

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

ISSN: 0213-9111

Informe SESPAS 2012

LA ATENCIÓN PRIMARIA: EVIDENCIAS, EXPERIENCIAS Y TENDENCIAS EN CLÍNICA, GESTIÓN Y POLÍTICA SANITARIA

Editores: Francisco Hernansanz Iglesias,
Ana Clavería Fontán, Juan Gérvás Camacho

Editor de Gaceta Sanitaria para el informe:
Carlos Álvarez-Dardet Díaz



REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA
REVISTA ESPANYOLA DE SALUT PÚBLICA I ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA
REVISTA ESPAÑOLA DE SAÚDE PÚBLICA E ADMINISTRACIÓN SANITARIA
OSASUN PUBLIKOKO ETA ADMINISTRAZIO SANITARIOKO ESPAINIAKO ALDIZKARIA



GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Revista fundada en 1888 como Gaceta Sanitaria de Barcelona

Comité editorial

Directora

Carme Borrell (*Barcelona*)

Directora asociada

M. Felicitas Domínguez-Berjón (*Madrid*)

Editores asociados

Carlos Álvarez-Dardet (*Alicante*)

Clara Bermúdez Tamayo (*Granada*)

Pere Godoy (*Lleida*)

María José López (*Barcelona*)

Miguel Ángel Negrín (*Las Palmas de Gran Canaria*)

Glòria Pérez (*Barcelona*)

Napoleón Pérez-Farinós (*Madrid*)

Marisol Rodríguez (*Barcelona*)

Alberto Ruano (*Santiago de Compostela*)

Carmen Vives Cases (*Alicante*)

Consejo asesor

Rosa María Alberdi (*Sevilla*)

Jordi Alonso (*Barcelona*)

Carlos Álvarez-Dardet (*Alicante*)

Josep Maria Antó (*Barcelona*)

Francisco Bolúmar (*Alicante*)

Xavier Bonfill (*Barcelona*)

Josep Maria Borràs (*Barcelona*)

Francesc Borrell (*Barcelona*)

Juan Cabasés (*Pamplona*)

Jaume Canela (*Washington*)

Miguel Carrasco (*Madrid*)

Mercè Casas (*Barcelona*)

Xavier Casas (*Barcelona*)

Xavier Castells (*Barcelona*)

Concha Colomer (*Valencia*)[†]

Alfonso Contreras (*Washington*)

M. Corral (*Madrid*)

Jaume Costa (*Bruselas*)

José Ignacio Cuervo (*Barcelona*)

Antonio Cueto (*Oviedo*)

Miguel Delgado (*Jaén*)

Marta Durán (*Madrid*)

Lena Ferrús (*Barcelona*)

Gonçal Foz (*Barcelona*)

Fernando G. Benavides (*Barcelona*)

Ana M. García (*Valencia*)

Juan J. Gérvas (*Madrid*)

Miguel Gili (*Sevilla*)

M. O. Giménez (*Cádiz*)

Luis I. Gómez (*Zaragoza*)

Carlos Alberto González (*Barcelona*)

Isabel Izarzugaza (*Vitoria*)

Pablo Lázaro (*Madrid*)

Félix Lobo (*Madrid*)

Gonzalo López-Abente (*Madrid*)

Guillem López-Casasnovas (*Barcelona*)

Esteban de Manuel (*Zaragoza*)

José María Martín Moreno (*Valencia*)

Elvira Méndez (*Barcelona*)

Conchi Moreno (*Pamplona*)

Carlos Murillo (*Barcelona*)

Manel Nebot (*Barcelona*)

Andreu Nolasco (*Alicante*)

Manuel Oñorbe (*Madrid*)

Vicente Ortún (*Barcelona*)

Armando Peruga (*Ginebra*)

Antoni Plasència (*Barcelona*)

Eduard Portella (*Barcelona*)

Francisco Pozo (*Madrid*)

Jaume Puig (*Barcelona*)

Oriol Ramis (*Barcelona*)

Fernando Rodríguez-Artalejo (*Madrid*)

Joan Rovira (*Barcelona*)

Montse Rué (*Lleida*)

Dolores Ruiz (*Madrid*)

Lluís Salleras (*Barcelona*)

Emilio Sánchez-Cantalejo (*Granada*)

Andreu Segura (*Barcelona*)

Jordi Sunyer (*Barcelona*)

Maties Torrent (*Maó*)

Joan Ramon Villalbí (*Barcelona*)

M. Victoria Zunzunegui (*Madrid*)

Entidades que patrocinan GACETA SANITARIA



El contenido de esta publicación refleja exclusivamente las conclusiones, hallazgos y opiniones de los autores y no del Comité Editorial, Consejo Asesor, SESPAS o Sociedades federadas ni de los patrocinadores, presentándose como un servicio a los profesionales sanitarios

GACETA SANITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Revista fundada en 1888 como Gaceta Sanitaria de Barcelona

GACETA SANITARIA

Órgano Oficial de la Sociedad Española
de Salud Pública

y Administración Sanitaria  SESPAS

www.elsevier.es/gs

ISSN: 0213-9111

Periodicidad: 6 números al año.

Dirigida a:

Profesionales de la Salud Pública, la Epidemiología, la Medicina Preventiva y Comunitaria, y la Administración y Gestión de Servicios Sanitarios.

Incluida en: Medline/Pubmed, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, IME, Toxline, Cancerlit, Aidsline, Cab Health, EMBASE, Cuiden, MEDES, Scielo, Eventline, Healthstar, SciVerse Scopus.

Correspondencia científica:

ELSEVIER ESPAÑA, S.L.

Travesera de Gracia, 17-21 • 08021 Barcelona

Tel.: 932 000 711 • Fax: 932 091 136.

Correo electrónico: gs@elsevier.com

Publicidad y relaciones institucionales:

SupportServeis

Calvet, 30 • 08021 Barcelona

Tel.: 932 017 571

Correo electrónico: rosaroda@supportserveis.com

© Copyright 2012 Elsevier España, S.L. - SESPAS.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de GACETA SANITARIA con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Suscripciones y atención al cliente:

Elsevier España, S.L.

Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona

Tel.: **902 888 740**

Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Tarifa suscripción anual: IVA incluido

Profesionales 115,49 €

Instituciones 292,38 €

Precios válidos sólo para España

Los socios de SESPAS o de Sociedades federadas incluyen GACETA SANITARIA dentro de su cuota de asociación.

Protección de datos: Elsevier España, S.L., declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional APP

Sección: Ciencias de la Salud

Depósito Legal: B. 27.056-1987

Impresión: Hurope, S.L.

Papel ecológico libre de cloro.

Esta publicación se imprime en papel no ácido.

This publication is printed in acid-free paper.



Travesera de Gracia, 17-21. 08021 Barcelona

Tel.: 932 000 711. Fax: 932 091 136

José Abascal, 45, Planta 3ª 28003 Madrid

Tel.: 914 021 212. Fax: 914 250 423

Sociedades Federadas a SESPAS (www.sespas.es)

Asociación de Economía de la Salud

Asociación de Juristas de la Salud

Asociación Madrileña de Administración Sanitaria

Hipatia

Red Española de Atención Primaria

Sociedad Canaria de Salud Pública

Sociedad Española de Epidemiología

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica

Sociedad Española de Sanidad Ambiental

Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears

Asociación de Enfermería Comunitaria

Consejo Directivo SESPAS

Presidentes y representantes de Sociedades

Temáticas

Juan Oliva Moreno (*Asociación de Economía de la Salud*)

Fernando G. Benavides (*Sociedad Española de Epidemiología*)

José M^a Ordóñez Iriarte (*Sociedad Española de Sanidad Ambiental*)

Raimundo Mateos (*Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica*)

Luis García Olmos (*Red Española de Atención Primaria*)

Rafael Álvaro Millán Calenti (*Asociación de Juristas de la Salud*)

José Ramón Martínez (*Asociación de Enfermería Comunitaria*)

Territoriales

Francisco Cuberta (*Hipatia*)

Juan Francisco Aguiar Rodríguez (*Sociedad Canaria de Salud Pública*)

Ángel Fernández (*Asociación Madrileña de Administración Sanitaria*)

Montserrat Casamitjana (*Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears*)

Junta Directiva SESPAS

M. Dolores Fiuza (*Presidenta*)

Andreu Segura (*Presidente saliente*)

Ildefonso Hernández (*Vicepresidente*)

Isabel Marín Rodríguez (*Secretaria*)

Rosa Maria Urbanos (*Tesorera*)

Soledad Márquez (*Vocalía de Informe SESPAS*)

M. Luisa Vázquez (*Vocalía de relaciones internacionales*)

Iñaki Galán (*Vocalía de Gaceta Sanitaria*)

Santiago Pérez Hoyos (*Vocalía web*)

PRÓLOGOS

- 1 **Prólogo**
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- 2 **Prólogo**
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

INTRODUCCIÓN

- 3 **El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Francisco Hernansanz Iglesias, Ana Clavería Fontán, Juan Gervas Camacho, María Soledad Márquez Calderón y Carlos Alvarez-Dardet

CAPÍTULO 1. POLÍTICA SANITARIA

- 6 **Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Ildefonso Hernández-Aguado, María Santaolaya Cesteros y Pilar Campos Esteban
- 14 **La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012**
Luis Palomo, Joan Gené-Badia y Juan José Rodríguez-Sendín
- 20 **Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012**
Barbara Starfield
- 27 **Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012**
M.ª de los Santos Ichaso Hernández-Rubio y Sandra García Armesto
- 36 **Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012**
Juan Simó y Juan Gervas
- 41 **La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Gabriel Sanfélix-Gimeno, Salvador Peiró y Ricard Meneu

CAPÍTULO 2. PROFESIONES

- 46 **Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez
- 52 **Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012**
Juan Gervas, Mercedes Pérez Fernández y Roberto José Sánchez Sánchez
- 57 **¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012**
Albert Ledesma Castelltort
- 63 **Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012**
Dolores Corrales-Navado, Alberto Alonso-Babarro y María Ángeles Rodríguez-Lozano
- 69 **La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012**
Verónica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz, José Manuel Cucalón Arenal, Elena Serrano Ferrández y Félix Suárez González
- 76 **La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012**
Concepción Violán Fors, Gonzalo Grandes Odriozola, Edurne Zabaleta-del-Olmo y Enrique Gavilán Moral
- 82 **La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012**
Begoña Domínguez Aurrecoechea y Carlos Valdivia Jiménez

CAPÍTULO 3. GESTIÓN DEL ÁREA

- 88 **¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012**
Rafael Cofiño, M.ª Isabel Pasarín y Andreu Segura
- 94 **Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012**
M. Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Roberto Nuño y Nuria Toro
- 102 **Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012**
Carlos Eirea Eiras y Vicente Ortún Rubio
- 107 **Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012**
Mercedes Alfaro, Julio Bonis, Rafael Bravo, Enrique Fluítters y Sergio Minué
- 113 **Guías de práctica clínica y atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Gerardo Atienza, Joaquim Bañeres y Francisco Javier Gracia

CAPÍTULO 4. CARTERA DE SERVICIOS

- 118 **Aportaciones y perspectivas del equipo multiprofesional a la cartera de servicios en atención primaria. Informe SESPAS 2012**
Juan Carlos Llodra Calvo, Antoni Oliver, M. Montserrat Inglés Novell y Alfonso Villa
- 124 **La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012**
Sergi Jiménez-Martín y Cristina Vilaplana Prieto
- 134 **La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012**
Félix Miguel García, Ana Isabel Fernández Quintana y Amadeo Díaz Prats
- 142 **La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012**
Ana Clavería, Miguel A. Ripoll, Alicia López-Rodríguez, Cayetano Rodríguez-Escudero y Jesús Rey García
- 151 **Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. Informe SESPAS 2012**
Carlos Brotons, Núria Soriano, Irene Moral, Fernando Rodríguez-Artalejo, José Ramón Banegas y José María Martín-Moreno
- 158 **Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012**
Ainhoa Ruiz-Azarola y Lilisbeth Perestelo-Pérez

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 162 **Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012**
Francisco Hernansanz Iglesias, Juan Gervas Camacho y Ana Clavería Fontán

PROLOGUES

- 1 **Prologue**
Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFyC), Spanish Society of Primary Care Doctors (SEMERGEN) and Spanish Society of General and Family Doctors (SEMG)
- 2 **Prologue**
Community Nursing Association (AEC)

INTRODUCTION

- 3 **The future of the National Health System and its bedrock, primary care. SESPAS report 2012**
Francisco Hernansanz Iglesias, Ana Clavería Fontán, Juan Gervas Camacho, María Soledad Márquez Calderón and Carlos Alvarez-Dardet

CHAPTER 1. HEALTH POLICY

- 6 **Social inequalities in health and primary care. SESPAS report 2012**
Ildefonso Hernández-Aguado, María Santaolaya Cesteros and Pilar Campos Esteban
- 14 **The reform of primary care, between the last refuge of adventure and innovation. SESPAS report 2012**
Luis Palomo, Joan Gené-Badia and Juan José Rodríguez-Sendín
- 20 **Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012**
Barbara Starfield
- 27 **Indicators in primary care: reality or desire. SESPAS report 2012**
M.ª de los Santos Ichaso Hernández-Rubio and Sandra García Armesto
- 36 **Health expenditure on primary care in Spain: not enough to provide attractive services to patients and health professionals. SESPAS report 2012**
Juan Simó and Juan Gervas
- 41 **Pharmaceutical prescription in primary care. SESPAS report 2012**
Gabriel Sanfélix-Gimeno, Salvador Peiró and Ricard Meneu

CHAPTER 2. PROFESSIONS

- 46 **Health workforce planning and training, with emphasis on primary care. SESPAS report 2012**
Beatriz González López-Valcárcel and Patricia Barber Pérez
- 52 **Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. SESPAS report 2012**
Juan Gervas, Mercedes Pérez Fernández and Roberto José Sánchez Sánchez
- 57 **Self management or managerial autonomy. SESPAS report 2012**
Albert Ledesma Castelltort
- 63 **Continuity of care, innovation and redefinition of professional roles in the healthcare of chronically and terminally ill patients. SESPAS report 2012**
Dolores Corrales-Nevaldo, Alberto Alonso-Babarro and María Ángeles Rodríguez-Lozano
- 69 **Family and community medicine and the university. SESPAS report 2012**
Verónica Casado Vicente, Pablo Bonal Pitz, José Manuel Cucalón Arenal, Elena Serrano Ferrández and Félix Suárez Gonzalez
- 76 **Research in primary care as an area of knowledge. SESPAS report 2012**
Concepción Violán Fors, Gonzalo Grandes Odriozola, Edurne Zabaleta-del-Olmo and Enrique Gavilán Moral
- 82 **Primary care pediatrics in the public health system of the twenty-first century. SESPAS report 2012**
Begoña Domínguez Aurrecochea and Carlos Valdivia Jiménez

CHAPTER 3. MANAGEMENT OF THE AREA

- 88 **How should population health be approached? SESPAS report 2012**
Rafael Cofiño, M.ª Isabel Pasarín and Andreu Segura
- 94 **Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. SESPAS report 2012**
M. Luisa Vázquez, Ingrid Vargas, Roberto Nuño and Nuria Toro
- 102 **Financial incentives in improving healthcare quality. SESPAS report 2012**
Carlos Eirea Eiras and Vicente Ortún Rubio
- 107 **New technologies in primary care: people, machines, records, and networks. SESPAS report 2012**
Mercedes Alfaro, Julio Bonis, Rafael Bravo, Enrique Fluiters and Sergio Minué
- 113 **Clinical practice guidelines and primary care. SESPAS report 2012**
Gerardo Atienza, Joaquim Bañeres and Francisco Javier Gracia

CHAPTER 4. PORTFOLIO OF SERVICES

- 118 **Contributions and perspectives of the multiprofessional team to the health basket in primary care. SESPAS report 2012**
Juan Carlos Llodra Calvo, Antoni Oliver, M. Montserrat Inglés Novell and Alfonso Villa
- 124 **Interaction between the social and the health systems. SESPAS report 2012**
Sergi Jiménez-Martín and Cristina Vilaplana Prieto
- 134 **Emergency care in the autonomous regions of Spain. Improvement in pre-hospital emergency care and welfare coordination. SESPAS report 2012**
Félix Miguel García, Ana Isabel Fernández Quintana and Amadeo Díaz Prats
- 142 **The health basket in primary care: an emperor without clothes. SESPAS report 2012**
Ana Clavería, Miguel A. Ripoll, Alicia López-Rodríguez, Cayetano Rodríguez-Escudero and Jesús Rey García
- 151 **Prevention in primary care. The example of the Program for Prevention and Health Promotion. SESPAS report 2012**
Carlos Brotons, Núria Soriano, Irene Moral, Fernando Rodríguez-Artalejo, José Ramón Banegas and José María Martín-Moreno
- 158 **Citizens' participation in health: education and shared decision-making. SESPAS report 2012**
Ainhoa Ruiz-Azarola and Lilisbeth Perestelo-Pérez

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

- 162 **Conclusions and recommendations. SESPAS report 2012**
Francisco Hernansanz Iglesias, Juan Gervas Camacho and Ana Clavería Fontán

Prólogo

Prologue

La Atención Primaria de Salud es el eje fundamental y puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Este lema reza en nuestro ordenamiento jurídico: leyes rectoras de la Sanidad, como la Ley General de Sanidad que recientemente cumplió 25 años, así como todas las leyes reguladoras de los Servicios de Salud de nuestra España autonómica, así lo promulgan. Normas de otro siglo que ordenan y rigen nuestro sistema sanitario en este siglo XXI. Sin embargo, aunque la norma marque jurisprudencia, la realidad es muy distinta: el centro de la actividad sanitaria se basa en el hospitalocentrismo, la alta tecnificación y la subespecialización de los profesionales en un sistema que cada vez más presta al ciudadano una atención sanitaria más fragmentada.

En 1997, el Ministerio de Sanidad, conjuntamente con el Consejo Interterritorial de Salud, aprobó el Marco Estratégico de las Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI. Era un perfecto marco de referencia para que las comunidades autónomas desarrollaran 44 estrategias para lograr una atención primaria potente y capaz de enfrentarse a los retos subyacentes de la prevención y la promoción de la salud, las actividades comunitarias, la tecnificación y los nuevos sistemas de información, la autorresponsabilidad en la enfermedad, el envejecimiento y la epidemia de la cronicidad, y un largo etcétera, que partían de un análisis previo realizado por un numeroso panel de expertos de las sociedades científicas, técnicos de las comunidades autónomas y ministeriales, asociaciones de usuarios y pacientes. Las Estrategias de Atención Primaria proponían un avance sustancial de ésta, con un notable esfuerzo colectivo, pero todavía insuficiente y sin duda no valorable, a la espera del informe final de evaluación del Ministerio de Sanidad que nos debe proporcionar una herramienta de trabajo para comparar el desarrollo de la atención primaria en toda España.

Muchos son los proclamados «amigos» de la atención primaria (asistimos frecuentemente a discursos y declaraciones de

intenciones cada vez que se inicia un nuevo periodo de gobierno) y pocos los que han hecho una apuesta clara por ella en la línea de apoyar su desarrollo con medidas políticas y económicas. En estos tiempos en que la crisis nos obligará a tomar medidas en pro de la sostenibilidad del sistema, parece que sería conveniente seguir las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos de fortalecimiento de la atención primaria con el fin de garantizar la equidad y la eficiencia del sistema. Esperemos que los nuevos gobernantes posibiliten este razonamiento.

Por todo ello, es una satisfacción que la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria haya decidido dedicar su informe anual de 2012 a la atención primaria. Esta sociedad siempre ha estado atenta a lo acontecido en atención primaria, tanto en su desarrollo como en la potenciación de los campos de la prevención y la promoción de la salud, así como a su incidencia comunitaria. El prestigio técnico y la alta excelencia de los Informes SESPAS deben posibilitar una relectura de la situación del primer nivel de la asistencia sanitaria de España, y a la vez ser una buena estructura para comparaciones internas y también con los estados más próximos de nuestro entorno comunitario europeo.

En nombre de las tres sociedades, auguramos el éxito de este Informe y también queremos mostrar nuestro apoyo a esta iniciativa.

Por orden alfabético:

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Prólogo

Prologue

Al hablar de Atención Primaria de Salud se produce una asociación de ideas inmediata con la Declaración de Alma-Ata. Y esto no es malo ni es bueno, en sí mismo. Sin embargo, se corre el riesgo de quedarse anclado en el romanticismo y la nostalgia, sin dar paso al avance, el dinamismo y la innovación necesarios de la atención primaria.

De igual forma, suele asociarse de manera casi exclusiva atención primaria con centro de salud, lo que sin duda limita tanto el campo de actuación como a quién va dirigida ésta, la comunidad en su conjunto. Se elimina así la capacidad de intervención y participación comunitarias, y se da respuesta casi exclusiva a la enfermedad tan sólo de quienes acuden al centro de salud. Cada vez es más común considerar los centros de salud únicamente como una empresa de provisión de servicios cuyo objetivo es satisfacer la demanda asistencial con el menor coste posible, y existe el riesgo de creer que éstos, los centros, no tienen nada que ver con actividades ligadas a la promoción de la salud o a los cuidados paliativos necesarios al final de la vida, por ejemplo.

Se llevan a cabo políticas de personal que facilitan el deterioro de la atención y el descrédito de quienes la prestan, al permitir el trasvase indiscriminado de enfermeras de un nivel a otro con criterios tan sólo de antigüedad y sin valorar el mérito ni la capacidad.

Se ha perpetuado también el tópico de que la atención primaria es la puerta de entrada del sistema de salud. Y siendo cierto, se ha desvirtuado y manipulado el concepto para dar paso a una medicalización de la sociedad como resultado de una atención medicocéntrica y hospitalocentrista que desplaza los principios básicos de la atención primaria. Y al avance a gran velocidad de la tecnología que focaliza, desde la perspectiva del modelo biologicista, la «reparación tecnológica» como sustituto del necesario cambio social.

Los equipos de atención primaria, por otra parte, también han sufrido un importante deterioro en cuanto a concepto y funcionamiento, para adaptarse a las exigencias asistenciales comentadas. Su multiprofesionalidad queda reducida a la agrupación de profesionales de diferentes disciplinas, pero con limitaciones importantes de comunicación, interrelación e identificación de objetivos comunes, y lo que es más grave, de distanciamiento con las necesidades reales de la comunidad.

La salud pública, por otro lado, queda relegada a un segundo plano como si no formase parte de las acciones de los profesionales

de la salud en atención primaria, o limitándola a acciones concretas ligadas, de igual manera, a la asistencia clínica.

Y en este panorama, las enfermeras comunitarias han pasado de ser consideradas, en un principio y de manera interesada, pilares básicos del denominado en su día «nuevo modelo», a ser profesionales prescindibles y reducibles hasta extremos que en pocos países de nuestro entorno se producen. Con criterios de asignación alejados de la necesaria racionalización y cercanos al racionamiento injustificado, que acaban por suboptimizar el producto final, en una creciente transformación de la atención primaria en sucursales hospitalarias.

En este escenario deben incorporarse las enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria, actualmente en formación, sin que se hayan definido aún las competencias que deberán desempeñar de manera conjunta con las enfermeras comunitarias de cuidados generales que actualmente trabajan en los centros de salud. Y lo que es peor, con una clara desincronización entre el programa formativo que siguen para alcanzar la especialidad y la realidad de una atención primaria cada vez menos participativa, cercana, integrada e integral, que la comunidad necesita y que las enfermeras podrían recuperar, con el resto de los profesionales de la salud, si se les diese la oportunidad real de actuar.

Alejarse de planteamientos corporativistas, individualistas y reduccionistas es clave para lograr, con el trabajo de profesionales, sociedades científicas (de enfermería comunitaria también, a pesar de ser reiteradamente olvidadas), organizaciones sanitarias y la comunidad, la reinención de la atención primaria de salud como nivel de atención en un contexto comunitario amplio, desde los principios de la salud pública, que logre la continuidad de los cuidados, la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones, la oferta de carteras de servicios reales, eficaces y eficientes, sin que la promoción y la prevención queden desplazadas o relegadas, y en la cual todos los profesionales tengan capacidad autónoma y voluntad integradora.

Otra atención primaria es deseable y posible sin renunciar al recuerdo de Alma Ata, pero sin quedar tampoco inmovilizados por su filosofía, y este Informe puede contribuir a ello. Las enfermeras podemos aportar mucho para lograrlo si se nos deja hablar, participar y tomar decisiones.

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Introducción

El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012

The future of the National Health System and its bedrock, primary care. SESPAS report 2012

Tenemos un buen sistema sanitario y, si pudiéramos elegir en qué país nos gustaría recibir atención, España estaría entre los diez primeros. Se deduce de la última entrega del Health Systems in Transition (HIT) Spain 2010¹, que valoró el estado de salud de la población, la cobertura, la accesibilidad, la equidad financiera, los resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, la calidad y la seguridad de la atención, la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema.

Han contribuido a estos logros 1) la existencia de la función de filtro del médico de cabecera, que disminuye la iatrogenia del acceso directo, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas, previene la fascinación tecnológica, y ayuda a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario; y 2) la presencia de la lista de pacientes (cupó) que conlleva la identificación de un médico y un centro de salud para el uso habitual, lo que favorece la longitudinalidad². Este importante atributo ofrece numerosas ventajas, como mejor utilización, asistencia más oportuna, identificación correcta de los problemas de salud, menor hospitalización y, en síntesis, una respuesta médica apropiada a las necesidades. Por ello, puede afirmarse que aquellos países más orientados a la atención primaria presentan con mayor probabilidad mejores grados de salud y menores costes³.

Parece lógica, pues, la reivindicación de que la atención primaria sea el eje de la política sanitaria. Pero nada más lejos de la realidad. El Sistema Nacional de Salud esconde «la puerta de entrada» en lo que respecta al presupuesto (que en proporción ha decrecido), y tal falta de aprecio también afecta a las clases más informadas y con mayor poder de decisión, e incluso a los futuros profesionales. Extraña respuesta en tiempos de crisis, cuando más necesario es nuestro primer nivel asistencial, lo que nos hace presuponer su mal pronóstico en caso de no aportar soluciones de forma inmediata.

Razonamiento o racionamiento: una elección que no es difícil

El malestar se extiende entre los médicos, sin importar el color del gobierno autonómico ni la afinidad política de los sindicatos. Mientras la carga de trabajo no ha dejado de crecer, la plantilla y las inversiones en infraestructuras no la han seguido, lo que ha provocado un desfase que con el paso de los años se ha cronificado. La tensión tiene origen en cambios demográficos y sociales, como la feminización de los profesionales sanitarios (y la exigencia de compatibilidad horaria y ocio), el difícil trabajo en equipo en un sistema cada vez más complejo o las necesidades de desarrollo personal y profesional. Por el contrario, las políticas de personal, atentas a las necesidades actuales y futuras de la plantilla asistencial, a los aspectos retributivos y de carrera profesional, han avanzado de manera lenta y tortuosa, cuando no han retrocedido.

Añadamos las expectativas de los pacientes: hace falta una reflexión tranquila sobre cómo formar a los profesionales para que atiendan a una población con nuevos perfiles culturales. Porque el saber se ha convertido en un elemento esencial de libertad. La información no sólo empodera al ciudadano frente a las instituciones, sino que también replantea el contrato implícito con los profesionales. No es fácil ser médico, ni es fácil ser paciente. Se ha hecho demasiada propaganda del poder y del progreso de la medicina, y muchas personas no aceptan la incertidumbre en medicina. Así, cada vez llega a nuestras consultas un mayor número de pacientes, tanto de carácter crónico como también para resolver problemas banales que hasta hace unos años se solucionaban en el seno de la familia o simplemente no merecían una consideración como problema de salud. Es necesario modular el uso consumista de los servicios sanitarios, y recuperar el valor y el prestigio de la consulta médica. Debemos invertir los máximos esfuerzos en dar respuestas desmedicalizadas a las demandas no médicas.

Y es evidente para todos que, a pesar de los más de 25 años transcurridos desde la formulación de las reformas en sanidad, el principal objetivo político de orientar el sistema sanitario hacia el nivel primario no se ha cumplido. Cada día es más perentorio un replanteamiento en la prestación de los servicios, que va desde una relación contractual más elástica y variable hasta una redefinición de los contenidos de las consultas y una reorientación de los roles de los distintos profesionales. La coordinación-relación entre niveles se ha constituido como uno de los puntos de mayor dificultad y controversia en el funcionamiento de los sistemas sanitarios, y las experiencias de integración exigen una transparencia y una evaluación rigurosas, que son la excepción más que la regla.

La crisis económica está produciendo una mayor presión sobre el sistema. Puesto que la mayor parte del gasto en salud se financia con los presupuestos públicos, aumentará la necesidad de los gobiernos para controlar los costos y mejorar la rentabilidad del gasto en salud. Sin embargo, estos objetivos a corto plazo vienen en el contexto de las tendencias a largo plazo: las presiones de incremento del gasto sanitario serán implacables, impulsadas por los cambios tecnológicos, las expectativas de la población y el envejecimiento. Los gobiernos tienen a su disposición una amplia gama de instrumentos de política para controlar los costos. A corto plazo, las políticas centralizadoras del tipo «orden y control» pueden contener gastos, pero tener consecuencias nefastas a largo plazo. Hay vías prometedoras para controlar el gasto en salud a largo plazo mediante una mejora de la rentabilidad, en particular de la calidad de la atención de la salud. De otro lado, para cosechar estos posibles beneficios a menudo es necesario invertir. Por lo tanto, muchos países se enfrentan a un dilema: las prioridades políticas a corto plazo y largo plazo a veces apuntan en direcciones diferentes. Un exhaustivo informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁴ señalaba en 2010

políticas de contención del gasto en épocas de restricción presupuestaria, evidenciando la multiplicidad de actuaciones posibles y sus diferentes efectos en el tiempo. En España son reseñables varias aportaciones a este debate. Dedeu et al.⁵, con la perspectiva de diversas disciplinas, revisan el entorno y la dinámica de atención primaria bajo un prisma histórico e internacional. Abogan, pragmáticamente, por mantener y potenciar la independencia de la atención primaria, de su estructura de gestión y de la organización sanitaria hospitalaria, reducir las rigideces del sistema funcional, cambiar el sistema de contratación de servicios para provocar cambios de actuación de los profesionales clínicos y aplicar la potencialidad de las redes, tanto en la asistencia como en la gestión. Desde la Asociación de Economía de la Salud⁶, un documento de debate «sensato y responsable» tuvo amplia repercusión en foros *online* y presenciales. Los autores propusieron tres ejes de análisis y de soluciones: 1) la financiación selectiva, basada en la efectividad y lo que estemos dispuestos a pagar por ella; 2) las herramientas organizativas y financieras para reorientar el sistema; y 3) el buen gobierno, desde arriba hasta abajo. Y como primer libro de la cátedra UPF-SEMG-Grünenthal de Medicina de Familia y Economía de la Salud⁷, se presentan vías de avance para la necesaria refundación de la atención primaria.

Si bien es cierto que nuestra puerta de entrada es todavía joven (descendiente de un modelo de seguridad social no muy lejano) y le falta la bagaje de países con gran tradición de *gatekeeping* con experiencia en gestión de recursos materiales y financieros, incluida la pertenencia de los centros de salud y de fuertes sociedades científicas, también lo es que somos exportadores netos de profesionales a países con primarias de reconocido prestigio. No parece entonces un problema de cantera, que la hay, aunque conviene no dormirse en los laureles, sino que falla demostrar la conveniencia y la necesidad de una atención primaria fuerte, de la mano de la salud pública, y que esta colaboración y sus repercusiones en salud calen en nuestros políticos, nuestra sociedad y nuestros estudiantes de medicina.

Atención primaria y salud pública

El entorno donde se vive (social, cultural, económico, ambiental, político) determina en gran medida la salud de una población, así como la equidad en salud. Las pruebas científicas sobre este hecho dan fundamento al movimiento de *Salud en todas las políticas*⁸, así como a las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud⁹ y de la propia Estrategia de Equidad del Sistema Nacional de Salud¹⁰.

La existencia de un sistema nacional de salud, de cobertura universal y con escaso copago en el punto del servicio, es parte del «entorno» que determina la salud de la colectividad y de los individuos. La atención primaria de salud no es ajena a la dimensión poblacional de la salud (de ahí la propia acepción de «comunitaria» que se asigna a la medicina y la enfermería en el ámbito de la atención primaria), y por tanto «reconoce» los determinantes sociales y ambientales de la salud. Su propio funcionamiento, en España y otros países con un sistema nacional de salud, está vertebrado sobre la atención a individuos y familias que pertenecen una comunidad-población dada. Esta dimensión poblacional lleva a una necesaria colaboración entre atención primaria y salud pública. Ambas deberían ir de la mano en el trabajo comunitario para mejorar la salud, la efectividad y la equidad¹¹.

Las políticas intersectoriales para promover la salud son necesarias en todos los niveles, desde el supranacional hasta el local (municipios, barrios), y en este último cobra sentido la colaboración entre atención primaria y salud pública. En el trabajo comunitario por la salud, los actores pueden (deberían) ser muchos, pero la atención primaria y la salud pública, en coordinada cooperación, tienen

una destacable posición de sensibilización de otros sectores y de abogacía por la salud.

Los profesionales de atención primaria y de salud pública que trabajan en el nivel local tienen un conocimiento complementario privilegiado de la población que atienden. Su conocimiento es insuficiente por separado, y por ello es fundamental la puesta en común de dicho acervo, pues consigue una visión dinámica y casi completa de la salud de una población, de sus determinantes sociales, económicos y ambientales, y de las acciones a llevar a cabo para mejorarla (y más si se cuenta con la participación de la propia comunidad). Esta colaboración permite tener en cuenta la complejidad de las intervenciones y la necesidad de priorizarlas, al tiempo que destaca las ventajas de la participación intersectorial.

