a principios de los años 90 (los tiempos de espera, el número de personas por habitación, y los procedimientos administrativos requeridos para acceder a la asistencia hospitalaria) sufrieron descensos netos a lo largo de la década, lo que parece indicar que los problemas principales del sector están todavía en parte pendientes de solución.

En términos más generales, las reformas emprendidas durante los años 80 y los 90 han dejado algunas tareas estratégicas críticas aún no completadas. Los principales retos que enfrenta el sector sanitario en este sentido son continuar con aplicación de las reformas, y consolidar los progresos realizados hasta la fecha en las siguientes áreas:

- extender la cobertura universal al 100% de la población;
- garantizar niveles adecuados de accesibilidad, equidad y calidad en la red de asistencia sanitaria pública;
- hacer efectivo el objetivo formal de inclinar la balanza del sistema de asistencia sanitaria hacia el nivel de la asistencia primaria,
- completar el proceso de descentralización en las diez Comunidades Autónomas que todavía no han asumido plenas responsabilidades sobre la gestión sanitaria;

- consolidar los progresos realizados en el desarrollo del sistema de financiación autonómica;
- reforzar el papel clave del Ministerio de Sanidad como organismo imparcial coordinador y regulador del Sistema Nacional de Salud (particularmente después de la finalización del proceso de descentralización);
- orientar los servicios a la satisfacción y la participación de los usuarios, fomentando un enfoque centrado en las personas, con menos barreras burocráticas y mejores relaciones entre los pacientes y el personal. Esto implica, como primer paso, mantener las iniciativas para disminuir los tiempos de espera para la asistencia especializada tanto en pacientes internos como en consultas externas, e introducir una mayor elección de proveedor

Entre los retos futuros más urgentes, tres de ellos requieren una mención especial, concretamente, los sistemas de información, la autonomía de gestión, y la expansión de la asistencia social y comunitaria dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar, en términos internacionales comparados, probablemente la deficiencia más importante del sector de asistencia sanitaria en España en el cambio de siglo es la debilidad de los sistemas de información sanitaria. A pesar de los importantes avances realizados por las Comunidades Autónomas y las agencias del Estado central en el campo del desarrollo de la información, estos datos son de uso a menudo de uso limitado debido a la falta de una codificación homogénea y un banco de datos común que reúna la información. La información crítica, como el personal y los niveles de utilización en la asistencia primaria, el tamaño de las listas de pacientes, los patrones de utilización por edad y clase social, la cobertura de la nueva red de asistencia primaria, los tiempos de espera, o los perfiles de costes de cada hospital, normalmente no están disponibles a nivel nacional, mientras que, hasta diciembre de 1999, ocurría lo mismo con el gasto público total, y con su desagregación por niveles asistenciales. Además, los datos de encuesta reflejan que la información institucional es la dimensión que genera la mayor insatisfacción entre los españoles, particularmente en lo que se refiere a temas tan cruciales para la información sobre las prestaciones y servicios provistos por el sector público, los derechos de los pacientes, la legislación sanitaria y los programas de salud pública. La información clínica suministrada por los médicos, por el contrario, es una de las dimensiones del servicio mejor evaluadas por los ciudadanos.

En segundo lugar, como en otros países europeos, hay una apremiante necesidad de gestionar los servicios sanitarios con una mayor eficiencia mediante la transferencia de responsabilidades (y riesgos) a los proveedores; el aumento de la autonomía de los hospitales y centros de salud, especialmente en términos de la organización y gestión del día a día; y la implicación de los profesionales sanitarios (particularmente a los médicos) en la gestión clínica. Además, existe la necesidad de promover el uso más apropiado de los recursos disponibles, adoptando métodos alternativos de tratamiento, como la cirugía mayor ambulatoria, y promoviendo la aplicación de la medicina basada en la evidencia en la práctica clínica. Siguiendo las iniciativas pioneras llevadas a cabo por las Comunidades Autónomas de vía rápida durante los años 90, el Ministerio de Sanidad ha establecido las bases para la extensión y coordinación de algunas de estas innovaciones, y los progresos dependen ahora de la ampliación y la consolidación del proceso de reforma.

En tercer lugar, el problema más importante del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a la extensión de las prestaciones se refiere a la asistencia social y comunitaria. Dentro de este amplio campo de actividad, sólo la asistencia en salud mental ha sido integrada dentro del sistema público y sujeta a importantes reformas. Por el contrario, la asistencia de larga duración para la tercera edad y los discapacitados está todavía considerablemente poco desarrollada y gestionada desde una estructura organizativa diferente, la del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y sus equivalentes a nivel autonómico. Además, las camas de larga duración para la asistencia paliativa de los enfermos crónicos y terminales sólo representan una parte marginal del total. Es de esperar una significativa reorganización y ampliación de las prestaciones en este campo a medio y largo plazo, en línea con las proyecciones de la estructura futura de la población española, que apuntan hacia uno de los más altos porcentajes de personas de la tercera edad en la Unión Europea en las próximas décadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J. "Objetivo 2: Salud y calidad de vida". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Alonso, M.; Tortuero, J.L. *Instituciones de Seguridad Social*. Editorial Civitas S.A., Madrid, 1990.
- Alvarez-Dardet, C.; Peiró, S. (EDS.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Bardají, G.; Viñas, M. "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.
- Benach, J.; Urbanos, R. "Objetivo 1: Equidad en salud". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Bohígas, LL. "El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea". In: *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.
- Blendon, R., Donelan, K., Jovell, A., Pellisé, L. Y Costas, E. "Spain's citizens assess their health care system", *Health Affairs*, 1991, 10 (1): 216–228.
- Calonge, S.; Rodríguez, M. "Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad". In: *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.
- Casanova, C. "Objetivo 7: salud infantil y juvenil". In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Catalá, J.; De Manuel, E. (EDS.). *Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998.
- Costas, E. "El gasto farmacéutico y el Acuerdo de la Subcomisión: una nota". In *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.
- Crespo, B., Benedl, A., Gómez-Juanes, V. "Genéricos, financiación selectiva y nuevos principios activos: análisis en 1998". *Administración Sanitaria*, 1999, III (12): 141–166.
- De Manuel, E.; Miñarro, R.; Gutierrez, P. "Políticas sanitarias: La relación entre recursos, actividades y resultados de los servicios de salud gestionados por las Comunidades Autónomas". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.
- Durán, M.A. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBV, Bilbao, 2000.
- Elola, F.J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983–1990)*. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Madrid, 1991.
- Elola, F.J. *Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. SG Editores, Barcelona, 1994.
- López-Casasnovas, G. (ED.). *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

- López-Casasnovas, G. "Introducción: 20 años de descentralización sanitaria". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònomic, Bilbao, 2000.
- López-Casasnovas, G. "A modo de resumen y conclusión". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònomic, Bilbao, 2000.
- Fernández-Cuenca, R. "Análisis de los servicios sanitarios". In: J.Catalá and E. De Manuel, (eds.). *Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998.
- Freire, J.M. "Fundaciones Sanitarias Publicas: comentarios y propuestas alternativas". *Administración Sanitaria*: 1999, III (9).
- Freire, J.M. "Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión Parlamentaria para la Reforma del Sistema Nacional de Salud español." *Administración Sanitaria*, 1998, II (5): 23–50.
- García-Benavies, F.; García, Ana M^a. "Objetivo 25: Salud laboral". In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Gispert, R.; Water Van De, H.P.A.; Herten, Van L. "La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española. Una revisión documental del proceso". Unpublished paper, Barcelona, Institut d'Estudis de la Salut.
- Gispert, R. "Objetivo 33: Desarrollo de las políticas SPT". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- González López-Valcarcel, B.; Barber, P.; Pinilla, J.; Alamo, F.; Casado, D. "Organización y gestión". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònomic, Bilbao, 2000.
- González López-Valcarcel, B. "Objetivo 36: Desarrollo de recursos humanos". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.
- Guillen, A.M.; Cabiedes, L. "Towards a National Health Service in Spain: the search for equity and efficiency". *Journal of European Social Policy*, 1997, 7 (4): 319–336.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Información estadística*. Base de datos electrónica, Madrid, 2000.
- JANO. "Atención Primaria 97. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación". In: *Jano*, 1997, LLI (1210).
- JANO. "Atención Primaria 99. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación". In: *Jano*, 1999, LLIII (1235).
- JANO. "Atención Primaria 2000. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación". In: *Jano*, 2000, June.
- Larigoitzia, I.; Starfield, B. "Reform of primary care: the case of Spain". In *Health Policy*, 1997, 41: 121–137.
- Larigoitzia, I. "Una reflexión sobre la atención primaria y su relación con la necesidad, la demanda y la utilización". In *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Zaragoza, Asociación de Economía de la Salud, 1999.
- López-Abente, G. "Objetivo 10: control del cancer". In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.

- López-Casasnovas, G. "Health care and cost-containment in Spain". In E. Mossialos and J. Le Grand (eds.), *Health care and cost-containment in the European Union*. Ashgate, Aldershot (UK), 1999.
- López-Casasnovas, G. (COORD.). *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Masson, Barcelona, 1999.
- López-Casasnovas, G. El nuevo sistema de financiación autonómica de la Sanidad. *Administración Sanitaria*, 1998, li (6): 21–33.
- López-Casasnovas, G. "Objetivo 26: políticas en servicios de salud". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic versión, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Servicios de Salud. Indicadores 1992*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Servicios de Salud. Datos y cifras 1994*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la Salud de los Españoles 1998*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Proyectos y realizaciones de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Balance de legislatura*. Subsecretaría de Sanidad y Consumo, unpublished internal document, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Personal del Sistema Nacional de Salud*. Gabinete Técnico de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, unpublished internal document, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cuentas satélite del gasto sanitario público (1986-1996)*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 1997*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo salud para todos*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Balance de Legislatura (1996–2000)*. Gabinete del Ministro, unpublished internal document, Madrid, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). *Barómetro sanitario*. Gabinete del Ministro, unpublished internal document, Madrid, 1999.
- Moreno, F.J. "Immigration Policies in Spain. Between External Constraints and Domestic Demand for Unskilled Labour", paper presented at the ECOR workshop, Copenhagen, April 2000.
- Mossialos, E. "Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union", in *Health Economics*, 1997, 6: 109–116.
- Núñez, A. "El Plan Estratégico del Insalud". *Administración Sanitaria*, 1998, li (6): 47–54.
- Núñez, A. "El Sistema de Financiación de la Sanidad Pública reflejada en el Presupuesto de 1998", *Presupuesto y Gasto Público*, 1998, (21): 123–136.
- Núñez, A. "Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud". *Administración Sanitaria*: 1999, III (9).
- Ortún, V.; López Casasnovas, G. *El Sistema Nacional de Salud en España. Informe de una década*. Fundación BBV, Bilbao, 1997.
- Ortún, V.; López Casasnovas, G. *Evolución reciente (1997–1998) del Sistema Sanitario español*. Fundación BBV, Bilbao, 1999.
- Ortún, V.; Gérvás, J. "Objetivo 28: Atención primaria de salud". In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic versión, 2000.
- Pellisé, L.; Truyol, I.; Blanco, A.; Sánchez-Prieto, F.. "Financiación sanitaria y proceso transferencial". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de*

las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco. Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

- Regidor, E. "Objetivo 35: Sistemas de información para la salud". In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud.* Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic versión, 2000.
- Repullo, J.R.; Fernández-Cuenca, Rafael. "Objetivo 29: Atención hospitalaria". *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud.* Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic versión, 2000.
- Rico, A.; Balaguer, M.; González, P. Doctors, veto-points and health care reforms: the capacity of the Spanish state to regulate the medical profession in the primary care field. In M.Bovens, P.Hart & G.Peters (eds.): *Success and failure in governance. A comparative analysis of European States*, 2000.
- Rico, A. "Health care decentralization and reform in Spain (1976–1996)". *Southern European Society and Politics*: 1998, 1, 4.
- Rico, A.; Pérez-Nievas, S. "La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de los servicios de salud". "Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas". In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco.* Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.
- Segura, A.; villalbí, JR; Mata, E; De La fuente, M. L.; Ramis-Juan, O; Tresseras, R. "Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante". *Gaceta Sanitaria*, 1999, 13(3): 218–225
- Segura, A. "Public Health in Spain". In: W. Holland, E. Mossialos, P. Belcher and B. Merkel (eds.), *Public health policies in the European Union.* Ashgate, Aldershot, 1999.
- Segura, A.; Villalbí, JR.; Mata, E.; De La Fuente, M. L.; Ramis-Juan, O.; Tresseras, R. "Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante". *Gaceta Sanitaria*, 1999, 13(3): 218–225.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. *Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud.* 1994.
- Truyol, I. "La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro". *Administración Sanitaria*, 1999, III (12): 81–94.
- Urbanos, R. "¿Es realmente redistributivo el gasto sanitario público?". In: *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud.* Zaragoza, Asociación de Economía de la Salud, 1999.

DEBATE SOBRE RETOS Y ESTRATEGIAS FUTURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

DOCUMENTO DE APOYO AL DEBATE

APARTADOS

PRESTACIONES Y SERVICIOS

PROVISIÓN DE SERVICIOS

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

CONTINUIDAD E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

NUEVAS TECNOLOGIAS

RETOS FUTUROS

Elaborado por:

- **Alfaro Latorre, Mercedes** – Subdirectora General – Instituto de Información Sanitaria - MSC
- **Fluiters Casado, Enrique** – Médico de familia - Asesor – Gabinete de la Ministra- MSC
- **Guerra Aguirre, Javier** – Médico de Familia - Madrid
- **Ichaso Hernández-Rubio, M^a Santos** – Médico de Familia - Instituto de Información Sanitaria
- **Prieto Orzanco, Asunción** – Médico de Familia - Madrid
- **Thomas Mulet, Vicenç** – Médico de Familia – Palma de Mallorca - Baleares

Coordinado por:

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRESTACIONES Y SERVICIOS

A la hora de reflexionar acerca de la gama de servicios que deben ser ofertados por el nivel de atención primaria, utilizaremos la recientemente publicada *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que en su Capítulo I, artículo 12, enumera las "prestaciones de atención primaria", e incluye lo siguiente:

1.- La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Con formato: Numeración y viñetas

2.- La atención primaria comprenderá:

a. La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

Con formato: Numeración y viñetas

b. La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

c. Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Con formato: Numeración y viñetas

d. Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

e. La rehabilitación básica

f. Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

g. La atención paliativa a enfermos terminales.

h. La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

i. La atención a la salud bucodental.