Respecto a dicha participación, los profesionales de atención primaria y de salud pública pueden desempeñar un papel importante de abogacía y de colaboración con los diferentes sectores locales. Este papel no tiene por qué ser necesariamente de liderazgo, salvo en algunas circunstancias y lugares. El trabajo intersectorial tendrá más capacidad de éxito en la medida en que se logre la implicación de la política local en el trabajo de salud en todas las políticas.

Por ejemplo, un ayuntamiento comprometido con este trabajo conjunto es un incentivo para la participación de la propia población y la implicación de los diversos sectores (centros educativos, organizaciones ciudadanas, empresas, etc.) en la mejora de la salud y de sus determinantes. Tal ayuntamiento también puede ser importante para la priorización de intervenciones en urbanismo, medio ambiente, bienestar social, empleo, cultura y otras áreas de acción de ámbito local que tienen un enorme potencial en la mejora de las condiciones de vida, los hábitos saludables y, por ende, la salud de la comunidad.

A esta cooperación en el trabajo intersectorial hay que añadir otros ámbitos de coordinación más clásicos, pero también poco desarrollados, entre atención primaria y salud pública. Entre ellos, la colaboración en el control de las enfermedades transmisibles y de los brotes epidémicos, los programas de promoción de la salud y de prevención con actividades asistenciales y colectivas, y la evaluación de los servicios sanitarios¹².

Existe, pues, un amplio campo para mejorar la colaboración entre los dos niveles, a lo cual podría ayudar la difusión de las experiencias de integración en algunas comunidades autónomas¹³. Los profesionales, gestores y políticos deberían ampliar juntos el campo común, y compartir responsabilidades, habilidades y competencias, en un trabajo conjunto con la propia comunidad y con otros actores relacionados con la salud y sus determinantes¹⁴. No basta, por supuesto, con las buenas intenciones, sino que también son necesarios otros requerimientos (organizativos, estructurales y de mejora del funcionamiento y de la eficiencia de los recursos existentes). Los textos de este Informe SESPAS 2012 demuestran de diversas maneras las posibilidades de cooperación entre atención primaria y salud pública.

Confección del informe y agradecimientos

A finales de 2009, mediante la lista de distribución ECONSA-LUD (foro de información y debate en cuestiones de economía de la salud), uno de nosotros (FHI) tuvo conocimiento de la convocatoria pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para que los/as socios/as presentaran propuestas para el informe bienal de 2012. Dos meses después, la buena nueva de que «La atención primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria» había sido el tema escogido para representar este informe bienal, supuso una gran satisfacción y a su vez una gran responsabilidad. No fue sencillo seleccionar e incitar a más de 50 autores para desarrollar 24 artículos, que cubren cuestiones muy variadas, desde políticas sanitarias hasta gestión de

servicios y gestión clínica. Pero fue mucho más fácil al contar con la inestimable ayuda de los otros dos editores (ACF y JG) y con el soporte de SESPAS (representada por SMC y CAD).

Desde el comienzo de 2011 fuimos recibiendo manuscritos que pasaron a los editores y revisores externos hasta tener las versiones definitivas. A revisores y autores, gracias por la paciencia.

Es obligado señalar que los trabajos en torno a este informe han sido *gratis et amore*, en lo que respecta a autores, revisores y editores.

No podemos terminar sin mencionar la muerte de una de las autoras, Barbara Starfield, cuyo texto¹⁵ publicamos sólo con mínimos cambios editoriales porque no hubo tiempo para que llevara a cabo las recomendaciones de los revisores. Con su muerte hemos perdido a una pensadora e investigadora central para la atención primaria y la salud pública^{16,17}.

Conflictos de intereses

Los editores del presente informe declaran total independencia en la elaboración de sus contenidos, así como no haber recibido ningún tipo de remuneración de las entidades que han colaborado en su patrocinio.

Bibliografía

- García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, et al. España: análisis del sistema sanitario. *Sistemas Sanitarios en Transición*. 2010;12:1-240.
- Gérvás J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. En: Documento técnico para el VI Informe FOESSA. Madrid: Fundación Foessa; 2008.
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- OECD Health Policy Studies. Value for money in health spending. OECD Publishing 2010. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: www.oecd.org/health/valueformoney
- Dedeu A, Lapena C, Martí T, et al. Reflexiones sobre la atención primaria de salud. *Fundación Alternativas*. N°: 172/2011 (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/reflexiones-sobre-la-atencion-primaria-de-salud>
- Bernal E, Campillo C, González B, et al. Economía y salud. *Boletín informativo* - Año 2011. Diciembre, n° 72. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: www.aes.es
- Ortún V, director. *La refundación de la atención primaria*. Madrid: Springer Healthcare; 2011. (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en: <http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion.catedra.html>
- Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, et al. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):1-6.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: <http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludDSS.htm>
- Gérvás J, Segura Benedicto A. Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. *Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario*. *Aten Primaria*. 2007;39:319-22.
- Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. *Informe SESPAS 2008*. *Gac Sanit*. 2008;22 (Supl 1):104-10.
- Sierra I, Cabezas C, Brugulat P, et al. Estrategia «Salud en los barrios»: actuaciones focalizadas en territorios de especial necesidad social y de salud. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 (Supl 4):60-4.
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):23-7.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26 (Supl 1):19-25.
- Gérvás J, Pérez Fernández M, Rajmil L, et al. In memoriam. Barbara Starfield. *Gac Sanit*. 2011;25:443.
- Gérvás J, Peréz Fernández M. Quando um gigante cai, os aões ficam sem sombra. *Rev Soc Bras Med Fam Comunit*. 2011:6.

Francisco Hernansanz Iglesias^{a,*}, Ana Clavería Fontán^b,
Juan Gérvás Camacho^c, María Soledad Márquez Calderón^d
y Carlos Alvarez-Dardet^e

^a Equipo de Atención Primaria Nord, Sabadell, Barcelona, España

^b Xerencia de Atención Primaria, Vigo, Pontevedra, España

^c Equipo CESCA, Madrid, España

^d Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, España

^e Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fhi2002@comz.org (F. Hernansanz Iglesias).

Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012

Ildelfonso Hernández-Aguado^{a,b,*}, María Santaolaya Cesteros^c y Pilar Campos Esteban^c

^a Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Área de Promoción de la Salud, Dirección General de la Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de junio de 2011

Aceptado el 30 de septiembre de 2011

On-line el 8 de febrero de 2012

Palabras clave:

Desigualdades sociales en salud

Atención primaria

Determinantes sociales de la salud

Políticas de salud

Keywords:

Social inequalities in health

Primary health care

Social determinants of health

Health policy

R E S U M E N

El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de salud y aunque no es el más relevante, no debe desestimarse su potencial contribución a la reducción de las desigualdades sociales en la salud. Las características de la atención primaria de salud la hacen idónea para este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud. En este artículo se resumen los antecedentes y el marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud y se presenta una síntesis de propuestas de actuación en atención primaria para contribuir a este objetivo que se recogen en los documentos nacionales e internacionales más relevantes sobre políticas de salud pública. Se pretende suscitar el debate, estimular la generación del conocimiento ausente en nuestro ámbito e impulsar las acciones en la práctica. Las propuestas se presentan en cinco líneas de intervención: información para la acción, participación social, capacitación; intersectorialidad y reorientación de la atención a la salud. Cada línea de intervención se describe según los destinatarios o sujetos de la acción (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, gestión del centro y área de salud, política de salud).

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Social inequalities in health and primary care. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The health system is a social determinant of health. Although not the most important determinant of health, the health system's potential contribution to reducing social inequalities in health should not be underestimated. Due to its characteristics, primary health care is well placed to attain equity in health. To make progress in achieving this goal, the main measures to be considered are the removal of barriers to access to services, the provision of care proportionate to need, and engagement in intersectoral work. This article reviews the background and framework for action to tackle social inequalities in health and provides a summary of the primary health care actions that could help to reduce social inequalities in health and are mentioned in the most important national and international documents on health policy. We hope to stimulate debate, promote research in the field and encourage implementation. The proposals are grouped in the following five intervention lines: information systems; participation; training; intersectoral work; and reorientation of health care. Each intervention is ordered according to its targets (population and civil society; primary health team; health center and health area management; and health policy decision-makers).

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En España, como en otros lugares del mundo, las desiguales condiciones de vida producen desigualdades sociales en salud¹⁻¹⁴. Se denominan así aquellas diferencias en salud que son injustas y evitables. Por ejemplo, son injustas y evitables las diferencias de esperanza de vida entre comunidades autónomas en España (fig. 1).

Esta grave situación, que tiene sus raíces en la organización política y social, concierne al conjunto de la sociedad y sin duda a todos los profesionales vinculados a la salud de la población.

Ningún ámbito de la sanidad es ajeno a estas desigualdades, y sus profesionales deben implicarse en modificar la situación.

El propio sistema de salud es uno más de los determinantes sociales de salud¹⁵, y aunque no es el más relevante ni por sí solo puede reducir las desigualdades sociales en salud, no debe desestimarse su potencial contribución a este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud.

El acceso universal y gratuito de nuestro Sistema Nacional de Salud ya elimina las desigualdades de gran alcance en el acceso a la asistencia sanitaria que se observan en países con graves problemas de justicia distributiva en sanidad, como Estados Unidos. Además, los sistemas de salud basados en el modelo de atención primaria

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ihernandez@umh.es (I. Hernández-Aguado).

Puntos clave

1. En España existen desigualdades sociales en salud como resultado de la diferente distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social.
2. Es necesario un abordaje integral de las desigualdades sociales en salud desde un enfoque de determinantes sociales de la salud. El sistema de salud es un determinante social más, por lo que su contribución a la equidad es limitada, aunque esencial.
3. Se ha demostrado que los sistemas de salud con universalidad de acceso, así como aquellos modelos basados o centrados en la atención primaria, contribuyen en mayor medida a la equidad en salud.
4. La atención primaria tiene, por tanto, un papel relevante para abordar los determinantes sociales de la salud, fundamentalmente a través de su vertiente comunitaria, y para contribuir, en colaboración con otros actores, a la reducción de las desigualdades en salud.
5. Los autores, basándose en la literatura revisada, proponen potenciar, en todos los ámbitos (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, centro y área de salud, y nivel local, política de Salud), las siguientes líneas estratégicas:
 - Información para la acción
 - Participación social
 - Formación y capacitación
 - Intersectorialidad
 - Reorientación de la atención a la salud

de salud, como el implantado en España, han mostrado que contribuyen con mayor efectividad a reducir las desigualdades que otros modelos¹⁶⁻²¹. No obstante, las prestaciones sanitarias no se realizan aún en condiciones de igualdad efectiva tal como estableció la Ley General de Sanidad de 1986, ni la atención primaria ha desarrollado toda su capacidad para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Es cierto que a la atención primaria de salud se le confían de manera explícita e implícita múltiples actividades con cada vez

menos recursos, cuando ya está desbordada por la carga asistencial que debe asumir. De hecho, las previsiones iniciales de que la atención primaria desarrollase actuaciones comunitarias se vieron impedidas en la práctica por la demanda cotidiana de asistencia y una preparación de los profesionales más dirigida al cuidado que a cualquier otra faceta relacionada con la salud. De ahí que pretender la incorporación del principio de equidad en la práctica diaria puede resultar ingenuo en las condiciones actuales. Sin embargo, hay razones de eficiencia técnica y de orden ético que aconsejan incorporar la equidad efectiva como principio ineluctable de actuación.

En este artículo se revisa el marco actual en el campo de las desigualdades sociales en salud y se presenta una serie de propuestas de actuación en atención primaria, basadas en documentos de referencia nacionales e internacionales en este ámbito, que podrían contribuir a alcanzar la equidad en salud.

Antecedentes y marco de acción para reducir las desigualdades sociales en salud

La atención a los determinantes sociales de la salud está unida a la salud pública desde sus comienzos, y la búsqueda de una justicia social efectiva forma parte de sus principios básicos. En los últimos decenios, el estudio de estas causas radicales de los principales problemas de salud de la población se ha incrementado sin cesar. El tesón académico, el activismo de los investigadores y de la sociedad civil, junto a otras acciones, han propiciado y recibido el impulso reciente de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de instituciones como la Unión Europea (UE), y se ha empezado a trabajar en el desarrollo de propuestas de acción y políticas para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La OMS puso en marcha en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyo informe mundial final, «Subsanar las desigualdades en una generación»¹⁶, publicado en 2008, supuso un hito en la sistematización del abordaje de los determinantes sociales de la salud, y un punto de partida para situar este tema en la agenda internacional. En mayo de 2009, la 62^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara

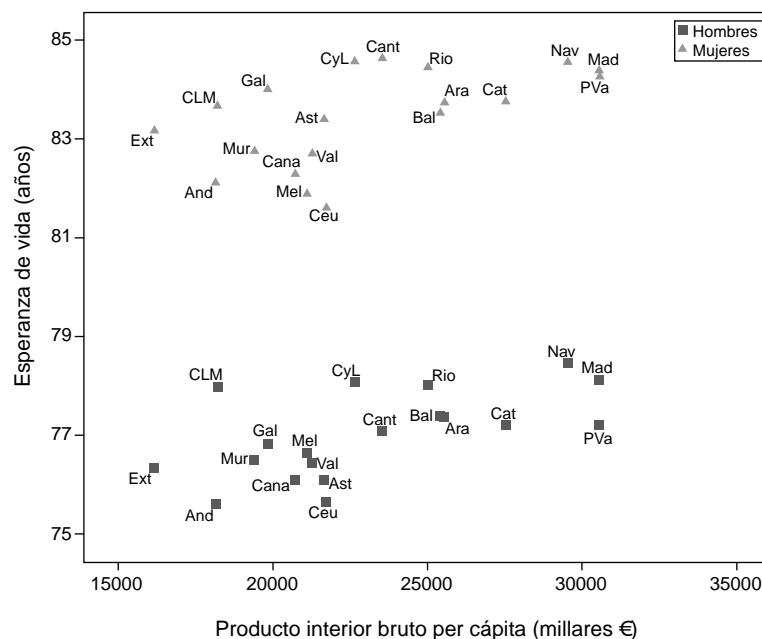


Figura 1. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según el producto interior bruto per cápita en las comunidades autónomas de España (2007). Fuente: elaboración de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística²⁶.

llamada a la acción a los estados miembros para «reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»²².

En la Región Europea de la OMS, una comisión presidida por Michael Marmot desarrolla ahora una revisión sobre los determinantes sociales y la brecha en salud, que pretende informar la nueva política de esa institución²³, resumiendo el conocimiento disponible y proponiendo acciones de ámbito nacional, regional y local para ampliar y sistematizar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud.

Las iniciativas de varias presidencias de la UE han contribuido en los últimos años a la priorización y el desarrollo de la equidad en salud en la agenda europea. De hecho, la UE cuenta con un grupo de expertos en determinantes sociales y desigualdades en salud cuyo objetivo es facilitar el intercambio de buenas prácticas para disminuir las desigualdades en salud. En octubre de 2009, la Comisión Europea emitió la comunicación «Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE», que supuso un gran impulso hacia el compromiso de los estados miembros con la equidad en salud²⁴. Durante la presidencia española de la UE, en junio de 2010 se aprobaron, en el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, las conclusiones «Equidad y salud en todas las políticas»²⁵, que constituyen un avance en el compromiso de los estados miembros.

Hay asimismo en el marco europeo experiencias pioneras en políticas para reducir las desigualdades en salud. Sus características han sido analizadas recientemente en una revisión realizada por expertos de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CNRDSS-E), y que ha incluido países con políticas integrales (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra e Irlanda) y otros con experiencias de interés (Dinamarca y Holanda)²⁶.

Es preciso recordar que este reconocimiento progresivo de la inequidad en salud y la consideración de posibles actuaciones para remediarla ha sido paralelo a la renuncia a las políticas públicas redistributivas en educación, renta, vivienda, empleo y otras que estuvieron en el origen de los avances sociales más destacables y consiguieron el mayor grado de igualdad hasta ahora logrado. Es decir, que pese a que las desigualdades sociales en salud van escalando posiciones en las agendas políticas nacionales e internacionales, esto se hace en momentos en que las macropolíticas dominantes amplían las desigualdades.

En España, desde el campo de la salud pública ha habido una intensa y excelente actividad investigadora sobre las desigualdades sociales en salud, que ha mostrado la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud constatadas tanto por clase social, sexo, etnia o país de origen como por territorio¹⁻⁴. Las personas de clases sociales desfavorecidas^{5,6}, las de etnia gitana⁷, las que residen en áreas con mayor privación^{8,9}, las mujeres¹⁰⁻¹², o más recientemente la población emigrante de países pobres^{13,14}, presentan peores condiciones de vida y de trabajo que se manifiestan en la salud.

Las políticas para reducir estas desigualdades no han sido prioritarias en la agenda política²⁷⁻²⁹, exceptuando las dirigidas a disminuir las desigualdades por las relaciones de género³⁰, pero el mayor protagonismo internacional y europeo de este tema ha favorecido que España lo haya elevado recientemente en su agenda política. Por un lado, en 2008 se estableció la reducción de las desigualdades sociales en salud como una prioridad para la legislatura, y se creó la CNRDSS-E, con el objeto de elaborar una propuesta de intervenciones. En mayo de 2010, la comisión presentó el documento «Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España»¹⁷, junto con un documento que la CNRDSS-E había realizado previamente sobre el análisis de la situación de

las desigualdades en salud en España y las políticas para reducirlas en España y Europa²⁶. Por otro lado, el 28 de mayo de 2009 se presentó el «Informe mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud» de la OMS en España. En 2010, con motivo de la presidencia española de la UE, una de las tres prioridades de salud elegidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad fue «Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud». Como apoyo técnico para esta prioridad de la presidencia se elaboró un informe en el cual participaron expertos nacionales e internacionales³¹.

Todos estos hechos, junto a experiencias recientes en algunas comunidades autónomas, como el Plan de Salud del País Vasco^{32,33}, el nuevo Plan de Salud de Andalucía³⁴ o la Ley de Barrios de Cataluña³⁵, han actuado sinérgicamente y hay ahora un contexto quizás propicio para pasar a la acción de ámbito nacional y avanzar en la equidad en salud³⁶. El enfoque de determinantes sociales en salud incide sobre el abordaje integral de la salud desde todas las políticas, pero en nuestro contexto parece apropiado, además de abogar por ella con todos los sectores que tienen impacto en la salud de la población, incidir en el sector salud.

El informe de la CNRDSS-E, al igual que el informe mundial y en línea con la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge la necesidad de actuaciones decididas en nuestro sistema de salud para avanzar en la equidad en salud^{37,38}. Esto concierne al conjunto del sistema de salud, pero tiene especial aplicación en la atención primaria por ser la puerta de entrada al sistema, por su ubicación local, por la capacidad de acción de su vertiente comunitaria y por las alianzas que puede establecer con otros actores del propio sistema (profesionales de salud pública o de la atención especializada) o de otros sectores como servicios sociales, educación, etc. Para que el teórico papel clave de la atención primaria en la reducción de las desigualdades en salud se cumpla es preciso llevar a la práctica aquellas intervenciones sobre las que hay pruebas suficientes de que contribuyen a este cometido, o sobre las cuales la alternativa de la inacción haya acreditado que fracasa en el objetivo.

Integración de la equidad efectiva en atención primaria

Pese a que la mayoría de las desigualdades sociales en salud no están causadas por el sistema de salud, éste puede actuar al menos como amortiguador y reducir sus consecuencias. En el mejor de los casos, puede trabajar con otros sectores e influir para estimular las políticas y actuaciones de reducción de las desigualdades en salud. En la tabla 1

se presenta una propuesta con recomendaciones a diferentes niveles y con diversos destinatarios, que pretende suscitar el debate, estimular la generación del conocimiento en nuestro ámbito e impulsar las acciones en la práctica. Se estructuran de acuerdo a las cinco líneas de intervención que se mencionan en prácticamente todos los documentos relevantes sobre reducción de desigualdades en atención primaria: 1) información para la acción, 2) capacitación, 3) participación, 4) intersectorialidad y 5) atención a la salud. Cada línea de intervención se describe en el eje horizontal de la tabla según los destinatarios o sujetos de la acción (ciudadanos y comunidad, equipo de atención primaria, gestión del centro y área de salud, política de salud). La ubicación en cada sector de la tabla es aproximada y sólo tiene intención descriptiva.

En el espacio de este artículo no pueden analizarse con detalle cada una de las intervenciones propuestas ilustrándolas con ejemplos concretos, y menos aún identificar las barreras para su implantación y las estrategias para sortearlas. Al respecto, para el lector interesado puede ser especialmente útil el acceso al *blog* de la mesa sobre «Desigualdades sociales en salud» del Congreso

Tabla 1
Acciones en atención primaria de salud para reducir las desigualdades sociales en salud

Ciudadanos y comunidad	Nivel de intervención			Política de salud
	Equipo de atención primaria	Centro de salud Área de salud Nivel local		
<p><i>Línea de intervención 1. Información para la acción</i></p> <p>Incluir el eje de equidad en las comunicaciones públicas sobre salud por los actores implicados. Incorporar la equidad por parte de las sociedades científicas en sus sistemas de información y evaluación de programas.</p>	<p>Incluir sistemáticamente las variables sociales en la historia clínica. Se propone incluir, al menos, máximo nivel educativo alcanzado, ocupación y situación laboral⁴⁹. Generar y difundir conocimiento científico sobre posición socioeconómica y los resultados sanitarios y sobre su mejora en el contexto asistencial¹⁶. Generar información actualizada de los recursos locales e iniciativas comunitarias, incluidas organizaciones voluntarias de relevancia para los usuarios del centro de salud^{40,43,48}. Disponer de procedimientos formales de información cualitativa de diagnóstico de los determinantes sociales de la salud³⁹.</p>	<p>Conocimiento y caracterización de las necesidades de la población atendida^{40,41}. Emplear los sistemas de información disponibles, incluyendo los sistemas de tarjeta sanitaria y las encuestas de salud comunitarias, con la finalidad de informar sobre las desigualdades sociales y las inequidades en la calidad de la atención relevantes en atención primaria⁴². Compartir información y recursos de análisis¹⁶. Disponer de indicadores clave según eje de equidad, especialmente de comienzo vital y pasos críticos –bajo peso al nacer, embarazos en adolescentes, exclusión social en juventud temprana o en adultos antes de la jubilación, etc. Establecer criterios de calidad en la aplicación del eje de equidad en la atención sanitaria (accesibilidad y pérdidas en el seguimiento según variables sociales, prioridad de la atención en función de la necesidad, etc.) e incorporarlos a la evaluación de calidad¹⁷. Evaluar el impacto de la gestión de atención primaria en la salud de la población, en sus determinantes y en equidad en salud^{16,17}. Realizar auditorías de equidad en salud¹⁶.</p>	<p>Monitorización y visibilización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de la salud^{16,41,43}. Presentación estratégica de la información sobre la situación de equidad que describa costes de las desigualdades, sinergias intersectoriales y oportunidades de intervención¹⁶. Investigación y difusión de diferencias en accesibilidad y uso a la atención sanitaria (evidencia de la relación entre la posición socioeconómica y los resultados sanitarios)^{4,16,18,44}. Analizar el impacto de las políticas sanitarias vigentes en la equidad en salud⁵. Vigilar la inclusión de la equidad entre los criterios de acreditación de la calidad de los proveedores de servicios sanitarios¹⁷. Incentivar la inclusión de las variables relacionadas con la equidad en la investigación en salud.</p>	
<p><i>Línea de intervención 2. Participación social</i></p> <p>Empoderamiento individual y comunitario^{16,19}. Fortalecer conocimientos y habilidades individuales y colectivas para ejercer control sobre los determinantes sociales de salud^{42,45}. Promover la participación efectiva de la comunidad en la toma de decisiones aplicando experiencias exitosas y desarrollando órganos de participación efectiva^{16,39,42}. Favorecer la demanda social organizada del conocimiento sobre desigualdades en salud y la adopción de medidas para mejorar la salud⁴².</p>	<p>Informar a las personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia y mejorar la divulgación y conocimiento de los derechos del paciente¹⁷. Colaborar con los diferentes agentes sociales locales en el desarrollo de programas dirigidos al desarrollo de la población facilitando su participación³⁹. Potenciación y desarrollo de los roles de enfermera y de farmacéutico de área⁴⁰. Potenciación de la equidad y los determinantes sociales de la salud en las redes profesionales¹⁶.</p>	<p>Avanzar en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria¹⁷. Regular la participación social en los procesos normativos¹⁶. Establecer procedimientos formales para potenciar la participación social y de los profesionales en la toma de decisiones política. Financiar y dotar de recursos a las áreas y a los centros de salud de acuerdo a los determinantes sociales de la salud y grado de desigualdad de la zona en que están ubicados. Garantizar normativamente la transparencia de las actividades públicas. Equilibrar en los organismos de participación la presencia de grupos, de forma que se reduzca la tendencia a grupos orientados a la enfermedad y se incremente la de grupos orientados a la salud.</p>		

Línea de intervención 3. Formación y capacitación

Potenciar la alfabetización sanitaria¹⁹.
Influir desde las sociedades científicas para que la equidad se incorpore en los programas de formación universitarios y en los de especialización.

Formación en conocimientos prácticos y capacidades de aplicación técnica sobre los determinantes sociales de la salud¹⁶.
Potenciación de la formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcada en la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y difusión de buenas prácticas comunitarias en atención primaria y otros^{4,16,39}.
Aprovechar las ocasiones de formación de grado y especialización para mostrar la relevancia de la equidad.
Generar materiales formativos que muestren la contribución a la efectividad clínica y social de la incorporación del eje de equidad a la atención sanitaria.

Incluir en el Programa de Formación Continua el enfoque de determinantes sociales de la salud⁴⁷.
Reforzar y fortalecer al personal sanitario y desarrollar su capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud asignando los recursos necesarios¹⁶.

Incorporar el enfoque de los determinantes sociales de la salud y equidad en la formación pregrado, grado y posgrado⁴⁷.
Incluir el enfoque de los determinantes sociales de la salud y equidad en la especialidad de medicina familiar y comunitaria^{4,19}.
Fortalecer las capacidades y habilidades de gestión de los técnicos y de las autoridades sanitarias para abordar la equidad en salud⁴².

Línea de intervención 4. Intersectorialidad

Establecer alianzas por parte de las asociaciones científicas con actores implicados en la acción intersectorial mostrando la relevancia del enfoque de salud y equidad en salud en todas las políticas.

Conocimiento de recursos sociosanitarios^{40,43}.
Fomentar las alianzas de trabajo con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.)⁴⁶.

Incluir en todos los planes y proyectos acciones intersectoriales siguiendo el eje de equidad¹⁶.
Desarrollo de órganos de participación intersectorial.
Incentivar a los profesionales para favorecer la acción intersectorial¹⁶.

Garantizar la acción intersectorial como estrategia para mejorar los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud¹⁶.
Dotar de mecanismos y recursos que fomenten la equidad en salud en todos los sectores¹⁶.
Creación de órganos intersectoriales para abordar la salud y los determinantes sociales de la salud.
Favorecer desde el sector salud el liderazgo de otros sectores en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Tabla 1 (Continuación)

Ciudadanos y comunidad	Nivel de intervención		Política de salud
	Equipo de atención primaria	Centro de salud Área de salud Nivel local	
<i>Línea de intervención 5. Reorientación de la atención a la salud</i>			
<p>Avanzar en la orientación comunitaria de la atención primaria reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria¹⁷.</p> <p>Desarrollar por las sociedades científicas procedimientos para incluir la equidad en todas sus actuaciones (recomendaciones preventivas, guías clínicas, etc.)</p>	<p>Considerar el impacto de la práctica diaria en las desigualdades en salud y de intervenciones focalizadas como complemento a los mecanismos de cobertura universal^{40,42}.</p> <p>Ampliar los servicios de captación en la calle y domicilios de población no atendida^{17,39}.</p> <p>Atención integral de la persona en función de sus necesidades dedicando tiempo a considerar las causas radicales de sus problemas de salud y dedicando tiempo y esfuerzo de forma proporcional a la necesidad.</p> <p>Conocer el contexto y los determinantes sociales de salud del área geográfica atendida.</p> <p>Identificar grupos que no acceden y facilitar su cobertura.</p> <p>Disponer de información escrita y sencilla sobre los recursos sociales locales para proporcionar a los ciudadanos.</p>	<p>Desarrollo de estructuras para potenciar la acción comunitaria en salud de los equipos de atención primaria, en colaboración con otros sectores (educación, servicios sociales, agentes locales, salud pública, etc.).</p> <p>Establecer procedimientos para atender las circunstancias y necesidades de los grupos sociales desfavorecidos y marginados, y para eliminar las barreras existentes de accesibilidad^{16,40}.</p> <p>Adecuar el conjunto de recursos proporcionalmente a las necesidades de la población, equilibrando la densidad de profesionales de salud proporcionalmente al nivel social de la población con refuerzo en áreas desfavorecidas¹⁶⁻¹⁷.</p> <p>Asegurar que no existan desigualdades en la cartera de servicios ofertada en los distintos puntos de atención.</p> <p>Reducir las barreras administrativas al empadronamiento y a la consecución de la tarjeta sanitaria en todos los centros y vigilar inequidades en las prácticas locales¹⁷.</p> <p>Potenciar la implicación de los profesionales en la calidad de los servicios públicos con especial énfasis en la eliminación de desigualdades¹⁷.</p> <p>Proporcionar servicios adaptados a la población (p. ej. competencia cultural o flexibilidad de horarios) con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad¹⁷.</p> <p>Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a los profesionales¹⁷.</p>	<p>Desarrollar sistemas sanitarios de cobertura universal^{16,18,42} con enfoque selectivo³, organizados en torno a la atención primaria¹⁶⁻²¹ y con una configuración que asegure que la equidad es una prioridad⁴⁷.</p> <p>Implementar servicios integrales de atención primaria con potenciación de una prevención y promoción basada en los determinantes sociales de la salud^{16,17,45}.</p> <p>Establecer sistemas de acreditación como incentivo –únicos con capacidad de formación especializada y con especial dotación de recursos– a los centros de salud que incorporan la orientación comunitaria y los principios de equidad y equidad en salud en su actuación.</p> <p>Desarrollar y cumplir la ley general de sanidad, la de cohesión y calidad, y las promulgadas o futuras de salud pública.</p> <p>Abogacía e influencia de la agenda nacional, para potenciar el compromiso gubernamental con la equidad en salud⁴²⁻⁴³.</p> <p>Fortalecer el liderazgo del sector público en la financiación de sistemas de atención de la salud equitativos, que garanticen el acceso universal a la atención, independientemente de la capacidad de pago¹⁶.</p> <p>Promover la equidad efectiva en acceso, uso y resultados estableciendo sistemas para compartir buenas prácticas, comisiones autonómicas o nacionales de apoyo en equidad y proporcionar herramientas de intervención en equidad para gerentes y profesionales de atención primaria.</p> <p>Adoptar un marco basado en los determinantes sociales de la salud, favoreciendo las intervenciones integradas multinivel (local, regional, nacional).</p> <p>Ampliar la cobertura de prestaciones deficitarias a costa de la medicalización innecesaria (bucodental, rehabilitación, gratuidad de algunos medicamentos, ayudas visuales y auditivas, etc.) priorizando por criterios de equidad¹⁷.</p> <p>Redistribución de recursos con criterios de equidad social, garantizando que las áreas o grupos menos favorecidos tengan más servicios e igual calidad¹⁷.</p> <p>Favorecer que las infraestructuras sean preferentemente de propiedad y gestión públicas¹⁷.</p> <p>Desaconsejar copago como instrumento para paliar problemas de financiación de la atención por sus impactos regresivos en la equidad económica y la salud. Establecimiento de condiciones estructurales que permitan la reorientación de la atención primaria⁴⁶.</p>

Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de junio de 2011³⁹. En las ponencias accesibles desde el *blog* pueden encontrarse ejemplos muy adecuados, y son especialmente enriquecedores el conjunto de los comentarios vertidos. Entre las propuestas hay algunos aspectos que deseamos subrayar.

No hay duda de que sin información es difícil que haya acción, y es necesario vigilar la prevalencia de la «ley de atención inversa», de forma que se detecten las faltas de cobertura y calidad de atención distribuidas socialmente, sea por ejemplo en el control de la hipertensión arterial, sea en el cumplimiento terapéutico o en otro aspecto asistencial. Este tipo de información fomenta la atención universal proporcional, es decir, la que garantiza el universalismo de una atención sin barreras, pero que además modula su intensidad según la necesidad concreta de cada persona y de cada área, ya que la contextualización de este universalismo proporcional es pertinente para cada profesional, para el equipo, para los gestores y para los decisores que deben establecer los mecanismos para que la atención primaria sea redistributiva y contribuya a la reducción de las desigualdades sociales. No es sólo una cuestión ética de discriminación positiva, lo es además de efectividad asistencial, como bien se ha apuntado³⁹; y la pregunta correcta es ¿cómo puede atenderse bien sin tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, o es que acaso en prevención cardiovascular se desconoce el valor predictor que tienen las variables sociales tanto del desenlace como del proceso de prevención en sí mismo? Es más, puede suceder y sucede que los equipos de atención primaria no tengan siempre recursos para implantar acciones preventivas y de promoción de salud con las garantías de eficiencia y seguridad necesarias, y por ello mejor deben abstenerse, pero la cuestión de equidad es diferente porque ésta ha de ser inherente a cualquier actuación, aunque fuese sólo por principios de efectividad clínica.