Se realiza a continuación un repaso por aquellos servicios que ya están desarrollándose en atención primaria en el momento actual, con el objetivo de conocerlos con un mayor grado de concreción. Señalamos aquellos más significativos:

a) Atención sanitaria en consulta y domicilio del enfermo

Comprende todas aquellas actividades de atención individual ya sean diagnósticas, terapéuticas o de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas acciones informativas, educativas o preventivas, susceptibles de prestarse mediante esta modalidad de atención.

Esta atención individual puede prestarse a requerimiento del paciente (“consulta a demanda”, previa cita, o solicitada de manera urgente) o por indicación del profesional sanitario (“consulta programada”, concertada en el tiempo en función de la necesidad prevista de un nuevo contacto).

b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Incluye, por una parte, la **realización efectiva por los profesionales de atención primaria** de una serie de procedimientos susceptibles de ser llevados a cabo en este nivel de atención, como son:

- Procedimientos diagnósticos: realización de espirometrías, medición de la agudeza visual, realización de electrocardiogramas, química seca y otros.
 - Procedimiento de extracción de sangre, obtención de muestras de orina y exudados, así como tomas citológicas vaginales, todo ello para su envío y posterior análisis por el nivel especializado.
 - Procedimientos terapéuticos: aplicación de aerosoles y tratamientos parenterales, reposiciones de sondas vesicales y nasogástricas, extracción de tapones auditivos, curas, suturas, tratamiento de úlceras cutáneas y diversas técnicas de cirugía menor e infiltraciones osteoarticulares.
- Es necesario señalar que aunque la mayor parte de estos procedimientos son de uso común, no todos ellos se realizan de forma generalizada en los centros de salud, especialmente los que tienen que ver con ciertas técnicas de cirugía menor e infiltraciones.

Además, los médicos de familia y pediatras de atención primaria tienen a su disposición prácticamente la totalidad del arsenal terapéutico autorizado, corriendo fundamentalmente a su cargo la cumplimentación (mediante el sistema de prescripción de envases) de los modelos oficiales de **receta médica**, tanto de aquellos tratamientos indicados por ellos mismos, como de la mayor parte de los que han sido indicados por médicos hospitalarios, formando parte del seguimiento del paciente. En este sentido, el médico de atención primaria puede, aunque con dificultades, modular la prescripción de estos últimos.

De manera similar a lo anterior, los médicos de familia indican y/o cumplimentan los modelos oficiales para situaciones de **incapacidad temporal para el trabajo**, con una periodicidad establecida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y que es independiente de la situación y necesidad de valoración clínica del enfermo.

Por otra parte, existe una serie de **procedimientos y técnicas de diagnóstico de laboratorio o de imagen** que, por motivos de eficiencia o de complejidad, son realizados por servicios especializados del segundo nivel, pero que pueden ser **solicitados por el nivel de atención primaria**. En el momento actual, aunque existe una gama básica común de acceso a este tipo de técnicas, no hay una homogeneidad en todas las zonas, siendo variable el tipo de exploraciones al que se tiene acceso desde atención primaria o cuáles quedan bajo el criterio de acceso restringido a un médico especialista del segundo nivel.

Por último, aunque no constituyen procedimientos concretos, el nivel de atención primaria cuenta con la capacidad de **solicitar la consulta a un especialista** del segundo nivel, para aquellos casos en los que la especificidad o gravedad del problema supere la capacidad del primer nivel para su correcta atención o resolución. En España los médicos de atención primaria no pueden indicar el ingreso de un paciente, sino solicitar la valoración y opinión del especialista hospitalario.

c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Dentro de esta amplia gama de actuaciones, destacamos las siguientes:

- **Vacunaciones:**

Específicas según grupos de edad y/o grupos de riesgo, según los calendarios oficiales de vacunación existentes en las Comunidades Autónomas. Resaltamos las correspondientes a **Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Pertusis, Triple vírica (Sarampión, Rubéola, Parotiditis), Hepatitis B, Haemóphilus-influenzae B, Meningitis meningocócica C y Gripe**, todas ellas recomendadas para el año 2003 y aprobadas por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- **Información y educación para la salud individual:**

- Salud y desarrollo infantil (dirigida a padres en las primeras etapas de la vida del niño). Información y consejo acerca de la alimentación (incluyendo el fomento de la lactancia materna), la higiene o el desarrollo general del niño, así como los accidentes en la infancia.
- Hábitos saludables dirigidos a la infancia y adolescencia, especialmente los relacionados con hábitos higiénicos, salud bucodental, alimentación, sexualidad, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras drogas) y accidentes.
- Información a población general adulta, en función de interés del ciudadano o por la existencia de conductas o factores de riesgo detectados, acerca de cualquiera de los aspectos señalados u otros.
- Información a pacientes acerca de sus problemas de salud.

- **Información y educación para la salud colectiva:**

- Actividades de educación para la salud en centros educativos, dirigidas bien a alumnos, o bien a padres o a profesores, según la organización de cada servicio de salud y de los propios centros educativos
- Información dirigida a grupos poblacionales interesados, a través de centros culturales o de reunión, asociaciones de vecinos o agrupaciones similares.

- **Educación para grupos de pacientes:**

- Como complemento a la educación individual, se proporciona información a grupos de personas con un mismo problema de salud, con el objetivo de incrementar el conocimiento y el manejo de técnicas de autocuidado, o del cuidado de otros, relacionados con dicho problema (ej. Diabetes mellitus, ayuda para dejar de fumar y otros)

- **Actividades preventivas:**

Las incluiremos de manera más específica a la hora de enumerar éstas en cada grupo poblacional del apartado referido a la atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, etc., así como encuadradas en el llamado "programa de actividades preventivas y de promoción de la salud", que reseñaremos posteriormente.

d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud

- Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para enfermedades de declaración obligatoria (determinadas enfermedades transmisibles). El sistema de alerta presenta distintas modalidades según la potencial gravedad de la situación: notificación semanal numérica, semanal individualizada, o urgente (para determinados problemas o en sospecha de brote). Las notificaciones y alertas se dirigen al servicio de salud pública correspondiente, quien en caso necesario da las instrucciones para controlar la situación de riesgo.

- Participación voluntaria en redes de médicos centinelas, organizados a partir de la iniciativa de los servicios de salud pública, para la vigilancia de ciertos problemas de salud, de manera más exhaustiva. Aunque está muy extendida, no existe en todas las Comunidades Autónomas
- Sistema de fármaco-vigilancia mediante la comunicación de efectos adversos (sistema de tarjeta amarilla). Esta participación en el sistema de alerta de fármacos es aún insuficiente.

Eliminado: ,

e) La rehabilitación básica

Incluye los tratamientos de rehabilitación básicos, previa indicación médica, principalmente para el control de síntomas y la mejora funcional de procesos dolorosos crónicos músculo-esqueléticos, recuperación de procesos agudos leves, fisioterapia respiratoria, así como la enseñanza de ejercicio físico e higiene postural para el mantenimiento de las mejoras conseguidas y la prevención terciaria.

Las actividades se desarrollan mediante atención individual o de manera grupal, en función de los procesos a atender y los objetivos a conseguir.

f) La atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

Dentro de estos servicios, los que están prácticamente generalizados en el conjunto del Sistema Nacional de Salud son:

- **Atención a la mujer.**

Como grupo específico incluye acciones dirigidas a:

- La atención precoz y el seguimiento sanitario durante el embarazo, la preparación al parto, la educación maternal y la atención durante el primer mes de posparto. Estas actividades se llevan a cabo de manera muy desigual, en función del papel reservado a la atención especializada obstétrica en cada zona, principalmente en lo relativo al seguimiento del embarazo.
- La información, indicación y seguimiento, en su caso, de métodos anticonceptivos.
- La detección precoz de cáncer, con especial atención al cáncer de mama (en primer lugar, con una actitud de captación activa) y de cuello de útero (con una actitud menos activa, de tipo oportunista). En algunos Servicios de Salud se añade la realización de anamnesis dirigida a la detección de signos de sospecha de cáncer de endometrio.
- La prevención, detección y tratamiento si procede, de los problemas durante la menopausia, aunque aplicado de manera no uniforme.

- **Atención a la infancia y adolescencia.**

Incluye básicamente, además de las vacunaciones, de las que constituyen obviamente la población diana principal de la mayoría de ellas:

- Detección precoz de metabolopatías en la primera semana de vida.
- Exámenes de salud periódicos en distintas edades, que abarcan la valoración del desarrollo general de peso y talla, la detección precoz de la luxación de cadera, el desarrollo psicomotor, detección de problemas de visión o audición, etc. En general, aquellos problemas susceptibles de beneficiarse de una detección temprana en estas edades de la vida.
- Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas

- La detección precoz de conductas de riesgo en el adolescente, especialmente la detección de problemas del comportamiento alimenticios (anorexia y bulimia).

- **Atención al adulto y al anciano.**

Además de la atención de carácter general descrita, incluye la organización específica de:

- Las vacunaciones recomendadas en los programas de los Servicios de Salud
- La detección de factores de riesgo, cuando existan medidas de eficacia comprobada para su eliminación o reducción, y la actuación sobre ellos. Se abordan especialmente los relativos a hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y obesidad.
- El diagnóstico, asistencia sanitaria y control de los enfermos con procesos crónicos, en especial los relacionados con los factores antes mencionados, dirigidos a reducir la enfermedad cardiovascular, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Igualmente, la atención a procesos crónicos músculo esqueléticos, VIH-SIDA y otros.
- El apoyo a la deshabitación del hábito tabáquico y del consumo excesivo de alcohol.
- La valoración del riesgo en el anciano y la detección precoz de los problemas de salud específicos de la tercera edad.
- La atención domiciliaria a los pacientes inmovilizados.

- **Atención paliativa a enfermos terminales.**

Tienen como objetivo fundamental aportar calidad de vida al paciente y su familia cuando la expectativa no es la curación. Incluye el apoyo y atención al cuidador y el abordaje del duelo. Incluye:

- Atención clínica en consulta y domicilio para el control de síntomas físicos y psíquicos e información en las distintas fases del proceso.
- Información y atención a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal.
- Facilitar la atención por otras estructuras sanitarias especializadas o sociales cuando sea necesario.

- **Atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada**

- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios especializados en salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- Detección de otros procesos mentales y de reagudizaciones en procesos ya conocidos y su derivación a los servicios de salud mental.
- Detección de drogodependencias, alcoholismo y ludopatía y oferta de apoyo sanitario especializado, si se acepta, para abandono de la dependencia

- **Atención a la salud bucodental**

- La exploración preventiva de la cavidad bucal a niños y mujeres embarazadas
- La aplicación de medidas preventivas y asistenciales: aplicación de flúor tópico, obturaciones y sellados de fisuras u otras para la población infantil, de acuerdo a los programas anuales desarrollados por los Servicios de Salud.

- El tratamiento de los procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias

PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS

Para garantizar y brindar las prestaciones básicas y homogéneas definidas por Ley para todos los españoles, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas - encargados de la gestión sanitaria de forma generalizada desde el 1 de enero de 2002 -, han recurrido fundamentalmente a la formación de equipos multidisciplinarios, compuestos por profesionales con una relación contractual de tipo funcional.

El proceso de selección es público, basado en los criterios de igualdad, mérito y capacidad. Perciben sus retribuciones mediante salario, con un pequeño porcentaje capitolativo en función del número de personas asignadas y, en su mayoría, otro porcentaje por cumplimiento de objetivos anuales (considerados como incentivos).

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) están constituidos por diferentes profesionales: médicos de familia, pediatras, diplomados universitarios de enfermería y personal auxiliar, fundamentalmente de apoyo administrativo. En algunos Servicios de Salud, se ha optado por incorporar en estos equipos a otros profesionales, como son los dentistas, higienistas dentales, fisioterapeutas o matronas, mientras que en otros son agrupados en unidades específicas o se concierne con entidades privadas alguna de estas actividades (especialmente la odontología).

Cada equipo - y dentro de él cada profesional sanitario, fundamentalmente el médico -, tiene una población asignada definida (listado de pacientes). A partir de esta asignación, todos los Servicios de Salud han aplicado normas para posibilitar la libre elección de médico por parte de los ciudadanos, dentro de unas determinadas condiciones geográficas y de limitación del número máximo de personas adscritas a cada médico.

Aunque con diferencias, a veces importantes, entre el medio rural y el urbano, el promedio global de ciudadanos adscritos a un centro de salud es de unas 16.500 personas, lo que supone que en él trabajen varios profesionales de una misma categoría. Al frente de cada equipo existe un director o coordinador médico, quien realiza además las actividades asistenciales.

Existe una excepción reciente a esta forma de provisión de servicios sanitarios en atención primaria, con escasa penetración (2% de la población española), centrada en la Comunidad Autónoma de Cataluña, que utiliza consorcios hospitalarios, consorcios municipales, mutuas y / o asociaciones de profesionales sanitarios constituidos en entidades de base asociativa. No existen actualmente suficientes estudios de evaluación que determinen cuáles son las formas más efectivas y eficientes de provisión.

Respecto del papel global de los equipos multidisciplinarios, se está promoviendo a la atención primaria como un agente dinamizador del Sistema Nacional de Salud, mediante dos orientaciones: una inicial de filtro, relacionada con la competencia de decidir la intervención del segundo nivel (gatekeeper) y, la más integral y actual, de gestor y coordinador de los cuidados sanitarios que el ciudadano pueda necesitar (gatemanager).

Por otra parte, el actual debate promovido por Sociedades Científicas, Organizaciones Sindicales y Colegios Profesionales, acerca de cuál debe ser el número máximo de ciudadanos que es aconsejable que queden adscritos a cada profesional, está favoreciendo que, entre otras actuaciones, los Servicios de Salud actualicen o clarifiquen los criterios de planificación de recursos humanos, así como el papel y las actividades que deben ser realizadas por los distintos componentes del equipo.

Esta posible reorientación de responsabilidades y roles tiene como ejes principales la coordinación asistencial centrada en el ciudadano, la flexibilidad organizativa, la comunicación interprofesional y el trabajo en equipo. Estas reflexiones van de la mano de la necesidad

manifestada de avanzar en el mayor protagonismo y asunción de tareas del personal de enfermería en todas aquellas actividades relacionadas con la educación para la salud, el fomento del autocuidado y autonomía del paciente y en el papel de “gestor de casos” que veremos más adelante.

Por último, señalar que se encuentra en fase de discusión en el Senado, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que venga a subsanar un situación de cierto vacío normativo, siendo su finalidad regular las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales.