Casi todas las intervenciones propuestas requieren iniciativas de influencia y abogacía para que puedan desarrollarse. Por ello es necesario: 1) que las autoridades sanitarias sientan que arriesgan la salud de la población (y su puesto) si no consideran los determinantes sociales de la salud y la equidad en su actividad, y que los gerentes no desarrollen ninguna acción sin tenerlos en cuenta; 2) que los profesionales incorporen la equidad a su trabajo diario igual que el fonendoscopio, la jeringa o la palabra; 3) que en los medios sanitarios y en los de comunicación social se acostumbren a que los determinantes sociales y la equidad en todas sus dimensiones son inseparables de cualquier discurso sobre la salud; 4) que las juntas directivas de las sociedades científicas se preocupen al comprobar que ninguno de sus grupos de trabajo es de determinantes sociales y que en sus documentos de recomendaciones clínicas o preventivas está ausente la equidad; 5) que la población sepa cómo su condición afecta a su salud y al remedio o cuidado de su enfermedad; y 6) que los epidemiólogos nos preguntemos por qué hemos conseguido que la *odds ratio* empape casi todas las revistas científicas y hemos impregnado la ciencia sanitaria del estudio de los factores de riesgo individual, y no hemos sido capaces de hacer pensar en términos poblacionales como aconsejaba Rose⁴⁸. Y todo ello es necesario porque son muchas las barreras que surgen para implementar las propuestas recogidas. Recordemos tan sólo que la formación sobre determinantes sociales está prácticamente ausente en toda la trayectoria formativa de los profesionales sanitarios, que las sociedades científicas de profesionales de atención primaria con pocas excepciones se guían por enfoques asistenciales centrados en la enfermedad, y que los políticos no captan muy bien qué quiere decir lo de las desigualdades sociales en salud. Todo indica que debemos trabajar mucho más en el ámbito de la influencia, ideando métodos para que los grupos activos, que los hay y bien capacitados, tengan mayor repercusión pública. Crear instrumentos para esta influencia sería un primer paso. Por ejemplo, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

puede propiciar un comité nacional de reducción de desigualdades sociales al estilo y aprendiendo del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, con representantes del mayor número posible de sociedades profesionales y científicas, e incluyendo la participación de los sectores de la sociedad civil y no sanitarios.

Contribuciones de autoría

Los tres autores han participado en las distintas fases de preparación del manuscrito, desde su concepción hasta el visto bueno de la última versión.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Comité técnico y asesor de la prioridad sobre monitorización de los determinantes sociales de la salud de presidencia española de la Unión Europea 2010, y a todos los autores y contribuyentes.

Bibliografía

- Borrell C, Benach J, coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
- Borrell C, Benach J, coordinadores. L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
- Borrell C, Benach J, CAPS-FJ Bofill Working Group. Evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit. 2006;20:396-406.
- Escolar A, editor. Primer informe de desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública; 2008.
- Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, et al. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. Med Clin (Barc). 1996;106:295-389.
- Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1).
- La Parra D. Hacia la equidad en salud: estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano, 2009. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.msps.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/comuGitana.htm#estudioEPG>
- Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidemiol Commun Health. 1999;53:423-31.
- Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Serral G, et al. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). Health Place. 2010;16:703-11.
- Artazcoz L, editora. Monográfico Género y Salud. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2.
- Observatorio de Salud de la Mujer. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA., 1993-2003. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades-sociales_salud_y_SS.pdf
- Observatorio de salud de la mujer. Desigualdades de mortalidad por CCAA entre 1981 y 2002. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/DesigualdadesMortalidad_CCAA.pdf
- Oliva J, Pérez G, editores. Monográfico Migración y Salud. Gac Sanit. 2009;23 Supl 1.
- Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceñ JL, et al. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2010;24:136-44.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. En: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social

- Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. 2008. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.who.int/social-determinants/thecommission/finalreport/en/index.html>
17. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta.Politicas.Reducir.Desigualdades.pdf>
 18. National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.
 19. Fair society, healthy lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.
 20. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
 21. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health.* 2011;10:15 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>
 22. World Health Assembly World Health Assembly resolution WHA62.14 on reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. 2009. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62.R14-en.pdf
 23. World Health Organization. Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region European Social Determinants and Health Divide Review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.euro.who.int/...data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf
 24. European Commission. Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU". Brussels: European Commission; 2009 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph.determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf
 25. Council of the European Union. Council conclusions on equity and health in all policies: solidarity in health. Brussels: European Union; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf
 26. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf
 27. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q.* 1998;76:469–92.
 28. Diez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 1):158–67.
 29. Borrell C, Peiró R, Ramón N, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit.* 2005;19:277–85.
 30. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 2:36–46.
 31. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud, reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE.2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf>
 32. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan de salud 2002-2010. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/plan.salud.2002.2010/es_ps/politicas.plan.salud.html
 33. Esnaola S, Bacigalupe A, Aldasoro E, et al. Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España. *Gac Sanit.* 2009;23:253–4.
 34. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Tercer plan andaluz de salud, 2003-2008. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs salud/portal/index.jsp?opcion= listadoTematico&idioma=es&perfil=org&tema=/temas.es/P.2.ANDALUCIA.EN.SALUD.PLANES.Y.ESTRATEGIAS/&desplegar=temas.es/P.2.ANDALUCIA.EN.SALUD.PLANES.Y.ESTRATEGIAS/>
 35. Departament de Política Territorial i Obres Públiques, Generalitat de Catalunya. Programa de barris i àrees urbanes d'atenció especial. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/ptop/menuitem.dbf7b17bb47cda345f13ae92b0c0e1a0/?vgnextoid=975e275785fa7210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=975e275785fa7210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
 36. Página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Apartado de Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>
 37. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986; abril; 102:15207-24.
 38. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2003 mayo; 128:20567-88.
 39. Cofiño R. Mesa "Desigualdades Sociales en Salud". Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Zaragoza, 2011. (Consultado el 29/06/2011.) Disponible en: <http://desigualdadesensalud.wordpress.com/>
 40. Royal College of General Practitioners. Addressing health inequalities. A guide for general practitioners. London: Royal College of General Practitioners; 2008.
 41. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2010. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
 42. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 43. Peiró R, Ramón Bou N. Desigualdades en salud: una perspectiva de desarrollo desde atención primaria. *Comunidad.* 2003;6:1–2.
 44. Martín García M. Desigualdades en salud. En: Observatorio Políticas de Salud. Fundación 1º de Mayo. La situación de la salud en el sistema sanitario en España: conclusiones y recomendaciones. Madrid; 2010.
 45. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bigador J. Reflexiones sobre "lo comunitario" en nuestro sistema sanitario. *SEMFYC Aten Primaria.* 2006;38: 421–4.
 46. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, et al., Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21:73–84.
 47. Royal College of Physicians. How doctors can close the gap. En: Tackling the social determinants of health through cultural change, advocacy and education. London: Royal College of Physicians; 2010.
 48. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 1985;14:32–8.
 49. Grupo, S.E.E., Grupo SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria.* 2000;25:350–63.

La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012

Luis Palomo^{a,*}, Joan Gené-Badia^b y Juan José Rodríguez-Sendín^c

^a Unidad de Docencia, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

^b Instituto Catalán de la Salud, CAPSE – Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Organización Médica Colegial de España, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2011

Aceptado el 17 de junio de 2011

On-line el 11 de octubre de 2011

Palabras clave:

Atención primaria

Innovaciones

Autonomía organizativa

Keywords:

Primary care

Innovation

Organizational autonomy

R E S U M E N

La reforma de la atención primaria ya tiene 30 años, pero no ha desarrollado plenamente todas sus capacidades. Las mejoras que se propongan deben acompañarse de financiación suficiente, optimizar su impacto sobre la salud y adaptar la organización y las competencias clínicas al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización. Las reformas organizativas propuestas no han demostrado hasta ahora diferencias concluyentes a favor de unas u otras. Por su parte, tanto las reformas procontenido como las reformas procoordinación no han demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención ni sobre los resultados en salud. Las ayudas que aportan los sistemas de información han reducido la burocracia y pueden favorecer la continuidad asistencial. En el nivel de la mesogestión se proponen medidas que favorezcan la accesibilidad; sistemas de pago que equilibren capitación, desempeño y capacidad resolutoria; mejorar la integración de los recursos sociales y sanitarios; comprometer activamente a los profesionales con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema sanitario; y finalmente incorporar más contenidos clínicos, preventivos y de colaboración con la comunidad.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The reform of primary care, between the last refuge of adventure and innovation. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Primary care reforms started thirty years ago, but not fully developed their potential. Improvements should be suggested to be accompanied by adequate funding, operational capacity and organization and clinical skills adapt to upgrading and trivialized demand, bureaucracy and medicalization. Organizational-suggested reforms have not shown conclusive differences yet. On the other hand, neither pro-content nor pro-coordination reforms have shown any impact on the derived demand, the cost of care attention or the health outcomes. Thanks to the support of the information systems, bureaucracy has been reduced and care continuity may be promoted. In the middle management level, some measures have been suggested to promote accessibility, restore capitation by payment systems, perform and resolve capacity, improve integration of social care and health care resources, actively engage professionals with the health system-objectives of quality and efficiency and, finally, add more clinical, preventive and community collaboration-contents.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En España, la reforma de la atención primaria se inició con una fuerte carga ideológica, basada en la reunión de la Organización Mundial de la Salud de 1979 en Alma-Ata, que apostaba por una atención primaria con importantes componentes salubristas y comunitarios. En sentido contrario, la evolución económica se aproximaba más a la propia de un país desarrollado: terciarización de la economía y crecimiento basado en el tecnicismo, la superespecialización y el consumismo, unas condiciones que favorecieron el auge de la tecnoestructura asistencial, con base ejecutora y

centro de consumo preferencial en el hospital. Esta contradicción aún perdura, condiciona el fortalecimiento de la atención primaria y es parte de la frustración en que están sumidos los profesionales que trabajan en ella, especialmente los médicos.

Los indicadores sanitarios han mejorado gracias a la atención primaria, por su universalidad, accesibilidad, amplias prestaciones y gratuidad; sin embargo, el determinismo tecnológico y la fascinación por la innovación han favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria. En atención primaria se reclaman mejoras en su financiación, y adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, con el fin de mejorar su capacidad resolutoria y evitar el descontento de los profesionales¹.

Cualesquiera que sean las iniciativas que se propongan para fortalecer la atención primaria, para que tengan éxito necesitarán

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.palomo@ses.juntaextremadura.net (L. Palomo).

Ideas clave

- La financiación de la atención primaria debe ser proporcional a la capacidad resolutoria y a la eficiencia asistencial que se le quiere atribuir políticamente.
- Los equipos de atención primaria deben gozar de un mayor grado de autoorganización y de autonomía de gestión.
- Los sistemas de pago a los profesionales deben contemplar capitación ponderada por patología y calidad del desempeño.
- La capacidad resolutoria de la atención primaria depende de la implicación y de la profesionalidad de los médicos.
- La continuidad asistencial y la mejora de la coordinación con el hospital pasan por respetar la función de agente del paciente del médico en todos los casos y circunstancias, y por hacer depender de la atención primaria la financiación sanitaria.

la cooperación de los profesionales. Por ello, en este trabajo analizamos las propuestas de mejora que se han sugerido, los resultados obtenidos, cuáles son las innovaciones que suscitan mayor apoyo profesional y sobre qué premisas debe asentarse un funcionamiento autónomo de la atención primaria.

Propuestas para fortalecer la atención primaria

Para que la atención primaria alcance liderazgo tiene que proporcionar servicios eficientes y de calidad, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes. Debe otorgar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados. La atención primaria estará cerca del liderazgo social cuando sea capaz de afrontar las desigualdades de salud y de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, sobre todo a aquellos con dolencias crónicas, y cuando consiga la cooperación de la población para organizarse y para funcionar. En este sentido se han propuesto cambios organizativos y asistenciales, concediendo mayor autonomía a los centros; establecer sistemas de información clínica y apoyos para la toma de decisiones y promover relaciones con la comunidad y fomentar el autocuidado^{2,3}. Algunas de estas propuestas se recogen en análisis realizados a instancias del propio Ministerio de Sanidad⁴.

Desde el punto de vista estructural, los cambios organizativos tendentes a favorecer la autonomía de los equipos de atención primaria hasta ahora han tenido escaso eco en nuestro país. Salvo experiencias aisladas, donde se dispone de un variado muestrario es en Cataluña. En la tabla 1 se especifican las ventajas y los inconvenientes de los distintos modelos de gestión. Aunque nos referiremos con detalle a las evaluaciones realizadas, en general los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados, y a unos resultados equivalentes en datos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana⁵.

En cuanto a las reformas para incrementar los contenidos de la atención primaria, en bastantes comunidades autónomas se han propuesto mejoras en el funcionamiento de los centros, con la intención de dotarlos de un mejor acceso a pruebas diagnósticas porque, comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia ofrecen menos polivalencia. Por ejemplo, no atienden a los menores de 14 años ni a las embarazadas; derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender; y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario⁶. Otros inconvenientes son la falta de flexibilidad del horario de los centros y de las agendas profesionales, que hace

que aparezcan listas de espera para ver al médico, lo que contradice el principio de accesibilidad propio de la atención primaria, y también el abandono de la atención domiciliaria. Este aspecto es llamativo en el caso de los pacientes terminales, cuya atención por atención primaria no debería quedar reducida a un horario rígido⁷.

La mayor parte de los acuerdos de mejora de la atención primaria propuestos cuentan con un moderado respaldo profesional; contemplan avances en el equipamiento y en los recursos humanos, una eliminación relativa de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y la reducción de la burocracia, pero hay dudas sobre su cumplimiento. Únicamente puede destacarse el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de receta electrónica, que pueden mejorar la relación con el hospital y reducir el trabajo burocrático; sin embargo, la historia clínica compartida está muy retrasada⁸.

En cuanto a las iniciativas favorables a la coordinación con el hospital, las revisiones realizadas muestran que las reformas que han modificado la relación entre médicos de atención primaria y hospitalarios han servido para mejorar la accesibilidad a los servicios y la satisfacción de los pacientes, pero no han demostrado ningún impacto sobre la demanda derivada ni sobre el coste de la atención o los resultados en salud⁹.

Experiencias de innovación organizativa en atención primaria*Diversificación de proveedores y autogestión de los equipos*

Desde principios de la reforma, los profesionales reclamaban mayor autonomía dentro de los centros de salud, gestionados rigidamente por la administración sanitaria pública. Cataluña desarrolló la experiencia más innovadora a finales de los años 1990 al crear las Entidades de Base Asociativa (EBA), que son organizaciones con entidad jurídica propia, destinadas a prestar servicios de atención primaria a los ciudadanos de un área básica de salud, constituidas mayoritariamente por profesionales sanitarios que desarrollan sus servicios en la misma entidad. La iniciativa apareció dentro de una política global de diversificación de proveedores de atención primaria, para incorporar en este nivel una estrategia de gestión que se consideraba de éxito en los hospitales.

Se han realizado varios intentos para comparar la efectividad de los diferentes modelos¹⁰⁻¹³, pero la evaluación es complicada por la dificultad de neutralizar factores determinantes de los resultados, como las características socioeconómicas y demográficas de la población atendida, o la edad y la antigüedad de los equipos^{14,15}. Las mismas dificultades surgen al comparar equipos en los estudios de *benchmarking* que realiza la Región de Barcelona¹⁶. Es significativo, por ejemplo, que el 33% de los pacientes atendidos por EBA tengan doble cobertura sanitaria, frente al 8% a 24% del resto de los proveedores¹¹.

Estos factores ambientales explican que en la última evaluación se encontraran mayores diferencias entre los equipos de un mismo esquema de gestión que entre los diferentes modelos¹³. Los investigadores concluyen que los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares, a pesar de que cada esquema tiene un factor diferencial. Señalan que los equipos de las entidades que simultáneamente gestionan los hospitales del territorio tienen una mayor coordinación. Sin embargo, una evaluación de la experiencia de la gerencia única en España muestra que ésta no siempre se relaciona con una mayor continuidad asistencial¹⁷. Se apunta que los equipos públicos del Institut Català de la Salut (ICS), con más enfermeras, prestan más atención domiciliaria¹².

Los profesionales de EBA tienen una lista de espera menor y están más satisfechos, si bien el bajo índice de respuesta en las

Tabla 1

Características de los distintos modelos de gestión en atención primaria

Nuevos modelos de gestión	Características	Beneficios	Problemas
<i>Autonomía de gestión:</i> Dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos	Descentralización en el seno de un único proveedor público. Atención primaria gestionada por proveedor público único (SAS, ICS, SES, SACyL, Osakidetza...); competencia entre atención primaria dentro de la misma empresa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo arraigado: más del 90% de los equipos de atención primaria y más del 85% de los profesionales 2. Transparencia y flexibilidad 3. Valoración individual y colectiva de la motivación 4. Carácter participativo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras 2. Falta de integración entre niveles asistenciales 3. Descoordinación en la protocolización (los incentivos animan a derivar al otro nivel el mayor número de cargas posibles) 4. Intromisión del planificador (los objetivos dependen de los modos posibles de lograrlos, según el planificador) 5. Escaso sustento epidemiológico y en planes de salud (mayor énfasis en productos intermedios que en finales) 6. Criterios económicos (ahorro, sobre todo farmacéutico) 7. Cantidades poco significativas (hasta un 10% de las retribuciones)
<i>Calidad total:</i> Unidades clínicas, gestión de procesos (SAS, Osakidetza), dirección clínica (ICS)	Mejora continua de la calidad: gestión de la asistencia sanitaria individual, gestión de procesos asistenciales, gestión de la unidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Novedad 2. Rediseño de actividades (en la relación medicina-enfermería) 3. Mejora en los equipos de atención primaria: reparto de tareas, individualización de objetivos y preocupación por la calidad 4. Aumento del grado de compromiso de los profesionales 5. Mejora de la calidad asistencial: liga actividad y formación continuada 6. Necesidad de coordinación entre niveles asistenciales 7. Papel del coordinador/director médico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reticencia a participar en la gestión e incentivos poco atractivos 2. Desigualdad en la negociación del presupuesto, impuesto por la administración 3. Controles de calidad dudosos: encuestas de satisfacción 4. Objetivos de asistencia: no puede predecirse el volumen de pacientes a atender 5. Integración del personal de atención al usuario
<i>Oligopolios:</i> Consortios, fundaciones y empresas públicas	Diversificación de proveedores públicos. Equipos de atención primaria gestionados por empresas sin ánimo de lucro (titularidad pública, derecho privado); gestoras de un hospital próximo: consorcios, fundaciones, empresas sanitarias de carácter público con gestión empresarial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación al cambio: capacidad de amoldarse a nuevas situaciones y relación entre el interés de los profesionales y los objetivos fijados 2. Clarificación de objetivos: la entidad compradora establece objetivos, no actividades 3. Eficacia, eficiencia y competitividad 4. Función reguladora del sistema: el médico de atención primaria canaliza los pacientes hacia el centro más adecuado 5. Mayor satisfacción del usuario y del profesional: relación más personalizada 6. Aumento del nivel de resolución y competencia 7. Aumento del nivel de servicios 8. Facilitación del trabajo en equipo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selección adversa de pacientes 2. Equidad: tiempos de acceso preferentes 3. Imperativos financieros: la competencia sustituye a la cooperación y a la coordinación; se mejora la cuenta de resultados traspasando costes 4. Accesibilidad: grupos menos favorecidos podrían verse privados de algunos servicios 5. Sobrevaloran la eficiencia a corto plazo: atención frente a prevención, demandas de los pacientes frente a necesidades 6. Clientelismo 7. Aumento de costes de transacción 8. Modelo hospitalocéntrico: la atención primaria capta clientes 9. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud
<i>Empresas de profesionales:</i> Cooperativas Sociedades limitadas	Diversificación de proveedores privados. Equipos de atención primaria gestionados por una empresa propiedad de profesionales con finalidad lucrativa: EBA (entidad de base asociativa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor utilización de recursos: mejora de procesos, reducción de la variabilidad, uso adecuado de recursos 2. Se facilita el trabajo en equipo 3. Mayor grado de incentivar el profesional 4. Mejor relación médico-paciente 5. Más receptividad ante las demandas de los usuarios 6. Mejora la accesibilidad 7. Potenciación de los servicios auxiliares 8. Reequilibrio en la relación atención primaria-especializada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconfianza de los usuarios: conflicto de intereses entre servicios prestados a los pacientes e incentivos sobre los médicos 2. Imperativos financieros: incentivar la buena práctica frente al ahorro 3. Limitación de beneficios: rentas personales frente a retribuciones en especie (restringir la maximización de beneficios) 4. Carrera profesional 5. Tipo de dedicación 6. Universalidad (voluntariado y monopolios naturales) 7. Equidad de acceso 8. Selección de riesgos 9. Abuso de la temporalidad laboral 10. Falta de equidad en la atención 11. Falta de asunción de riesgos reales 12. Predominio casi exclusivo de la función asistencial 13. Clientelismo: refuerzo de la calidad aparente 14. Aumento de los costes administrativos

Fuente: Canals J, Duque A, González R, et al. La atención primaria de salud en España. Análisis de la situación actual y propuestas de futuro. Madrid: CC.OO. Federación de Sanidad, 2003. (Elaboración propia.)

encuestas hace sospechar que la satisfacción se concentra más en los propietarios que en los empleados.

La conclusión principal es que la propia diversificación, más que las características de un determinado modelo, ha sido el estímulo de la mejora. La ausencia de monopolio en la provisión y la existencia de cierto grado de competición entre modelos y empresas han estimulado la mejora global.

Pago por resultados

Siguiendo tendencias internacionales, y después de la modificación del estatuto marco de los trabajadores de la Seguridad Social en diciembre de 2003, casi todas las autonomías han introducido modelos de retribución variable¹⁸. Los incentivos se agrupan en dos bloques. Por un lado, se fija un complemento de productividad variable ligado al cumplimiento de objetivos de calidad, lo que se conoce como *pay for performance*, y por otro se retribuye una carrera profesional de atención primaria, equiparable a la que existía en algunos hospitales. Desafortunadamente, este segundo bloque ha tendido a la burocratización, a la linealidad, desvinculándose del desempeño de los profesionales¹⁹.

De las pocas evaluaciones de esta innovación destaca la del ICS, donde la introducción de la carrera aumentó la percepción de todos los colectivos profesionales de tener soporte directivo. Seguramente apreciaban que la institución reconociera los mismos méritos que ellos consideraban importantes.

Las primeras evaluaciones apuntaban a que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos podía agravar la sensación de presión asistencial, y en consecuencia dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales¹⁹.

La experiencia posterior muestra que, igual que ha ocurrido en otros países, los incentivos modifican sobre todo la conducta de aquellos profesionales que parten de posiciones más rezagadas, que favorecen la picaresca, que modifican sólo aquello que se evalúa, que su promoción de la mejora desaparece cuando se alcanzan las metas fijadas, y que su impacto sobre la salud de los ciudadanos es desconocido^{20,21}. Se tiende más a señalar determinadas casillas de la historia clínica electrónica que a mejorar la atención clínica.

Una de las principales dificultades del modelo es la falta de concordancia de los objetivos fijados para atención primaria con los de los hospitales, que siguen sin tener sus retribuciones vinculadas a la racionalización de la prestación farmacéutica o al control de enfermedades crónicas. Al contrario, la financiación de los hospitales por actividad desincentiva evitar ingresos de pacientes con patologías crónicas.

Potenciar la atención domiciliaria

Una de las fortalezas de la atención primaria es la existencia de programas de atención domiciliaria para pacientes con enfermedades crónicas que no pueden desplazarse al centro. Se aplican a pacientes con alto grado de comorbilidad y dependencia: aproximadamente un 10% de los mayores de 65 años²².

La evaluación muestra que los equipos prestan una atención muy reactiva a la demanda. Las cargas de enfermería se explican por la demanda de los pacientes. La actividad aumenta ante la presencia de algunos problemas clínicos, como las úlceras por decúbito, y en cambio disminuye en pacientes no demandantes, como los que tienen deterioro cognitivo²³. Así mismo, la falta de coordinación con los servicios de urgencias y los hospitales, así como la demanda de los pacientes y los familiares, explican las hospitalizaciones innecesarias de estos pacientes.

La reciente promulgación de la Ley de Dependencia prometía una ayuda inestimable a la atención a este sector de la población con una gran comorbilidad y dependencia, pero la lentitud en su

implantación y su desvinculación del entorno sanitario han impedido que se cubrieran las necesidades de este colectivo.

El modelo de atención domiciliaria debería repensarse y reorientarse, para pasar de atender sólo demanda a cubrir las necesidades reales de la población con equipos multidisciplinares que ofrecieran atención social y sanitaria, y que atendieran los problemas de salud de forma proactiva. Para ello, debería identificarse a las personas de alto riesgo con los sistemas de información que tenemos: historia clínica electrónica, consumo de farmacia, altas hospitalarias y registro de dependencia.

Desarrollar los sistemas de información sanitaria

Una oportunidad de mejora en la atención primaria es la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación. La generalización de la historia clínica electrónica, la receta electrónica y las experiencias de telemedicina y de ayudas electrónicas a las decisiones clínicas podrán disminuir la burocracia y modificar la calidad de la atención prestada en atención primaria²⁴, si permiten compartir información y avanzar en la integración asistencial entre niveles. En este terreno, nuestro país se encuentra relativamente avanzado²⁵, a pesar de que no se ha logrado que los sistemas de información sanitaria autonómicos sean interoperables y de acceso universal para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desde fuera de nuestras fronteras.

Los sistemas de información sanitaria deberían ser comunes a todo el SNS y basarse en un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) anonimizados, para disponer continuamente de la información sanitaria de la población, del total de la actividad, de la gestión económica y administrativa, y de la historia clínica estructurada por episodios de atención; y deberían orientar el comportamiento sanitario mediante la gestión por comparación²⁶.

Respuesta institucional y respuesta profesional ante las innovaciones

El SNS en su conjunto y la atención primaria deberían dotarse de una estrategia global para mejorar su eficiencia y aumentar su capacidad resolutoria. Pero toda la administración pública debería hacer lo mismo, porque muchos de los problemas de la atención primaria no son intrínsecos sino que obedecen a una estructura administrativa rígida, burocrática, que desconfia de los subordinados, reticente a compartir decisiones y con unos mecanismos de gestión de personal ineficientes por inamovibles. Para ello son imprescindibles nuevos instrumentos de gestión pública que estimulen las funciones y los procesos esenciales que suman en la cadena de la innovación y del valor. Ese valor también debe proceder de la incorporación a la atención primaria de la población con mayor capacidad de influencia, ahora mayoritariamente acogida a regímenes asistenciales funcionariales (MUFACE, etc.), y de dar a la atención primaria categoría de disciplina universitaria.

La política institucional no puede desentenderse de las necesidades y de la sostenibilidad del SNS, como si fuera un conjunto heterogéneo de instituciones y servicios bajo diferentes responsabilidades políticas. En el caso de la atención primaria, los buenos resultados se obtendrán si se apuesta por una financiación suficiente, porque hasta ahora no lo ha sido²⁷; por un pacto político, para que no dependa de la ideología gobernante²⁸; y por una oferta de servicios personales de elevada calidad interna, autorregulados por normas deontológicas y profesionales, ajustada a las características de la población atendida y con participación de los ciudadanos.

Las reformas deben apoyarse en medias legislativas, en el buen gobierno, en la ejemplaridad ética y política que caracteriza al sistema sanitario, y en el alto grado de confianza otorgado a sus profesionales por la ciudadanía.

De los países de nuestro entorno no puede determinarse cuál tiene el mejor sistema sanitario, en parte por los diferentes métodos de recogida de los indicadores analizados²⁹. Tanto en países con sistemas de salud basados en la seguridad social (Francia, Alemania) como basados en impuestos generales (Dinamarca, España, Italia, Inglaterra), se observan tendencias comunes en su atención primaria, por ejemplo otorgar a los médicos de atención primaria función de «puerta de entrada» allí donde no la tienen, intervenir en el control del gasto sanitario mejorando la atención primaria, combinar capitación y salario en el pago a los médicos, favorecer la tendencia de los médicos a asociarse, tender a la cobertura universal y reducir las camas de hospitalización de agudos³⁰.

Conclusiones y recomendaciones

El modelo organizativo de la atención primaria y del conjunto de la sanidad española no ha logrado expresar todas sus posibilidades debido a los corsés propios del conjunto de la administración pública, en especial la contratación y la gestión del personal. Era poco probable que la mayoría de los centros de atención primaria pudieran funcionar bien basándose en equipos humanos contruidos de manera forzada, con sistemas de pago salariales y sin mecanismos reconocibles de incentivación que estimularan tanto la cantidad como la calidad del desempeño³¹. Un cambio sustancial debería basarse en la posibilidad de los médicos para autoelegirse para trabajar en equipo, para elegir algunas ayudas laborales y herramientas (sistemas de información), y para concertar con la administración los servicios a prestar y los indicadores de evaluación de la actividad, de forma que ganara peso en la remuneración el pago vinculado a capitación y a tipo y calidad de los servicios prestados.

Desde hace unos años se debate si la reforma de la atención primaria aún tiene recorrido o si debe romperse con ese modelo^{32,33}. Creemos que todavía es posible mejorar la eficiencia del sistema sanitario, flexibilizando las relaciones laborales y dotando de autonomía organizativa a unidades de provisión de servicios. Por otro lado, la falta de pruebas procedentes de la experimentación, y la disparidad de datos y de fuentes de información, no permiten sacar conclusiones determinantes a favor o en contra de ninguna de las iniciativas organizativas puestas en marcha hasta ahora.

En la macrogestión, para que la atención primaria se emancipe debe incrementar su peso relativo sobre el hospital, permitiendo la libre elección de especialista a cargo del presupuesto de la atención primaria. Las reformas de mercado, es decir de compra y provisión, por sí solas no son satisfactorias, e incluso pueden producir efectos negativos sobre la equidad³⁴. Combinando instrumentos de mercado y de red, en Alemania y Holanda han aprobado una regulación estatal para la promoción, a través de incentivos financieros, de estrategias autogestionadas y virtuales de integración entre proveedores que pueden mejorar los resultados³⁵.

En la denominada mesogestión, algunos cambios suscitan suficiente grado de acuerdo, por ejemplo:

- La libre elección de médico de atención primaria y las mejoras en la accesibilidad, sin diferencias entre mañana y tarde.
- Cambios en el modelo retributivo, mediante la capitación dinámica de base poblacional, modulando incentivos económicos y profesionales vinculados al grado de resolución o a la efectividad alcanzados respecto a la epidemiología esperada y al desempeño individual.
- Gestión compartida desde un solo lugar (gerencia única) de los recursos de atención primaria, del hospital, salud mental, servicios sociales, etc., como se ha probado con éxito en otras latitudes^{36,37}.

- Participar activamente en la gestión clínica de los procesos; en la práctica clínica, la garantía de calidad, la farmacia o la incapacidad temporal.
- La atención preventiva y comunitaria, junto con la incorporación a la atención primaria de actividades como cirugía menor, electrocardiografía, analítica básica, citología, colocación de dispositivos intrauterinos, espirometría, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos y postoperatorios, etc., han sido las estrategias de expansión de la cartera de servicios más utilizadas. Los límites a la expansión de la atención primaria sólo deben obedecer a prevalencias de las enfermedades tan bajas que hagan difícil el mantenimiento de las destrezas, o a que el coste de los servicios exija grandes volúmenes de pacientes para justificarse³⁸.
- La atención primaria debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la elección del guión del artículo y en la redacción, la corrección crítica y la aprobación de la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Palomo L. La atención primaria entre la crisis y el liderazgo social. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
2. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. Br J Gen Pract. 2001;51:303-9.
3. Heath I, Rubinstein A, Stange K, et al. Quality in primary health care: a multi-dimensional approach to complexity. BMJ. 2009;338:b1242.
4. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. En: Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 (Consultado el 20/4/11). Disponible en: <http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf>.
5. Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A, et al. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Barcelona: Institut D'Estudis de la Salut; 2007.
6. González López-Valcárcel B. La difusión de tecnologías sanitarias en atención primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
7. Rocafort Gil J, Herrera E, Fernández F, et al. ¿La existencia de los equipos de soporte de cuidados paliativos disminuye o suplanta la dedicación de los equipos de atención primaria a sus pacientes en situación terminal en sus domicilios? Aten Primaria. 2006;38:316-24.
8. Martín M. Los planes autonómicos de mejora de la atención primaria. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
9. García-Olmos L. La derivación como moneda de cambio en la relación entre atención primaria y hospitalaria. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
10. Martí LJ, Grenzner V. Modelos de atención primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999;5:116-23.
11. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic]. Barcelona: FAD; 2002.
12. Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (Consultado el 12/2/11). Disponible en: www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf.
13. Guarga A, Gil M, Pasarín M, et al. Comparación de los equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Aten Primaria. 2000;36:600-6.
14. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;36:368-78.

15. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, et al. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy*. 2008;86:335–44.
16. Regió Sanitaria de Barcelona Calsalut. Benchmarking dels equips d'atenció primària de la Regió Sanitària Barcelona. (Consultado el 28/4/11.) Disponible en: <http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxiu/benchmarking.atencio primaria.RSB.2009.pdf>.
17. Pou-Bordoy J, Gené-Badia J, De la Cámara-González C, et al. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006;15:231–4.
18. Gené Badia J, Gallo de Puellas P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004;34:198–201.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria S XXI: análisis de situación. Madrid 2006. (Consultado el 12/2/11.) Disponible en: <http://www.simeg.org/atencion primaria/191006analisis situacion atencion primaria.pdf>.
20. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007;80:2–10.
21. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom. *New Engl J Med*. 2006;355:4.
22. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;361:368–78.
23. Alcalá MV, Puime AO, Santos MT, et al. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria*. 2010;42:520–7.
24. Catalán A, Borrell F, Amado E, et al. Prescripció farmacèutica segura (PREFASEG). *Annals de Medicina*. 2011;94:2–3.
25. Protti D, Johansen I, Pérez-Torres F. Comparing the application of health information technology in primary care in Denmark and Andalucía, Spain. *International Journal of Medical Informatics*. 2009;78:270–83.
26. Proyecto ISIS Manager® de CYMAP SL. (Consultado el 16/2/11.) Disponible en: www.unidadefectividad.net.
27. Simó J. Deuda histórica de financiación de nuestra atención primaria. *El Médico*. 2011;1119:12–9.
28. Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008;40:277–84.
29. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:94.
30. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria*. 2010;42:620–5.
31. Gervas J, Ortún V, Palomo L, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589–96.
32. Borrell F, Gené J. La atención primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008;10:3–7.
33. Gervas J, Pérez-Fernández M. La necesaria atención primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008;10:8–12.
34. Martín M, Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit*. 2004;18 (Suppl 1):96–101.
35. Van der Linden B. Integration of care in the Netherlands: the development of transmurial care since 1994. *Health Policy*. 2001;55:111–20.
36. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Atención Integr*. 2002;2:e12 (Consultado el 16/2/2011.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/?tool=pubmed>.
37. Vondeling H. Economic evaluation of integrated care: an introduction. *International Journal of Integrated Care*. 2004;4:e20 (Consultado el 16/2/11.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393259/?tool=pubmed>.
38. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97–102.

Informe SESPAS

Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012

Barbara Starfield*

University Distinguished Professor, Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA

ARTICLE INFO

Article history:

Received 13 January 2011

Accepted 25 October 2011

Available online 21 January 2012

Keywords:

Primary health care

Primary care

Evaluation of effectiveness and equity

Health systems

ABSTRACT

As of 2005, the literature on the benefits of primary care oriented health systems was consistent in showing greater effectiveness, greater efficiency, and greater equity. In the ensuing five years, nothing changed that conclusion, but there is now greater understanding of the mechanisms by which the benefits of primary care are achieved. We now know that, within certain bounds, neither the wealth of a country nor the total number of health personnel are related to health levels. What counts is the existence of key features of health policy (Primary Health Care): universal financial coverage *under government control or regulation*, attempts to distribute resources equitably, comprehensiveness of services, and low or no copayments for primary care services. All of these, *in combination*, produce better primary care: greater first contact access and use, more person-focused care over time, greater range of services available and provided when needed, and coordination of care. The evidence is no longer confined mainly to industrialized countries, as new studies show it to be the case in middle and lower income countries. The endorsements of the World Health Organization (in the form of the reports of the Commission on Social Determinants of Health and the World Health Report of 2008, as well a number of other international commissions, reflect the widespread acceptance of the importance of primary health care. Primary health care can now be measured and assessed; all innovations and enhancements in it must serve its essential features in order to be useful.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012

RESUMEN

Hasta 2005, la literatura sobre los beneficios de los sistemas de salud orientados a la atención primaria ha sido consistente en mostrar una mayor eficacia, una mayor eficiencia y una mayor equidad. En los siguientes 5 años nada ha cambiado esta conclusión, pero ahora comprendemos mejor los mecanismos por los que actúa. Sabemos que, dentro de ciertos límites, ni la riqueza de un país ni el número de profesionales de la salud se relacionan con los niveles de salud. Lo que cuenta es la existencia de las características clave de la política de salud (atención primaria de salud): la cobertura financiera universal bajo el control del gobierno o regulada, los intentos de distribuir los recursos equitativamente, la integralidad de los servicios, y bajos o nulos copagos para los servicios de atención primaria. Todos estos, combinados, producen una mejor atención primaria: un mayor acceso y uso del primer contacto, más atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, mayor gama de servicios disponibles cuando sean necesarios, y la coordinación de la atención. La evidencia ya no se limita principalmente a los países industrializados, pues nuevos estudios también lo demuestran en países con ingresos medios y bajos. El aval de la Organización Mundial de la Salud (los informes de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y el Informe de Salud Mundial de 2009), así como una serie de comisiones internacionales, reflejan la aceptación generalizada de la importancia de la atención primaria de salud. Ahora, la atención primaria de salud puede ser medida y evaluada; todas las innovaciones y mejoras en ella deben servir a sus características esenciales con el fin de ser útil.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Atención primaria

Evaluación de la eficacia y la equidad

Sistemas de salud

Introduction

Evidence of the value of primary care in health systems continues to accumulate. A 2005 review of evidence on the benefits

of comprehensive primary care included international comparisons, studies within countries, and studies of the impact of the important features of primary care.¹ Since then, other research and analysis has confirmed the conclusion that strong primary care health systems are more likely to provide better population health, better distribution (more equity) in health throughout the populations, and greater economy in the use of resources. Kringos and colleagues reviewed 85 studies published between 2003 and 2008 for evidence in the areas of governance, economic conditions,

* Because of the death of Dr. Starfield on June 10, 2011, all correspondence should be addressed to her husband: Neil A. Holtzman, MD.

E-mail address: nholtzma@jhsph.edu

Key points

- The evidence on the benefits of a primary care orientation continues to accumulate.
- Primary (health) care can be defined and measured.
- Both systems characteristics (policies) and primary care functions are critical to effectiveness.
- Many countries and areas have adopted standardized primary care measurement in their health reform efforts.
- All innovations and enhancements to primary care should be evaluated with regard to the extent to which they foster the achievement of the specific functions of primary care.

workforce development, access, continuity of care, coordination of care, comprehensiveness of care, quality of care, efficiency of care, and equity in health.² They found robust evidence that primary care contributes to overall health system performance and health.

Within the most recent ten years, the confusion between primary *health* care (PHC) and primary care (PC) has also been resolved. PHC involves aspects of health policy and health care systems that create the conditions under which clinical primary care can thrive. The critical system functions are universal financial access, equitable distribution of resources according to need, low or no copayments, and comprehensiveness of services.³ The critical clinical (“behavioral”) functions are first contact access and use, person-focused over time, comprehensiveness of services available and delivered, and coordination through information transfer and recognition. Compelling evidence of the benefits of health services systems oriented to primary care has been so robust that the World Health Organization concluded in 2008 that “the broad focus of primary health care, along with the social determinants of health, should be kept foremost in policy of all countries”.⁴

It is the purpose of this paper to provide some examples of evidence published after the 2005 review was written, to reiterate and add to the rationale for primary care as the appropriate health system infrastructure, and to indicate what needs to be done in the future to maintain and strengthen its potential.

Evidence of benefits of primary health care – the system/population level

International comparisons

Among 90 countries with Gross National Income of less than \$10,000 per person, 30 have moved toward primary health care. Of these 30, 14 moved to comprehensive primary care (defined as skilled attendance at birth). These 14 have achieved much lower under-five mortality rates along with greater equity in health care as well as more equitable distribution of health services,⁵ thus confirming earlier findings in industrialized countries.

Gakidou and colleagues found that improvements in women’s education accounted for over half the reduction in under-5 mortality in a study of 175 countries – a far greater effect than that of increasing income.⁶ As more educated women are more likely to use health services, and particularly preventive care, countries such as China, Costa Rica, Sri Lanka, and Kerala state that make a political commitment to both education and primary care services achieve relatively high life expectancies despite low income.⁷

In a comparison of health outcomes in the neighboring countries of Canada and the US, the former (more primary care oriented) country does better than the latter country on 10 of 12 indicators. The gap between the two countries in international comparisons

has widened since the passage of the Canada Health Act in the early 1970s. This act and subsequent provincial policies greatly strengthened the primary care underpinnings of the Canadian health services system.⁸ A review of 38 studies addressing diverse clinical problems found that, overall, quality of care is better in Canada than in the United States. Of 10 studies that included extensive statistical adjustment and enrolled broad populations, five favored Canada, two favored the US, and three showed equivalent or mixed results.⁹ A comparison of age-adjusted survival from breast cancer showed that low socioeconomic status is strongly associated with decreased survival in the US but not in Canada, and the survival advantage in Canada is much larger for people who are under age 65, who are not covered by universal financing to facilitate the receipt of primary care in the US.

Evidence from within countries

Newer studies not only confirmed the findings of older ones but did so with improved control for other known influences on health.

In the United States, an increase of one primary care doctor (PCP) per 10,000 population is associated with 1.44 fewer deaths per 10,000 population, a 2.5% reduction in infant mortality, and a 3.2% reduction in low birth weight after controlling for income inequality, education, unemployment, racial/ethnic composition, urban/rural location, percentage elderly, percentage living in poverty and/or low income.¹⁰ The percentage decrease expected from one more one primary care physician per 10,000 population ranges from 2% percent to 6%, depending on the attributed cause of death. There is greater variability in African American deaths across states than is the case for white deaths, making the estimates less precise for African Americans, at least partly due to greater variability in the adequacy of the facilities available to African Americans.¹¹ Nevertheless, the association of primary care with decreased mortality is greater in the African-American population than in the white population,¹² thus indicating a greater potential for decreasing inequity in health.

In US Standard Metropolitan Statistical Areas (where 80% of the US population resides) an increase of one PCP/10,000 (approximately a 15% increase) decreases inpatient admissions by an estimated 6%, outpatient visits by 5%, emergency room visits by 10%, and surgeries by over 7%.¹³

A nationally representative US study showed that adults and children with a family physician (rather than a general internist, pediatrician, or sub-specialist) as their regular source of care had lower annual cost of care, made fewer visits, had 25% fewer prescriptions, and reported less difficulty in accessing care, even after controlling for case-mix, demographic characteristics (age, gender, income, race, region, and self-reported health status). Half of the excess is in hospital and ER spending; one-fifth is in physician payments; and one-third is for medications.¹⁴

A review of previous studies and a new study in the state of Victoria (Australia) confirmed that better primary care access is associated with lower hospitalization rates for conditions managed by good primary care. After taking into account other influences on hospitalization rates, e.g., population characteristics (poorer health status, low income, poorer education) and low supply of primary care physicians, all of which are associated with greater likelihood of hospitalization), consumers’ reports of access to primary care are associated with lower hospitalization rates for these conditions (with no effect on hospitalizations for conditions not preventable by good primary care).¹⁵

Using data from hospitals and data on physician supply, Chetty et al found that 30 day readmission rates for pneumonia, heart attack, and heart failure decrease as the number of family physicians increases.¹⁶ Increased numbers of physicians in

all other major specialties was associated with increased risk of readmission, accounting for 15.7% of all readmissions in the US. Adding one family physician per 1000 population (adjusted for mortality, sociodemographics, and hospital characteristics) reduces the odds of readmission for these three conditions by 7%, 5%, and 8%, respectively. Increasing the family medicine workforce to 46 per 100,000 people in each county could reduce readmission rates for these three conditions alone by 1%, 0.7% and 1.1%, resulting in a cost reduction of \$12.7 million per year. [If reductions for all other causes of hospital readmission result in comparable savings, then there would be a total savings of \$80.9 million each year. A greater increase, to one hundred family physicians per 100,000 people, would save \$578.6 million per year in the country.]

A variety of US studies by DeVoe and colleagues have shown that both financial access and a regular source of care have important benefits. Financial access is especially important for preventive care whereas a regular source of care is critical to meeting peoples' health needs over time. These studies do not examine the nature of the regular source of care, but this regular source is reported to be a primary care source about 90% of the time.¹⁷

Studies in Canada find similar effects. For children of ages 0-17 in Ontario, areas with higher primary care physician supply have greater self-reported access, more use of recommended preventive care visits, less use of the emergency room for non-urgent problems, and fewer hospitalizations for common acute conditions and acute exacerbations of chronic illnesses.¹⁸ Areas of Ontario where the supply of GPs is 7 or more per 10,000 have higher likelihood of early diagnosis and higher 5 year survival for breast cancer, even after controlling for age and area income, than areas with less than 7 per 100,000. A loss of GPs during the 1990s was associated with a lower likelihood of early diagnosis and 5-year survival.¹⁹

In the United Kingdom, an analysis that controlled for the propensity of physicians to locate in areas with better health found that the greater the family physician supply, the better the self-reported health; the association was even greater than had been found in a previous studies.²⁰

Evidence from developing countries

Starting in 1990, Brazil built a tax-based health services system based on strong primary care. During the period 1990–2007, there were marked improvements in maternal education, large reductions in postneonatal mortality and under-5 mortality, marked reductions in stunting, increased contraceptive use, vaccine coverage, antenatal care, skilled birth attendance, and marked decreases in absolute rich-poor differences in infant and child mortality across different areas. Between 1996 and 2005, chronic disease mortality decreased, except for diabetes. There have been large declines in hospitalizations for primary care sensitive conditions (overall 5% per year), more so at ages 20–59, and less so in the elderly. Hospitalizations for the main chronic diseases have declined by 25–30%, especially for cardiovascular diseases, asthma, hypertension, stroke.²¹ Hospitalizations that would be prevented by good primary care declined by over 5% annually.²² Infant mortality declined 40% between 1990 and 2002; controlling for other impacts on infant mortality, a 10% increase in primary care coverage was associated with an average 4.6% decline in infant mortality. The effect was primarily in postneonatal mortality and largely a result of a decline in deaths from infectious diseases, especially diarrhea.²³ A household survey of adults (ages 18+) found that there was no difference in use of either outpatient or inpatient services between the poorest and richest area income quintiles for people who reported poor health status. That is, vertical equity has been almost achieved in Brazil.²⁴

Largely as a result of the advocacy of the Rural Doctors Society insurance for medical services was progressively expanded to cover the entire population of Thailand by the early 2000s. At least one primary care health center was developed in each rural village. During this period, under-5 mortality was lowered by a much greater percentage in more deprived populations than in less deprived ones: 44% in the poorest quintile and 13% in the richest percentile. Both relative and absolute differences in under-5 mortality were reduced.²⁵ Analyses in Indonesia indicated a worsening infant mortality during a period in the late 1990s when primary care expenditures were reduced and hospital expenditures increased.²⁶ Other studies comparing primary care intervention areas with comparison areas (as in Haiti, Bangladesh, India, Liberia, Zaire, Bolivia) also showed decreased inequalities in the primary care areas.^{27–30}

A later review of studies of an integrated approach to primary care in low- and middle-income countries found that most of the 36 studies showed improved health associated with primary care.³¹ The conclusions were supported by a subsequent review,³² which concluded that the major efforts were to eliminate services directed at particular health problems in favor of integrated services in public facilities, generally by non-physician primary care providers. Improved health, particularly for young children (the predominant focus of such efforts) has often been associated with greater equity in health, and at lower costs than previously estimated, largely due to reductions in unnecessary services and more efficient use of medications.

Doherty and Govender reviewed the literature for the utility of primary care in developing countries in Africa.³³ The evidence clearly showed the fallacy of disease-oriented approaches and the importance of “packages” as long as they are broadly inclusive.

Evidence of the benefits of primary care – the individual level

Research on the quality of care consistently has shown that primary care physicians provide higher quality of care for generic (person-focused) measures of care. While specialists may do better on certain disease-specific and guideline-directed aspects of disease management, person-focused care is better when done by primary care physicians.¹ A recent US study showed that generalists are more likely than specialists to spot clinically-important drug-drug interactions – a phenomenon that indicates safer care.³⁴

Primary care improves health system functioning through such services as managing and triaging undifferentiated symptoms, matching patients' needs with health care resources, and enhancing systems' ability to adapt to new circumstances. Ferrer and colleagues provided evidence on each of these types of contributions.³⁵ The benefits are a result of the combined effect of four unique characteristics of primary care: first contact, person-focused care over time, comprehensiveness, and coordination. No other form or specialty of medicine provides all four in concert.

A recent review of 161 peer reviewed publications divided the evidence on the benefits of a primary care orientation into two types: primary care defined by the type of provider and primary care as a set of functions generally defined by “continuity over time” provided by a usual source of care. It concluded that the available evidence most directly supports the latter; it is not the type of primary care providers that make the difference but, rather, the functions they perform that are responsible for the benefit.³⁶

In a series of US studies involving only the elderly (age 65 and over) and focusing primarily on variability in resource use, investigators found that high intensity of hospital care (and, hence, greater costs) is associated with a greater input of physician activity, but areas with lower intensity have more primary care physician activity, and areas with high intensity have greater medical specialist activity.^{37,38}

Rosenthal provided updates on the benefits of “whole-person orientation” and coordination.³⁹ Parchman et al found that patient-practitioner communication and coordination in primary care were associated with fewer reported “hassles” among patients with chronic illnesses.⁴⁰ Kringos et al added considerably to the importance of comprehensiveness and coordination in their literature review of these issues.²

The comprehensiveness function of primary care deserves special mention because evidence of its benefits was sparse until recently. Comprehensiveness is measured by the availability in primary care of a wide range of services to meet common needs, and by performance of a wider range of health services for a wider range of health problems. Comprehensiveness is a critical feature of primary care because it is responsible for avoiding unnecessary referrals to specialists and therefore for avoiding unnecessary and inappropriate care and inappropriate expenditures.

Friedberg et al, in their review of the literature up to 2009 found no evidence that providing care for a single body part or health condition by a specialist can achieve the benefits of primary care, thus buttressing the importance of comprehensiveness as an essential element of primary care.³⁶ Higher comprehensiveness scores (e.g., number of medical procedures performed in primary care; presence of occupational and physical therapists available in primary care) are associated with better coordination between primary care and other specialists, as shown in a study in Canada.⁴¹ Another study showed that the more DIFFERENT specialists that are seen, the higher the total costs, medical costs, diagnostic tests and interventions, and types of medication. The more that can be done in primary care, the greater the efficiency of the care, even after controlling for morbidity burden.⁴² In a study in 1227 health centers in three developing countries in Africa, the greater the comprehensiveness of services, the greater the vaccination rate; the effect increased with greater comprehensiveness.⁴

In a study that controlled for multimorbidity among diabetic patients and people with congestive heart failure in British Columbia (Canada), continuity of primary care was associated with lower costs, mainly from reduced hospitalization but also from reduced specialist use. The findings were robust to differences in age and patient characteristics (including income or area of residence). Each additional 1% increase in continuity of care was associated with a saving of about \$81 per year per person with diabetes; the benefit of continuity of primary care was especially great for people with complex morbidity patterns.⁴³

Large medical groups that score higher on quality of management of selected chronic illnesses also score higher in primary care attributes. That is, better overall care for patients is associated with better care for their individual problems.⁴⁴ Moreover, continuity of care over time is associated with better coordination of care,⁴⁵ as is comprehensiveness of care.⁴¹

Data derived from a US nationally representative survey of individuals 70 years old or more showed that non-continuity of primary care physician, as defined as more than 8 months between visits to the same primary care physician, is associated with increased mortality during a fifteen-year follow-up. Neither low subjective life expectancy, smoking or drinking, fair or poor self-rated health, other chronic disease, or hospitalization in the year before baseline accounted for the differences in mortality. Moreover, the greater the volume of visits to the primary care physician, the greater the survival benefit from continuity of care, suggesting the great importance of accumulated knowledge of patients.⁴⁶

Innovations, enhancements, and challenges

Widespread acceptance of the importance of primary health care has led to a variety of efforts to promote enhancements intended to strengthen it. To the contrary, some of these appear

to be an effort to maintain the dominance of hospitals and specialists and markets for technologies that promise profits for the developers. Others, however, appear to be ways to strengthen the provision of the important components of primary care. The following provides a brief summary of the major approaches.

“Patient-centered care”

A long history of research on characteristics of the physician-patient interaction in individual visits has provided not only instruments of measurement but also evidence that better interaction with patients during visits is associated with greater satisfaction with care and with some aspects of clinical management. There is little evidence, however, of notable improvements in subsequent health. Individual visits can address only a limited number of patient concerns but the essence of primary care is a process of care that takes place over time and across a variety of types of problems that patients experience over time. The “patient-centered medical home” innovation broadens the concept of “patient-centered” to interactions over time, not just in a single visit⁴⁷. Recent work indicates that time-based patient orientation is associated with better effectiveness in achieving overall well-being, reducing disparities (increasing equity) across patient subgroups, and greater efficiency (spending less time in visits), greater safety of services rendered, and fewer malpractice suits.⁴⁷ In order to avoid confusion between visit-based measures of interaction and time based measures of attention to peoples’ problems, it will be useful to distinguish the two by different terms: patient-centered (for visits, consistent with the literature) and person-focused (to connote relationships over time). Patient-centeredness in visits should be a feature of ALL care, whether primary care or specialty care.⁴⁸ Person-focused is a feature of primary care. As face-to-face visits are increasingly being replaced by other modes of interaction such as telemedicine, primary care research should extend beyond a focus on visits to time-oriented interactions.

Primary care/specialty care interactions

It is evident that, while there is a relationship between the supply of primary care physicians and better health, there are exceptions to the rule. For example, in the United States, there is a strong and robust relationship between the supply of primary care physicians (especially family physicians) and better health, greater equity, and lower costs, but there are areas of the country, particularly those with a large influence of specialist care, where this is not the case.⁴⁹ Another example is Denmark, which has excellent primary care but poor health relative to other comparable countries.⁵⁰ Despite the benefits of a primary care orientation, it is important to realize that primary care alone cannot assure good health in the population. With increasing survival from acute conditions, the role of ongoing care by primary care clinicians needs to be complemented by specialty services that support the functions of primary care through prompt and adequate attention to complex health problems. The functions of primary care are well known and measurable, but the functions and roles of specialty care are not. Specialist care is known to be more costly than primary care, but its specific benefits to effectiveness, equity, and efficiency are unknown. Studies in the US indicate that an oversupply of specialists is detrimental to health;⁵¹ other studies have shown that specialist supply is inequitably distributed in almost all countries.⁵² It is important to turn attention to understanding what problems should be referred to specialists, in what circumstances, and with what expectations. Specialty care needs to be accountable for its impact on health and costs of care, in the same way that accountability of primary care is being required.

The medical home

In an attempt to translate the evidence on primary care into action, the concept of the “medical home” was developed in the US. Based primarily on achieving the unique functions of primary care as described above, the medical home also draws from the presumed value of primary care “teams”, the “chronic care model”, and the electronic health record.

Reid and colleagues implemented an intervention which involved secure email interactions between patients and practitioners, disease registries, care plans, self-management interventions, increased outreach to patients, team discussions, and performance evaluations.⁵³ Within two years there were cost savings, increased patient satisfaction, less burnout for practitioners, 29% fewer emergency room visits, 6% fewer hospitalizations (controlled for age, sex, and case-mix), and savings of \$103 per patient per month, when compared with non-intervention clinics. There was a slight increase in use of specialists but less so at two years than at one year of implementation.

Another US intervention involving a large health plan included:

- Patient-centered practice: teams (MD, nurse, MD-assistant, administrative staff, case-manager); patient registry and tracking; expanded in-office treatments; improved access).
- Integrated population management: population profiling; primary prevention reminders; case management; disease management; remote monitoring; transition management; medication management; life planning.
- Micro-delivery systems: lists of specialists; design of care systems in other sites (e.g., home health).
- Quality outcomes: 10 specific indicators, including patient satisfaction, preventive and chronic disease care, encounters/patient, post-hospital follow-up, percentage of high risk patients with current care plans.
- Value reimbursement systems: fee for service to reward for access; pay for performance for quality targets; stipends for participating in new activities; incentive payments based on shared savings.

This multi-component intervention was associated with an 18% cumulative reduction in inpatient admissions and a 32% reduction in readmissions (as compared with a group of practices not implementing the program) over a 4-year study period. Costs (excluding medication costs) were not significantly reduced. No attempt was made either to determine which of the intervention components were responsible for the changes or to examine reasons for the absence of significant reductions in costs.^{54,55}

The generalizability of these and other (usually disease-oriented “innovations” is as yet unproven, primarily because evaluations have been focused on patients with a limited set of selected chronic illnesses (primarily diabetes mellitus).^{54,55}

Guidelines in primary care

Although general outlines for dealing with health problems based upon high quality evidence can be helpful, the way in which guidelines have developed makes them largely unsuitable for primary care. The starting point for most guidelines is the presence of a disease or condition. Thus, they fail to address quality of care for most of what occurs in primary care: undifferentiated problems rather than diagnoses, and multimorbidity rather than single diseases. Furthermore, the evidence base is inadequate, not based on representative populations, conducted in atypical settings, focused on performance of procedures rather than on improvement in health, and impervious to the potential for adverse effects. Primary

care performance measurement using disease-oriented guidelines creates inappropriate incentives in caring for people with multiple conditions, creates perverse incentives for focusing on what is easily measurable rather than what is most important and for avoiding the care of disadvantaged populations. In their application, guidelines are unfair, as they place a greater burden on primary care than on outpatient specialty care, which is exempt from them. A better strategy for quality control in primary care would assess how well primary care carries out its functions of first contact, person-focused care over time, comprehensiveness, and coordination and avoids adverse events, but there is no systematic attempt to do this anywhere.

The problems with payment for performance in primary care are extensions of the problems with guidelines; they lie in their inappropriate conceptualization and application rather than being inherently inappropriate. Payment should be based on achievement of evidence-based functions that are directed at improving care to people, not on the basis of adherence to disease-oriented criteria.

The emphasis on chronic illnesses

A concerted attempt to focus the attention of health services on chronic illnesses is misplaced as a strategy to improve primary care. As deaths from acute diseases are waning, deaths attributed to chronic illnesses are increasing in relative frequency. Their importance signals a new era in the conceptualization of illness: management of multiple concurrent diseases rather than management of single diseases.

Focusing primary care on selected chronic conditions is not likely to improve the health of populations and may not improve the health of individuals in general or just those with chronic illnesses.⁵⁶ A more appropriate way to organize care is through person- (not disease-) focused health services that take into account different degrees of “morbidity burden” and different mixes of types of problems in people and populations. As recognized in the 2008 World Health Report, this requires a renewed universal emphasis on primary health care.⁴

Teams

The literature on the use of teams in primary care practice fails to specify the tasks carried out by different members of teams and the extent to which they contribute to the functions of primary care. Every team is different. Non-physician members primarily carry out specific tasks (such as ordering medications or lab tests when physicians need help in keeping to their workload schedules. The extent to which teams complement physicians by adding to the comprehensiveness of services offered is unclear.⁵⁷

Other “innovations”

In the UK, reorganization of primary care and specialty care, particularly in urban areas, is taking one of two forms: the co-location of primary care and specialty services in one large center and the “hub-and spoke” design arranged within communities to locate primary care facilities around a central specialist referral site.⁵⁸ The latter is reminiscent of the original conceptualization in the 1920 Dawson report⁵⁹ in the UK, which launched the term “primary care” in the context of “primary health care centers”. As this is responsive to the need to improve the coordination of primary care and other specialist services, research on its benefits and unintended disadvantages will be of great interest.

In reviewing evaluations of these as well as other “innovations and enhancements”, it appears clear that structural changes alone

(e.g., physician and patient reminders, electronic health records, case managers) will be useful only to the extent that they foster behaviors that are consistent with the achievement of primary care functions.

Conclusion

If primary care has a demonstrably salutary impact on health and equity in health, it follows that stronger primary care should produce better outcomes than weaker primary care. There are instruments to assess the strength of primary care, both from the systems viewpoint and from the clinical viewpoint. Malouin and colleagues reviewed the most widely tested instruments using the domains and subdomains of primary care as the basis for comparison.⁶⁰ One instrument, the PCAT, addresses the four key domains of primary care (first contact, person-focus over time, comprehensiveness, and coordination), each from the vantage of the structural characteristics of facilities and from the behavioral characteristics that are important in achieving the function. Thus, the instrument has eight subdomains plus three additional domains that are often considered useful: family orientation, community orientation, and cultural competence. Consumer versions and provider/facility versions have been tested for adults and/or children in the US, Canada, Spain, Korea, China, Hong Kong, and Brazil, as well as in several other areas (www.jhsph.edu/pcpc/pca.tools.html). A tool to assess the systems/policy characteristics is also part of the PCAT set. Instruments such as the PCAT and the CARE set of instruments⁶¹ also address such issues as making patients feel at ease, allowing them to express their concerns, listening, being interested in them as a whole person, showing care and compassion, being positive, explaining things carefully, helping patients take control, and helping plan a course of action. The PHAMEU tool is being tested for the purpose of comparing the structural aspects of primary care orientation of European countries.⁶²

Accountability of health systems for their primary care orientation is now possible. The challenge for the future is to make it a reality in moving towards developing similar approaches for specialty services as well, and for the relative contribution of each and both together.

Conflict of interest

None.

References

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
- Gilson L, Doherty J, Loewenson R, et al. Challenging inequity through health systems. Final report, Knowledge Network on Health Systems, June 2007. WHO Commission on the Social Determinants of Health. (Accessed November 19, 2010.) Available from: http://www.who.int/social.determinants/resources/csdh_media/hskn_final.2007_en.pdf Johannesburg, South Africa: Centre for Health Policy, EQUINET, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2007.
- World Health Organization. The World Health report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet.* 2008;372:950–61.
- Gakidou E, Cowling K, Lozano R, et al. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *Lancet.* 2010;376:959–74.
- Cleland J. The benefits of educating women. *Lancet.* 2010;376:933–4.
- Starfield B. Re-inventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Aff.* 2010;29:1030–6.
- Docteur E, Berenson RA. How does the quality of U.S. health care compare internationally? Robert Wood Johnson Foundation, 2009. (Accessed November 19, 2010.) Available from: <http://www.rwjf.org/files/research/qualityquickstrikeaug2009.pdf>
- Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58:374–80.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37:111–26.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med.* 2005;61:65–75.
- Kravet SJ, Shore AD, Miller R, et al. Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *Am J Med.* 2008;121:142–8.
- Phillips RL, Dodoo MS, Green LA, et al. Usual source of care: an important source of variation in health care spending. *Health Aff.* 2009;28:567–77.
- Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.* 2006;63:719–41.
- Chetty VK, Culpepper L, Phillips R, et al. Family physicians decrease hospital readmission rates. 2010, submitted for publication.
- DeVoe JE, Saultz JW, Krois L, et al. A medical home versus temporary housing: the importance of a stable usual source of care. *Pediatrics.* 2009;124:1363–71.
- Guttmann A, Shipman SA, Lam K, et al. Primary care physician supply and children's health care use, access, and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics.* 2010;125:1119–26.
- Gorey KM, Luginaah IN, Holowaty EJ, et al. Associations of physician supplies with breast cancer stage at diagnosis and survival in Ontario, 1988 to 2006. *Cancer.* 2009;115:3563–70.
- Gravelle H, Morris S, Sutton M. Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health. *Health Serv Res.* 2008;43:1128–44.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff.* 2010;29:2149–60.
- Macinko J, de Oliveira V, Turci M, et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. *Am J Public Health.* 2011, forthcoming.
- Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:13–9.
- Szwarcwald CL, Souza-Junior PR, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:217.
- Vapattanawong P, Hogan MC, Hanvoravongchai P, et al. Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. *Lancet.* 2007;369:850–5.
- Simms C, Rowson M. Reassessment of health effects of the Indonesian economic crisis: donors versus the data. *Lancet.* 2003;361:1382–5.
- Perry H, Robison N, Chavez D, et al. The census-based, impact-oriented approach: its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy Plann.* 1998;13:140–51.
- Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salmerón J, et al. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plann.* 1997;12:214–23.
- Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;15:94–103.
- Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Soc Sci Med.* 2004;58:1271–84.
- Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage.* 2009;32:150–71.
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med.* 2010;70:904–11.
- Doherty J, Govender R. The cost effectiveness of primary care services in developing countries: a review of the international literature. Rockville, MD: Disease Control Priorities Project, National Institutes of Health; 2004.
- Ko Y, Malone DC, D'Agostino JV, et al. Potential determinants of prescribers' drug-drug interaction knowledge. *Res Social Adm Pharm.* 2008;4:355–66.
- Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med.* 2005;142:691–9.
- Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff.* 2010;29:766–72.
- Wennberg JE, Bronner K, Skinner JS, et al. Inpatient care intensity and patients' ratings of their hospital experiences. *Health Aff.* 2009;28:103–12.
- Sirovich B, Gallagher PM, Wennberg DE, et al. Discretionary decision making by primary care physicians and the cost of U.S. health care. *Health Aff.* 2008;27:813–23.
- Rosenthal TC. The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. *J Am Board Fam Med.* 2008;21:427–40.
- Parchman ML, Noel PH, Lee S. Primary care attributes, health care system hassles, and chronic illness. *Med Care.* 2005;43:1123–9.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008;6:116–23.
- Starfield B, Chang H, Lemke KW, et al. Ambulatory specialist use by non-hospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage.* 2009;32:216–25.
- Hollander M, Kadlec H, Hamdi R, et al. Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services. *Health Q.* 2009;12:30–42.

44. Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, et al. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med.* 2006;4:117–23.
45. Christakis DA, Wright JA, Zimmerman FJ, et al. Continuity of care is associated with well-coordinated care. *Ambul Pediatr.* 2003;3:82–6.
46. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010;65:421–8.
47. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, et al. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff.* 2010;29:1489–95.
48. Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity and Society.* 2009;33:56–73.
49. Goodman D, Brownlee S, Chang C, et al. Regional and racial variation in primary care and the quality of care among Medicare beneficiaries. Lebanon, NH: Dartmouth Atlas of Health Care; 2010.
50. Joumard I, Andre C, Nicq C. Health care systems: efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Paper No. 769. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010.
51. Starfield B, Shi L, Grover A, et al. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff.* 2005;W5:97–107.
52. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2006;174:177–83.
53. Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, et al. The group health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. *Health Aff.* 2010;29:835–43.
54. Damberg CL, Shortell SM, Raube K, et al. Relationship between quality improvement processes and clinical performance. *Am J Manag Care.* 2010;16:601–8.
55. Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff.* 2009;28:75–85.
56. van Eygen L. The management of chronic care conditions in Europe with special reference to diabetes. In: *The pivotal role of primary care.* Almere, Netherlands: European Forum for Primary Care; 2006.
57. Chesluk BJ, Holmboe ES. How teams work - or don't - in primary care: a field study on internal medicine practices. *Health Aff.* 2010;29:874–9.
58. Hutt P, Singh S, Modell M, et al. Polyclinics and polysystems: evolving ambiguity, evidence required. *Br J Gen Pract.* 2010;60:400–1.
59. Lord Dawson of Penn., Interim Report on the Future Provisions of Medical, Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London, UK: Her Majesty's Stationery Offices; 1920.
60. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care.* 2009;18:44–8.
61. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, et al. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Fam Pract.* 2005;22:328–34.
62. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 2010;11:81.

Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012

M.^a de los Santos Ichaso Hernández-Rubio^a y Sandra García Armesto^{b,*}

^a Instituto de Información Sanitaria, Agencia de Calidad del SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

^b Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios y Políticas de Salud, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de marzo de 2011

Aceptado el 25 de agosto de 2011

On-line el 6 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Sistemas de información en atención primaria

Indicadores de atención primaria

Evaluación del desempeño de la atención primaria

Keywords:

Information systems in primary health care

Primary healthcare indicators

Primary healthcare performance assessment

R E S U M E N

Este artículo tiene un objetivo doble: en la primera parte nos proponemos ilustrar la experiencia internacional en la evaluación de la atención primaria utilizando tanto iniciativas de comparación multinacional como experiencias de evaluación nacional en países de nuestro entorno; en la segunda parte se describen los avances realizados hasta la fecha en la articulación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) en España. La centralidad de la atención primaria en los discursos conceptuales que sustentan los trabajos de evaluación de los sistemas sanitarios tropieza con la realidad de la calidad y disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes. El escaso desarrollo de fuentes de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan diagnósticos y documenten procesos y resultados intermedios de ámbito individual en la atención primaria es un problema en todos los países. También la necesidad de subsanar esta carencia se ha convertido en prioridad para la mayoría de los estados, especialmente en la última década. En España, el concepto de SIAP hace su aparición en 2003 y sus primeros datos se publican en 2006. Desde entonces se han ido incorporando diferentes elementos, contando con la implicación de todas las comunidades autónomas. Los aspectos recogidos en la actualidad se refieren a la población asignada, los recursos disponibles, el catálogo de centros asistenciales, la oferta de servicios y la actividad desarrollada. La construcción de una base de datos con información clínica constituye el siguiente elemento con que dotar a este sistema de información, en fase de implementación.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Indicators in primary care: reality or desire. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

The aim of this article is two-fold: firstly, to illustrate international experiences of assessing primary care performance by using examples of both cross-country comparisons and national assessment efforts and, secondly, to describe the progress achieved to date in the articulation of the Spanish Primary Care Information System. The central role assigned to primary care in conceptual frameworks clashes with the severe limitations in the quality and availability of the data required to construct the indicators. The lack of systematic and standardized databases covering diagnosis, procedures and intermediate results in individual patients is endemic across countries. Filling this gap has become a priority in most countries, especially during the last decade. In Spain, the concept of the Primary Care Information System appeared in 2003 and the first data/results were published in 2006. Since then, distinct elements have been progressively incorporated with the involvement of the various autonomous regions in Spain. Currently, the system includes various aspects such as the population assigned, the available resources, a national catalogue of primary care centers, and activity. The next challenge in this work in progress is to build a database of clinical information.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Permítasenos antes de entrar en materia encuadrar la perspectiva desde la que queremos abordar los indicadores en el ámbito de la atención primaria.

La atención primaria está orgánicamente integrada en un sistema destinado a cubrir las necesidades de salud de la población (mantenerse sano, recuperar la salud, vivir con la enfermedad y llegar al final de la vida en condiciones dignas) (fig. 1). La métrica

de su evaluación contempla el nivel de calidad (efectividad, seguridad y centralidad del paciente), la accesibilidad y el coste con que atiende estas necesidades de los individuos, valorando la eficiencia y la equidad con que funciona.

Lógicamente, los indicadores que permitan evaluarla deberán ser específicos, reflejando su aportación a la producción de salud (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad). Así, los resultados medidos habrán de serle atribuibles, y propios los procesos y estructuras valorados. Sin embargo, su naturaleza de primer punto de contacto y clave de la continuidad asistencial hace que, con frecuencia, los indicadores relevantes necesiten trascender hacia la interfase con otros dispositivos, midiendo el impacto y la calidad de la

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: sgarciarm.iaacs@aragon.es (S. García Armesto).

Puntos clave

En el campo de la evaluación de la atención primaria existe todavía una distancia importante entre los sistemas de indicadores consensuados (teoría) y el limitado sistema de indicadores factibles (práctica).

Es necesario introducir elementos nuevos en los sistemas de información que sustentan la atención primaria. Principales lagunas detectadas en la comparación internacional y en los países de nuestro entorno:

Continuidad de los cuidados: requiere interoperatividad real de los sistemas de información de los distintos ámbitos de atención que permita seguir al paciente individual en su interacción con el sistema de salud.

Calidad técnica (efectividad y seguridad) de los procesos asistenciales en atención primaria: requiere el registro sistemático, cronológico y codificado de diagnósticos, intervenciones y resultados intermedios.

La publicación temprana y sostenida de los limitados indicadores disponibles ha resultado útil allí donde se ha probado: funciona como un potente estímulo para mejorar los sistemas de información, refinar los indicadores y aprender a utilizarlos adecuadamente.

En España:

El desarrollo de un sistema de información de atención primaria (SIAP) priorizado, común del Sistema Nacional de Salud, homogéneo entre todas las comunidades autónomas, es una herramienta imprescindible para la visualización, el conocimiento y la mejora de la atención primaria en España.

A la disponibilidad actual de datos del SIAP (siempre mejorable) le falta un aspecto clave: cubrir la gran laguna de información existente en torno al proceso de atención. La Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), proyecto ya en marcha, pretende cubrir dicha laguna y dar respuesta a las demandas y necesidades de información.

La implicación de las diferentes administraciones sanitarias, principalmente de las comunidades autónomas, con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en un proyecto común, es crucial para la construcción de los distintos aspectos del SIAP.

atención primaria en interacción con la especializada y con los servicios comunitarios y sociales.

Más allá del consenso científico a la hora de elegir los indicadores (las medidas han de ser válidas y fiables), resulta imprescindible el acuerdo sobre su relevancia y la forma en que han de interpretarse entre aquellos que los proponen, quienes van a tomar decisiones basadas en ellos y los que son responsables de los procesos y resultados que miden.

Huyendo de discursos prescriptivos, este artículo pretende exponer los avances realizados en hacer operativa la evaluación estructurada y sostenida de la atención primaria y los factores que limitan este empeño. En la primera parte nos proponemos ilustrar las experiencias internacionales más relevantes; la segunda describe los avances realizados en la articulación del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) en España.

Experiencias internacionales: retos compartidos, lecciones aprendidas

El ámbito internacional nos ofrece experiencias de dos tipos: las centradas en la comparación entre países y las iniciativas de evaluación nacional del sistema sanitario en países de nuestro entorno.

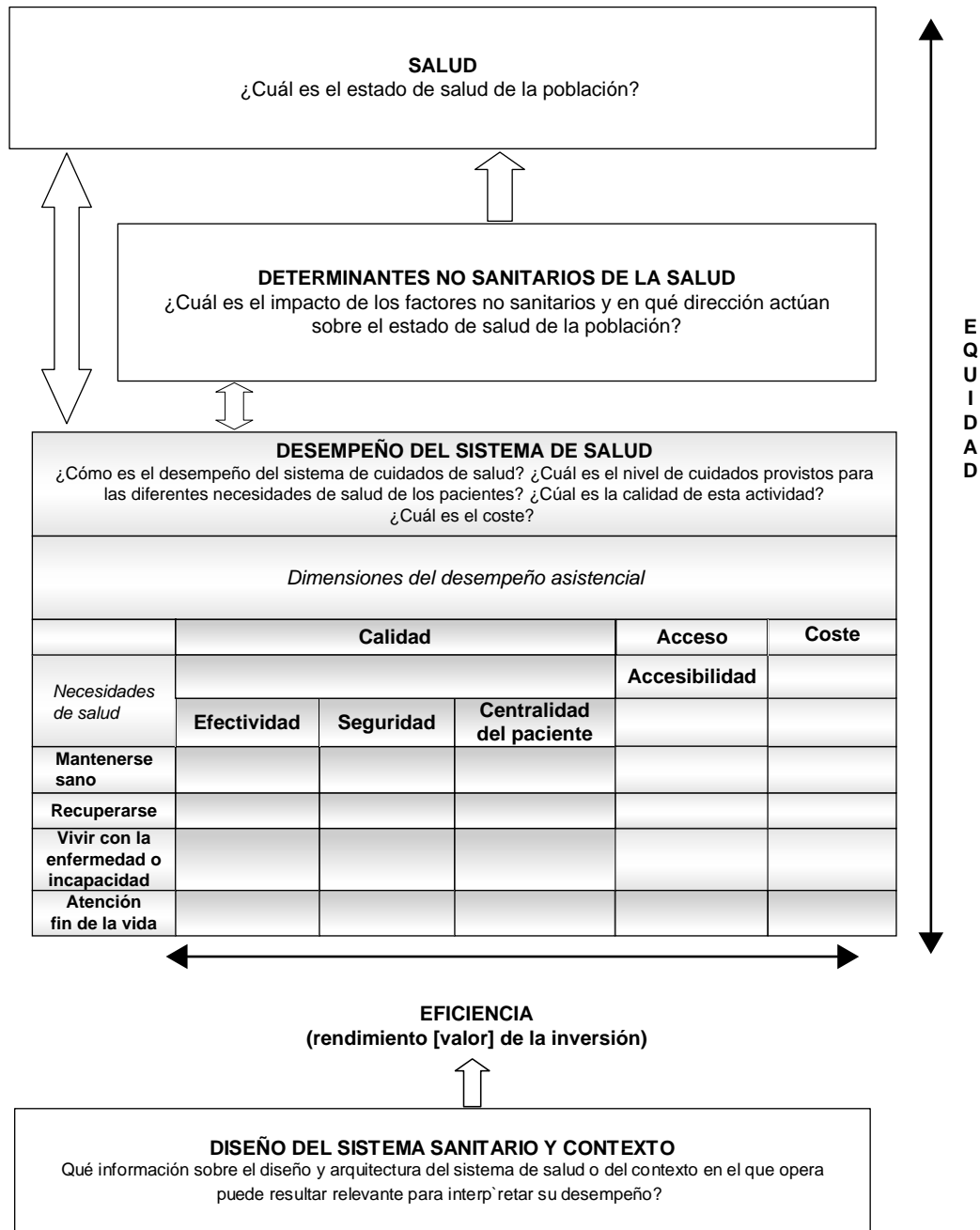
Los retos de la comparación internacional

Las iniciativas para producir anualmente estadísticas de salud armonizadas, y por tanto útiles para la comparación internacional, se remontan a principios de la década de 1980. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con Health Data¹ y el Health Care Quality Indicators Project², y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con la European Health for all Database (HfA DB)³, fueron pioneras en esta línea. Más recientemente, también la Comisión Europea (CE), a través de Eurostat y de la Dirección General de Salud y Consumo (DG SANCO), se ha sumado al esfuerzo desarrollando el sistema europeo de indicadores de salud (ECHI)⁴ a partir, en gran medida, de la experiencia acumulada por las otras dos organizaciones y en estrecha colaboración con ellas.

La centralidad de la atención primaria en los discursos conceptuales que sustentan estos trabajos (véase el informe sobre la salud mundial publicado en 2008 por la OMS⁵) tropieza con la realidad de la calidad y la disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes^{6,7}. A esto se añade la diversidad entre países en la forma de organizar los cuidados de atención primaria (diferencias en actores y funciones), y en los lenguajes de codificación (CIE-9, CIE-10, ICPC1, ICPC2...), que hace compleja la estandarización⁸.

Considerables esfuerzos metodológicos han permitido homogeneizar a lo largo de los años las definiciones hasta hacer razonablemente comparables los indicadores relacionados con aspectos estructurales de la atención primaria (volumen y tipo de personal disponible por 1.000¹ o 100.000³ habitantes, dispositivos de atención primaria por 100.000 habitantes³) y comparar actividad/utilización (número de consultas anuales de médico de familia per cápita¹, tasas poblacionales de inmunización^{1,3,4}) o gasto anual¹ (gasto corriente e inversiones en atención en consultas externas no especializadas). Es difícil sostener que esta información baste para valorar la contribución de la atención primaria a la producción de salud del sistema sanitario. Se precisa información sobre la adecuación de los procesos asistenciales (en función de la situación de cada paciente y del momento en que se proporcionan) y los resultados obtenidos en términos de salud y experiencia del paciente individual según su perfil socioeconómico, para poder valorar la efectividad y, en fin, la calidad, o en términos poblacionales la equidad y la eficiencia del sistema.

Las organizaciones internacionales han recurrido a dos tipos de indicadores para evaluar y comparar la calidad de los cuidados de atención primaria de forma indirecta. Por un lado se ha tratado de aproximar la efectividad de la promoción de la salud y la prevención mediante tasas poblacionales de obesidad^{1,3,4}, tabaquismo^{1,3,4}, enfermedades prevenible mediante vacunación (hepatitis, sarampión, rubéola, parotiditis, difteria) y abortos^{1,3,4}. Por otro lado, se ha tratado de medir la efectividad diagnóstica y de tratamiento calculando tasas poblacionales de ingresos potencialmente evitables por 100.000 habitantes. Desarrollados por la americana Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁹, estos indicadores han sido validados y adoptados en buen número de países, así como por la OCDE y la CE^{4,10}. Estas tasas se refieren a una serie de enfermedades crónicas cuyo buen manejo extrahospitalario debería evitar las exacerbaciones que motivarían la hospitalización: ingresos por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y complicaciones agudas de la diabetes están entre los más utilizados. La principal ventaja de estos indicadores es que se construyen a partir de bases de datos hospitalarias (como es el Conjunto Mínimo de Bases de Datos [CMBD] español). Se trata de fuentes de carácter administrativo altamente estandarizadas y disponibles desde hace años en todos los países. El inconveniente reside en que tales ingresos no son necesariamente atribuibles a la acción de la atención primaria, sino al dispositivo ambulatorio en su sentido más



Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Paper 23. Paris: OECD, 2006.

Figura 1. Marco conceptual de evaluación del desempeño. Modelo de evaluación de sistemas sanitarios OCDE, HCQI project 2006.

amplio. Por ello, suelen presentarse como indicadores del tratamiento ambulatorio de la enfermedad crónica antes que de la efectividad de la atención primaria.

Experiencias nacionales de evaluación

Volvamos ahora la vista hacia los esfuerzos realizados en los países de nuestro entorno para evaluar su sistema de atención primaria. El principal caballo de batalla en la mayoría de los países es la limitación de las fuentes de datos sistemáticas y estandarizadas que recojan información clínica relevante y permitan documentar procesos y resultados. Si bien en la última década se ha asistido a un avance considerable (en ocasiones sustentado por la

implantación de la historia clínica digital), el grado de desarrollo de estos sistemas de información es todavía desigual en los diversos países. Entre los pioneros cabe destacar las experiencias de Canadá y Reino Unido.

La estructura federal de Canadá condiciona un sistema de salud totalmente descentralizado hacia las provincias. El Canadian Institute for Health Information (CIHI) puso en marcha la estrategia nacional de evaluación del sistema de salud en el año 2000, que integraba un programa de información en atención primaria. En el periodo de consulta se seleccionaron 105 indicadores para valorar tres dimensiones: acceso (facilidad de cita, barreras lingüísticas, comunicación y adaptación a grupos vulnerables), buena práctica clínica (prácticas de excelencia para ciertas condiciones clínicas)

Tabla 1Indicadores disponibles del conjunto de *PHC indicators* del Canadian Institute for Health Information

<i>Acceso</i>
Población adscrita a un proveedor regular de atención primaria
Organizaciones de atención primaria que aceptan nuevos usuarios
Dificultades en el acceso sistemático a la atención primaria
Dificultades en el acceso a atención urgente o no urgente en horarios nocturnos o de fin de semana
Cobertura de atención primaria fuera del horario habitual
Dificultades en el acceso a información sobre atención primaria o consejo médico
Dificultades lingüísticas en la comunicación con proveedores de atención primaria
Programas especializados de atención a población vulnerable o con necesidades especiales
<i>Buena práctica clínica</i>
Inmunización contra la gripe en mayores de 65 años
Cribado de cáncer de cérvix
Cribado de riesgo de enfermedad
Cribado de factores de riesgo modificables en adultos diabéticos
Control glucémico en la diabetes
Cribado de factores de riesgo modificables en adultos con enfermedad coronaria
Monitorización de medicación antidepressiva
Cribado de factores de riesgo modificables en adultos con hipertensión
Control de presión arterial en la hipertensión
Tratamiento de la dislipidemia
Tratamiento de la depresión
Hospitalizaciones evitables
<i>Organización y provisión de servicios</i>
Cartera de servicios
Satisfacción de los usuarios con su proveedor de atención primaria
Programas para la atención al enfermo crónico en atención primaria
Participación del usuario en el plan de tratamiento
Colaboración asistencial con otras organizaciones sanitarias
Proveedores trabajando en redes/equipos asistenciales multidisciplinarios
Registros de pacientes con enfermedades crónicas
Uso de alertas y sistemas de farmacovigilancia
Adopción de tecnología de telecomunicaciones en las organizaciones de atención primaria
Gasto medio operacional per cápita
Sistemas de remuneración de los proveedores de atención primaria

y organización y provisión de servicios (amplitud de cartera de servicios, tecnologías de la información de apoyo, relaciones entre proveedores y gasto). En 2006 sólo 30 de estos indicadores contaban con fuentes de datos fiables^{11,12} (tabla 1). En algunos casos, las provincias y organizaciones locales contaban con sistemas de recogida de este tipo de datos, pero los estándares y el grado de implantación eran tan variados que no permitían la comparación nacional. Así, entre 2006 y 2008 se pusieron en marcha diversas iniciativas encaminadas a mejorar esta situación¹³. Hay varios elementos clave en esta experiencia:

- La necesidad de negociación para el consenso entre territorios y entre los diferentes actores en cada territorio.
- Una estrategia basada fundamentalmente en las bases de datos habituales introduciendo algunos elementos nuevos en los sistemas de información existentes.
- La publicación temprana de los indicadores funciona como palanca para el cambio, poniendo de manifiesto las lagunas del sistema de información y las líneas de acción a seguir.

El caso del National Health Service (NHS) británico ilustra otro tipo de estrategia. Se trata de la creación de un sistema de información *ex novo* alineado con los objetivos de una reforma. En 2004 se puso en marcha el programa Quality and Outcomes Framework como parte del nuevo contrato para los médicos generales. Se trata de un esquema de pago por objetivos (*pay for performance*) que introduce en los contratos incentivos económicos ligados a la adopción de ciertas prácticas basadas en la evidencia y a la consecución

Tabla 2

Dominios de evaluación en el QoF inglés (2009/10)

<i>Clínico: Tratamiento de las enfermedades crónicas más comunes</i>
86 indicadores de proceso y resultado intermedio que cubren 20 áreas clínicas, incluyendo cardiovascular (coronaria, hipertensión, ictus...), respiratorias (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica...), endocrinología (diabetes, hiper/hipotiroidismo...), cáncer, enfermedad mental y trastornos del comportamiento.
<i>Organizativo</i>
36 indicadores que cubren 5 aspectos organizativos: registros e información, información al paciente, formación, manejo de consulta y manejo de fármacos.
<i>Experiencia del paciente</i>
3 indicadores relacionados con los tiempos de espera y la experiencia del paciente.
<i>Servicios adicionales</i>
9 indicadores relacionados con 4 áreas de servicio: cribado de cáncer de cérvix, seguimiento del niño sano, materno-infantil y contracepción.
<ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores pueden ser de cinco tipos: • Resultados de salud, donde el indicador mide directamente un resultado: mortalidad, morbilidad, calidad de vida... Por ejemplo: ausencia de crisis epiléptica en los últimos 12 meses. • Resultados intermedios, tales como dinteles de presión arterial, cifras de colesterol, hemoglobina glucosilada... • Procesos directamente ligados a resultados de salud, que miden intervenciones terapéuticas que se sabe que mejoran los resultados. Puede ser prescripción o intervención no farmacológica, incluyendo derivación a especialista para determinada intervención • Proceso: recuento de acciones puro, como monitorización de la presión arterial o revisión física en os diabéticos. • Registro: el indicador es la existencia de un registro clínico para determinado tipo de pacientes.

Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework>

de determinados resultados intermedios. Esta iniciativa es también peculiar en tanto que se origina con la voluntad política explícita de aumentar el gasto sanitario (considerado insuficiente por ser inferior a la media del entorno OCDE), ante la creciente percepción social de deficiencias en la calidad de los servicios prestados y la variabilidad injustificada entre proveedores¹⁴. Aunque se trata de un esquema voluntario, más del 99% de las organizaciones de primaria se adhirieron.

El sistema de indicadores desarrollado para monitorizar el nuevo contrato incluye unas 130 medidas basadas en la evidencia o en el consenso de expertos. La mayoría de los indicadores se centran en aspectos clínicos, pero también contiene elementos organizativos y relacionados con la experiencia del paciente (tabla 2).

Sin entrar en el debate sobre la eficiencia de este método de mejora de la calidad asistencial (que requeriría otro artículo completo¹⁵), hay varios elementos interesantes para el tema que nos ocupa:

- Introduce un sistema de información específico (Quality Management Analysis System) basado en el registro voluntario de datos. Al estar ligado al sistema de pago, la modificación del comportamiento de los proveedores en cuanto al registro de datos es notable¹⁶.
- Los indicadores son accesibles al público y, aunque no parece que esta información influya en su elección de proveedor, sí tiene un efecto sobre las organizaciones de atención primaria que se comparan entre sí.

Construcción de un sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Salud

Hasta hace unos años la atención primaria ha tenido escasa visibilidad dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), al no haber un sistema de información común que aglutinara los de las

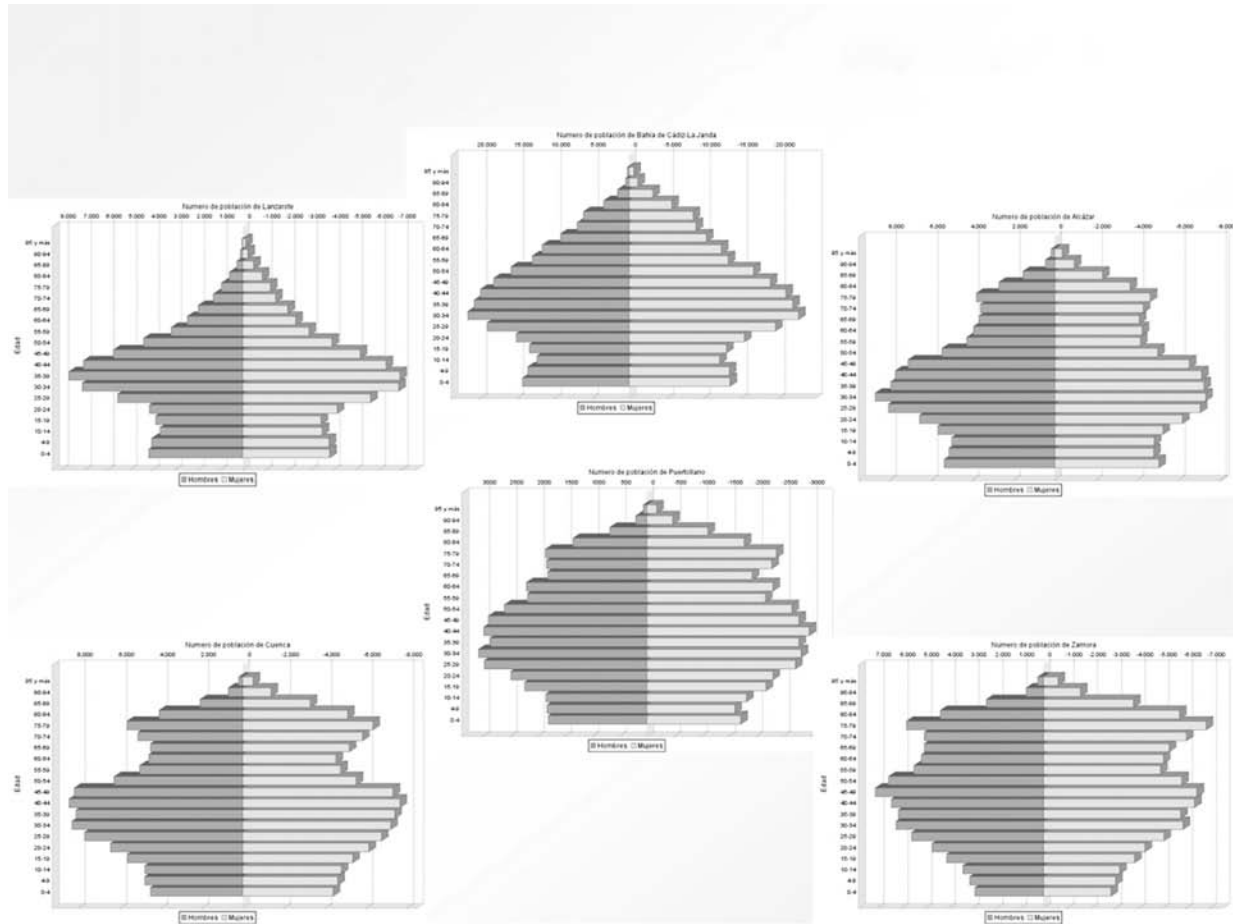


Figura 2. Ejemplo de variabilidad de la estructura demográfica de la población en diversas Áreas Sanitarias- BD de SIAP 2009. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

comunidades autónomas. Por ello, el desarrollo de dicho sistema y la obtención de indicadores comunes relevantes, fiables y útiles, se convirtió en una de las metas del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Sistema de Información de Atención Primaria^{a,17}

Este sistema se nutre de la gran cantidad de datos que registran los profesionales de atención primaria, de los cuadros de mando desarrollados por gestores y planificadores para la evaluación comparada de profesionales y centros sanitarios integrando indicadores en los pactos de gestión con los profesionales, y de los esfuerzos llevados a cabo por las administraciones sanitarias con el apoyo de las nuevas tecnologías de la información. Podemos decir, pues, que los ámbitos local y autonómico disponen de gran cantidad de información.

El conjunto del SNS, sin embargo, no disponía de información alguna procedente de fuentes oficiales y con criterios estandarizados. Por ello, en el sistema descentralizado español se hacía necesaria la integración de información priorizada en un sistema común, dotando de un marco de referencia nacional, aportando visibilidad al conjunto, que potenciara y ampliara las fronteras de la comparabilidad, y posibilitase su difusión internacional.

La creación en 2003 del Grupo de Trabajo del SIAP por la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS^b inicia este proceso, impulsado en 2005 por el Consejo Interterritorial del SNS. Esta necesidad enlaza también con poder disponer de algunos de los indicadores incluidos en el conjunto priorizado de indicadores clave del SNS^c, en las diversas estrategias en salud acordadas, en las estrategias en AP21, así como de compromisos internacionales (fundamentalmente los indicadores ECHI de la UE e indicadores de calidad de OCDE). Para ello se establece una estrategia de avance por fases sucesivas de complejidad, en un marco que abarca desde la población de referencia (población con tarjeta sanitaria individual) hasta los recursos existentes, la organización funcional, la oferta de servicios, la actividad desarrollada, la atención clínica y el coste generado por dicha atención. Como elemento central del proceso, además del consenso, la necesaria normalización técnica de criterios y estandarización de la nomenclatura.

Población con tarjeta sanitaria individual^d

Elemento básico en la atención primaria es partir del conocimiento de la cantidad, y las características de edad y sexo, de la población a atender. Permite comparar demográficamente cada área de salud, provincia y comunidad (fig. 2), y sirve de denominador para determinados indicadores (ratios, frecuentación...).

^b Órgano de participación de las comunidades autónomas, INGESA y Mutualidades del Estado, con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Instituto de Información Sanitaria.

^c <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclanSNS.DB.htm>

^d Disponible en: <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

^a Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

Gráfico 2 - Síntesis recursos SNS -2010

Recursos estructurales			
Áreas de salud	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios locales
161	2.714	2.979	10.154

Profesionales		
Medicina de familia		
Total	Ratio	% mujeres
28.461	1.398	48%
Pediatría		
Total	Ratio	% mujeres
6.325	1.037	66%
Enfermería		
Total	Ratio	% mujeres
28.970	1.606	77%
Personal no sanitario		
Total psn	Ratio aux. Ad.	% mujeres
21.149	3.045	67%

Figura 3. Síntesis recursos SNS- 2010. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). IIS. MSPS I.

Cabe mencionar que se ha culminado la incorporación de las bases de datos de tarjeta sanitaria individual de todas las comunidades autónomas a la «base de datos de población protegida del SNS». Aporta, entre otras utilidades, la identificación unívoca de todos los ciudadanos con derecho a la atención sanitaria mediante un código de identificación personal (CIP-SNS) supracomunitario, único y vitalicio. Ello hace posible, entre otras aplicaciones, el intercambio de información clínica digital en el SNS.

Recursos

El conocimiento de los recursos físicos (centros de salud y consultorios locales)^e permite, desde un punto de vista estadístico, conocer el grado de oferta y aproximarnos al nivel de dispersión de la población (proporción de consultorios locales respecto a centros de salud) según la ordenación sanitaria en zonas básicas de salud. La existencia de un Catálogo de centros^f, además de proporcionar su localización geográfica, permite visualizar el grado de accesibilidad física.

El uso de proporciones de población asignadas a diferentes profesionales (medicina de familia, pediatría, enfermería y auxiliar administrativo) permite valorar la evolución de los recursos disponibles y su adaptación a estándares de planificación establecidos (fig. 3).

Algunos profesionales, como los específicos de urgencias, entre otros, no están integrados en estadísticas comparativas, debido a la influencia de la diversidad organizativa existente. Se dispone por

ello de informes descriptivos, tanto de la organización funcional como de los recursos de cada comunidad^{g,h,i,j}.

Oferta de servicios

La oferta de servicios de atención primaria se entiende como el conjunto de:

- Cartera de servicios ofertada por atención primaria (CSAP).
- Procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, realizados por atención primaria.
- Acceso a pruebas o procedimientos efectuados por el segundo nivel.

A estos efectos, se entiende por CSAP la concreción priorizada de servicios, expresamente organizada, sustentada documentalmente y con criterios de evaluación. El informe^k analiza pormenorizadamente los documentos en uso disponibles en cada comunidad autónoma, permite compartir los diversos modelos existentes y comparar las recomendaciones clínicas incluidas como criterios de calidad.

Tanto los procedimientos como el acceso a pruebas se exponen en un listado^l. No se dispone de un análisis de la extensión en su

^g <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia.Extrahospitalaria.2010.pdf>

^h C:\Documents and Settings\michaso\Configuración local\Archivos temporales de Internet\Content.IE5\2FPPYJGC\Dispositivos.Urgencia.Extrahospitalaria.2010[1].zip

ⁱ <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cuidados.paliativos.2009.pdf>

^j C:\Documents and Settings\michaso\Configuración local\Archivos temporales de Internet\Content.IE5\61NQADX0\Dispositivos.Cuidados.paliativos.2009[1].zip

^k <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera.de.Servicios.de.Atencion.Primaria.2010.pdf>

^l <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Procedimientos.y.Acceso.Prueba.2010.pdf>

^e <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

^f <http://www.mspsi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>

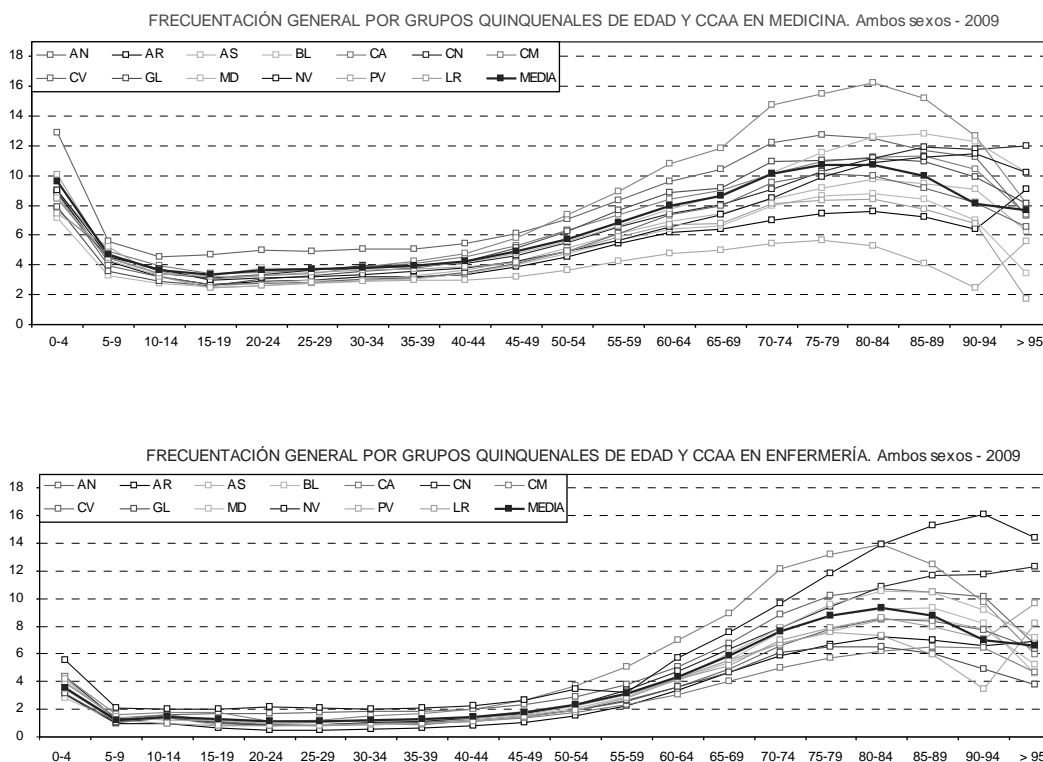


Figura 4. Frecuentación por grupos de edad y sexo, profesional y comunidad autónoma. Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

uso, pues mientras algunos son realizados de forma generalizada por todos los centros, otros se llevan a cabo solo en algunos. E igual ocurre con ciertas pruebas.