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

En la profesión médica existe una formación postgraduada reglada a través de lo que se conoce como programa MIR (médicos internos y residentes), tanto para el caso de la pediatría como para el de la medicina de familia y comunitaria. Esta última está estrechamente ligada a la reforma sanitaria de la atención primaria, y cuyo programa de formación especializada cumple ahora también los 25 años de su creación, siendo obligatoria dicha formación para ejercer en el Sistema Sanitario público desde 1995.

El Programa específico de la especialidad de Medicina de Familia vía MIR, de tres años de duración, contempla la rotación por los diferentes servicios hospitalarios y un 50% del tiempo de formación se realiza en el centro de salud. La formación específica de los Pediatras a través del sistema MIR, tiene una duración de cuatro años y no incluye rotación específica en AP, existiendo solamente de manera voluntaria y con escaso tiempo destinado a la misma, pero sin estar generalizada.

Existen unos criterios estatales para la acreditación docente de los centros de salud, controlados por la Comisión Nacional de la Especialidad respectiva y, para la especialidad de Medicina de familia y comunitaria, también de acreditación y reacreditación de tutores de atención primaria. En la actualidad existen 634 Centros de Salud acreditados para esta docencia.

Por otra parte, la existencia de contenidos específicos de la medicina de familia en la licenciatura es muy escasa, siendo casi la excepción el hecho de que exista en alguna Facultad de medicina.

La formación en enfermería consiste en una diplomatura de 3 años, que se realiza a través de Escuelas Universitarias de Enfermería y en la que los centros de salud participan en su formación práctica. Actualmente no existe formación posterior especializada en atención primaria o salud familiar y comunitaria.

Respecto de la **investigación**, a pesar de que en Atención Primaria se reúnen determinadas condiciones favorables para la realización de este tipo de actividades - se atiende en estadios más precoces de la enfermedad, se tiene una relación continua con los pacientes, es posible el acceso a la población y es donde se atienden las patologías más prevalentes, entre otras características -, la producción científica es todavía insuficiente situándose, según diversos estudios, en el 4% del total.

No obstante, en los últimos años, se ha producido un aumento en la calidad y cantidad de los trabajos en investigación, siendo especialmente destacable la participación en la convocatoria de redes temáticas de investigación del FIS (2003), estructurándose una red de actividades preventivas “Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria”, formada por 14 grupos de investigación de 12 CCAA.

Por último, en la actualidad, diversas Comunidades Autónomas están trabajando para introducir estrategias que puedan promover el desarrollo de la investigación en AP, como son: facilitar el reconocimiento de tiempos propios de investigación, garantizar la formación en

metodología de investigación, desarrollar un plan de formación de becarios, favorecer la creación de estructuras de investigación (comisiones, unidades de soporte, fundaciones, etc.) con el fin de integrarse en futuros institutos acreditados de investigación o el desarrollo de redes de investigación con estructuras multidisciplinares y multicéntricas.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

En estos últimos años los Servicios de Salud han introducido un procedimiento de relación con sus EAP basado en diferentes elementos estratégicos: mejora continua en su funcionamiento, separación de la tríada financiación-compra-provisión, mejora en la asignación de recursos, búsqueda de una mayor implicación de los profesionales, medición del "producto sanitario" y descentralización en la toma de decisiones, generando una forma de relación a través de una Dirección Participativa por Objetivos (DPO).

La necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos con los resultados obtenidos de los mismos, dentro de un entorno de mejora de la salud individual y colectiva, está siendo una constante en la gestión de la atención primaria, que se ha articulado mediante lo que se ha denominado Contratos-Programas, Contratos de Gestión o Contrato por Prestación de Servicios, entre otros. Estos no constituyen auténticos contratos, sino acuerdos en los que se fijan objetivos anuales.

Esta herramienta de gestión que se ha ido asumiendo con carácter general por los Servicios de Salud, está promoviendo una transparencia de las obligaciones y objetivos y facilitando profundizar en la autonomía de los EAP, en la descentralización de la gestión, así como favoreciendo la participación de los profesionales.

Los contenidos básicos y comunes de estos contratos son:

- Unos objetivos institucionales del Servicio de Salud enmarcados en objetivos en salud, mejoras en la organización y orientación de los servicios hacia satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos.
- Tener definida una población. La tarjeta sanitaria individual (TSI), impulsada y gestionada en el SNS por las estructuras de atención primaria, permite disponer de la correspondiente pirámide poblacional por edad y género, de gran utilidad en base epidemiológica para fijar metas para captación derivada de problemas de salud.
- Unos objetivos de calidad, tanto en sus dimensiones científico-técnicas como de la percepción de los ciudadanos en la utilización de los servicios.
- Un sistema de información, base fundamental para el pacto así como para el seguimiento y evaluación del contrato.
- Un sistema de evaluación que permita conocer el grado de cumplimiento de los objetivos.

Además, en algunos Servicios de Salud, estos contratos son utilizados como procedimiento de desarrollo de las políticas de recursos humanos, orientadas al reconocimiento y discriminación de aquellos profesionales o EAP que alcanzan un mayor porcentaje de cumplimiento de objetivos, fundamentalmente mediante la percepción de incentivos.

Este proceso de relación contractual ha impulsado los sistemas de medición y evaluación en todas sus dimensiones: presupuesto, actividad, rendimiento, calidad, práctica clínica, etc.

Dado que el sistema de medición de actividad se basa fundamentalmente en los episodios clínicos atendidos en atención primaria y que la financiación es capítativa, no se ha optado hasta el momento, por el empleo de sistemas de clasificación de pacientes como pudieran ser los DC, AVG, APG, PAC, o los ACG. En cambio, la mayor parte de los Servicios de Salud se han decantado hasta ahora por la monitorización de los principales problemas de salud agrupados en "carteras de servicios" o "guías de procedimientos", para los que se ha definido una población diana en base epidemiológica sobre la que medir posteriormente el grado de "cobertura" alcanzado.

En diversas Comunidades Autónomas se han añadido unas “normas clínicas” de correcta actuación para la valoración de la calidad del proceso.

Los sistemas periódicos de información basados en registros, permiten el seguimiento de una serie de indicadores, pero para la verificación de las normas establecidas, se requiere la auditoría de las historias clínicas. La modalidad más empleada es una auditoría mixta y secuencial, donde un porcentaje representativo de historias clínicas es auditado por el propio EAP y una comprobación porcentual de las mismas es efectuada por personas ajenas al propio EAP. Así, cada año, la mayoría de Comunidades Autónomas disponen de información acerca de cuántas personas han sido captadas para ciertos programas, diagnosticadas de determinadas enfermedades preestablecidas o incluidas en una actividad protocolizada concreta, dentro del ámbito de la atención primaria.

Existe, por otra parte, una evaluación bienal del “Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS)” que desarrolla desde el año 1989 la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y en el que participan de manera voluntaria uno 600 EAP de toda España.

Algunos equipos de atención primaria están llevando a cabo experiencias de evaluación más amplia, basadas en el registro y medición de la totalidad de episodios atendidos, que pretende llegar además a valorar el grado de efectividad de las intervenciones y su relación con el consumo de recursos efectuado.

Respecto a la implantación de herramientas globales **de evaluación y mejora de la calidad**, algunos Servicios de Salud (más bien algunas estructuras intermedias de gestión), están empleando el sistema establecido por las Normas ISO como guía para avanzar en esta mejora global de la calidad, habiendo llegado alguna de estas estructuras a alcanzar la certificación con este sistema. Otras, optan por aplicar el modelo de autoevaluación de la EFQM (European Foundation for Quality Management), basado en los principios de la Gestión de la Calidad Total. Este último es el que más se está extendiendo en atención primaria en los últimos años, impulsado por las estructuras de gestión y en algún caso por el propio Servicio de Salud.

CONTINUIDAD E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL

La existencia previa en España de tres niveles de atención sanitaria, junto a las transformaciones y reformas sanitarias llevadas a cabo en la década de los ochenta, han generado una serie de reorganizaciones centradas en la mejora interna, posiblemente en detrimento de una integración de cuidados asistenciales de todos los profesionales que intervienen en un mismo proceso.

Esta percepción es compartida por la mayor parte de los profesionales, que lo atribuyen, entre otros motivos, al diferente procedimiento de financiación y asignación de recursos a los hospitales -incluyendo los centros de especialidades y ambulatorios- respecto al que se aplica en las estructuras directivas de atención primaria. En el primer caso se calcula por incrementos de actividad y en el segundo, de forma capitativa. Entre los motivos que se esgrimen sobre esta situación se incluye igualmente el hecho de que habitualmente se han venido planteando separadamente los objetivos en cada estructura, casi nunca sinérgicos y a veces contradictorios, así como la cultura histórica de distanciamiento entre el nivel hospitalario y el primario, que aún no se ha logrado superar suficientemente.

Esta realidad, constatada además por los financiadores y compradores de servicios, está provocando un importante debate y generando diversas fórmulas encaminadas a adquirir paquetes de servicios únicos, integrados y coordinados, que posibiliten actuaciones centradas en el ciudadano y que eviten fragmentaciones en su recorrido por los diferentes dispositivos asistenciales.

Los Servicios de Salud, como principales proveedores de servicios sanitarios, se plantean **fórmulas organizativas** que faciliten esa oferta integral a través de **diversas estrategias**, como la formación de Equipos Directivos únicos que abarquen las prestaciones propias de la atención primaria y de la atención especializada (Gerencia única); la formulación de protocolos y vías clínicas compartidos por profesionales de ambos ámbitos asistenciales (Gestión por procesos); la constitución de Comisiones Mixtas donde estén representados profesionales y gestores de ambos niveles asistenciales y / o el establecimiento de alianzas estratégicas entre ambos.

Aún no existiendo todavía suficientes estudios acerca de cuál de estas formas puede lograr una mayor efectividad y calidad, las diversas propuestas efectuadas están promoviendo mejoras en aspectos tales como la compatibilidad de los sistemas de información (clínicos, agendas de citación, identificación de pacientes, resultados de pruebas,..) o la definición de unos patrones de práctica clínica en base a competencias. Junto a ello, los sistemas tele-informáticos (transmisión de imágenes a distancia, video-comunicación, documentación clínica compartida,..) generan unas posibilidades insospechadas hace unos años y que previsiblemente van a facilitar dar una respuesta satisfactoria a los ciudadanos.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Casi todos los Servicios de Salud han incorporado en su desarrollo normativo órganos encaminados a estimular la participación social en los cuidados de salud, mediante la constitución de **Consejos de Salud** locales.

La existencia de otros foros, con posible solapamiento, -como son las Comisiones de Participación Ciudadana de los Hospitales -, las tendencias en algunos casos a utilizar los Consejos de Salud como plataformas reivindicativas de grupos con intereses particulares y el elevado número teórico de Consejos de zonas que habría que constituir en ciertos casos, no ha favorecido que existan experiencias generalizadas de participación canalizada en este tipo de comisiones.

Por contra, en ciertos territorios concretos, caracterizados por la existencia de una percepción social de insuficiencias globales de desarrollo y cuya ciudadanía se organiza y estructura suficientemente, se ha visto favorecido el **desarrollo de políticas transversales de mejora social**, en las que la propia sociedad ha participado activamente y que han abarcado, además de a la sanidad, a otras áreas como la educativa, el empleo y las conductas sociales.

A un nivel más directo para el profesional de atención primaria, las actividades individuales y grupales encaminadas a ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel posible de **autocuidado** e incrementar la responsabilidad sobre su propia salud, forman parte del conjunto de las actuaciones de los EAP, especialmente de los profesionales de enfermería, aunque su grado de implantación es muy desigual.

Recientemente, las agrupaciones y **asociaciones de enfermos crónicos**, modalidad asociativa en alza (diabetes, Alzheimer, laringectomizados, entre otros), están introduciendo un cambio en este tipo de actuaciones, modulando en ocasiones las prestaciones sanitarias o influyendo en el establecimiento de prioridades.

Una iniciativa relativamente reciente, que trata de impulsar e intercambiar experiencias entre los profesionales en el ámbito de la participación, es el promovido por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, mediante el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), aunque todavía con escasa implantación.

La Atención Primaria es un servicio bien valorado por los ciudadanos y de hecho, es el servicio que más ha mejorado en los últimos años en opinión de los encuestados. En el Barómetro Sanitario (MSC/CIS) de 2002 alcanza una puntuación media de 6.64 puntos sobre 10 en los diferentes aspectos relativos a accesibilidad, trato y medios disponibles que se someten a consideración de los encuestados. La cercanía de los centros, el trato del personal sanitario y

la confianza que les inspira su médico son los aspectos mejor valorados. No obstante, es necesario seguir avanzando en la mejora de los sistemas de citación y de organización de la consulta, de manera que se reduzca el tiempo de espera para entrar a la misma – aspecto peor valorado por los encuestados – en la agilización de los trámites para acceder a la consulta de los especialistas y en mejorar el tiempo disponible por el médico para atender a cada paciente.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

La existencia de trabajadores sociales en bastantes EAP ha impulsado una mayor colaboración entre los recursos sociales de la comunidad y los sanitarios de los Servicios de Salud, especialmente centrados en torno al envejecimiento poblacional y la dependencia de la tercera edad.

España, tal como se recoge en las tablas respectivas, presenta un fuerte incremento del segmento poblacional de mayores de 65 años, y especialmente de los correspondientes a más de 75. Hay que tener en cuenta, además, que solo una pequeña parte de las personas mayores dependientes están institucionalizados.

Esto, junto a los cambios estructurales en la familia y la progresiva incorporación de la mujer a la vida laboral (figura tradicionalmente clave y básica en la organización de la familia española), está generando un cambio en el patrón de atención sanitaria que efectúan los EAP (comorbilidad, incremento de los cuidados domiciliarios, fomento del auto-cuidado...), por lo que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha enfatizado la imprescindible sinergia entre los servicios sociales y sanitarios, promoviendo la figura del “gestor de casos” entre los profesionales de los EAP.

El gestor de casos como elemento que aglutina las necesidades del individuo y la coordinación de recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de cuidados a las personas dependientes dentro de una atención integral, continua y permanente, está siendo una herramienta promocionada por diferentes Servicios de Salud, si bien aún se encuentra en fases iniciales. Los Servicios de Salud, a la hora de implantar esta figura, apuntan fundamentalmente al profesional de enfermería para dicha función, generalmente en el seno de los equipos de atención primaria o directamente relacionado con éstos

También conviene mencionar en este apartado otras actuaciones en materia de atención socio-sanitaria no centradas en las personas de edad, en las que la atención primaria viene desarrollando importantes tareas y actividades, como son las enfocadas a favorecer la incorporación de **poblaciones inmigrantes**, con otros valores y creencias a los predominantes en

la sociedad española. La incorporación de ciudadanos procedentes de otros países es un fenómeno demográfico reciente en España pero de crecimiento rápido y de gran trascendencia.