Actividad asistencial^{m,n}

La cantidad de actividad que se desarrolla y el análisis del uso que de los servicios hacen los ciudadanos son elementos constantes en los debates, y objeto de estudio para la mejora de la planificación y la gestión. Entre los indicadores que pueden encontrarse y elaborarse con los datos recabados, en la figura 4 se muestra uno de ellos, correspondiente al perfil de frecuentación de la población según grupos de edad.

Se están estableciendo ajustes de la población en función de su composición según edad y sexo (criterios aceptados unánimemente) para comparar mejor frecuentaciones entre diversas poblaciones, utilizando como estándar la población europea.

Están completándose datos de demanda de atención urgente, tanto procedente de atención primaria como de dispositivos específicos de emergencias (estructuras de gestión del 112/061), con fines similares.

Actuación clínica. Base de datos clínicos de atención primaria del SNS¹⁸⁻²⁴

Los objetivos principales de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del SNS son conocer el perfil de la morbilidad atendida de la población (y su análisis por edad y sexo), la prevalencia atendida de los diversos problemas de salud, la calidad y la variabilidad de la práctica clínica, una estimación de costes del proceso de atención y ciertos resultados intermedios en salud (tabla 3).

Pretende servir como patrón de referencia a administraciones y profesionales, ser útil para el análisis de gestión clínica y de calidad asistencial, la investigación epidemiológica y de servicios en

Tabla 3
Base de datos clínicos de atención primaria (BDCAP) - Resumen

Concepto	
Conjunto de datos relacionados con la atención prestada en el primer nivel de atención, recogidos de un modo homogéneo y sistemático y con perspectiva histórica o temporal, que permita conocer el contenido efectivo de la atención a partir de las fuentes primaria, las historias clínicas utilizadas en atención primaria.	
Ideas clave	
-Base de datos: Poblacional Anónima Muestral Aleatoria	-Recaba datos sobre Características del usuario Morbilidad registrada Procedimientos diagnósticos Procedimientos terapéuticos Parámetros clínicos (resultados) Interconsultas -Prescripciones
Variables más importantes	
-Información general Comunidad Autónoma EAP origen de datos Pirámide poblacional asignada	-Procedimientos Código Fecha
-Usuarios: Código identificación Fecha nacimiento Sexo País de nacimiento Fecha defunción En estudio: otros aspectos	-Interconsultas Especialidad Fecha -Prescripción Código Nacional Códigos Conjuntos de intercambio Fecha
-Episodios Código Fecha apertura Fecha cierre (si procede)	-Resultados clínicos Valor del parámetro Fecha del resultado -Visitas Fecha

salud, etc. Ha de cubrir también la demanda de indicadores, tanto de instancias nacionales como internacionales.

Para todo ello, recabará datos sobre características básicas de los ciudadanos incluidos y aquellos relacionados con los problemas de salud por los que han sido atendidos (tabla 4).

^m :http://www.msps.gov.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe.de.Actividad.Ordinaria.Atencion_Primeria_2007-09.pdf
ⁿ <http://pestatistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>

Tabla 4

Tipo de información y de indicadores a obtener de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

<i>Morbilidad registrada, análisis por edad y sexo</i>
De un determinado problema de salud
Frecuencias absolutas, tasas, coberturas, perfiles de morbilidad
Coexistencia de dos o más problemas
<i>Utilización de procedimientos y pruebas</i>
Frecuencias absolutas, tasas, calidad de proceso (criterios seleccionados)
<i>Utilización de interconsultas</i>
Frecuencias absolutas, tasas, motivos...
<i>Utilización de fármacos</i>
Relación diagnóstico-terapéutica, relación con otros procedimientos, perfiles poblacionales (fármacos más prescritos por edad y sexo)...
<i>Control de procesos crónicos/resultados intermedios</i>
Resultado de parámetros clínicos seleccionados, aplicación de criterios de «buen control»
<i>Análisis de costes</i>
Incluyendo para el cálculo procedimientos, interconsultas, prescripciones y visitas

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Proyecto BDCAP. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad.

Entre los retos para su construcción destaca el relacionado con la normalización, pues la coexistencia de diversas clasificaciones internacionales para la codificación de los episodios (CIAP1, CIAP2, CIE9-MC y CIE10) introduce no pocas dificultades. También se requiere el establecimiento de equivalencias en una terminología común (SNOMED-CT, *Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms*) de los sistemas de identificación/codificación, principalmente de procedimientos, pruebas e interconsultas, de cada comunidad autónoma.

Otras fuentes e indicadores

Hay otras fuentes de información que quizás no se consideren propiamente «de» atención primaria, pero sin duda son muy útiles «para» ella.

Haciendo una brevísima mención, pues su análisis no es objeto de este artículo y son de sobra conocidas sus fuentes y utilidades, cabe recordar la importancia de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (y de las encuestas autonómicas), la estadística de Defunciones Según Causa de Muerte²⁵, la estadística de Enfermedades de Declaración Obligatoria, el Registro de Altas de Hospitalización (CMBD)²⁶ y la opinión de los ciudadanos (Barómetro Sanitario y encuestas autonómicas).

Conclusiones

1. En el ámbito internacional, el interés por incluir la atención primaria en el análisis comparativo de los sistemas sanitarios tropieza con la realidad de la falta de homogeneidad y disponibilidad de los datos necesarios para construir indicadores relevantes. La evaluación de la atención primaria requiere introducir elementos nuevos en los sistemas de información que la apoyan. Lagunas de información cruciales:
 - a) Continuidad de los cuidados: requiere interoperatividad de los sistemas de información de los distintos ámbitos de atención que permita seguir al paciente individual en sus interacciones con primaria, especializada, servicios sociales y comunitarios (identificador único del paciente).
 - b) Calidad técnica (efectividad y seguridad) de los procesos asistenciales en atención primaria, que requiere el registro sistemático y codificado de:
 - Diagnósticos (reflejando la secuencia temporal de aparición).
 - Intervenciones (consejo preventivo, derivación a grupos terapéuticos o de apoyo, prescripción farmacéutica,

derivación a especializada, servicios sociales, servicios comunitarios. . .).

- Resultados intermedios (resultado de pruebas diagnósticas, inclusión en protocolos basados en la evidencia. . .)
2. El enfoque «enfermedad» en la evaluación de los cuidados sanitarios aparece en la mayoría de las iniciativas descritas en los diferentes países, reproduciendo la evolución de la interacción del paciente con los distintos dispositivos. Entre sus ventajas se encuentra que pone de lleno en valor la interfase entre dispositivos y por tanto la accesibilidad y la continuidad de los cuidados. Por otro lado, permite el desarrollo de rutas o vías clínicas más fáciles de evaluar, identificando directamente dónde es necesario intervenir o modificar procesos.
 3. Tanto en los contextos multinacionales como en los nacionales, la publicación sistemática y temprana de la información disponible resulta útil como estímulo para mejorar el sistema de información, refinar los indicadores y aprender a utilizarlos adecuadamente:
 - a) Evidencia de forma palpable la distancia entre el sistema de indicadores consensuado (teoría) y el muy limitado sistema de indicadores factibles (práctica).
 - b) Permite la comparación, lo que aumenta el interés de los profesionales en la cantidad de información y la adecuación y utilidad de los indicadores que se usan para medir su actividad, especialmente cuando éstos tienen alguna repercusión en términos de imagen pública o de remuneración.
 4. En España se dispone, en el ámbito autonómico, de gran cantidad de información sobre atención primaria, que no siempre se difunde ni es comparable, lo cual constituye una situación a revertir.
 5. EL SIAP-SNS está cubriendo progresivamente en nuestro país las lagunas existentes de información, estandarizada y comparable, disponible sobre atención primaria. Su contenido actual abarca, principalmente, aspectos de estructura, recursos y actividad/utilización.
 6. La incorporación de información clínica, con el desarrollo de la BDCAP, representa un paso decisivo en el empeño de disponer de información sobre la morbilidad atendida y los procesos de atención, su calidad y resultados intermedios.

Contribuciones de autoría

M.S. Ichaso ha contribuido redactando el caso español. S. García ha contribuido redactando el panorama internacional.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

La primera autora desea expresar su agradecimiento al grupo de trabajo del SIAP, a la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS y a los técnicos de las comunidades autónomas, por su trabajo e implicación en el desarrollo del SIAP.

Bibliografía

1. www.oecd.org/health/healthdata, consultado en febrero de 2011.
2. www.oecd.org/health/hcqi, consultado en febrero de 2011.
3. http://data.euro.who.int/hfad/, consultado en febrero de 2011.
4. http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index.en.htm, consultado en febrero de 2011.

5. World Health Report 2008. Primary health care (now more than ever). Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Improving value in health care. Measuring quality. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD; 2010. p. 38-44.
7. Veillard J, García Armesto S, Kadandale S, et al. International health system comparisons: from measurement challenge to management tool. En: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al., editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 641-72.
8. Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. En: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, et al., editores. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 371-405.
9. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. Disponible en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/pqi/pqi_guide.v31.pdf.
10. Organisation for Economic Co-operation, Development. Health at a glance. Paris: OECD; 2009, 116-121.
11. Canadian Institute for Health Information. Pan-Canadian primary health care indicators report 1. Volume 1 and 2. Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
12. Canadian Institute for Health Information. Enhancing the primary health care data collection infrastructure in Canada. Report 2. Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
13. Canadian Institute for Health Information. Primary health care (PHC) chartbook: an illustrative example of using PHC data for indicator reporting. Ottawa: CIHI; 2008.
14. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care - a major experiment in the UK. *New Eng J Med.* 2004;351:1448-54.
15. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos, Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 Supl 1:143-55.
16. The NHS Information Centre, Prescribing and Primary Care Services. Quality and outcomes framework achievement data 2009/10. Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/QOF/2009-10/QOF.Achievement.Prevalence.Bulletin.2009-10.v1.0.pdf>.
17. Llor C, Tamborero G, Albert X, et al. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Documentos semFYC n° 19 Barcelona. 2002.
18. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit.* 2009;23:29-37.
19. Vila A, Ansa X, Gómez A, et al. EQA-17: propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:17-26.
20. Plaza A, Guarga A, Farrés J, et al. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria.* 2005;35:130-9.
21. Mena JM, Sánchez L, Cañada A, et al. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el Área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial.* 2006;21:238-46.
22. Fusté J, Bolívar B, Castillo J, et al. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2002;30:229-35.
23. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:602-7.
24. Alonso FA, Cristos CJ, Brugos A, et al. Conjunto mínimo y básico de datos en atención primaria. *Aten Primaria.* 2000;26:559.
25. Vila A, Briá X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión.* 2001;3:134-41.
26. Gervas J, Caminal J, y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por "ambulatory care sensitive conditions" (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:7-13.

Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012

Juan Simó^{a,*} y Juan Gérvas^b

^a Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra, España

^b Equipo CESCA, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2011

Aceptado el 17 de mayo de 2011

On-line el 15 de octubre de 2011

Palabras clave:

Servicios sanitarios

Gasto sanitario

Atención primaria

RESUMEN

El relativo bajo gasto sanitario español en atención primaria es el resultado del propio *statu quo* de nuestro sistema sanitario, que dispone de una atención hospitalaria-especializada mucho más universalizada *de facto* y siempre mejor financiada que la atención primaria, y de las políticas sanitarias desarrolladas en las últimas tres décadas, que a la postre han propiciado más el desarrollo del sector sanitario ambulatorio privado que el de la atención primaria.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health expenditure on primary care in Spain: not enough to provide attractive services to patients and health professionals. SESPAS Report 2012

ABSTRACT

The relatively low health expenditure on primary care in Spain is a result of the status quo in the health system, in which hospital/specialized care is much more widespread and better financed than primary care. Another cause consists of the health policies developed in the last 30 years, which have prioritized the development of the private ambulatory health sector over primary care.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Health services

Expenditure on health

Primary care

Introducción

La atención primaria pública española arrastra desde hace tres décadas una insuficiencia presupuestaria que, según nuestra tesis, no es producto del azar sino que refleja el *statu quo* de una sanidad pública que ha mantenido a la atención primaria en una situación de menor «universalidad». Por mucho que los responsables de la administración proclamaran sus efectos benéficos, la atención primaria no ha resultado atractiva para los ciudadanos (pacientes) ni para los profesionales que podían elegirla, empezando por los propios empleados de la administración (funcionarios) y los médicos recién licenciados (a la hora de elegir especialidad). Para ello ha sido decisivo el mantenimiento durante años, por acción u omisión, de su anemia presupuestaria. En lo que sigue aportaremos información y argumentos que respaldan nuestra tesis.

Escasa financiación de nuestra atención primaria pública

La estrategia n° 36 del Proyecto AP21 aprobado en 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propugnaba el incremento de la financiación de la atención primaria por encima del incremento del presupuesto sanitario público¹. Los datos confirman la necesidad perentoria de tal estrategia, pues el gasto sanitario

público creció en términos reales un 24% más que el de atención primaria desde el inicio de la reforma, en 1984, hasta 2008². Desde entonces, todos los sectores funcionales han aumentado su presupuesto más que la atención primaria: el gasto hospitalario, un 20% más; el gasto en farmacia de receta, un 46% más; el gasto en salud pública, 15 veces más; el gasto en servicios colectivos de salud, un 52% más; el gasto en otras prestaciones sociales, un 70% más; y el gasto de capital, un 70% más². Estos incrementos, reflejo de la modernización de nuestra sanidad pública, contrastan con el hecho de que lo que explícitamente se quería modernizar en 1984, la atención primaria, sea precisamente el sector funcional que menos ha incrementado su presupuesto desde entonces. El grueso de la infra-presupuestación de la atención primaria se produce entre 1972 y 1990, en el marco de sucesivas ampliaciones de cobertura de población a cargo de la sanidad pública². Especialmente incomprensible fue la ocurrida durante la culminación del proceso de universalización *de facto* de nuestra sanidad pública y los primeros años del desarrollo de la reforma, entre 1982 y 1990: más de 7,2 millones de personas pasan a estar cubiertas por la sanidad pública, y el gasto hospitalario y el farmacéutico crecen, respectivamente, un 70% y un 65% en términos reales más que el de atención primaria².

Se corrige así parcialmente, desde los primeros años de la década de 1990, la histórica infrapresupuestación de nuestra sanidad pública respecto a la Europa desarrollada. Desde entonces, el gasto hospitalario público como porcentaje del producto interior bruto está en el promedio europeo, con un gasto per cápita acorde con nuestra renta. El gasto farmacéutico público alcanza y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ju.simom@gmail.com (J. Simó).

Puntos clave

- La atención primaria arrastra desde hace tres décadas una insuficiente dotación presupuestaria producto del mantenimiento del *statu quo* de la sanidad pública.
- Un *statu quo* radicado en la multiplicidad de «regímenes» o «subsistemas» de aseguramiento, con diversas formas de provisión y de acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente, y en la política sanitaria de estos 30 años que ha conllevado el declive presupuestario de la atención primaria pública y el simultáneo crecimiento del sector ambulatorio privado.
- Contamos con una atención primaria menos «universal» *de facto* que el hospital público, que no es utilizada por las clases sociales con mayor capacidad de influencia («descremado sociológico»), por lo que despierta un paulatino menor interés entre políticos, ciudadanos y profesionales.
- La atención primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, en especial por aquellos con más capacidad de influir.
- Cabe aumentar el presupuesto de la atención primaria y exigir la existencia de filtro y longitudinalidad (médico de familia-médico personal) cuando la financiación de la provisión sanitaria privada sea pública o asocie ventajas fiscales.

supera también desde entonces estos indicadores. Pero la atención primaria se sitúa, a partir de esos años, en el epicentro de la infra-presupuestación relativa de la sanidad pública española respecto a Europa³.

Aunque las diferencias se reducen mucho respecto a lo ocurrido entre 1972 y 1990, el presupuesto hospitalario sigue creciendo desde 1990 más que el de atención primaria. Así, el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores funcionales del gasto sanitario público entre 1995 y 2002 fue muy desfavorable para la atención primaria⁴, situación que se mantuvo cuando nuevos datos oficiales permitieron prolongar el análisis hasta 2006⁵ o hasta 2008⁶. Sin embargo, durante los últimos años se abre una puerta a la esperanza al crecer el presupuesto de atención primaria más que el gasto sanitario público, en consonancia con lo propugnado en el Proyecto AP21^{6,7}.

El gasto sanitario privado español, de los más altos de Europa en el sector ambulatorio y de los más bajos en el sector hospitalario

Nuestro gasto sanitario privado rondaba el 20% del gasto sanitario total durante los años 1980, en la media de los 22 países de la Europa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁸. Sin embargo, durante la década de 1990 y los primeros años del siglo XXI creció más que el gasto sanitario público, hasta alcanzar el 28,7% del gasto sanitario total en 2006 (4,9 puntos porcentuales más que el promedio europeo)⁹.

Nuestro gasto sanitario privado per cápita en pago directo superó en 1995 la media europea y alcanzó en 2008 los 602 dólares estadounidenses por paridad de poder de compra. Superábamos así incluso a países de mayor renta, como los Países Bajos (233), Francia (273), Reino Unido (347), Alemania (487) e Italia (555)⁹. En especial, el gasto ambulatorio privado ha crecido tanto que se ha convertido, incluso en términos per cápita, en uno de los mayores de Europa, mientras que la parte hospitalaria es de las más bajas¹⁰ (tabla 1).

Según la OCDE⁸ (tabla 1) y la Encuesta de Presupuestos Familiares¹¹ (tabla 2), la mayor parte de la atención sanitaria privada prestada en España es de tipo ambulatorio. Frente al promedio

Tabla 1

Gasto sanitario privado (no incluye el gasto en seguros de salud) per cápita (en dólares estadounidenses por paridad de poder de compra) en atención ambulatoria y hospitalaria. Promedio del periodo 1995-2007. Países europeos de la OCDE. (Fuente: OCDE Health Data 2009)

País	Gasto sanitario privado per cápita	
	Ambulatorio	Hospitalario
Austria	201	199
Bélgica	225	223
República Checa	26	6
Dinamarca	147	67
Finlandia	160	116
Francia	169	60
Alemania	171	142
Grecia	374	75
Hungría	112	39
Islandia	271	12
Irlanda	ND	ND
Italia	180	89
Luxemburgo	111	68
Países Bajos	186	180
Noruega	236	85
Polonia	69	10
Portugal	ND	ND
República Eslovaca	77	29
España	249	65
Suecia	174	18
Suiza	503	650
Reino Unido	ND	ND
Promedio	195	120

ND: no datos.

de los países europeos desarrollados, los españoles gastan cuatro veces más dinero de su bolsillo en atención sanitaria ambulatoria privada que en privada hospitalaria¹⁰ (tabla 1). Esta situación respondería tanto a deficiencias reales como percibidas en la calidad y el contenido de la cobertura de la atención primaria, y especialmente del resto de la parte ambulatoria del sistema. De hecho, los ciudadanos valoran negativamente la atención especializada de los centros que prestan únicamente atención ambulatoria¹², y si pudieran elegirían para este tipo de consultas el sector privado antes que el público en una proporción superior que para las consultas al médico de familia o para el ingreso hospitalario¹³. Pero también respondería a una mayor «universalización» efectiva del sector hospitalario público, que sería utilizado por la mayoría de las clases sociales.

A más renta, más hospital.

Y a más envejecimiento, más atención primaria

Disponemos, desde 1995, de datos oficiales del gasto sanitario público desagregado por sectores funcionales y por comunidades autónomas^{14,15}. Para su valoración recordamos que el criterio poblacional ha sido el utilizado para el reparto de fondos públicos sanitarios entre las comunidades autónomas durante las últimas tres décadas, y que a partir de 2002 se incluyó también el

Tabla 2

Desglose del gasto sanitario privado per cápita según la Encuesta de Presupuestos Familiares. Promedio del periodo 1998-2003¹¹

Concepto	Gasto	
	Euros corrientes	Porcentaje
Gasto en medicamentos	50,88	28,8
Gasto en aparatos y material terapéutico	28,77	16,2
Gasto en atención ambulatoria (no dentistas)	21,16	12,0
Gasto en dentistas	33,94	19,2
Gasto en servicios hospitalarios	6,72	3,8
Gasto en seguros de salud	35,45	20,0
Total	176,93	100,0

Tabla 3

Coefficientes de correlación lineal de Pearson entre algunos gastos sanitarios públicos y otras variables de interés (renta y envejecimiento). Promedios de los periodos 1995-2002⁵ y 2002-2008⁷. Comunidades autónomas (n = 17)

	r	PIBpc		P65	
		Periodo 1995-2002	Periodo 2002-2008	Periodo 1995-2002	Periodo 2002-2008
Producto interior bruto per cápita	r			-0,17	-0,15
Gasto sanitario público per cápita	r	0,22	0,12	0,13	0,51 ^a
Gasto hospitalario per cápita	r	0,39	0,52 ^b	0,06	0,15
Gasto en atención primaria per cápita	r	0,06	-0,07	0,37	0,39
Gasto farmacéutico per cápita	r	-0,62 ^b	-0,56 ^b	0,36	0,63 ^b
Gasto en personal per cápita	r	0,11	0,10	0,28	0,41
Gasto en personal hospitalario per cápita	r	0,11	0,18	0,12	0,26
Gasto en personal de atención primaria per cápita	r	-0,09	-0,24	0,44	0,52 ^a
Gasto hospitalario como % del gasto sanitario público	r	0,38	0,60 ^a	-0,06	-0,43
Gasto en atención primaria como % del gasto sanitario público	r	-0,09	-0,17	0,36	0,15
Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario público	r	-0,63 ^b	-0,63 ^b	0,18	0,30
Gasto de personal como % del gasto sanitario público	r	0,007	0,06	0,23	0,19

P65: porcentaje de población \geq 65 años; r: coeficiente de correlación lineal de Pearson; p: nivel de significación estadística. Se puede asumir normalidad de las variables (test de Kolmogorov-Smirnov).

^a p < 0,05.

^b p < 0,01.

envejecimiento (porcentaje de población con 65 o más años de edad)¹⁶.

El gasto hospitalario creció, especialmente en el capítulo de personal, mucho más que el de atención primaria entre 1995 y 2002, y la participación de ésta en el gasto sanitario público se redujo mucho más que la de hospital⁵. El «hospitalocentrismo» presupuestario fue más intenso en las comunidades autónomas más ricas, pues en ellas fue mayor el gasto en atención especializada (per cápita y como parte del gasto sanitario público). Las regiones más ricas tuvieron, además, un menor gasto per cápita en medicamentos de receta, y destinaron a este capítulo también una menor parte de su gasto sanitario (tabla 3).

Lo ocurrido entre 1995 y 2002 se repitió entre 2002 y 2008⁷, con la salvedad de que durante este último periodo las diferencias en el crecimiento de los gastos en la atención primaria y en el hospital se redujeron considerablemente, lo que no impidió que el gasto hospitalario per cápita y como parte del sanitario intensificara entre 2002 y 2008 las relevantes correlaciones positivas que mostraban con la renta durante el periodo 1995-2002 (tabla 3), y el envejecimiento no parece ser un factor de confusión, pues hay una correlación muy débil entre renta y envejecimiento en ambos periodos (tabla 3). En contraste, tanto el gasto per cápita en atención primaria como el peso de ésta en el gasto sanitario mantienen, entre 2002 y 2008, correlaciones débiles, pero negativas, con la renta de las regiones (tabla 3). Sin embargo, que el «hospitalocentrismo» presupuestario sea más intenso en las comunidades más ricas no significa que todas ellas hayan privilegiado presupuestariamente su hospital respecto de su atención primaria, ni tampoco que las comunidades menos ricas hayan favorecido presupuestariamente su atención primaria frente a su hospital. La comparación autonómica⁶ muestra que la discriminación presupuestaria negativa de la atención primaria respecto del propio sector hospitalario autonómico ha ocurrido durante todo el periodo 1995-2008 en Asturias, Galicia, Madrid y Murcia, y también en Canarias a partir de 2000 y en Baleares a partir de 2002.

Durante el periodo 2002-2008, el envejecimiento poblacional de las comunidades autónomas se relaciona muy claramente con una mayor inversión en sanidad pública, algo que no ocurría tan claramente entre 1995 y 2002 (tabla 3). Aunque el envejecimiento poblacional no regía como criterio de reparto entre 1995 y 2002¹⁶, algunos gastos se asociaban positivamente con el envejecimiento. Tal es el caso del gasto per cápita en atención primaria, en personal de atención primaria y en farmacia de receta. Todos ellos mostraron, entre 1995 y 2002, correlaciones positivas con el envejecimiento, que se mantienen, y con mayor magnitud, entre 2002 y 2008 (tabla 3).

Por lo tanto, el gasto en atención primaria responde al envejecimiento de la población, mientras que el gasto hospitalario no se correlaciona con el envejecimiento (ni entre 1995 y 2002, cuando el envejecimiento poblacional no regía como criterio explícito de reparto, ni a partir de 2002, cuando sí rige).

Una atención primaria menos «universal» que el hospital

Tenemos un modelo de atención primaria universal en su concepción, pero no en su implantación. Distintos grupos, en general con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media, «escapan» de la atención primaria y de la parte ambulatoria pública especializada relacionada con ella. Nos referimos al colectivo perteneciente a las mutualidades de funcionarios públicos y asimilados (empresas colaboradoras¹, asociación de la prensa, parlamento, etc.). También logra el acceso directo al especialista el creciente colectivo con la «doble cobertura», formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria pública que prefieren, porque pueden, disfrutar simultáneamente de las ventajas asistenciales, y en muchos casos fiscales, del aseguramiento privado.

Casi nueve millones de españoles contaban, en septiembre de 2010, con un seguro de asistencia sanitaria¹⁷. De ellos, dos millones corresponden a mutualistas, mientras que la inmensa mayor parte de los siete millones restantes conforman el colectivo de la doble cobertura.

En relación con la utilización de los servicios sanitarios, se constata un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria sólo pública, el colectivo de la doble cobertura y el colectivo de mutualistas. Para los primeros, la probabilidad de visitar al médico general es 2,8 veces mayor que la de visitar al especialista, para los segundos la razón es de 1,4 visitas al médico general por cada visita al especialista, mientras que los mutualistas muestran un patrón «invertido» al visitar un 35% más al médico especialista que al médico general¹⁸; diferencias muy probablemente relacionadas con el modo de pago y la existencia o no de filtro: pago por salario y filtro de la atención primaria pública frente al pago por acto y libre acceso al especialista en el

¹ Las empresas colaboradoras en relación con su propio personal han colaborado en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, derivada de enfermedad común y accidente no laboral, hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de diciembre de 2008, que suprime el apartado 1b y modifica el apartado 5, del artículo 77 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2009 se suprime la colaboración voluntaria en la gestión de asistencia sanitaria e incapacidad temporal derivadas de enfermedad común y accidente no laboral.

mutualismo y en la asistencia mediante seguro privado. En relación con el nivel educativo, de renta y autopercepción de salud, los dos últimos colectivos superan notablemente al primero¹⁸, lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud, más consultas al especialista).

Entre 1997 y 2001, la opción por el sector público frente al privado en el colectivo con doble cobertura aumentó un 33% en la visita al especialista y un 49% en el ingreso hospitalario, pero sólo un 10% en la visita al médico general¹⁹, en consonancia con la tesis aquí defendida de una mayor universalización efectiva del sector público hospitalario-especializado que de la atención primaria.

Cuando un servicio como la atención primaria no se utiliza por aquellos sectores con mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos («descremado sociológico»), lo esperable es que despierte un progresivo menor interés entre los responsables políticos (que le reducen la parte del presupuesto sanitario correspondiente año tras año), entre los ciudadanos (que lo abandonan progresivamente y se procuran asistencia ambulatoria privada) e incluso entre los médicos que podrían desarrollar su labor en el sector (casi medio millar de plazas de médico interno residente [MIR] de medicina de familia quedaron desiertas en las últimas convocatorias).

Se impone entonces el deterioro del sector en términos de inversión presupuestaria, debate intelectual e innovación organizativa, que atenaza su progreso y enlentece su desarrollo. Es revelador que, todavía en 2009, 25 años después de iniciada la reforma, el 4% de los médicos de familia que trabajan en atención primaria no lo hagan bajo el modelo reformado de equipos de atención primaria, sino que todavía lo hacen bajo el modelo tradicional²⁰. En España, la existencia de subsistemas especiales de cobertura sanitaria y de exenciones fiscales a seguros privados produce un impacto negativo en la calidad de la sanidad pública, especialmente de la atención primaria si consideramos el peso del sector ambulatorio dentro del gasto sanitario privado. Al no ser utilizada (caso del colectivo de mutualistas y asimilados) o ser progresivamente menos utilizada (caso del creciente colectivo de la doble cobertura) por los ciudadanos con más nivel educativo y económico, la atención primaria ha entrado en una espiral de deterioro al perder uno de los estímulos permanentes de mejora representado por los ciudadanos más informados, formados, exigentes e influyentes²¹⁻²³.

Sobre el perjuicio que supone para la calidad de los servicios la no atención a colectivos con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media, es muy interesante la reflexión de Freire²⁴. Su argumento central es que, en una sanidad pública, la equidad (universalidad efectiva de uso por todos los grupos sociales) es un requisito para la calidad. Equidad y calidad deben ir unidas en un sistema sanitario público con vocación globalmente universal. Sin embargo, nuestra sanidad pública es más universal, de facto, en la atención hospitalaria que en la primaria. De seguir así, habrá que empezar a dar por buena la idea, agazapada tras el burladero de la «crisis del estado de bienestar», de que la atención primaria debe destinarse a quienes, necesiándola, no puedan sufragarla por sí mismos, o no pertenezcan a un colectivo «especial» de empleados públicos, o no trabajen en una empresa «colaboradora», o no pertenezcan a algún colectivo protegido por un «especial» convenio, o no trabajen en una empresa que les financie un seguro de asistencia sanitaria, etc., en un intento de sustituir el principio de universalización por su sucedáneo de «beneficencia ampliada».

Conclusiones y recomendaciones

Necesitamos una atención primaria para todos, «universal» no sólo de derecho sino también de hecho. La atención primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si no es pasto, como

lo está siendo, del «descremado sociológico» y es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, en especial por aquellos con mayor capacidad para influir. Lo llamativo de los subsistemas de las mutualidades no es su provisión privada (pues privada es la provisión médica ambulatoria en la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios del mundo), sino la ausencia de médicos de familia como primer nivel de atención en su estructura asistencial ambulatoria. En la práctica, cabe aumentar el presupuesto de la atención primaria y exigir la existencia del médico de cabecera como filtro cuando la financiación de la provisión sanitaria privada sea pública o asocie ventajas fiscales. El mayor presupuesto de la atención primaria debería conllevar la prestación de una amplia gama de servicios sanitarios necesarios, de calidad que compita con la atención especializada y cercana al paciente. Con ello, la atención primaria sería atrayente (para pacientes y profesionales) y eficiente (para la sociedad).

Contribuciones de autoría

Ambos autores concibieron el artículo, aportaron ideas y contribuyeron a la escritura de los borradores a partir de uno inicial redactado por J. Simó. Ambos revisaron y aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Simó J. Deuda histórica de financiación de nuestra atención primaria. *El Médico*. 2011;1119:12-9. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/revista.el.medico.pdf.DB.php>.
3. Simó J, Gervas J, Seguí M, et al. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cencienta europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
4. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
5. Simó J. Financiación del hospital y de la atención primaria españoles. Periodo 1995-2006. En: Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS; 2010.
6. Simó J. El gasto sanitario público por sectores entre 1995 y 2008, comparación entre comunidades autónomas. *El médico*. 2011;1124:10-9. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/el_medico/.
7. Simó J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Aten Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.005.
8. Organization for Economic Cooperation and Development: *OECD Health data 2003. A comparative analysis of 30 countries*. En: CD ROM and User's guide. Paris: OECD-CREDES; 2003.
9. OECD Health Data 2010. Statistics and indicators. Frequently requested Data. A selection of key indicators from OECD health data 2010, June 2010, organised by main themes. Disponible en: http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls.
10. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009;41:572-7.
11. Encuesta continua de presupuestos familiares. Base 1997. Fichero microdatos anonimizado: códigos del grupo 6 (Salud) y código 12431 (Servicios privados de seguros de enfermedad). Periodo 1998-2003. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
12. Institut d'Estudis de la Salut. *Els ciutadans i les professions sanitàries. Cap a un nou contracte social*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2003. Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/jsanzporras/documents/lilibre%20blanc.pdf>.
13. Barómetro Sanitario 2010. Informe. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS.2010.Informe.Resultados.pdf>.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Gasto sanitario territorializado por comunidades autónomas (1988-2005)*. Serie histórica. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Serie.1988.2005.Nuevo.xls>.

15. Cuentas satélite del gasto sanitario público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de devengo (2002-2008). Evolución y clasificaciones por subsectores de gasto. Comunidades autónomas. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls.
16. Utrilla A, López RM. Financiación y gasto sanitario. Anexo III. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. pp. 207-55. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2003.htm>.
17. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). Almacén de datos. Salud. Volumen y crecimiento de primas, ingresos derivados de la actividad, asegurados y prestaciones de salud. Disponible en: http://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/AlmacenDeDatos/Descargas/Salud/Total%20Salud/Primas,%20asegurados%20y%20prestaciones_103.xls.
18. Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ.* 2004;13:689-703.
19. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. *Health Econ.* 2008;17:185-202.
20. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. Portal estadístico del SNS. Sistema de información en atención primaria - SIAP. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>.
21. Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. En: Arriba A, coordinadora. Políticas y bienes sociales: procesos de vulnerabilidad y exclusión social. Madrid: FOESSA; 2009. pp. 359-80. Disponible en: <http://www.foessa.es/quePensamos/nuestrasPrioridades/index.php?MzI%3D>.
22. Gérvas J, Starfield B, Minué S, et al. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria.* 2007;39:615-8.
23. Gérvas J, Pérez M. La necesaria atención primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2008;10:8-12.
24. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, editores. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible.* Ariel; 2005. p. 61-99.

La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012

Gabriel Sanfélix-Gimeno^{a,*}, Salvador Peiró^{a,b} y Ricard Meneu^b

^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia, España

^b Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de marzo de 2011

Aceptado el 22 de septiembre de 2011

On-line el 3 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Prescripción

Gasto farmacéutico

Atención primaria

Adecuación

Gestión de la prescripción

Keywords:

Prescription

Pharmaceutical expenditure

Primary care

Appropriateness

Prescription management

R E S U M E N

En 2010, el Sistema Nacional de Salud (SNS) facturó 958 millones de recetas. Dada la masiva exposición de la población a los medicamentos, los riesgos asociados a su consumo adquieren una enorme relevancia desde la perspectiva de salud pública. Pacientes sobremedicados en situaciones de bajo riesgo e inframedicados en situaciones de indicación demostrada, deficientemente informados, polimeditados, automedicados y un porcentaje no despreciable que sufre efectos adversos evitables, es en buena parte la fotografía de la prescripción en atención primaria que puede mejorarse. Sorprendentemente, la mayor parte de las estrategias farmacéuticas en el SNS no se han orientado al control de estos problemas, sino sobre todo a reducir el gasto farmacéutico, que no es el problema sino una de las consecuencias de «los problemas» de la prescripción (y de la regulación y la gestión de la prestación farmacéutica). Algunos elementos esenciales para mejorar esta situación pasan por una mayor integración asistencial, el desarrollo de la historia clínica electrónica, estrategias globales de mejora de la seguridad y la reducción del papel de la industria farmacéutica, hasta estrategias más macro, como la creación de una agencia que pueda evaluar objetivamente el valor adicional aportado por un nuevo medicamento y su coste adicional, la fijación de precios acorde con la relación coste-efectividad, la exclusión de la cobertura de medicamentos con escaso o nulo valor añadido, etc. Gestionar la prescripción implica el desarrollo de programas longitudinales de atención a los pacientes que incorporen las actuaciones clínicas de los diferentes profesionales, incluyendo a quién, cuánto y con qué tratar.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Pharmaceutical prescription in primary care. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

In 2010, the Spanish National Health Service (NHS) paid for 958 million prescriptions. Given the massive population exposure to medication, the risks associated with drug consumption are highly significant from the perspective of public health. Areas requiring improvement in primary care prescription include overtreatment of patients in low risk situations, undertreatment of those in whom medication is indicated, poor patient information, polymedication, self-medication and the appreciable percentage of preventable adverse effects. Surprisingly, most of the pharmaceutical strategies in the NHS have not aimed to address these problems but have instead concentrated on reducing pharmaceutical expenditure, which is not a problem of pharmaceutical expenditure *per se* but is rather a consequence of “the problems” of prescription (and of the regulation and management of pharmaceutical services). Some key elements to improve this situation include more integrated healthcare, the development of electronic medical records systems, overall strategies to improve safety, and reducing the role of the pharmaceutical industry. Macro strategies include creating an agency able to objectively assess the additional value provided by a new drug and its additional cost, price fixing in line with cost-effectiveness, and exclusion of drugs with little or no added value from coverage, etc. Managing prescription involves the development of longitudinal patient care programs that incorporate clinical actions from different professionals, including whom to treat, how much to treat and how to treat.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La prescripción farmacéutica en atención primaria, mucho más que un problema de gasto

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español factura más de 950 millones de recetas¹. Se estima que alrededor de 200 millones de recetas adicionales se prescriben pero no se dispensan. Estas

cifras omiten las dispensaciones por receta privada y las correspondientes a las mutualidades públicas de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) con recetas diferentes y opacas al escrutinio de esta prestación financiada públicamente. Tampoco incluyen los productos de uso hospitalario no dispensados en oficinas de farmacia, no menos opacos. Así, España defiende la medalla de plata (tras el oro estadounidense) en el campeonato mundial de consumo de fármacos². Esta entusiasta actividad prescriptora supuso, en 2009, en cifras redondas, 14.000 millones de euros¹, unos 300 euros por habitante y año, aunque con grandes diferencias entre los «activos» (menos de 80 euros/año) y los «pensionistas» (próximos a los 2000

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanfelix.gab@gva.es (G. Sanfélix-Gimeno).

euros/año). En torno al 6% de este gasto, algo más de 800 millones de euros, fue sufragado por los pacientes (el interesadamente olvidado copago de los «activos») y el resto por el SNS¹. Aunque en 2010 el gasto medio por receta experimentó una reducción, el número de recetas facturadas siguió aumentando³.

La casi totalidad de este millardo de recetas fue formalmente prescrita en atención primaria, aunque una parte sustancial responde a la indicación de médicos hospitalarios y especialistas. La «prescripción inducida» es un rasgo idiosincrático del SNS español⁴ que, salvo en estudios concretos, impide conocer las características específicas de la prescripción en «atención primaria». La expresión «prescripción en atención primaria» debe entenderse como «prescripción en receta oficial del SNS», y como norma, la atribución de aciertos y problemas debe repartirse entre los diferentes niveles asistenciales.

A pesar de su visibilidad y de ser el objeto de prácticamente todas las políticas del medicamento, el gasto farmacéutico no es el único (ni probablemente el principal) problema de la prescripción en el SNS. Dada la masiva exposición de la población a los medicamentos, los riesgos asociados a su consumo adquieren una enorme relevancia desde la perspectiva de la salud pública, casi con seguridad superior a la de muchas afecciones de alta prevalencia.

«El problema» del gasto farmacéutico es una de las consecuencias de «los problemas» de la prescripción (y de la regulación y la gestión de la prestación farmacéutica) antes que su causa. En la figura 1 se muestra un diagrama de los componentes del gasto farmacéutico y algunas de las políticas para afrontarlos⁵. Más allá del precio de los medicamentos, la atención del SNS debería centrarse en otros aspectos: 1) las cantidades dispensadas; 2) la calidad y la adecuación de los tratamientos, tanto por defecto como por exceso; y 3) los costes derivados del fracaso terapéutico (medicación errónea, insuficiente, abandonada, etc.) y de los efectos adversos.

Este artículo pretende aproximar el estado actual del SNS respecto a estos tres elementos: consumo de medicamentos, adecuación de la prescripción, y efectos adversos de la infrutilización y de la sobreutilización.

El problema de las cantidades dispensadas: elevado consumo y alta variabilidad

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, el 48% de los españoles había tomado un medicamento en las dos semanas previas a la entrevista; la de 2003 situaba esa cifra en el 55% y la de 2006 en el 62%. Para las personas de 65 a 74 años de edad estas cifras fueron del 81%, el 86% y el 89%, y para las de 75 y más años de edad fueron del 86%, el 92% y el 93%⁶. Los datos publicados por el Observatorio del Uso de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, referidos a un conjunto amplio, pero no exhaustivo, de grupos farmacéuticos, muestran que las dosis diarias definidas (DDD) por 1000 habitantes y día dispensadas a cargo del SNS han pasado de 502 en el año 2000 a 754 en el año 2006, lo que supone un crecimiento anual medio del 8,4%⁷.

Las cifras crudas de recetas dispensadas a cargo del SNS también muestran un notable ascenso en los últimos años, pues han pasado de 764,6 millones de recetas en 2005 (17,3 por habitante) a 957,9 millones en 2010 (20,4 por habitante)⁸. Más interesante es observar (fig. 2) que hay importantes diferencias en el número de recetas por habitante entre comunidades autónomas (entre 15 y 25 por 1000 habitantes, para 2010), y que estas diferencias no tienden a converger a lo largo del tiempo (coeficientes de variación entre 0,17 y 0,19 para los años revisados), lo cual sugiere que, como norma, aunque no para todas las comunidades autónomas, no existe tanto un proceso de corrección de desigualdades como de crecimiento generalizado, con independencia de que las tasas de prescripción fueran altas o bajas en el origen.

Los trabajos del Grupo de Investigación en Utilización de Medicamentos en el SNS vienen mostrando diferentes aspectos de la variabilidad en las tasas poblacionales de consumo de medicamentos por áreas de salud y zonas básicas. Entre los hallazgos de mayor interés para diseñar una agenda adecuadamente orientada cabe señalar⁹⁻¹¹:

- 1) El precio medio de la DDD de los grupos farmacológicos empleados en cada territorio, una variable que depende de la selección de fármacos de cada grupo en las diferentes áreas,

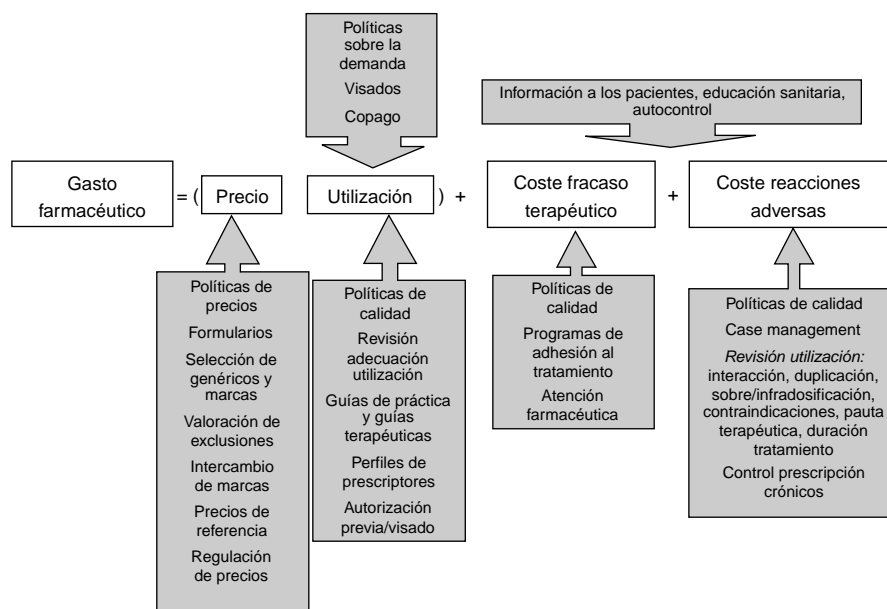


Figura 1. Componentes del gasto farmacéutico y políticas farmacéuticas⁵.



Figura 2. Número de recetas por habitante empadronado y comunidad autónoma (2003-2010). Elaboración propia a partir de datos disponibles en la web del Ministerio de Sanidad y Política Social. La línea punteada corresponde al promedio del Sistema Nacional de Salud. Datos crudos (sin ajuste por edad, sexo ni porcentaje de activos/pensionistas) por habitante empadronado (sin excluir mutulidades ni personas sin cobertura de la prestación farmacéutica).

- varía ligeramente entre territorios, mientras que las cantidades de medicamentos dispensados varían en mucha mayor cuantía.
- 2) La variabilidad en el consumo de medicamentos tiene una enorme trascendencia poblacional debido a las altas tasas de prescripción. Grandes volúmenes de población recibirán o no un determinado medicamento en función de su lugar de residencia.
 - 3) Esta variabilidad en precio, y sobre todo en cantidades dispensadas, se traduce en una gran variabilidad en el gasto en medicamentos en cada territorio. Así, en 2005, el gasto (para pensionistas) en fármacos cardiovasculares osciló entre 6505,7 y 28.397,1 euros por cada 100 pensionistas según el área de salud de residencia.
 - 4) Con carácter general, las variaciones en el gasto dependen más de las diferencias en las cantidades de fármacos dispensadas en cada territorio que de su precio, y no tanto de que se dispensen más o menos genéricos como de la cantidad total de medicamentos dispensados.
 - 5) La variabilidad apenas se aten a al estandarizar por edad, sexo y porcentaje de pensionistas, lo cual sugiere que tiene escasa relación con las posibles características diferenciales de los residentes en los diferentes territorios.
 - 6) Los grupos terapéuticos para tratar condiciones similares no parecen competir por los mismos pacientes, sino que tienden a mostrarse como complementarios. Por ejemplo, el alto consumo de un tipo de antihipertensivos en un territorio no se asocia a un bajo consumo del resto de antihipertensivos, sino al contrario, a incrementos en el consumo de todos.
 - 7) Los consumos de diversos fármacos se asocian entre sí y en diferentes tipos de población, dibujando territorios que, respecto al conjunto del SNS, se comportan como hiperconsumidores, normoconsumidores o hipoconsumidores en la mayor parte de medicamentos, y ello pese a las diferencias en la prevalencia de las enfermedades a tratar entre territorios.

- 8) En cuanto a la recurrente «prescripción inducida», en los análisis multinivel, el área de salud a que pertenece cada centro de salud tiende a influir en la variabilidad en algunos fármacos, pero no en otros. La atención especializada común a diferentes centros de salud influye muy notablemente en la prescripción de algunos fármacos que suelen ser prescritos inicialmente desde aquélla (p. ej., betabloqueantes), pero apenas en otros que se prescriben masivamente en atención primaria (p. ej., estatinas).

El problema de la adecuación de los tratamientos

Siguiendo de manera aproximada la taxonomía de Buetow et al¹² para los problemas de adecuación de la prescripción, éstos pueden referirse a:

- 1) Problemas de indicación (o no) de un tratamiento farmacológico, que se producen por dos vías: prescribir un medicamento innecesariamente, sin beneficios clínicos para el paciente (sobreutilización), u omitir una prescripción beneficiosa para el paciente (subutilización).
- 2) Problemas de elección del medicamento (con independencia de la adecuación de la indicación): incluyen la prescripción de fármacos contraindicados en pacientes concretos, la prescripción de medicamentos con interacciones potencialmente dañinas, la duplicación innecesaria de productos similares y la elección de medicamentos subóptimos respecto a otros disponibles, incluyendo la no elección de los medicamentos equivalentes de menor precio (genéricos cuando est n disponibles).
- 3) Problemas de administración del medicamento, centrados tradicionalmente en los errores de vía de administración y posología, que pueden traducirse en tratamientos que no alcanzan el umbral terapéutico o en efectos adversos por dosis excesivas. Este apartado también incluye los problemas derivados de la

inadecuada comunicaci3n con el paciente respecto a pautas, formas de administraci3n, efectos previsibles y otros determinantes del correcto cumplimiento del tratamiento.

- 4) Problemas vinculados al seguimiento y la revisi3n del tratamiento, que incluyen la no verificaci3n de su efectividad, la inercia terapéutica (no modificaci3n cuando resulta insuficiente) y la desatenci3n a la adherencia y los efectos adversos.

Obviamente, a los problemas de la prescripci3n pueden unirse problemas en otros puntos de la cadena farmacéutica. Afinar conclusiones sobre la adecuaci3n de la prescripci3n en la atenci3n primaria del SNS no es fácil, pues la mayor parte de los estudios disponibles han abordado un problema concreto, en subgrupos de poblaci3n concretos y en lugares concretos, y su generalizaci3n al conjunto del SNS es compleja.

Indicaciones inadecuadas: pasarse o no llegar

Meneu y Gil-Cervera¹³ revisaron los artículos españoles publicados entre 1991 y 2003 que documentaban problemas de inadecuaci3n de la prescripci3n, siguiendo también aproximadamente la citada taxonom a¹². Respecto a los problemas de indicaci3n, señalan la sobreutilizaci3n de antibi3ticos, sobre todo en infecciones de vías respiratorias, como uno de los temas recurrentes de la literatura, aunque otros grupos terapéuticos, como los antiulcerosos y los hipolipidemiantes, también muestran porcentajes muy abultados (superiores a los dos tercios de lo dispensado) de prescripci3n inadecuada. En el lado opuesto de la inadecuaci3n, los pacientes que no reciben un tratamiento que estaría indicado, destacan los estudios en prevenci3n secundaria de la cardiopatía isquémica, la hipertensi3n arterial y el asma, así como los relativos al tratamiento de síntomas «menores» (p. ej., laxantes o antieméticos en pacientes oncol3gicos tratados con opiáceos)¹⁴. Algunos trabajos han mostrado también un problema de indicaci3n debido a un diagn3stico incorrecto (p. ej., altos porcentajes de diagn3sticos dudosos de hipertensi3n¹⁵ o hiperlipidemia¹⁶ que conducían a tratamientos).

Otra revisi3n reciente, no exhaustiva, de estudios publicados en la última década sobre la adecuaci3n en el SNS de algunos tipos de medicamentos¹⁷, no muestra mejores perfiles. Por sobreutilizaci3n destacan los antibi3ticos (entre el 6% y el 55%), los hipolipidemiantes (entre el 10% y el 79%), los antiulcerosos (entre el 13% y el 54%) y, sobre todo, el abuso de los antiosteopor3ticos (entre el 43% y el 92%). Por el lado de la subutilizaci3n cabe señalar, además del tratamiento anticoagulante en la fibrilaci3n auricular (entre el 33% y el 75% de pacientes con indicaci3n no tratados) y el de la prevenci3n secundaria de la cardiopatía isquémica, la capacidad para combinar el sobreuso de algunos fármacos en poblaciones de bajo riesgo con un cierto grado de subutilizaci3n en grupos de alto riesgo y en prevenci3n secundaria (caso de los hipolipidemiantes, la gastroprotecci3n con inhibidores de la bomba de protones o, probablemente, de los propios antiosteopor3ticos en las personas mayores con fractura osteopor3tica previa).

La informaci3n a los pacientes

Respecto a los estudios que revisan la informaci3n que reciben o el conocimiento que tienen los pacientes sobre los medicamentos prescritos, casi un 31% de ellos declararon no recibir nunca o casi nunca informaci3n de sus médicos, y hasta un 82% no recibir informaci3n escrita, aunque estas cifras pueden mejorar si se valoran en la consulta. Los estudios que evalúan el conocimiento de los pacientes sobre sus tratamientos muestran resultados inquietantes. Un trabajo que valoraba el manejo de la nitroglicerina sublingual de los pacientes con cardiopatía isquémica mostr3 que s3lo el 16% sabían c3mo utilizarla

ante una crisis de angina de esfuerzo (menos de la mitad habían recibido informaci3n al respecto por su médico de atenci3n primaria)¹⁸.

El problema de los resultados: entre la ausencia de efectividad y los efectos adversos

Es importante señalar que los problemas relacionados con medicamentos no siempre suponen la presencia de daño (reacciones adversas a medicamentos) y no siempre implican un uso inadecuado de ellos (las reacciones adversas pueden producirse con el uso adecuado del fármaco). APEAS, el estudio más extenso de cuantos han tratado los problemas relacionados con medicamentos en atenci3n primaria, revis3 en 2006 más de 96.000 consultas de centros de salud repartidos por toda Espa a¹⁹, e identific3 efectos adversos en una de cada 100 visitas (medicina general: 1,03; enfermería: 1,15; pediatría: 0,48), de los que casi la mitad (el 48,2%) estuvieron relacionados con medicamentos. Respecto a su gravedad, APEAS clasific3 el 64,3% como leves, el 30,0% como moderados y el 5,7% como graves; un 46% de los efectos adversos se consideraron evitables. Aunque el porcentaje de efectos adversos pueda parecer menor, su multiplicaci3n por la actividad de la atenci3n primaria del SNS (393 millones de consultas de atenci3n primaria en 2009: medicina general, 225 millones; enfermería, 133 millones; pediatría, 35 millones) revela un panorama muy preocupante. En números redondos, estaríamos hablando de casi 19 millones de efectos adversos atribuidos a medicamentos, de los cuales algo más de un mill3n serían graves y casi la mitad (8,8 millones) potencialmente evitables. Por otra parte, el seguimiento a largo plazo de pacientes ancianos en un centro de salud²⁰ encontr3, en un 41%, al menos un problema relacionado con medicamentos identificado por su médico de atenci3n primaria (con un promedio de 2,3 problemas relacionados con medicamentos por caso). Estas cifras coinciden con las de otros estudios que han valorado las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios o los ingresos hospitalarios debidos a problemas asociados con medicamentos o relacionados con ellos. Generalizarlas al conjunto del SNS supondrían en torno a 300.000 ingresos hospitalarios anuales causados por problemas relacionados con medicamentos (de ellos, 213.000 evitables).

Mejorar la prescripci3n (y de paso el gasto farmacéutico)

Pacientes sobremedicados (en situaciones de bajo riesgo), pero también inframedicados (en tratamientos de efectividad demostrada), deficientemente informados, polimedcados, automedicados y, en un porcentaje no despreciable, sufriendo efectos adversos por los medicamentos que tomaron o por los que dejaron de tomar, no es todo el panorama de la prescripci3n en atenci3n primaria que, sobre todo, est  hecha con los porcentajes complementarios, los correspondientes a los pacientes correctamente tratados. Sin embargo, la mayor parte de las estrategias farmacéuticas en el SNS se han orientado a reducir el gasto farmacéutico mediante la reducci3n del precio de los medicamentos. Las políticas desplegadas no parecen visualizar la estrecha relaci3n entre la calidad de la prescripci3n, las cantidades prescritas y el volumen de gasto (farmacéutico y asistencial). Por ello, su éxito para controlar el crecimiento del gasto a medio plazo ha sido limitado, más allá del impacto pasajero de la reducci3n de precios. Un trabajo que evaluaba el impacto de estas políticas sobre el precio medio de las recetas, el consumo por habitante y el gasto por habitante en Cataluña entre 1996 y 2006²¹ mostraba que, aunque habían tenido cierto efecto sobre el precio medio de los medicamentos, su impacto sobre el gasto había sido nulo (para 12 de las 16 medidas analizadas) o menor (para 4), en parte por la sustituci3n de medicamentos

más baratos por otros más caros, en parte porque los incrementos en el consumo compensaban las reducciones en precio.

Los elementos esenciales para mejorar la prescripción y la gestión de la prescripción y de la prestación farmacéutica del SNS son diversos. Algunos gozan de cierta anuencia en el sector, mientras que otros son objeto de fuertes discrepancias. Estos elementos pasan por una mayor integración asistencial, pues aunque la descoordinación y la compartimentación de la atención no son un problema exclusivo de los medicamentos, su gestión se complica cuando ésta lo hace²². Algunas estrategias macro pueden ayudar a mejorar. La creación de una agencia que pueda evaluar objetivamente el valor adicional aportado por un nuevo medicamento y su coste adicional, la fijación de precios acorde con la relación coste-efectividad, la exclusión de la cobertura de medicamentos con escaso o nulo valor añadido, etc., podrían suponer avances importantes. En un nivel más meso, de gestión, otras piezas incluyen el desarrollo de la historia clínica informatizada con sistemas de ayuda a la prescripción y al seguimiento de sus problemas, el desarrollo de estrategias globales de mejora de la seguridad, reducir el papel de la industria farmacéutica en la formación y la información a los profesionales (en especial de algunas estrategias como las de extensión de la enfermedad [*disease mongering*] o las de fabricación de evidencias sesgadas) o los propios ensayos promocionales. Igualmente, el uso de indicadores juiciosos (asociados a la adecuación de la prescripción y centrados en la prevención secundaria y los altos riesgos antes que en los pequeños riesgos) puede ser de interés. En definitiva, preocuparse menos por la libertad de prescripción y la igualdad de acceso a productos de idéntica eficacia y superior precio, y más prestar atención a la responsabilidad sobre la adecuada prescripción.

Gestionar la prescripción y la prestación farmacéutica no es tanto un problema de organigramas como de desplazar la importancia (clínica y económica) desde el «qué nivel hace qué cosa» hacia el «qué se hace al paciente en cualquier nivel», y desde los resultados de una unidad o servicio hacia los resultados para el paciente. Gestionar la prescripción no es tanto gestionar medicamentos como la atención a enfermedades y enfermos. Implica el desarrollo de programas longitudinales de atención a los pacientes que incorporen las actuaciones clínicas de los diferentes profesionales, incluyendo a quién, cuánto y con qué tratar.

En todo caso, la utilización de medicamentos es, hoy por hoy, uno de los principales problemas de salud de la sociedad española. Probablemente, la carga de enfermedad asociada al uso y abuso de medicamentos queda tan sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, y también probablemente ya sea tiempo de empezar a abordarlo con actuaciones decididas para la promoción de su uso adecuado y la prevención de los efectos adversos de su uso inadecuado.

Declaraciones de autoría

Todos los autores han contribuido por igual al contenido intelectual y la redacción del manuscrito, y todos han aprobado su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

S. Peiró y R. Meneu han recibido ocasionalmente honorarios por su participación en conferencias o ponencias en actos científicos

patrocinados por diversas firmas farmacéuticas o instituciones dependientes de las administraciones sanitarias. Igualmente, la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud ha recibido financiación de diversas firmas e instituciones para el desarrollo de actividades científicas o de difusión de resultados científicos.

Bibliografía

- Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2009. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010;34:100.
- Richards M. Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE. London: Central Office of Information; 2010.
- <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/enero2011.htm>.
- Peiró S, Sanfélix-Gimeno G. La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción. Rev Calid Asist. 2010;25:315-7.
- Meneu R, Peiró S. Introducción. En: Meneu R, Peiró S, editores. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Barcelona: Masson; 2004. p. XIV-XII.
- Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. (Actualizado el 13/3/2008; consultado el 3/2/2011.) Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm.
- Observatorio del Uso de Medicamentos de la AEMPS. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (Actualizado el 15/7/2009; consultado el 3/2/2011.) Disponible en: <http://www.aemps.es/profHumana/observatorio/home.htm>.
- Datos de facturación de receta médica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. (Actualizado: no consta; consultado el 3/2/2011.) Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>.
- Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Librero J, et al. Análisis poblacional por áreas de salud de las variaciones en consumo, precio y gasto de medicamentos cardiovasculares en 8 comunidades autónomas, España, 2005. Rev Esp Salud Publica. 2010;84:389-407.
- Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Librero J, Grupo de Investigación en Utilización de Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (Grupo IUM-SNS) de la Comunidad Valenciana. Variabilidad en la utilización de antihipertensivos entre las zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana. Gac Sanit. 2010;24:397-403.
- Sanfélix-Gimeno G. Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana. (Tesis doctoral.) Elche: Universidad Miguel Hernández; 2009.
- Buetow SA, Sibbald B, Cantrill JA, et al. Prevalence of potentially inappropriate long term prescribing in general practice in the United Kingdom, 1980-95: systematic literature review. BMJ. 1996;313:1371-4. Erratum in: BMJ. 1997; 314:651.
- Meneu R, Gil Cervera JV. Panorámica de la prescripción inadecuada en España. Una aproximación desde la literatura. En: Meneu R, Peiró S, editores. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Barcelona: Masson; 2004. p. 35-49.
- Sánchez González R, Rupérez Cordero O, Guerra Merino A, et al. Evaluación del tratamiento con opiáceos en pacientes oncológicos en atención primaria. Aten Primaria. 1995;16:92-5. Erratum in: Aten Primaria. 1996; 17:428.
- Dalfó Baqué A, Escribà Jordana JM, Benítez Camps M, et al. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial en Cataluña, El estudio DISEHTAC. Aten Primaria. 2001;28:305-10.
- Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Bueno JM, et al. El diagnóstico de las dislipemias en atención primaria: un servicio a mejorar, Resultados de una evaluación multicéntrica. Aten Primaria. 2000;25:82-8.
- Ortún V, editor. Innovación en la prescripción y prestación farmacéutica en atención primaria. Barcelona: Elsevier-Masson; 2012. En prensa.
- Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, et al. Paciente polimedica: ¿conoce la posología de la medicación? ¿Afirma tomarla correctamente? Aten Primaria. 2004;33:451-6.
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Alos Almiñana M, Bonet Dean M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. Aten Primaria. 2008;40:75-80.
- Moreno-Torres I, Puig-Junoy J, Raya JM. The impact of repeated cost containment policies on pharmaceutical expenditure: experience in Spain. Eur J Health Econ. 2010 Sep 1 [Epub ahead of print].
- Segú JL. Gestión de los medicamentos en los sistemas de salud, La perspectiva de la microgestión. En: Meneu R, Peiró S, editores. Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica. Barcelona: Masson; 2004. p. 173-221.

Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012

Beatriz González López-Valcárcel* y Patricia Barber Pérez

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2011

Aceptado el 21 de julio de 2011

On-line el 3 de febrero de 2012

Palabras clave:

Planificación sanitaria regional
Demanda y necesidad de servicios sanitarios
Gestión de personal
Médicos de atención primaria
Medicina de familia
Formación médica

Keywords:

Regional health planning
Health services needs and demand
Personnel management
Physicians
Primary care
Family practice
Education
Medical

R E S U M E N

Se ofrece un panorama de la planificación de profesionales sanitarios en España, centrado en los médicos y en la atención primaria. Se analizan tendencias, se describen amenazas y se formulan propuestas. En España persisten desequilibrios estructurales endémicos, como la baja dotación de enfermería respecto a medicina, que quizá llegue a ser una barrera para necesarias reformas. El nuevo grado de medicina, con categoría de máster, no aportará grandes cambios a la formación. Enfermería, ascendida a grado, deja un hueco que los auxiliares de enfermería ocuparán. Este efecto dominó se frena en la medicina de familia, que no tiene potencial de expansión hacia delante. De ahí que priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia, potenciar su capacidad investigadora y definir una carrera profesional que no equipare productividad a antigüedad, sean objetivos razonables para el sistema, porque la crisis de identidad y de prestigio es de la medicina familiar y comunitaria, no de la atención primaria. Hay riesgo de que la medicina familiar y comunitaria quede todavía peor posicionada cuando se oficialice la especialidad de urgencias. Hoy día, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria. En 2010 surge un hecho nuevo: una élite de médicos extranjeros que consiguen plazas MIR muy cotizadas. Es un fenómeno a seguir de cerca y obliga a España a definir su modelo de internacionalización de profesionales sanitarios de forma clara y precisa.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health workforce planning and training, with emphasis on primary care. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The present article provides an overview of workforce planning for health professionals in Spain, with emphasis on physicians and primary care. We analyze trends, describe threats and make some suggestions. In Spain some structural imbalances remain endemic, such as the low number of nurses with respect to physicians, which may become a barrier to needed reforms. The new medical degree, with the rank of master, will not involve major changes to training. Nursing, which will require a university degree, leaves a gap that will be filled by nursing assistants. This domino effect ends in family medicine, which has no upgrading potential. Hence reasonable objectives for the system are to prioritize the post-specialization training of family physicians, enhance their research capacity and define a career that does not equate productivity with seniority. What is undergoing a crisis of identity and prestige is family medicine, not primary care. There is a risk that the specialty of family medicine will lose rank after the specialty of emergency medicine is approved. Today, about 40% of emergency physicians in the public network are specialists, most of them in family medicine. In 2010 a new fact emerged: an elite of foreign doctors obtained positions as resident medical interns in highly sought-after specialties through the national competitive examination. This phenomenon should be closely monitored and requires Spain to define the pattern of internationalization of health professionals in a clear and precise model.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Planificar, y más en materia de profesionales sanitarios, no sólo es una cuestión de números. Depende del contexto organizativo, tecnológico, de las funciones de las distintas profesiones, de la dedicación y otros muchos factores, algunos sumamente cambiantes^{1,2}. La planificación ha de basarse en un modelo organizativo bien definido y requiere objetivos, además de instrumentos. Por

ejemplo, el planificador ha de establecer si busca autosuficiencia interna o deja espacio a la inmigración.

La literatura insiste en la crisis generalizada de la atención primaria, que no es un problema exclusivo de España. En Estados Unidos cuesta cubrir las plazas de medicina de familia, aunque hay síntomas de una ligera mejoría en 2010³. ¿Pero está en crisis el modelo de atención primaria de salud que se inició con la reforma de la década de 1980 en el espíritu de Alma Ata, o lo que está en crisis es la especialidad de medicina de familia? ¿Puede hacerse algo desde la planificación de recursos humanos para solucionar el problema? En España hay cambios regulatorios inminentes que afectan de manera directa a la planificación. La redefinición de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: bvalcarcel@dmc.ulpgc.es (B. González López-Valcárcel).

especialidades médicas, con su troncalidad, y sobre todo la previsible nueva especialidad oficial de médico de urgencias, van a afectar en gran medida a la medicina de familia. Está habiendo otros cambios, relacionados con la internacionalización de los profesionales y con la organización de los servicios de salud. La exportación del modelo Alzira a otras comunidades autónomas fuera de la valenciana, la rezonificación de Madrid en área única, el desarrollo institucional de los modelos de crónicos en el País Vasco y en otras comunidades autónomas, son cambios de gran calado para la planificación que afectarán a la atención primaria.

Por otra parte, la crisis económica cortó en 2010-2011 la tendencia al alza de las retribuciones y las mejoras de las condiciones laborales del personal sanitario, que a raíz de las últimas transferencias en 2002 se habían disparado en un juego emulador entre comunidades autónomas. La crisis obliga a ajustar a la baja las expectativas de crecimiento del empleo y la expansión de los programas, y a reajustar la planificación a corto plazo. La reacción de descontento masivo, aunque esperada, no deja de ser problemática. La crisis económica es una amenaza, pero también podría ser un detonante de cambio planificado hacia una reorientación del sistema con más énfasis en el primer nivel.

Se ofrece aquí un panorama de la situación de la planificación de profesionales sanitarios en España, con particular acento en los médicos y en la atención primaria. Se analizan tendencias, tanto en lo referente al empleo como a la transición entre formación y empleo (programa MIR, plazas en facultades de medicina), se describen amenazas y se formulan algunas propuestas.