Así mismo, las actividades sanitarias centradas en fenómenos sociales concretos comienzan a ser una realidad en las tareas de los EAP, como son los relacionados con los **malos tratos** en el seno de las familias (infantiles, tercera edad y violencia de género).

Por otra parte, varios Servicios de Salud han desarrollado estructuras específicas de apoyo a la Atención Primaria, especialmente para el manejo de pacientes terminales en el domicilio. Sus funciones varían, aunque la situación más generalizada es que asesoren a los EAP en la atención a este tipo de pacientes y realicen atención directa a enfermos en algunos casos más complejos. En muchas ocasiones, estas estructuras sirven también de nexo entre los servicios de Atención Primaria, los de Atención Hospitalaria y los Servicios Sociales, dentro de su ámbito geográfico de actuación.

NUEVAS TECNOLOGIAS

La incorporación de las innovaciones tecnológicas y de la comunicación en atención primaria está siendo en los últimos años una apuesta muy importante del Ministerio de Sanidad y Consumo y de los Servicios de Salud.

Ello está abriendo unas posibilidades de mejora en tres aspectos fundamentales: por un lado, es cada vez mayor el número de EAP que disponen de sistemas informatizados que facilitan el trabajo diario y que permiten conocer mejor la realidad clínica de lo que se hace, cómo se hace, con qué recursos y a quiénes van dirigidas sus actuaciones; esto está permitiendo modificar los sistemas de información y evaluación, con una mayor orientación a la medición de resultados y a las mejoras de la calidad.

Por otro, está facilitando la cooperación entre los dos niveles de atención sanitaria mediante el uso de agendas informatizadas y compartidas, la incorporación de documentos clínicos conjuntos, la transmisión de imágenes y pruebas radiológicas, la videoconferencia y la integración de procedimientos y procesos.

Finalmente, a través de todo lo anterior, se facilita que el ciudadano pueda apreciar el sistema sanitario como un todo, integrado y sin fracturas en la atención, mediante las citas compartidas entre los diferentes dispositivos que intervienen en un mismo proceso asistencial y una mayor accesibilidad.

MIRANDO HACIA EL FUTURO: LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE CONDUCTOR DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Tras este breve recorrido por algunos de los campos que caracterizan el ámbito de la atención primaria, surge una amplia gama de posibilidades de mejora, que es necesario priorizar, debatir y sobre las que apuntar posibles estrategias de futuro.

Para favorecer el debate sobre estos estimulantes retos, proponemos agrupar las diversas cuestiones en cuatro grandes apartados, resaltando, dentro de cada uno de ellos, una serie de preguntas que permitan ir concretando un poco la amplitud de los temas objeto de reflexión.

1.- LOGRAR UN SISTEMA SANITARIO INTEGRADO

- ¿Cómo orientar la provisión de servicios sanitarios hacia una oferta única, integrada y coordinada?
- ¿Es necesario integrar, total o parcialmente, los sistemas de financiación de los dos niveles de atención sanitaria?
- ¿Los perfiles de atención hospitalaria aprovechan la potencialidad de la atención primaria?
- ¿La atención primaria puede evitar ingresos innecesarios en los hospitales?
- ¿Se puede estimular la confianza mutua entre los profesionales hospitalarios y los de atención primaria?

2.- IMPULSAR SINERGIA ENTRE LOS CUIDADOS SOCIALES Y SANITARIOS

- ¿De qué manera se puede mejorar la auto-responsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su propia salud?

- ¿Cómo se puede potenciar el papel de los Ayuntamientos y Corporaciones Locales en la cooperación social con la atención primaria?
- ¿Cuál debería ser la colaboración de las asociaciones de enfermos en la promoción de los cuidados sanitarios?
- ¿Los grupos de autocuidado son una alternativa a promocionar?
- ¿Cómo incorporar las expectativas y opiniones de los ciudadanos?

3.- MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

- ¿Cómo impulsar nuevos sistemas de información orientados hacia la evaluación de resultados?
- ¿De qué forma ha de promocionarse la calidad de la atención sanitaria a partir de los resultados v/s los procesos?
- ¿Sirven los actuales sistemas de información para la toma de decisiones clínicas? ¿Y para las gestoras?
- ¿Qué aporta y qué no aporta la tecnología informática para la mejora del funcionamiento de los centros de salud?

4.- AVANZAR EN LA ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

- ¿Cómo se puede avanzar en la financiación por coste / efectividad e impacto sanitario?
- ¿Qué variables y criterios han de utilizarse en la planificación de las diferentes categorías y disciplinas que componen los equipos de atención primaria?
- ¿Cómo reconocer socialmente y dentro del sector sanitario y académico la competencia de los profesionales de atención primaria?
- ¿Puede facilitar un funcionamiento más adecuado la introducción de modificaciones en los sistemas de remuneración de los profesionales de AP?
- ¿Qué vías (formación continuada, investigación y otras) deben potenciarse para el desarrollo profesional?

JORNADA DE DEBATE

SESIÓN DE APERTURA

PRESENTACIÓN: Dr R. BENGOA - OMS

No conozco todavía las conclusiones de estos tres días de reunión que ha habido, pero lo que sí les puedo decir, es que un grupo de 80 personas han reafirmado un compromiso con algo que se celebró hace 25 años y también, que cada vez que volvemos a revisar el contenido de la declaración de Alma-Ata y la atención primaria (AP), encontramos nuevas cosas en las palabras que allí se dijeron.

La atención primaria era para países pobres... Era para los pobres dentro de países pobres... La AP era para el mundo rural y no para el mundo urbano... Esas fueron cosas que se dijeron al salir de Alma-Ata. Sin embargo, hemos estado haciendo una revisión en los últimos dos años y no hay prácticamente ningún país desarrollado, (eso sin hablar de los países en vías de desarrollo), que no tengan, en las reformas emprendidas o que están emprendiendo, a la atención primaria como eje vertebrador de la asistencia sanitaria y, si aún no lo tienen, lo están intentando tener. La evidencia es clara en relación a la atención primaria.

Muchos siguen expresando esa necesidad de principios que se expresaron el Alma-Ata. Otros, la ven como un nivel de atención. Estos últimos tres días hemos estado trabajando a esos niveles y han salido, creemos, un montón de cosas nuevas. Hoy vamos a hacer lo mismo. Entraremos en una dinámica de grupos de trabajo, para intentar encontrar aquello que permita que España dé un impulso nuevo a su Atención Primaria, una Atención Primaria que ya ha tenido unos enormes logros en estos años transcurridos.

Algunos de los expertos internacionales que se quedan a la reunión de hoy con nosotros, me comentaban lo impresionados que están con la atención primaria en España y también lo impresionados que están con el centro de salud que visitaron ayer. No sé si es que les habéis enseñado el mejor centro, pero ahora están como dudando para ver qué es lo que van a poder añadir a lo que vieron ayer.

También queda claro que la AP y lo que subyace en la AP sigue siendo un modelo que lanza señales acerca de la sociedad que ha elegido ese modelo, es un modelo de cohesión social, no es una abstracción, no es solo un modelo técnico, pero también sabemos que hay muchos países en donde no se está desarrollando la AP, ni siquiera se está desarrollando ningún sistema de salud. Queda mucho trabajo por hacer. En aquellos en que, como es España, se ha caminado mucho y está implantado el modelo, hay que buscar su potencial total. Si entiendo bien, en nuestro país todavía hay bastante camino por recorrer para encontrar el potencial total de la AP.

Por eso, felicito al MSC por la convocatoria de esta reunión y le agradezco otra vez, en nombre de todos y de la OMS, el apoyo técnico y financiero que ha tenido para que se pudiera celebrar la reunión que terminó ayer.

Por último, decir que lo que salga de vuestra reunión hoy, lo usaremos también como input para el trabajo internacional y para añadirlo a las conclusiones de la reunión que acabamos ayer y que intentaremos de nuevo colocar en la asamblea mundial del 2004.

Muchas gracias por todo. Espero que podamos trabajar bien juntos. Quizá va a ser un poquito raro, porque va a hacer falta traducir en los grupos de trabajo que se han constituido, y luego volvemos todos a plenario. Más tarde os explicamos el proceso de la mañana.

EXPOSICIÓN INAUGURAL – Dra. MERCEDES ALFARO

Buenos días. Bienvenidos a este encuentro sobre Atención Primaria en un marco muy acertado, auspiciado por la OMS con motivo del 25 aniversario de Alma-Ata, donde vamos a tener la oportunidad de contar con unos expertos internacionales que pueden aportar puntos de vista que complementen a los que percibimos dentro del propio Sistema Nacional de Salud español.

Es necesario señalar, en primer lugar, que en este encuentro hemos tratado de reunir a personas con amplio conocimiento y experiencia sobre el sistema sanitario en su conjunto y sobre la atención primaria en particular. Seguramente hemos acertado en la convocatoria, pero por motivos estrictamente operativos y dada la rapidez con que ha habido que organizarla, han quedado fuera de ella un gran número de expertos españoles cuya participación hubiera sido muy deseable y valiosa.

Sin pérdida de tiempo, pues la jornada va a ser intensa y debemos apurar el horario, y antes de pasar a las salas donde trabajaremos en grupos, vamos a tratar de enfocar el tema que nos ha traído hasta aquí. Éste no es otro que el de mejorar la atención primaria, sometiéndola de nuevo a reflexión y debate.

El principal objetivo que debemos marcarnos en la reunión de hoy es identificar los retos que tiene que afrontar la Atención Primaria en un país como el nuestro e iniciar un debate sobre estrategias futuras en AP en el Sistema Nacional de Salud. Entendemos que la reunión de hoy puede dejar trazadas unas líneas sobre las que, posteriormente, se desarrolle un trabajo más completo que establezca detalladamente las nuevas estrategias de desarrollo de la AP. Necesariamente, este trabajo deberá estar basado en una amplia participación de todos los profesionales y a todos los niveles de la organización del sistema sanitario.

Además de la conmemoración de los 25 años de Alma Ata, celebramos también este año el 25 aniversario de la Constitución Española promulgada en el año 1978.

Repasando muy rápidamente la historia y antecedentes de nuestro Sistema Nacional de Salud desde la promulgación de la Constitución, lo primero que encontramos es que coincide prácticamente en el tiempo con la creación del “Instituto Nacional de la Salud”, organismo al que se encarga específicamente la atención sanitaria. El antecedente a este Organismo, había sido el “Instituto Nacional de Previsión”, de carácter mucho más asegurador y dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que era el competente en la provisión de la asistencia sanitaria pública como una prestación más del sistema de seguridad social.

En el año 1981 y en el nuevo marco establecido por la Constitución, se producen las primeras transferencias de competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Cataluña.

En el año 1984 se aprueba el Decreto de Estructuras Básicas de Salud, que aplica ya los principios de la Declaración de Alma-Ata y que es el precursor de la política de universalidad y equidad dentro del SNS.

Unos meses después se transfieren a Andalucía las competencias en materia sanitaria. Así, la población cuya gestión sanitaria corre a cargo de las Comunidades Autónomas supera ya el 30% de la población española.

Llegamos ahora a un hito fundamental, que es la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS). Esta Ley es la que crea un modelo basado en la universalidad del derecho a la protección de la salud. Hasta ese momento la asistencia sanitaria estaba basada en un modelo de aseguramiento ligado a la situación de trabajador afiliado a la Seguridad Social, o a la condición de pensionista del jubilado. La LGS viene a desarrollar el reconocimiento que hace la Constitución de que el derecho a la protección de la salud es un derecho básico de todos los ciudadanos. Por lo tanto, empezamos ya a hablar de una atención universalizada en nuestro país. Es para ello necesario cambiar el sistema de financiación que la soporta, pasando progresivamente de un sistema a través de cuotas pagadas por trabajadores y por empresarios, a un sistema de financiación del conjunto de los ciudadanos vía impuestos, es decir, vía Presupuestos Generales del Estado.

Los impuestos en nuestro país se basan en un sistema, aunque no perfecto, de carácter progresivo y redistributivo, es decir, que pagan más los que más ingresos tienen y en el cual la sanidad, vendría a ser uno de los elementos de redistribución de renta entre las familias junto con las pensiones, la educación y otras medidas de protección social. En el caso de la sanidad el efecto redistributivo se realiza, además, en función de necesidad, de manera que la LGS crea un sistema sanitario que fomenta importantemente la cohesión social: cada uno aporta según su capacidad y recibe según su necesidad.

No es un modelo puro (la propia progresividad es objeto de discusión) y la nueva financiación de la sanidad desdibuja un poco este modelo, al permitir la incorporación de fuentes de financiación diferentes, como puede ser la decisión de diferentes Comunidades Autónomas de gravar el impuesto de los hidrocarburos para financiar más la sanidad, aunque esencialmente se mantiene.

Sobre este fundamento, lógicamente, la segunda parte del marco de nuestro modelo tiene que ser la equidad, comenzando por la equidad en el acceso a todas las prestaciones básicas de salud. Para ello, la LGS establece un nivel de atención primaria que sitúa unos dispositivos sanitarios accesibles en tiempos razonables desde cualquier lugar de residencia (a menos de 15 minutos), en los que existe un equipo de profesionales y un determinado equipamiento tecnológico, cuya profusa utilización hace rentable su ubicación diseminada, y donde se espera que se resuelva más del 80% de los problemas de salud de la población.

Por último, para mantener la equidad, independientemente de las condiciones de autonomía de cada persona, la atención primaria llega físicamente al domicilio de los ciudadanos.

Superada esta capacidad de atención, la LGS establece otro nivel operativo donde se disponen los recursos más complejos, más caros o de menor uso, cuya eficiencia y calidad no se consiguen si no se concentran y no se utilizan de manera intensiva y especializada.

En este modelo organizativo la Ley asigna a la atención primaria otro papel de cara a la equidad y es el de determinar, mediante la toma de decisiones técnicas, cuando un paciente debe llegar a este segundo nivel. La Ley no se plantea el acceso directo de los ciudadanos a este nivel especializado, situación que por lo indiscriminado de la demanda probablemente daría lugar a una baja efectividad y eficiencia. Hay que tener presente que en un sistema público que no contempla ninguna otra regulación en el acceso a los servicios, la demanda estaría, en muchas ocasiones, relacionada con la tolerancia a la incertidumbre del propio ciudadano, con su nivel cultural, o con la proximidad a los centros especializados, entre otras razones. El sistema sanitario aboga por la eficiencia en la utilización de los recursos, y el modelo organizativo basado en una AP y una AE con las características comentadas, no es ajeno. Apuesta también por la calidad y dice que la AP y la AE deben estar coordinadas.

Después de la LGS, continúa paulatinamente el proceso de transferencias de las competencias en materia sanitaria hasta que, por fin, el 1 de enero de 2002, todas las CCAA

(todas las Regiones en terminología de la UE) reciben ya estas competencias de forma que el Sistema Nacional de Salud es hoy es algo totalmente descentralizado. Existe, no obstante, una excepción y es la situación de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, situadas geográficamente en el norte de África, que siguen dependiendo de una estructura central, el Instituto de Gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Una vez producida toda la descentralización, se aprueba en el Congreso de la Nación, por abrumadora mayoría, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece las reglas del juego para que el Sistema Nacional de Salud sea precisamente eso, conjunto de entidades interrelacionadas de acuerdo con unos objetivos comunes y regulados en torno a los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad para el conjunto del SNS ante esta nueva situación de descentralización de competencias.



Respecto a quiénes somos, demográficamente hablando, la población total de España, según el censo de 2001, es de 41, 1 millones de habitantes, si bien existe la creencia bastante fundada, de que tenemos una población no censada relativamente importante debido a la inmigración no regularizada. Presenta una estructura más envejecida que la media de la Unión Europea: mientras que la población de 0 a 14 está 3 puntos por debajo de esta media, la de más de 65 años lo está 1.2 puntos por encima, siendo la mayor de 80 años ligeramente superior. El envejecimiento, entendido en tasa anual de variación media en una década, muestra que, mientras que en España el incremento de personas mayores de 65 años ha sido de un 2.2%, en la Unión Europea solo ha sido del 0.9% en estos mismos 10 años y, en cuanto a los mayores de 80 años, el incremento ha sido de un 2.6% en España, frente al 1.2% en la Unión. Puede afirmarse, por tanto, que en España existe una clara e importante tendencia al envejecimiento.

En cuanto a las migraciones, el censo de 2001 aporta una cifra de 1.5 millones de extranjeros censados, de los cuales un 50% habían sido incluidos en los últimos 5 años. Respecto a españoles retornados o nacionalizados, ese mismo censo refleja la cifra de 1.3 millones de personas, pero en este caso sólo un 10% de ellos en el periodo 1997 a 2001.

EVOLUCION DEMOGRAFICA			
Población en España 2001: 41,12 millones			
Estructura	Pob 0-14	Pob > 65	Pob > 80
España	14.3 %	16.9 %	3.8 %
Media UE	17.5 %	15.7 %	3.6 %
Envejecimiento	España	UE	
(TAVM 1990-2000)			
Incremento > 65 a	2.2 %	0.9 %	
Incremento > 80 a	2.6 %	1.2 %	
Migraciones	Censo 2001	Entre 1997-2001	
Extranjeros censados	1.572 miles	50.7 %	
Españoles retornados o nacionalizados	1.376 miles	10 %	

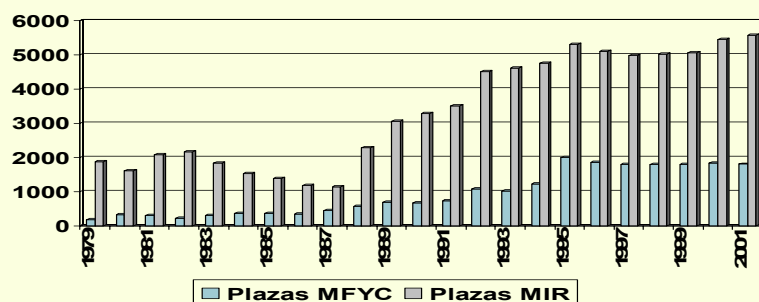
La utilización de los recursos de atención primaria se sitúa como media en 6.1 consultas por habitante y año. Eso supone que se están realizando unos 240 millones de consultas anuales en todo el SNS.

Los servicios se proveen por Equipos de Atención Primaria (EAP) compuestos por una serie de profesionales con un núcleo fijo común (médicos de familia, pediatras, enfermeros, personal auxiliar y, en casi todas las Comunidades Autónomas, también trabajadores sociales) al que se adscriben otra serie de profesionales, que en algunas Comunidades están incorporados al EAP y en otras constituyen estructuras de apoyo del mismo; éste es el caso de los odontólogos, fisioterapeutas, matronas, veterinarios y farmacéuticos.

En cuanto a la formación de los componentes nucleares del EAP, los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria realizan tres años de especialización, de los cuales están un 50% de su tiempo en centros de salud acreditados para la docencia. Los pediatras realizan cuatro años de especialización en el ámbito hospitalario, independientemente de que vayan a trabajar posteriormente en un centro de salud o en un hospital. En cuanto a la enfermería, no existe especialización específica postgrado, si bien se realizan (aunque de forma irregular) estancias o rotaciones, de duración diversa mientras se cursan los estudios pregrado, por los centros de salud acreditados.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de las plazas de formación especializada (en España este sistema se llama sistema MIR: médico interno residente), desde 1997 hasta 2001, año en el que aproximadamente una tercera parte de las plazas de formación de especialistas lo era en medicinas de familia y comunitaria.

PLAZAS MIR TOTALES Y DE MFYC 1979 - 2001



En cuanto a los recursos con que cuenta la Atención Primaria, hay que señalar que existe, como media, un centro de salud por cada 16.500 habitantes, un médico de primer nivel por cada 1.425 y una enfermera por cada 1.675. Tanto el médico como la enfermera se encuentran situados, también como media, a menos de 15 minutos de los domicilios de los ciudadanos.

Es necesario aclarar que el dato de ratio de médico incluye a médicos de familia y pediatras. Si se separasen los pediatras, aumentaría ligeramente la ratio de personas por médico de familia. Siento mucho no poderlos distinguir en este momento, pero existe una laguna importante de información y aunque las Comunidades Autónomas disponen en general de potentes sistemas de información en atención primaria, a nivel del Sistema Nacional de Salud no contamos todavía con algo similar. Por ello en la actualidad existe un grupo de trabajo bajo el mandato del Consejo Interterritorial del SNS que se encuentra diseñando dicho sistema de información

Respecto a indicadores de resultados, la evolución de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación y echando la vista atrás hasta el año 1985, observamos cómo el sarampión, de 80.600 casos declarados en ese año, ha pasado a 89 casos en 2002. El tétanos, ha pasado de 74 casos a 21, la tos-ferina de 60.500 a 347, la parotiditis de 135.000 casos a 4.500, mientras que la difteria no ha registrado casos desde 1986, y la poliomielitis tampoco lo ha hecho desde 1990.

EVOLUCIÓN ENFERMEDADES VACUNABLES

Nº CASOS	1985	1990	1995	2002
Sarampión	80.662	21.650	8.845	89
Tétanos	74	54	39	21
Tos-ferina	60.564	10.075	3.741	347
Difteria	2 (1986)	-----	----	----
Parotiditis	135.564	30.624	10.064	4.515
Poliomielitis	3	2	----	----

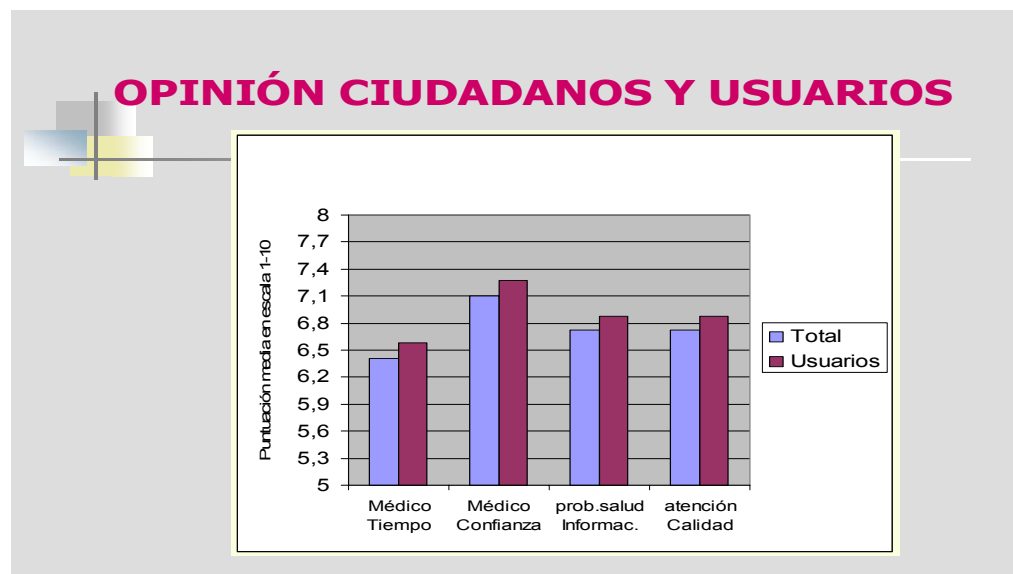
En cuanto a la mortalidad prematura, entendida como años prematuramente perdidos ajustados por población menor de 70 años y valorados según la tasa anual de variación media, vemos cómo, en cuanto a los cánceres de mama y de cérvix, en el periodo de 1995 al 2000, han disminuido una media anual del - 5.2% en un caso y el -6.2% en el otro, mientras que la media en la Unión Europea descendía un -2.1% el de mama y aumentaba un +3.1% el de cérvix. Para el caso de las enfermedades cerebro-vasculares, de la diabetes y del asma y EPOC, según datos de la OCDE, en nuestro país desde el periodo 1984 a 1999, la reducción ha sido de -4.9, -4.2 y -4.8 respectivamente, mientras que en la Unión Europea estas cifras eran de -3.1, -1.8, en las dos primeras, estando situados mejor que España en cuanto a EPOC con una reducción de un 7%

MORTALIDAD PREMATURA (<70 a.) ALGUNAS CAUSAS RELACIONABLES CON EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO

	TASA ANUAL DE VARIACIÓN MEDIA	
	ESPAÑA	UE
Ca. Mama*	-5.2	-2.1
Ca. Cervix*	-6.2	3.1
Enf.Cerebrov.**	-4.9	-3.1
Diabetes**	-4.2	-1.8
Asma y Epoc**	-4.8	-7.0

T.A.V.M.: tasa anual de variación media (*1995-2000 y **1984-1999)

La opinión de los ciudadanos sobre la Atención Primaria, obtenida a través del Barómetro Sanitario, encuesta que realiza anualmente el Centro de Investigaciones Sociológicas, por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo, medida en escala Lickert de 1 a 10 , puede considerarse satisfactoria en general, tal y como queda recogido en el gráfico adjunto. En él se muestra la valoración media de los cuatro aspectos a los que los ciudadanos establecen como de mayor importancia en su contacto con la Atención Primaria. La información se facilita comparando esta puntuación con la que otorgan los usuarios reales de los servicios, lo que resulta a estos efectos, más trascendente .En todos los casos la valoración otorgada por los usuarios supera 6,5 puntos, destacando la confianza en el médico con más de 7 puntos sobre 10. Junto a este aspecto destacan, la información que se recibe sobre el estado de salud y el recibir una atención de calidad. Incluso el tiempo de dedicación del médico, aspecto tan controvertido, recibe una valoración de más de 6,5 puntos por parte de los usuarios de los servicios.



La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud recientemente publicada, refuerza la Atención Primaria de Salud como nivel básico de la atención sanitaria que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente y añade como novedad la de considerar la Atención Primaria como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Asimismo, define las prestaciones sanitarias en Atención Primaria que a modo de resumen se presentan en el siguiente cuadro

RESUMEN PRESTACIONES EN ATENCION PRIMARIA

- **Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en centro como en domicilio.**
- **Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos**
- **Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar, atención comunitaria, de información y vigilancia en la protección de la salud.**
- **Atención y servicios específicos relativos a la mujer, infancia, adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y crónicos.**
- **Atención paliativa a enfermos terminales**
- **Atención a la salud mental**
- **Atención a la salud bucodental**
- **Rehabilitación básica**

Antes de dar paso a la reunión de los grupos de trabajo, vamos a dejar formuladas algunas preguntas que nos sirvan para situar el debate, ampliando algunos de los planteamientos que se encuentran en el Documento de Apoyo a esta reunión que todos tenéis y habréis leído.

- ¿Cómo conseguir que la Atención Primaria sea realmente un gestor de casos, coordinador y gestor de flujos tal como define la Ley? Se trataría de buscar estrategias que permitan cubrir todas las necesidades de un paciente y planificar un manejo del mismo combinando las alternativas y recursos disponibles, bajo criterios de calidad y eficiencia clínica.
- ¿Cómo conseguir redefinir los entornos asistenciales en función de la naturaleza y prevalencia de los problemas de salud y de los avances técnicos?, es decir, ¿cómo debemos reorganizar no sólo la atención primaria si no el conjunto del sistema? Hace unos años nadie pensaba que se pudiera seguir en un centro de salud una anticoagulación, no era técnicamente posible, entre otras cosas porque ni siquiera era viable el traslado de las muestras de sangre para pruebas de este tipo. Tanto los avances técnicos como tecnológicos, el desarrollo de las comunicaciones con la existencia de la historia clínica informatizada, diagnóstico por imagen, intercambio de datos, etc, así como la presencia de los problemas de salud en la población en términos de frecuencia, pueden ser los escenarios a tener en cuenta a la hora de dibujar cómo organizar los nuevos entornos asistenciales, que de una manera muy clásica hemos manejado como atención primaria y atención especializada. En estos momentos es un hecho que van cambiando funciones, y se van ambulatorizando procesos, de manera que la sociedad comienza a demandarnos otras formas de organización que permita atender sus necesidades. Por tanto, es imprescindible determinar cómo podemos avanzar en la adecuación de los recursos y la organización de esta nueva Atención Primaria de Salud.
- ¿Cómo poder contar con información para la evaluación y mejora continua de la Atención Primaria de Salud?, con información que realmente nos dé idea de qué hacer. Los datos facilitados esta mañana han sido el número de consultas y la

frecuentación, que es de lo que con mayor facilidad se dispone. Pues bien, estos son datos que aunque nos sitúan en una realidad, evidentemente no deben ser el dato nuclear de la información y hoy por hoy lo son.

- ¿Cómo podemos lograr por fin sinergias socio-sanitarias? Este un tema que lleva pendiente mucho tiempo, que parece que nadie se atreve a abordar a fondo y al que necesariamente tiene que darse protagonismo en un abordaje integral del paciente

En resumen, nuestro trabajo de hoy es apuntar estrategias para ver cómo logramos un Sistema Sanitario integrado, es decir, organizado en torno al ciudadano, y establecer cual es el papel de la atención primaria en este modelo.

Nuestro reto es contemplar el horizonte futuro con la mirada puesta en la idea de la Atención Primaria como eje conductor de la asistencia sanitaria en nuestro país.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se presentan a continuación, son fruto de la discusión en grupos de trabajo y posterior puesta en común en sesiones plenarias, del análisis realizado por aquellos expertos nacionales e internacionales que ha participado en el encuentro.

Previamente, es preciso apuntar algunos elementos importantes, en los que han incidido y coincidido los expertos internacionales. Éstos, aun cuando estaban incorporados a los grupos y analizaron junto con los españoles los distintos aspectos propuestos para la discusión, han coincidido en señalar algunas cuestiones globales de nuestro sistema.

La primera de ellas hace referencia al hecho obligado de reconocer lo conseguido. Frecuentemente, centrados en el día a día y en la percepción de lo que nos falta por lograr, no nos paramos suficientemente en identificar los avances logrados hasta el momento.

Sin riesgo a caer en la complacencia, hay que poner de relieve el hecho de que los expertos internacionales han remarcado cómo desde fuera de España, son capaces de apreciar estos importantes avances, que se han conseguido además en muy poco tiempo. Por ejemplo, el profesor Lamarche, de Canadá, señala que España puede considerarse pionera en atención primaria, habiendo conseguido en este tiempo mucho más que en cualquier otro lugar, incluido su propio país y solicita que este hecho quede reflejado de manera clara en el informe.

Recalcan que no debemos ser tan críticos desde dentro de la atención primaria en España, procurando resaltar más los objetivos compartidos que los puntos de discrepancia. Consideran además, los temas principales objeto de debate, son similares en la mayoría de sus países.

Por otro lado, a la hora de identificar carencias y adoptar un enfoque crítico, se señala la importancia de diferenciar lo que serían problemas de diseño frente a lo que, en la mayoría de los casos, son en realidad problemas de implementación. Se percibe que la filosofía y el diseño de la atención primaria están básicamente completados y son compartidos, por lo que las discrepancias se producen en realidad sobre problemas de implementación. El experto canadiense considera además que la filosofía y el diseño de nuestra atención primaria son un modelo a seguir, y que ojalá se implementara en muchos otros países.

De similar forma se expresa la experta australiana, Dra. McDermott, quien asegura que deberíamos congratularnos del sistema sanitario español en general y del sistema de atención primaria en particular. Considera un verdadero fenómeno haber obtenido este desarrollo en unos pocos años. Además, observa que existe entre nosotros un nivel de consenso envidiable respecto a los objetivos de la atención primaria y de nuestro sistema y que han sabido evitarse (o no han surgido) los problemas de falta de autonomía clínica del profesional, que en un sistema como el de Australia, con un fuerte componente privado, es un serio escollo.

La valoración acerca de la atención primaria reflejada en los párrafos anteriores, es compartida por el resto de expertos extranjeros participantes, por lo que se ha considerado oportuno incluirlas de manera expresa en este apartado.

A continuación se presentan, de manera resumida, las conclusiones elaboradas a partir de la transcripción de las discusiones y conclusiones de los grupos de trabajo y de las presentaciones y aportaciones realizadas en las sesiones plenarias.

LOGRAR UN SISTEMA SANITARIO INTEGRADO

ANALISIS PREVIO

Se identifica de forma muy clara por parte de todos, la existencia de deficiencias en este sentido. Ya desde hace años, este aspecto ha constituido uno de los grandes temas objeto de queja, análisis, discusión e intentos de mejora. Pese a diversas iniciativas llevadas a cabo en distintos ámbitos de decisión, se considera que continúa existiendo una falta de ensamblaje de las estructuras asistenciales de primer y segundo nivel, que da lugar a discontinuidades en la atención que reciben los ciudadanos, cierta fragmentación asistencial y una separación de los cuidados. En el momento actual, se tiene desde atención primaria casi una vivencia de crisis, dado el escaso avance producido en todos estos años, y se considera que constituye una de las deficiencias más importantes que nuestro sistema sanitario no ha logrado superar.

Esta fragmentación favorece que, además, se produzcan a veces solapamientos en las intervenciones. Generalmente, donde se observa esto con mayor claridad es en la realización de exploraciones complementarias.

Se insiste en que no existe una planificación global, previa a hablar de atención primaria o de atención hospitalaria, que marque las estrategias en función de las necesidades en salud de la población. El diseño de estrategias se produce de forma aislada para cada nivel asistencial, alejadas, e incluso enfrentadas en más de una ocasión. De ahí que también resulte difícil a veces identificar los objetivos comunes. No existe, por tanto, la visión de complementariedad de las actuaciones.

Por otra parte, los sistemas de asignación presupuestaria utilizados a la hora de financiar las dos estructuras, siguen criterios distintos. Mientras que para atención primaria se sigue un esquema, básicamente, por capitación -asignando presupuestos en función de los habitantes a los que se deba dar servicio-, para los hospitales se sigue fundamentalmente un criterio basado en la actividad.

Acorde con todo lo anterior, los mecanismos de evaluación existentes ahondan a veces algunas de estas cuestiones, analizando de forma muy diversa el desempeño profesional en uno y otro nivel asistencial y potenciando conductas separadas e, incluso, antagónicas (ejemplo: pactos que incluyen la relación de consultas primeras/sucesivas por parte de especializada y tasas de derivaciones por habitantes por parte de primaria, como "indicadores" a ser tenidos en cuenta a la hora de valorar mejor o peor las actuaciones sanitarias en cada ámbito).

En el origen de estos problemas, se identifica que las políticas sanitarias no enfatizan en los objetivos en salud como elemento esencial y, por tanto, no orientan suficientemente los recursos y las actividades de ambos niveles de manera complementaria para el logro de esos objetivos.

Existe todavía una escasa cultura común (especialmente entre los gestores de primaria y especializada), que ahonda a veces estos problemas. También con frecuencia entre los profesionales asistenciales, consecuencia en parte por los programas de formación,

excesivamente centrados todavía no solo en el medio hospitalario, sino también en la visión hospitalaria de la sanidad.

Por otra parte, los sistemas de información tampoco se ponen en común, ni todavía en muchas ocasiones, se asegura su compatibilidad para posibilitar el intercambio fluido de información, especialmente de información clínica, entre ambos niveles.

Existe lo que podríamos llamar una patología organizativa. Predominantemente, la organización no está basada ni en el paciente ni en el proceso de atención, si no en la voluntad individual de los participantes en el mismo (directivos y/o profesionales), que son los que deciden en un momento dado si hay o no que sentarse y hablar. Además, existe una vivencia bastante extendida entre los profesionales asistenciales, de que hay un distanciamiento entre los gestores y los clínicos a la hora de buscar soluciones que minimicen al menos este problema.

Tampoco encuentran los profesionales de ambos niveles foros comunes estables y reglados, de discusión y de encuentro, que les permita intercambiar sus objetivos, prácticas y resultados. Existe bastante desconocimiento, que favorece falta de comprensión del trabajo mutuo.

No se debaten ni se contrastan habitualmente las diferentes formas organizativas emprendidas por los distintos Servicios de Salud en estos últimos años. Se abordan medidas o nuevas fórmulas organizativas y de gestión que, en el mejor de los casos, se difunden en cuanto a sus aspectos teóricos, pero que no se evalúan adecuadamente ni se comparan con rigor con otras existentes. A pesar de ello, la proliferación de fórmulas diversas, continúa desarrollándose.

Lógicamente, no se traslada una cultura de servicios integrados al ciudadano, provocando a menudo una imagen deformada de los servicios.

PROPUESTAS

1. En primer lugar, hay que ubicar al ciudadano en el centro. Hay que volver siempre a poner de relieve que la atención al paciente es la que debe conducir al sistema. Por tanto, el razonamiento de sistemas integrados no puede empezar por una estructura ni de primaria ni de atención hospitalaria, sino por explicitar y estimular los objetivos compartidos y el enfoque complementario en ambos niveles de atención.
2. No se trata de que la atención primaria deba competir por repartirse un porcentaje determinado de recursos o de cuotas de poder. Simplemente, debe poder trabajar en equilibrio con otras entidades de prestación de servicios, orientando sus actividades en base a las necesidades de la población.

El fuerte desarrollo experimentado en estos últimos años por la atención primaria, permitiría su participación en la toma de decisiones que conduzcan a diseñar los Sistemas de Atención en función de las necesidades de la población. El punto clave es empezar a hablar de Sistemas completos, empezar a hablar de necesidades de la población y de cómo se puede dar satisfacción a esas necesidades desde la acción complementaria de todos los puntos o ámbitos del Sistema de salud, rompiendo con la segmentación estructural en la planificación, no en el sentido de romper con la estructura, sino en lo que supone de fragmentación de la atención.

3. Al mismo tiempo, es preciso reforzar el papel del médico de atención primaria como asesor y agente del ciudadano por todo el sistema sanitario, entre otras medidas, favoreciendo y divulgando los estudios que muestren la resolución y los logros de la atención primaria, frecuentemente poco conocidos fuera de su propio ámbito.
4. Facilitar el acceso a todos aquellos procedimientos diagnósticos que favorecen un incremento de la capacidad resolutive de la atención primaria y la comodidad para el paciente, basado en criterios objetivos y evitando la utilización de criterios personales -de gestores o clínicos- a la hora de facilitar o no dicho acceso. Los servicios centrales (análisis clínicos, diagnóstico por imagen,...) no deben ser exclusivos del hospital, desde el punto de vista de gestión, sino que deben pasar a ser estructuras de alguna manera "externas" a la gerencia del hospital, que dé servicio al conjunto de estructuras y niveles del sistema.
5. De igual forma, es preciso utilizar las potencialidades que brindan las nuevas tecnologías informáticas y los sistemas de comunicación: documentación clínica compartida, transmisión de imágenes, video, interconsultas...) No obstante y, previo a ello, es necesario mejorar y compatibilizar los sistemas de información clínica y el resto de herramientas de comunicación entre niveles impulsando el diseño y la implementación de sistemas de información que integren.
6. Se propone la modificación del diseño curricular, de forma que en los estudios de la licenciatura de medicina y de la diplomatura de enfermería, se incluyan contenidos propios de la atención primaria. Además, se propone también la modificación parcial del contenido de formación posgraduada de algunas especialidades (por ejemplo medicina interna), de manera que se planifiquen contenidos y rotaciones específicas por centros de salud docentes acreditados.
7. Trasladar sistemas más homogéneos de incentivar para los profesionales de ambos niveles, de forma que se potencie la consecución de objetivos comunes. A ello puede contribuir la elaboración, aplicación y seguimiento de mejora de los procesos asistenciales de mayor prevalencia, mediante las oportunas Guías de Práctica Clínica y los sistemas de evaluación correspondientes. Se sugiere, incluso, la realización de experiencias evaluables de asignación presupuestaria compartida, basadas en posibles fórmulas encaminadas a adquirir o financiar paquetes de servicios únicos, integrados y coordinados, ante determinados problemas de salud, que posibiliten actuaciones centradas en el ciudadano y que eviten fragmentaciones en su recorrido por los diferentes dispositivos asistenciales. Por otro lado, también se propone la posibilidad de Introducir como experiencia para estudio y análisis, la compra de "productos intermedios" por parte de los médicos de atención primaria.
8. Desde atención primaria, se considera que es necesario mejorar las infraestructuras y dotaciones de los Centros de Especialidades situados fuera del Hospital, que son el contacto más cercano a la AP para un amplio número de especialidades médicas y quirúrgicas (precisamente las mayoritarias) y actualmente con frecuentes e importantes dificultades para poder mantener dicho contacto.
9. Estimular la confianza mutua entre los médicos de atención primaria y especializada mediante foros estables de encuentro.
10. Establecer fórmulas que permitan la evaluación comparativa real entre las diversas fórmulas organizativas y de gestión que se van poniendo en marcha, de manera que pueda

analizarse su potencial contribución a la mejora de la eficiencia y de la coordinación, más allá de los planteamientos empíricos iniciales que conducen a su elección.

ANÁLISIS PREVIO

En primer lugar, se ponen de relieve los motivos que llevan a abordar el análisis de esta cuestión, que se ha convertido en un gran tema de actualidad. Nadie discute la interdependencia entre lo social y lo sanitario ni el hecho de que esta necesidad va a agudizarse en el futuro. Esta interdependencia parece clara, tanto desde el punto de vista de los ciudadanos, como de los profesionales de base (de ambos sectores), y de los gestores.

Los pacientes y sus familiares, en primer lugar, no entienden ni quieren normalmente ser tratados “de algo social” o “de algo sanitario”, en aquellos casos en los que la realidad es mixta. No ven diferencias ni saben separar necesidades. Los profesionales a su vez, necesitan poder dar respuesta a las necesidades que detectan de una forma cotidiana y que no entra dentro de su capacidad directa de resolución. Por último, desde el punto de vista de gestión, se evidencia igualmente la influencia que ejercen los problemas sociales en lo sanitario, debiendo utilizar recursos sanitarios inadecuados para la solución del problema, cuyo máximo exponente es la estimación de que un 15% de camas hospitalarias de agudos está ocupada por pacientes que no requieren cuidados clínicos de alta intensidad.

Existe una fragmentación de ambas estructuras, que provoca la fragmentación a su vez del servicio final al ciudadano. Los profesionales no disponen de herramientas que les posibilite dar una respuesta o vehicular una salida a algunos problemas. A veces, esto conduce a actitudes de “esto no es mío”: lo mío en salud acaba aquí, a partir de ahora te encargas tú, pagas tú que eres “el social”, o al revés, en lugar de empezar a tener una visión común del problema.

Y el problema no va a mejorar espontáneamente. Por una parte, la demografía muestra lo contrario: España, tal como se apuntó en la exposición, presenta un fuerte incremento del segmento poblacional de mayores de 65 años y, en especial, de los correspondientes a más de 75. Hay que tener en cuenta, además, el importante aumento de las enfermedades y necesidades crónicas que se ha ido experimentando, así como de las situaciones invalidantes, en parte consecuencia del proceso de envejecimiento de la población. Se está generando un cambio en el patrón de necesidades de atención sanitaria. Junto a todo ello, los cambios sociales y estructurales en la familia y la progresiva incorporación de la mujer a la vida laboral (figura tradicionalmente clave y básica en la organización y el cuidado de la familia española), hace que, previsiblemente no vaya a poderse contar con el entorno familiar tanto como hasta ahora, para cierto tipo de cuidados.

La respuesta a estas demandas por parte de los profesionales de atención primaria es desigual. A un nivel más concreto, aquellas actividades individuales y grupales encaminadas a ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel posible de autocuidado e incrementar la responsabilidad sobre su propia salud, si bien forman parte del conjunto de las actuaciones de los EAP, especialmente de los profesionales de enfermería, tienen un grado de implantación muy heterogéneo.

Ante esta situación, vemos que, además de la fragmentación mencionada, existen numerosas asimetrías entre ambos sectores. Hemos visto cómo en España el sector salud ha avanzado mucho en estos últimos años, pero no ha seguido una desarrollo paralelo el sector de los servicios sociales. Las asimetrías observadas son:

- De una parte, a nivel de planificación, recursos y oferta de prestaciones. En estos últimos años el sector salud ha avanzado de forma sustancial y ofrece actualmente una estructura que el ciudadano identifica como sólida, cuyas prestaciones conoce y al que tiene gran accesibilidad, con gratuidad en el momento del uso. Por el contrario, el sector de servicios sociales no ha evolucionado, en general, de una forma similar ni en infraestructuras, ni en prestaciones. Podríamos decir que en el sector social las estructuras no están claras, ni se identifican bien sus prestaciones (no se sabe bien qué se cubre, ni de qué forma se accede a ello), lo cual es otro elemento que genera dificultades tanto al ciudadano como a los Equipos de Atención Primaria a la hora de una adecuada coordinación.
- De otra parte, los ciudadanos perciben las necesidades como un continuo, sin separaciones claras entre lo social y lo sanitario y sin distinguir a veces quién tiene que dar solución a sus problemas. Sin embargo, se encuentran en la práctica con una clara discontinuidad a la hora de recibir cuidados sanitarios, por un lado, y sociales, por otro y, además, con un sistema de participación directa en el gasto en el caso de los servicios sociales. Se observa, por lo tanto, una asimetría en la financiación de uno y otro aspecto. Estos hechos (estructuras y recursos insuficientes y, además, existencia de copago) son causas importantes para la resistencia por parte de los ciudadanos a abandonar el sector sanitario, aun cuando su problema haya pasado a ser, o sea, eminentemente social.

Desde otro punto de vista, las responsabilidades en materia social están disgregadas a distintos niveles, con diferentes ámbitos geográficos y en redes no conectadas, con presupuestos municipales para algunas cosas, regionales para otras, etc. Además, las estructuras sanitarias y sociales no están al mismo nivel administrativo, lo que dificulta también la comunicación. Es decir, existe una asimetría de los niveles de descentralización. En países, como por ejemplo Finlandia, en que todas las estructuras, tanto sanitarias como sociales, están situadas al mismo nivel de dependencia y responsabilidad administrativa, se favorece una mayor coordinación.

Históricamente, casi todos los Servicios de Salud han ido incorporando en su desarrollo normativo órganos encaminados a estimular la participación social en los cuidados de salud, mediante la constitución de "consejos de salud" locales. Sin embargo, la existencia de otros foros con posible solapamiento (como son las Comisiones de Participación Ciudadana de los Hospitales), la tendencia a utilizar los Consejos de Salud como plataforma reivindicativa y el elevado número teórico de Consejos de zonas que habría que constituir en ciertos casos, han sido, entre otros, factores que han dificultado una mayor implantación de estas experiencias participativas.

PROPUESTAS

1. Puntos de partida. En primer lugar, sin entrar en establecer un modelo propiamente dicho y, asumiendo que los problemas principales van a ser de ejecución, se señalan los puntos de partida, que se considera que deben tenerse en cuenta para la mejora. Estos puntos de partida requieren, no obstante, un abordaje conjunto desde los niveles de responsabilidad de ambos sectores a la hora de introducir las mejoras, que debería incluir aspectos tales como:
 - Asegurar una visión de Sistema.
 - Llevar a cabo una valoración socio-sanitario y no valoraciones independientes.
 - Razonar en términos de "planificación integral".
 - Considerar los sistemas comunitarios con todas las estructuras existentes en dicha comunidad (no solo las sociales formales y las sanitarias).

Esta orientación permitiría, entre otras cosas, reducir la dispersión en aspectos parciales, que se concentran más en dar respuestas a preguntas del tipo ¿más camas en residencias? ¿Más centros cívicos? ¿Más balnearios? ¿Más camas de crónicos? ¿Más ayuda a domicilio? y superar también los debates sectoriales.

2. Es preciso favorecer políticas de comunicación y divulgación del “todo” y no de la fragmentación, haciendo más visible la interdependencia: acciones tan básicas como
 - argumentar las decisiones desde esta visión global,
 - diseminar los buenos modelos,
 - provocar foros,
 - mostrar las evidencias ya existentes y
 - activar pruebas piloto,constituyen un buen conjunto de actividades que consideradas de gran utilidad.

3. A partir de ahí, la adquisición de compromisos conjuntos para realizar una valoración periódica y revisar los avances en materia socio-sanitaria, dando participación a todos los agentes que puedan añadir valor a este proceso, debe ser otra de las actuaciones a desarrollar.

4. Los modelos basados en el entrelazamiento de acciones desde la base, ya sea la sanitaria (fundamentalmente a través el personal de enfermería de los EAP y los trabajadores sociales existentes en el ámbito sanitario) como desde la social (fundamentalmente mediante las redes de trabajadores sociales de este sector), han mostrado resultados y permiten, además, aportar la necesaria óptica comunitaria a este proceso.

La introducción del denominado “gestor de casos” dentro del sector sanitario, como elemento que aglutina las necesidades del individuo y la coordinación de recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de cuidados a las personas dependientes, está siendo una herramienta promocionada por diferentes Servicios de Salud, si bien aún se encuentra en fases iniciales. Los Servicios de Salud, a la hora de implantar esta figura, apuntan fundamentalmente al profesional de enfermería para dicha función, generalmente en el seno de los propios equipos de atención primaria o directamente relacionado con éstos. También existen los llamados modelos de la “Enfermera de enlace”, definiendo un plan de cuidados, con la colaboración de los trabajadores sociales de los EAP y coordinados con los otros recursos comunitarios, es un campo a desarrollar, guardando bastantes similitudes con el anterior.

5. Es necesario en cualquier caso, mostrar y demostrar cada vez más las pruebas existentes de que cuando se ponen de acuerdo los dos sectores se obtienen mucho mejores resultados.
6. Desde el Sector Salud, se reitera la recomendación de que hay que favorecer e impulsar de una vez, decididamente, la utilización sistemática de las técnicas de promoción del “auto-cuidado de la salud”, que debe dejar de ser una práctica más o menos extendida, para pasar a ser un rutina generalizada.
7. Las asociaciones de enfermos deben ser partícipes en este proceso de integración de redes, conociendo cuáles son sus fines y medios y contando con su capacidad difusora, dinamizadora e impulsora de programas de auto-cuidado. Deben ser integradas en los planes de acción.
8. Debe establecerse, al menos, una complementariedad entre la atención domiciliaria - general o específicamente destinada a los pacientes inmovilizados y terminales- que realizan los profesionales de atención primaria de forma habitual, con las experiencias

hospitalarias existentes de “Hospitalización a domicilio” y las acciones de las organizaciones no gubernamentales que realizan actividades en los domicilios, para mejorar la actual situación en el manejo de este tipo de ciudadanos. En este sentido, tampoco hay que olvidar la existencia creciente de empresas privadas que prestan servicios socio-sanitarios en los domicilios, que requerirán de las administraciones públicas mecanismos para regular la calidad del servicio.

9. Entre las posibles medidas facilitadoras de los cuidados en el seno de los domicilios que las diferentes administraciones pueden considerar como posibles líneas de trabajo, podrían incluirse la combinación de programas de ayudas con la formación de cuidadores, reducciones horarias laborales y/o la reducción de impuestos de las personas que asuman estas tareas.
10. Por último, se ha discutido mucho sobre los Consejos de Salud y su influencia en la provisión de servicios. Se considera que es posible y conveniente redescubrir los Consejos de Salud, redefiniendo sus funciones, composición y normas de funcionamiento, dotándoles de poder real a la hora de tomar decisiones acerca de cómo prestar los servicios e incluso manejar presupuestos reales. Se pueden aprovechar en este sentido experiencias concretas dentro de España y, de una manera más amplia en otros países, como por ejemplo en Finlandia.

Con formato: Color de fuente: Automático

Con formato: Color de fuente: Automático, Español (España - alfab. tradicional)

MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

ANÁLISIS PREVIO

Se incluyen en primer lugar una serie de reflexiones aportadas por los participantes, que tanto pueden ser concebidas como retos que como propuestas. Constituyen más bien cuestiones conceptuales y de fondo, que se han resaltado por considerarlas premisas esenciales. Aunque a algunos puedan parecerles obvias, en la práctica no lo son, y hacen referencia a los siguientes aspectos:

- Encontrar un sistema de información y evaluación que pueda ser útil, desde un concepto amplio (distintos niveles y desde diversas ópticas). Es decir, el concepto de utilidad debe primar (sobre todo anteceder) a otras consideraciones.
- Otra consideración es que todo sistema de información es un instrumento y no un fin. Se quiere remarcar esta idea porque, sobre todo desde el punto de vista de los profesionales asistenciales, se considera que no siempre está clara ni está lo suficientemente presente, pareciendo a veces que los datos constituyan un fin en sí mismo. Los sistemas de información deben ser “instrumentos” al servicio de la toma de decisiones que permitan medir, comparar y buscar causalidad en los parámetros analizados, nunca deben ser un fin en sí mismo, deben permitir ver qué se hace, cómo lo hacemos, y servir para adaptar, para cambiar.
- Tiene que ser fiable. Este término también incluye que, para ello, los profesionales tienen que saber qué utilidad van a dar otras instancias a la información que generan. Es fundamental que el clínico sepa y entienda para qué van a ser usados los distintos indicadores, el sentido de los mismos y las decisiones que a posteriori se puedan tomar basadas en ellos.
- Ha de ser sencillo. La misma pregunta se tiene que responder una vez, no cinco veces y se ha de buscar un número razonable de indicadores, no por tener muchos (es la situación más frecuente), vamos a mejorar más.

- El sistema de información tiene que ser homogéneo. Se ha insistido mucho en este tema. Actualmente, completadas las transferencias de las competencias en gestión sanitaria, hay que compaginar la existencia de 18 Servicios de Salud con la necesidad de que el sistema de información tenga una homogeneidad. Habrá que pactar es hasta dónde ha de llegar esa homogeneidad, pero no se cuestiona su necesidad. Es más, se considera que es fundamental.
- Por otro lado, el sistema ha de recoger información para niveles muy diferentes. Esto está muy ligado al concepto de utilidad que se mencionaba al principio. No todo el mundo ha de tener acceso al mismo tipo de información, porque la utilidad a cada nivel es muy diferente. Básicamente hay un nivel de información que han de ser accesible a los clínicos, muy relacionado con su actividad, con algunas variables comparativas del centro de salud o de su gerencia. Otros niveles de información que solo se utilizan a nivel de gestión superior y otros que son necesarios a la hora de planificar y tomar decisiones estratégicas.
- Además, el sistema tiene que servir para medir aspectos diversos: calidad asociada a resultados en salud, coste de los servicios, satisfacción de la población con los servicios obtenidos, satisfacción de profesionales... Por tanto, ha de ser un sistema muy adaptable y ágil.
- La información que exista ha de estar integrada y ser accesible. Dentro de ello, es importante, por ejemplo, que el clínico conozca no solo la información que se genera en el centro de salud, sino también la que se produce en el hospital o en otro tipo de centros sanitarios. En general, que existan procesos de integración de la información procedente de fuentes diversas (no solo clínicas).

Una vez centrados estos conceptos y, entrando un poco más de lleno en el repaso de la situación actual, además de aspectos ya mencionados a tenor de las reflexiones anteriores, es necesario reconocer que se han producido importantes avances en la obtención y elaboración de información, tanto clínica como de gestión y que actualmente la progresiva informatización de los servicios de atención primaria proporciona un capacidad de gestión de la información impensable hace pocos años.

Pero junto a estos avances, se percibe como problemas una falta de homogeneidad y de transparencia en la utilización de los datos con los que los profesionales alimentan los sistemas de información, existiendo además una falta de balance entre lo que se aporta (muchos datos) y lo que se obtiene (poca información), siendo ésta una visión muy extendida entre los participantes.

Los sistemas de evaluación existentes están muy orientados al control de procesos y alineados con los objetivos de control de costes, especialmente en el uso de recetas médicas, adoleciendo de otros aspectos que deberían utilizarse de manera complementaria. Se resaltan los siguientes ejemplos:

- Las evaluaciones de las denominadas "carteras de servicios" son farragosas, parciales en reflejar el conjunto de actividades y de un excesivo consumo de tiempo.
- Los datos de actividad se resumen al número total de actos, lo que permiten únicamente la obtención de los indicadores clásicos de frecuentación general y la presión asistencial.
- Las "mediciones de la calidad", en cualquiera de sus dimensiones -Científico-técnica, de satisfacción y de accesibilidad- son utilizadas casi exclusivamente a nivel directivo y gerencial, con escasas experiencias de implicación real de los profesionales.

Si las prioridades son metas en salud, mejoras en la organización y orientación de los servicios hacia satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos, eficiencia en la prestación, los sistemas de información habitualmente empleados no van del todo parejos con estas políticas.

Otra de las carencias detectadas gira en torno a la compatibilidad de los sistemas de información, especialmente los de la atención primaria con los que se emplean en atención especializada, lo que es motivo de frustraciones y tensiones a la hora de un enfoque integrado del sistema.

Las experiencias de automatizar las consultas son incompletas, parciales y en algunos casos con experiencias pensadas desde cúpulas directivas alejadas de la práctica diaria. Se discute muchas veces sobre sistemas operativos informáticos, cuando lo importante son las variables que incluyan y que vayamos a buscar en estos sistemas informatizados. Hoy día hay un nivel suficiente de desarrollo tecnológico de sistemas operativos y pueden ser lo suficientemente ágiles como para que, si está bien definidas las variables, puedan todos ellos aportarlas.

PROPUESTAS

1. En primer lugar, resumiendo las premisas establecidas al inicio, la propuesta se centraría en que es preciso siempre ubicar conceptualmente estos aspectos, centrando:

- La información: para la toma de decisiones, siendo de capital importancia que reúna las características comentadas al inicio de las reflexiones: instrumento y no fin, sistema sencillo, ágil, accesible y homogéneo, fundamentalmente.

Además, se deben seleccionar indicadores próximos al patrón ideal: pocos, fáciles de obtener, válidos, fiables, sensibles al cambio, y compartidos por el conjunto de la Organización, es decir aceptados por los profesionales.

- La evaluación: para mejorar, extendiendo la evaluación como parte de una cultura mejora continua, y no de control.

Dado que las necesidades de información son diferentes para los clínicos, gestores y ciudadanos, los diseños y rediseños que se puedan acometer en el futuro, han de tener en cuenta estas circunstancias.

2. Actualmente, completadas las transferencias de la competencia en gestión sanitaria, debería poderse disponer de un conjunto de información común de la atención primaria y ese conjunto, estar disponible es sus distintas vertientes para la población, los clínicos, los gestores y los investigadores.

El actual proceso de informatización puede ser un buen instrumento para aplicar el concepto de que la información disponible no es de las gerencias, no es de las CCAA, no es del MSC, etc. sino que es un bien común que debe facilitar la evaluación comparada (entre profesionales, entre equipos de atención primaria, Distritos, Áreas, Provincias, CCAA...)

Además, se deben emplear las técnicas de marketing y de difusión de la información disponible, incluidos elementos de información valiosos como las encuestas de salud, barómetros sanitarios y otros, que son muy poco conocidos, no ya por la población, sino por los propios profesionales. Si lo enfocamos desde el punto de vista concreto de atención primaria, ésta, quizás más que nadie, sufre la precariedad de difusión de la información de que dispone.

3. Si se va caminando hacia un sistema sanitario integrado, el sistema de información ha de responder ineludiblemente a ese reto y no puede quedarse exclusivamente en el ámbito de la atención primaria. El sistema ha de integrar la información que se genera en los centros de especialidades, en los hospitales, en los dispositivos de urgencias, etc.
4. Otro aspecto fundamental a considerar son las fuentes primarias de información. Es muy importante que el sistema sanitario tenga claro que los resultados en salud no dependen solamente del sistema sanitario, sino que dependen también de otras variables, siendo muy importante que se recoja información sobre las características sociodemográficas de la población y sus problemas más importantes. En atención primaria, las dos fuentes principales que se sugieren son: la Historia clínica, que facilita conocer, entre otros aspectos, la práctica clínica y la tarjeta sanitaria individual, como nexo identificador que permite reunir la información de cada persona, por un lado, y porque permite disponer de la estructura por edad y sexo de la población protegida, al nivel de desagregación que se requiera, por otro.
5. Se discute muchas veces sobre las aplicaciones informáticas. Sin embargo, hoy día existe el suficiente grado de desarrollo, como para que desde diseños diversos pueda obtenerse la información que se necesita. Lo esencial es definir y armonizar qué es necesario que todos los sistemas incluyan. También se piensa esto ligado a la necesidad de ahorro de energías. Está claro que hay una necesidad de puesta en común. Todos conocemos experiencias y esfuerzos que se pierden en vez de sumarse. Es muy importante trabajar y acordar las variables, más que los desarrollos informáticos específicos.

Es muy importante en todo este proceso incorporar la visión del profesional, entre otras cosas, en el sentido de que él es el que va a introducir la información y tiene que verle la utilidad. Si el profesional no la encuentra, difícilmente la herramienta llegará a ser útil y fiable para medir, comparar y tomar decisiones.

6. Relacionado con lo anterior, se considera que es hora de priorizar recursos económicos para financiar la informatización en atención primaria como elemento de mejora interna y de accesibilidad para la población.
7. Por otro lado, sigue siendo de gran utilidad la conocida máxima de "dime como me mides y te diré como me comporto" para que los profesionales se inclinen hacia un comportamiento "buscado". Por tal motivo, es necesario intentar eliminar las posibles perversiones de los sistemas de información y evaluación. Por ejemplo, Completar la actual evaluación de cartera tendiendo, por una parte a que abarque el conjunto de la actividad (procesos agudos, salud mental, actividades no individuales, etc.) y por otro, a que se introduzca una evaluación no puntual sino global. Ej. del modo de práctica (por pares, triangular), que evite perversiones del sistema de evaluación.
8. Es imprescindible evaluar, la discusión no debe estar nunca en si hay que evaluar o no, sino en la necesidad de que los sistemas de evaluación incorpore una visión desde todos los ángulos: la actividad asistencial preventiva, curativa y de cuidados, la satisfacción de los ciudadanos, la calidad técnica y los costes. Sin embargo, hay que tener presente que los sistemas de evaluación deben ser muy cuidadosos con el uso del tiempo, ya que un consumo excesivo de tiempo y un elevado esfuerzo en la tarea reobtener datos y poder evaluar, si supone una sobrecarga, llega a provocar su rechazo.
9. Se debe promocionar y formar en sistemas de auto-evaluación como procedimiento de mejora continua desde todas sus perspectivas: evaluación tanto de procesos (conocimiento del consumo de recursos y de los procedimientos aplicados/sufridos por el paciente), como de resultados (salud, satisfacción). Es necesario la formación en evaluación y auto-

evaluación mediante formación continuada y curricular: introducir la evaluación como una rutina de trabajo aprendida y asumida, en forma similar a contenidos clínicos u otros. De nuevo hay que aprovechar el papel de facilitación que, en este sentido, tiene la tecnología informática. Existen, de hecho, profesionales individuales y grupos de ellos, que analizan cotidianamente su actividad intentando localizar los posibles puntos de "incompetencia inconsistente", para solucionarla.

10. Debería establecerse la posibilidad de introducir una evaluación recíproca gestores-profesionales: evaluación de 360°: enunciada como necesidad de evaluación bidireccional o mutua por varios participantes. El concepto de 360° refleja cómo cada nivel debe evaluar a aquellos con los que interactúa, en cualquier dirección. Existen en este sentido referencias prácticas, como las experiencias de Australia y Nueva Zelanda, que incorporan sistemas de evaluación confidencial de 360° apoyados en un consultor, externo al sistema.

ANÁLISIS PREVIO

En primer lugar y, como lo ha sido anteriormente, se considera fundamental clarificar “para qué”. Es decir en este caso, tener clara cuál es la misión de la atención primaria y, por ende, cuáles son sus funciones. Este esclarecimiento inicial permitirá identificar mejor qué tipo de recursos, con qué perfil y cuántos son necesarios para llevar a cabo las funciones previstas.

Si no es sobre esta base, ¿cómo podemos hablar con precisión de los recursos que hacen falta? Sin embargo, esto ocurre frecuentemente en la práctica, produciéndose una separación de aspectos tan interrelacionados. Existe acuerdo en que la definición de principios que figura en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud acerca de la Atención Primaria es válida, pero debe acompañarse de:

- Una estrategia clara de difusión de su contenido, para que esta Ley, que ha sido aprobada mediante consenso, sea conocida y tenida en cuenta en los diversos niveles del sistema.
- Aprovechar sus definiciones para clarificar la Misión de la AP. No todos los profesionales tienen claro qué se espera de ellos y qué deben necesariamente hacer, no de manera voluntaria, sino formando parte inseparable de sus funciones. Esta labor clarificadora puede y debe ser garantizada operativamente por los niveles gestores.
- Es necesario definir las estrategias concretas para lograr que esas funciones que debe cumplir la Atención Primaria, se desarrollen en la práctica en su totalidad. Frecuentemente el problema es la falta de desarrollo o cumplimiento práctico de lo que las normas legales establecen. Teniendo en cuenta esto, se requiere incidir fundamentalmente en las estrategias de implantación, lo que puede conllevar reorganización de los recursos, entre otras acciones.
- Aquellas estrategias que sean globales, deberían partir de una asunción de las mismas por parte del Consejo Interterritorial. Es ésta una condición necesaria para que se puedan difundir de manera efectiva.

En segundo lugar, respecto a los recursos económicos, se pone de relieve que existe una financiación insuficiente de la atención primaria, lo que supone una clara contradicción entre la importancia que políticamente se dice que tiene, las funciones que en teoría ha de desempeñar, los servicios que ha de prestar a la población y lo que en la práctica recibe para poder hacerlo.

- Existe, de hecho, un cierto estancamiento de la financiación en atención primaria, tal como muestran las cifras globales de evolución económica y las comparaciones con otros países. Los incrementos presupuestarios en sanidad más importantes lo han sido en créditos para las recetas médicas, reduciendo por el contrario su peso lo destinado a atención primaria respecto del total del presupuesto sanitario.
- Además, coincide que se está produciendo un incremento poblacional, localmente a veces muy intenso por fenómenos migratorios, un envejecimiento global de la población, así como nuevas necesidades y mayores demandas de servicios sanitarios. Los cambios demográficos, no han venido en general acompañados de sus correspondientes incrementos de presupuestos. En muchas zonas existe el mismo número de profesionales para más población y/o para mayores requerimientos asistenciales.

En relación a la Planificación y asignación de recursos humanos, se considera que:

- No están suficientemente claros los criterios a la hora de planificar los profesionales necesario y aquellos criterios conocidos que se utilizan, son inadecuados o insuficientes Por ejemplo, se considera inadecuado planificar actualmente los recursos humanos con el criterio exclusivo de número de habitantes, como se continúa haciendo de forma casi generalizada, sin añadir criterios poblacionales cualitativos, ligados a la previsión de necesidades de prestación de servicios en función de determinadas características de dicha población. En caso de ser tenidas en cuenta, lo son de forma tangencial o marginal.
- La cantidad de profesionales es insuficiente en muchas zonas. Además, en el momento actual, se está asistiendo a un fuerte debate promovido por Sociedades Científicas, Organizaciones Sindicales y Colegios Profesionales, acerca de cuál debe ser el número máximo de ciudadanos que es aconsejable que queden adscritos a cada profesional.
- La insuficiencia de recursos contribuye claramente al “desgaste profesional”, detectado ya desde hace uno años entre los profesionales. Éste se produce por dos motivos principales:
 - la disparidad percibida entre lo que se debe hacer y se desea hacer y lo que en la práctica se logra realizar (el máximo exponente lo constituyen quizás las actividades de formación y, sobre todo, de investigación, que en la realidad cotidiana son muy difíciles de llevar a cabo, convirtiéndose en un elemento de frustración) y
 - la vivencia de falta de control del propio trabajo.

Por otra parte, se detectan también deficiencias en la disponibilidad de tecnología diagnóstica, lo cual influye directamente en la capacidad de resolución. Poder acceder a determinada tecnología sin la intermediación de la asistencia hospitalaria, es claro que puede facilitar una mejor resolución de problemas desde atención primaria, con la adecuada formación en los casos en que así fuera necesario. Los avances de los últimos años han sido escasos y más como experiencias piloto, que como una apuesta decidida por su generalización. La limitación del acceso a pruebas diagnósticas es una realidad casi generalizada.

Respecto a los recursos organizativos, se enfatiza frecuentemente la autonomía de gestión de los equipos de atención primaria, pero los profesionales no detectan en muchas ocasiones un estilo directivo tan siquiera participativo, ni que se favorezca la transparencia en la información y en la toma de decisiones.

Por último, se percibe que en realidad se está produciendo un freno / estancamiento general en la atención primaria, que genera de nuevo dudas sobre la prioridad institucional y política.

PROPUESTAS

1. Redefinir el sistema de asignación de recursos financieros a la Atención Primaria en función principalmente de la población y sus características y también en función de los resultados que se vayan obteniendo, de la política de incentivos que se defina, etc. Por encima de todo, redefinir sobre criterios explícitos, claros y transparentes.

Dados los actuales movimientos de población, deben establecerse además procedimientos de movilidad de los actuales recursos humanos hacia las nuevas áreas en expansión.

2. Las políticas de recursos humanos han de contemplar no sólo mejores criterios de asignación de plantillas, sino también dar respuesta a las actuales demandas de seguridad laboral, introducir mejoras en los sistemas retributivos y, de manera crucial, establecer procedimientos de reconocimiento profesional.
3. Definir estrategias de mejora de clima organizacional y de satisfacción profesional. Entre otras acciones, mediante la resolución rápida de los actuales procesos de selección y el establecimiento de calendarios periódicos y estables de realización de convocatorias.
4. Es necesario facilitar la motivación. Para ello, hay que hacer posible que el profesional pueda sentir que realiza un buen trabajo (en términos de salud y satisfacción), con mecanismos que posibiliten el reconocimiento profesional y económico.
5. Mejorar la cualificación profesional de los recursos humanos, tanto en los periodos pre-grado, como en los programas de formación continuada.

Sería recomendable que todos los profesionales del sistema sanitario, incluidos los que van a hacer una especialidad hospitalaria, tuvieran periodos de rotación por los servicios de atención primaria. Por un lado, para que conozcan su funcionamiento y, por otro, para que tengan acceso a conocer cómo vive en salud y en enfermedad una población en su medio.

Por ello, se propone también la inclusión de la medicina comunitaria en el currículo básico de todas las profesiones sanitarias.

6. Los incrementos de la oferta y/o carteras de servicios deben llevar aparejados los correspondientes estudios de los recursos precisos para llevarlas a cabo. La mejoría en la capacidad de resolución con la actual oferta de servicios puede obtenerse adecuando el acceso de la atención primaria a la tecnología diagnóstica.
7. Es preciso transformar los estilos de las Gerencias y Direcciones controladoras hacia un papel de facilitadoras. Los equipos directivos deben poner los medios para ayudar y facilitar el desempeño de los profesionales, sabiendo impulsar acciones de una manera compatible con la autonomía de los equipos. Todo ello basado en la transmisión de un sistema valores compartidos (que sigue siendo mejorar la salud de la población a un coste que pueda asumirse socialmente).
8. Impulsar los foros y debates que actualicen el papel y las actividades que deben ser realizadas por los distintos componentes del equipo.
9. Buscar procedimientos normativos, operativos y rotacionales que simplifiquen las actividades “en consulta”, desburocraticen los actos sin valor añadido e incorporen las posibilidades que ofrecen hoy en día las nuevas tecnologías de la comunicación y de la información, y en consecuencia permitan incrementar el tiempo disponible para atender al pacientes.
10. Definir estrategias de marketing y de difusión que redunden en la mejora del conocimiento de lo que se realiza en atención primaria, tanto hacia dentro del sistema sanitario y, dentro de él, de la propia atención primaria (en primer lugar) como hacia el resto del sistema sanitario y también hacia otros sistemas, como el educativo (formación pre-grado).