La primera paradoja española: muchos que parecen pocos

El Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura, que publica el BOE trimestralmente para señalar las ocupaciones deficitarias, habitualmente informa de que se buscan médicos. Incluso en el primer trimestre de 2011, récord en tasas de paro de los últimos 15 años, siete comunidades autónomas demandan médicos, generales o especialistas. Es la única ocupación que demandan tres de ellas (Madrid, Castilla-León y Murcia). Salta a la vista que hay problemas para cubrir determinadas plazas, pero las proporciones de médicos por mil habitantes nos sitúan en el entorno de la media europea, o incluso en la zona alta⁴. Las proporciones específicas de algunas especialidades son más favorables para España que para Estados Unidos, Reino Unido o Alemania. Por el contrario, la de enfermeras activas por cien mil habitantes sigue siendo de las más bajas de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Comparados con Suiza, tenemos la tercera parte de enfermeras en ejercicio, y la mitad que Reino Unido⁵. Desde 2004, las mejoras numéricas más importantes en la dotación de recursos humanos en atención primaria se han producido en enfermería, con una reducción media del 5% en el número de tarjetas sanitarias por enfermera. El País Vasco (20%) y Asturias (12%) han mejorado más que el resto.

En España, cada médico de familia tiene asignadas 1411 personas, cada pediatra 1063 niños y cada enfermera de atención primaria 1626 personas (fig. 1). Las plantillas están bastante consolidadas y entre 2004 y 2009 hubo pocos cambios cuantitativos en las medias: una ligera mejora para médicos de familia y enfermeras, y un ligero empeoramiento de los pediatras. Hay un proceso de convergencia entre comunidades autónomas en las dotaciones de médicos de familia. Con todo, el País Vasco tiene un número medio de tarjetas sanitarias, 1842, que duplica al de Castilla y León (945).

La Sociedad Española de Pediatría considera el cupo máximo ideal entre 800 y 1000 menores⁶. La dotación actual es muy próxima a ese ideal (alguna comunidad, como Asturias, incluso lo supera) y mejora ampliamente los estándares establecidos en el RD 1575/93 (1250 a 1500). La peor dotada, Cataluña (1.180 niños por

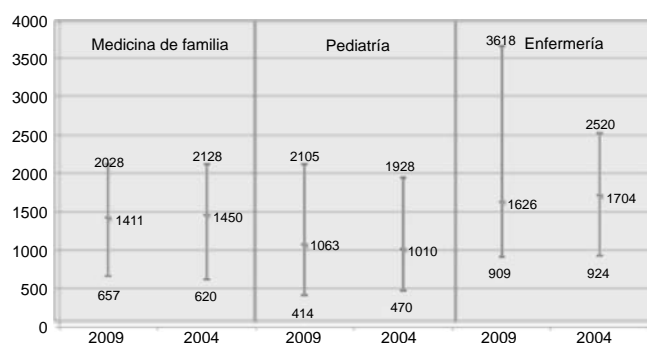


Figura 1. Habitantes por tipo de profesional por comunidades autónomas. Comparación 2004-2009. Máximos-medias-mínimos. Fuente: SIAP 2004-2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.

pediatra), está mejor que el estándar del RD 1575/93. Con todo, dichos «óptimos» son sólo acuerdos con escaso soporte científico en términos de salud poblacional.

Las dotaciones de médicos de familia están en línea con los óptimos definidos por el RD 1575/93 (1.250 a 2.000), pero no llegan a lo recomendado por el Grupo de Consenso de Atención Primaria (CESM, SEMFYC, SEMERGEN), que propone un máximo de 1200 personas por cupo de medicina de familia como criterio para posibilitar una atención de calidad⁷. Si bien es cierto que ha habido una reducción media del 3% entre 2004 y 2009 en tarjetas sanitarias asignadas, ha ocurrido lo contrario en cuatro comunidades autónomas (Andalucía, Castilla-León, Valencia, Extremadura, además del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria). Especialmente notorio es el incremento del 16% en la Comunidad Valenciana (de 1337 tarjetas sanitarias asignadas a cada médico de medicina familiar y comunitaria en 2004 a 1572 en 2009). Por otro lado, las mejoras más significativas se han producido en Cataluña y Canarias: un 18% y un 11%, respectivamente.

Los instrumentos de planificación

Salvo medicina y enfermería, no parece que las demás profesiones sanitarias sean objeto de planificación en España. Los dos instrumentos principales de planificación de médicos consisten en fijar dos secuencias de números: *numerus clausus* en las facultades y número de plazas MIR. Los mecanismos para concretar anualmente dichos números resultan de intereses divergentes o contrapuestos, de los empleadores principales (los servicios regionales de salud), de los profesionales, de las universidades, de los centros docentes MIR y de los planificadores estatales y autonómicos⁶. En febrero de 2011, el gobierno de Cataluña ha reivindicado las competencias en formación MIR. Tal vez con ello se ha iniciado una nueva fase. La planificación ha de hacerse en un ambiente de ignorancia sobre muchos números esenciales: todavía no hay registro de profesionales sanitarios y las estadísticas de recursos humanos tienen grandes lagunas⁷. El proyecto de reforma de la troncalidad, y la creación formal de nuevas especialidades, lleva varios años en estudio. Mientras tanto, la especialidad de urgencias funciona de facto, incluso en los registros de personal de las comunidades autónomas. Un proyecto de Decreto define cuatro troncos de 2 años, en los cuales se integran las actuales especialidades (salvo las de Escuela, que desaparecerían). Se incluye en el mismo tronco, con 2 años de formación común, a la medicina familiar y comunitaria y a las demás especialidades médicas. Se considera la posibilidad de reespecialización, incluso con convocatorias anuales específicas. Es una forma de oficializar la llamada «recirculación» de residentes. La medicina familiar y comunitaria va a ganar integrabilidad, pero si continúa sin resolver su crisis corre el riesgo de perder efectivos por la vía de la reespecialización, y por la «huida» hacia la nueva

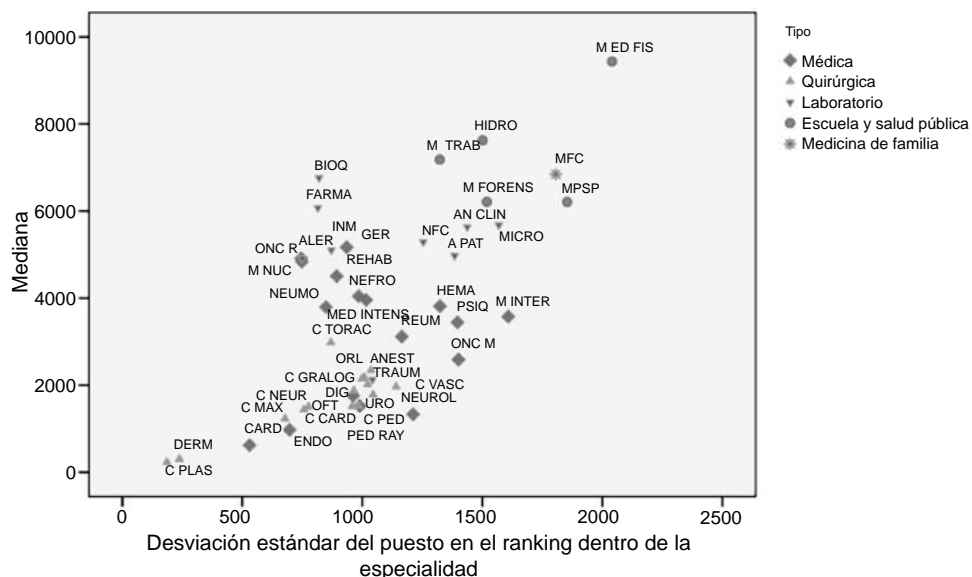


Figura 2. Elecciones de especialidad MIR 2009-2010. Posiciones en el ranking de los adjudicatarios. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

especialidad de urgencias. Hoy día, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias en la red pública son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria.

Los países se enfrentan a la planificación con distintos métodos y modelos⁸, con mayor o menor acierto. Aquellos países donde la inmigración de profesionales es un hecho incluyen escenarios e instrumentos de migración. El Ministerio de Salud y Política Social posee un modelo de simulación que le permite anticipar el efecto a largo plazo de medidas tales como cambiar la edad de jubilación o los números MIR y los *numerus clausus*¹¹.

Los objetivos de la planificación: el «modelo»

Sean cuales sean los instrumentos técnicos, lo cierto es que lo primero que requiere la planificación es definir unos objetivos claros. El número de plazas MIR convocadas podría responder a dos planteamientos diferentes:

- 1) Cubrir las necesidades futuras de especialistas en el país para el ejercicio público y la práctica privada. Puesto que la salida de las facultades de medicina es, de momento, insuficiente, el diferencial se cubre atrayendo extranjeros, a quienes se ofrece formación a cambio de trabajo futuro. Este sería el modelo japonés. En 1992, Japón puso en marcha un programa de formación de mano de obra extranjera, la *Japan International Training Cooperation Organization*, que pretendía proporcionar la necesaria fuerza de trabajo a determinados empleadores del país, formando mediante trabajo y experiencia a trabajadores venidos de países generalmente menos desarrollados
- 2) Ofrecer un servicio, el de formación especializada de calidad, para el cual el país está capacitado. Sabemos formar especialistas médicos, y lo hacemos bien. Podemos especializarnos en ese servicio. Pero en este caso, el número de plazas MIR convocadas no debería reflejar las necesidades del país sino sus capacidades docentes, y no sería necesario, ni conveniente, ampliar los

numerus clausus de medicina para igualarlos al número de plazas MIR convocadas anualmente.

Habría que definir el modelo español: formador de especialistas extranjeros de calidad para que retornen a sus países o vayan a otros, o formar los especialistas que necesitará el país. En este caso, implícitamente se estaría asumiendo que los MIR extranjeros se consolidarán como médicos cuando terminen la residencia. Hoy por hoy, la presencia de médicos extranjeros en el MIR es muy considerable, pero apenas representan una pequeña fracción del empleo en los hospitales públicos y los centros de salud.

Cómo el mercado se infiltra en la planificación. La asignación de plazas MIR, las preferencias de los candidatos y la crisis de identidad de la medicina de familia

El Sistema Nacional de Salud español se basa, al menos sobre el papel, en una atención primaria fuerte y resolutiva que filtre los problemas que pueden resolverse en los centros de salud. La atención primaria es eficiente y da calidad al sistema⁹. Por tanto, al planificador se le supone el objetivo de priorizar la calidad de la atención primaria.

El número de plazas MIR convocadas, planificadas o no, además de definir la oferta laboral a medio y largo plazo, contribuye a emitir señales de escasez y por tanto afecta a las cotizaciones en esos mercados. Una especialidad tiene exceso de demanda si el número de candidatos que la elegirían, de no tener restricciones, supera el número de plazas convocadas. Y al contrario, las plazas vacantes se deben a un déficit de demanda, por falta de interés.

Las elecciones del MIR revelan año a año las preferencias de los jóvenes médicos. Puede resultar chocante que precisamente en la asignación de esas plazas es donde el mercado adquiere un papel predominante dentro del proceso de planificación. Cada candidato elige plaza en orden estricto, según el resultado de la prueba nacional y del expediente académico. La mediana de ese número de orden expresa la «cotización» de la especialidad

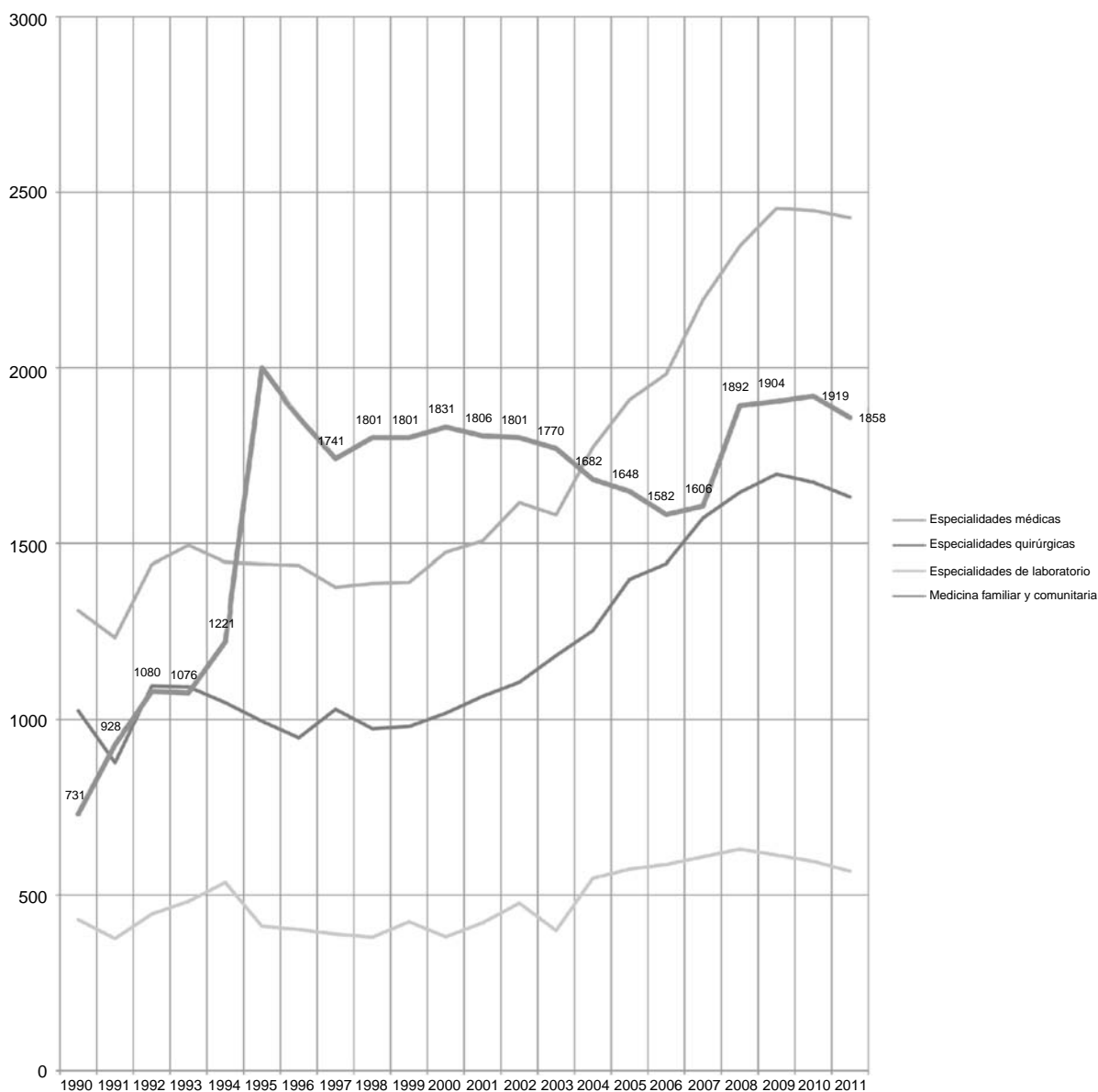


Figura 3. Evolución de las plazas MIR cubiertas en las convocatorias anuales 1990-2011 por tipos de especialidad (para la última convocatoria son plazas convocadas). Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

en el mercado de profesionales médicos. Cuanto más baja, más demandada es esa especialidad. El análisis de la posición relativa de las 47 especialidades y de su evolución en el tiempo permite tomar el pulso a ese mercado. En la figura 2 se representa la situación en 2009-2010. Las especialidades aparecen ordenadas, con las más preferidas abajo. En abscisas está la desviación estándar del número de orden; a igualdad de mediana, cuanto más hacia la derecha mayor es la heterogeneidad de los adjudicatarios. Esta dispersión caracteriza tanto a medicina familiar y comunitaria, como a medicina preventiva y salud pública, como a medicina interna, que han elegido candidatos que tienen muy buena puntuación junto a otros que no están tan bien clasificados. Son especialidades vocacionales.

En 2009-2010, la especialidad más cotizada es cirugía plástica. Este hecho es un síntoma de las expectativas y preferencias de los profesionales hacia la práctica privada lucrativa. Ascendió desde el puesto 13 en 2002 al primero. Por el contrario, la medicina de

familia sigue una senda de deterioro desde 2004-2005 (cuando estaba en el puesto 38 de 47) hasta llegar al puesto 44, sólo por delante de las tres especialidades de escuela que previsiblemente desaparecerán con el nuevo decreto.

Los candidatos MIR tienden a preferir plazas en los hospitales donde han hecho las prácticas clínicas durante el grado. Las 26 provincias sin facultad de medicina están en desventaja para cubrir sus plazas con buenos candidatos. Sin embargo, la gran mayoría de las nuevas facultades se creará en provincias donde ya se imparte el grado de medicina (Madrid, Barcelona o Valencia, por ejemplo).

La troncalidad en la formación médica especializada contribuirá a flexibilizar la oferta y a aliviar tensiones a corto plazo en los mercados, pues los eventuales déficit o superávit podrán ser resueltos en un plazo más corto.

Son principios básicos de la oferta y la demanda que la escasez hace aumentar el precio y la superabundancia lo hace disminuir. Sin embargo, ésta no es la causa de la pérdida continua de

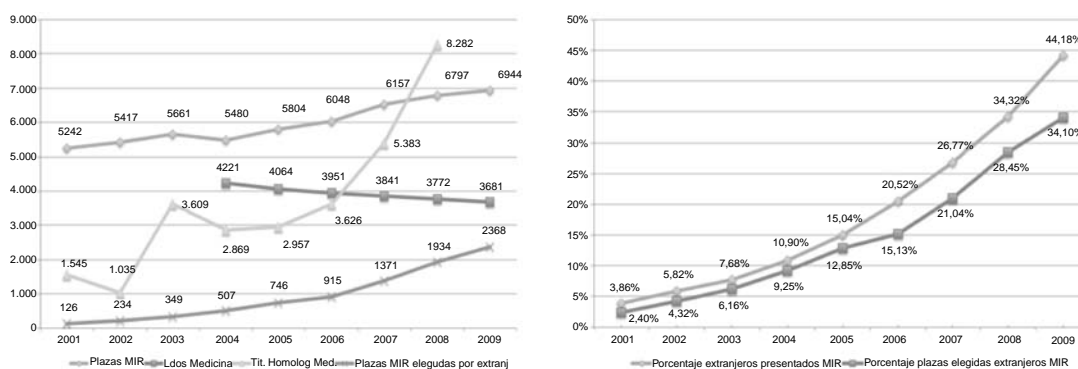


Figura 4. Extranjeros. Plazas MIR 2001-2002 a 2009-2010, Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Ordenación Profesional.

cotización de la medicina familiar y comunitaria en el mercado MIR español. La serie de plazas convocadas en las distintas especialidades médicas en los últimos 20 años (fig. 3) muestra que desde finales de la década de 1990 la medicina de familia sigue una tendencia diferente del resto. Las especialidades médicas en su conjunto, las quirúrgicas y las de diagnóstico/laboratorio, van aumentando sus plazas, mientras que la medicina de familia, que entre 1996 y 2001 había tenido una convocatoria anual especial, separada, se mantiene estable, ligeramente a la baja, hasta muy recientemente. Las plazas convocadas para pediatría empiezan a aumentar en 2001, pasando de 241 en 2000 a 410 en 2009-2010, con un aumento del 70% en 10 años, mayor que el de medicina familiar y comunitaria (apenas un 4% de aumento en el mismo periodo). Por tanto, no parece que la sobreabundancia de plazas de medicina familiar y comunitaria pueda explicar su pérdida de cotización. Más bien será por pérdida de atractivo.

En enfermería (611 plazas en 2009-2010), la especialidad más cotizada, con diferencia, es la de matrona (445 plazas), mientras que la enfermería de salud mental, con sólo 154 plazas, es la menos demandada. Un porcentaje considerable de las enfermeras presentadas al EIR, al no poder acceder a un puesto de matrona, optan por no elegir ninguna de las otras dos especialidades. Por cada enfermera que aceptó una plaza de formación hubo otra que declinó elegir. Aunque el RD450/2005 aprobó las nuevas especialidades de enfermería, solamente en 2011 se han empezado a convocar plazas de formación, todavía en número reducido (52 de enfermería pediátrica, 132 de enfermería familiar y comunitaria, y 12 de enfermería geriátrica). Las plazas convocadas de formación especializada en enfermería muestran una clara tendencia temporal ascendente, que se acentúa en los últimos años. En 2010-2011 (848 plazas) se duplican las plazas de 2004-2005 (421).

Numerus clausus y desajustes con las plazas MIR

Aunque han aumentado los *numerus clausus* y el número de facultades de medicina en España, dando entrada a universidades privadas que crean fricciones de inequidad, los efectos no empezarán a notarse hasta que salga la primera promoción extendida (en el curso 2006-2007 se inició el incremento de plazas y en el curso 2010-2011, con 6676 plazas, ya está cercano el objetivo propuesto por las autoridades en la Conferencia General de Política Universitaria en 2007 de extender el *numerus clausus* a 7000). Desde 2006-2007 hasta 2010-2011, el número de plazas aumentó un 41,2%. El *numerus clausus* es la resultante de negociaciones y presiones desde intereses contrapuestos. Como contratantes de profesionales, las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas están interesadas en aumentar la oferta, mientras que las

asociaciones profesionales y estudiantiles intentan mantener las barreras de entrada que protejan su cotización. Generalmente las autoridades académicas son restrictivas, con argumentos de calidad de la formación y suficiencia de recursos. Como suele reflejar la prensa local, la tensión es más grave en aquellas autonomías donde el déficit de profesionales es más tangible.

Las migraciones y el nuevo papel de los médicos extranjeros

Un porcentaje de médicos españoles, numéricamente reducido pero de gran impacto mediático, ha optado por las oportunidades laborales de otros países europeos, en particular de Portugal, Francia y Reino Unido. Durante la última década ha habido una avalancha creciente de médicos extranjeros que han venido a España, que se ha convertido en un país de perfil mixto. Sobre todo son médicos generales que quieren hacer la especialidad o ejercer en este país. En el quinquenio 2004-2008 se homologaron un promedio anual de 4623 títulos de licenciatura en medicina de fuera de la Unión Europea, sobre todo de Latinoamérica, mientras que el número medio de licenciados anuales en España durante el mismo periodo fue de 3862. En 2008, el número de homologaciones más que duplicaba el de nuevos licenciados. El número de títulos de médico especialista homologados o reconocidos es mucho menor (apenas 702 en 2007), y el 84% provienen de la Unión Europea.

El 34% de los médicos adjudicatarios de plaza MIR en 2010 son extranjeros (fig. 4), y en medicina familiar y comunitaria este porcentaje es del 44,7%. Sin embargo, pediatría y obstetricia tienen los porcentajes más bajos de todo el conjunto de especialidades (10% y 13%, respectivamente). El fenómeno de la extranjerización de la formación residente sólo afecta a medicina, pero no al resto de las titulaciones. Pero ha habido un cambio reciente, el de la excelencia de algunos candidatos extranjeros que compiten con los nacionales por las especialidades altamente cotizadas. En cirugía cardiovascular, la séptima especialidad preferida por orden de mediana de adjudicación, en 2010 el 60% de las plazas fueron ganadas por candidatos de nacionalidad extranjera. Algunos de los hospitales más prestigiosos del país han admitido un porcentaje muy alto de MIR extranjeros, como es el caso del Hospital Clinic de Barcelona (57,1%), el hospital Clínico San Carlos (37,5%) y el Hospital de Bellvitge (37,7%).

No obstante, frente a la internacionalización del MIR, el número de médicos extranjeros ejerciendo en la red pública en España es todavía limitado. Según datos aportados por nueve comunidades autónomas, en torno al 3,3% de los médicos de familia y el 1,7% de los de hospital son extracomunitarios. En algunas comunidades autónomas estos porcentajes son más altos: Canarias y Cataluña

tienen un 7% de extranjeros no comunitarios ejerciendo de médicos de familia, y Cataluña un 4% en hospitales.

Conclusión

En España están iniciándose nuevas tendencias que marcarán cambios de gran calado en la necesaria planificación y formación de sus profesionales. Otros desequilibrios estructurales endémicos persisten, como la baja dotación de enfermería respecto a medicina, que quizá llegue a ser una barrera para necesarias reformas.

El nuevo grado de medicina, con categoría de máster, mantiene la homogeneidad de la titulación entre universidades y no es de esperar que aporte grandes cambios a la formación, mas allá de un renovado énfasis en la práctica, ya desde las materias básicas. Enfermería, ascendida a grado, deja hueco académico para una diplomatura general en cuidados de salud, que los auxiliares de enfermería tratan de ocupar. Este efecto dominó se frena en la medicina de familia, que no tiene potencial de expansión hacia delante. De ahí que poner más énfasis durante el grado en la medicina de familia, con dotaciones de profesorado adecuadas, priorizar la formación postespecialización de los médicos de familia, potenciar su capacidad investigadora y definir una carrera profesional que no equipare productividad a antigüedad, sean objetivos razonables para el sistema. Asimismo, convendría ir reduciendo la diferencia en las condiciones laborales de los médicos entre asistencia especializada y atención primaria¹⁰.

La crisis de identidad y de prestigio es de la medicina familiar y comunitaria, no de la atención primaria. La pediatría goza de excelente cotización en el MIR, lo mismo que las plazas de enfermería en los centros de salud.

Hay riesgo de que la medicina familiar y comunitaria quede todavía peor posicionada cuando se oficialice la especialidad de urgencias. Hoy día, un gran número de médicos que terminan la residencia en medicina familiar y comunitaria prefieren ejercer en urgencias. Según datos de las comunidades autónomas, en torno al 40% de los médicos con contrato de urgencias son especialistas, la mayor parte de ellos en medicina familiar y comunitaria.

En 2010 surge un hecho nuevo: una élite de médicos extranjeros que consigue plazas MIR muy cotizadas. Es un fenómeno a seguir de cerca: ¿volverán a su país, recircularán por la Unión Europea como especialistas, o se quedarán en España a ejercer la especialidad? Es preciso que España defina su modelo de internacionalización de profesionales sanitarios de forma clara y precisa.

Contribuciones de autoría

Ambas autoras han contribuido a la concepción y el diseño del estudio, la adquisición de los datos, su análisis e interpretación, y a la escritura del artículo. Las dos han aprobado la versión final para su publicación.

Financiación

Parcial del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008-2011, Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no orientada ECO2010-21558.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Senado. Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado, 18 julio 2010, n° 483. 2009.
2. González López-Valcárcel B. Comparecencia ante la comisión de sanidad del Senado. Publicada en el Informe de la Ponencia de Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo (543/000005). Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado. 2010;483:2010.
3. Pugno PA, McGaha AL, Schmittling GT, et al. Results of the 2010 national resident matching program: family medicine. *Fam Med.* 2010;42:552-61.
4. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2008-2025. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
5. OECD Health Data File. 2010.
6. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. *Gac Sanit.* 2008;22:393-5.
7. Banco Moreno A, Adiego Estella M. La información sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI.* 2010;8:63-87.
8. WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. Geneva: World Health Organization; 2010.
9. Gervás J, Ortún V, Palomo L, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:589-96.
10. CES. Consejo Económico y Social. Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario (propuesta). En: Sesión ordinaria del Pleno de 20 de octubre de 2010. Madrid: Consejo Económico y Social; 2010.
11. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011.

Informe SESPAS

Longitudinalidad, prestigio, buena reputación (social y profesional) y medicina general/de familia. Aspectos clínicos y de salud pública. Informe SESPAS 2012

Juan Gérvas^{a,*}, Mercedes Pérez Fernández^a y Roberto José Sánchez Sánchez^b

^a Equipo CESCA, Madrid, España

^b Gerencia de Atención Primaria. Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de febrero de 2011

Aceptado el 23 de septiembre de 2011

On-line el 22 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Médico general
Médico de familia
Longitudinalidad
Reforma
Reputación
Salud pública

Keywords:

General practitioner
Family physician
Longitudinality
Reform
Reputation
Public health

R E S U M E N

La reforma de la atención primaria en España de 1984 fue pro-contenido, en el sentido de añadir capacitación y recursos (horas de formación y dedicación al trabajo, y mejora de las condiciones materiales de éste). La reforma no consiguió fomentar la longitudinalidad, ni dio más poder al médico de familia. Es decir, la reforma no logró ser pro-coordinación y facilitar el papel central del médico de cabecera en la prestación de servicios. Con los años persiste la escasa longitudinalidad de la atención, pues no se ha estimulado el estilo de trabajo que la fomenta (con sus beneficios clínicos y de salud pública). Es longitudinalidad la relación que se establece a largo plazo entre el médico general/de familia y los pacientes de su consulta. Se define como: *a*) la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente y *b*) el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la cual se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de los problemas. La tendencia social y clínica lleva a responder antes, más intensamente, con medios más poderosos y más especialistas a más problemas de salud, lo que convierte a las actividades médicas en peligrosas. Frente a esta tendencia, el lema clínico debería ser «menos es mejor», y eso implica grandes dosis de longitudinalidad. Son varias las medidas que podrían mejorar la longitudinalidad y se refieren a incentivos de «permanencia», aumento del componente de capitación hasta acercarse al 50% del total de la remuneración, mejora de la polivalencia del médico de cabecera, inclusión de la familia en el cupo y una reforma pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Longitudinality, prestige, good reputation (social and professional) and general/family medicine. Clinical and public health aspects. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The reform of primary care in Spain in 1984 focussed mainly on skills and knowledge (physician training and working hours) and material resources (new buildings). The reform did not succeed in improving longitudinal care nor did it give primary care physicians greater power, that is, the reform did not increase coordination or strengthen the central role of the family physician in services provision. The lack of longitudinality has persisted over the years since the working methods that encourage it (and its resulting clinical and public health benefits) have not been stimulated. Longitudinality is the personal relationship established over the years between general practitioners and their patients and is defined as *(a)* care by the same family physician of most of the patient's problems throughout his or her life, and *(b)* the recognition by patients and the population of a stable source of care to be used for initial contact and for the follow-up of problems. The tendency in the medical profession and society at large is to respond to an increasing number of health problems more quickly and intensely, with increasingly powerful means and with a greater number of specialists. In turn, this tendency makes medical activities dangerous. To counteract this tendency, a motto of "less is better" should be adopted, implying greater longitudinality. Many initiatives could improve longitudinality, such as incentives for not moving, increasing the capitation component of remuneration to nearly 50%, broadening the range of general practitioners' skills, including family members in the same patient list, and transforming the role of specialists into that of consultants.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La medicina general tiene una historia milenaria, que en lo legal recibió su bautismo con Alfonso X El Sabio, en el siglo XIII, quien en las *Siete Partidas* reconoció la existencia del «físico». Naturalmente, el trabajo del «físico» ha cambiado, pues durante siglos combinó

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es (J. Gérvas).

Puntos clave

- El prestigio y la buena reputación social y profesional de los médicos generales/de familia dependen de ofrecer a sus pacientes cuidados variados y proporcionados, preventivos y curativos, a lo largo del tiempo y para muy variados problemas de salud.
- La longitudinalidad es una relación personal a lo largo del tiempo entre el médico general/de familia y sus pacientes, en el contexto de la familia y de la comunidad. Implica un sentido de responsabilidad del médico por todos los pacientes (acudan o no a la consulta) y el reconocimiento por los pacientes de «su» médico como fuente de cuidados.
- La longitudinalidad tiene ventajas clínicas, pues, por ejemplo, permite incrementar la probabilidad pre-test del diagnóstico a muy bajo coste. También permite la «espera expectante» (esperar y ver) con la confianza de responder proporcionalmente a las dudas diagnósticas a lo largo de los días.
- La longitudinalidad tiene impacto en salud pública, pues permite transformar las acciones sobre poblaciones en acciones sobre personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta sus características e idiosincrasia.
- La longitudinalidad precisa de políticas, incentivos y organización para que sea característica y capaz de llevar cuidados a toda la población.
- Hay varios estímulos para fomentar la longitudinalidad: incentivos de «permanencia», aumento del componente de capitación hasta acercarse al 50% del total de la remuneración, mejora de la polivalencia del médico de cabecera, inclusión de la familia en el cupo y una reforma pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores.

funciones de médico general, dentista, farmacéutico y cirujano. De todo ello quedó un poco en la figura del médico rural, que incluso tenía cometidos de salud pública (agua, vivienda y demás). Pero la práctica clínica ha cambiado mucho con la última reforma de la atención primaria y el médico general rural ha devenido en médico de familia del centro de salud. Este cambio ha liberado al médico rural de una dedicación exclusiva excesiva, y ha aumentado la oferta con el equipo de atención primaria. Pero ha «desligado» a la población de su médico, y casi ha desaparecido el médico de cabecera «de toda la vida» tanto en el mundo rural como en el urbano.

Suele echarse de menos a este médico antiguo que perdura en la memoria popular, que conocía a la familia «de siempre», que vivía en la comunidad donde trabajaba, capaz de visitar a domicilio sin que le importara, con un inmenso saber consuetudinario (de usos y costumbres) y una relación amigable que le permitía llamar por su nombre a cada miembro de la población. Sin saberlo, los pacientes echan de menos la longitudinalidad de la atención, la relación personal que daba prestigio a un casi «héroe» rural y urbano^{1,2}.

El cambio ha sido beneficioso en el sentido de introducir la medicina de familia como especialidad, con su capacitación específica, pero faltan una organización y una política que «pongan en valor» la atención primaria (como demuestra la persistencia de su minusvaloración presupuestaria)³. Además, el devenir social, cultural y tecnológico fomenta el consumismo sanitario, bien alimentado por la fascinación tecnológica y por intereses diversos. El prestigio social y profesional lo logran los especialistas con sus tecnologías. Con ello se produce la fragmentación de la atención y la superespecialización, lo que hace más necesario el papel de un médico que coordine los servicios. Sin embargo, las clases media y alta reclaman acceso libre al especialista, como lo demuestran los modelos de provisión privada (MUFACE y similares incluidos). Ignoran que

este modelo puede proporcionar más inmediatez, más pruebas e intervenciones, pero es dudoso que proporcione más salud^{4,5}.

La reforma de la atención primaria en España en 1984 fue pro-contentido, en el sentido de añadir capacitación y recursos (horas de formación y de dedicación al trabajo y mejora de las condiciones materiales de éste). La reforma no ha logrado promover la longitudinalidad ni ha dado poder al médico de familia; es decir, en la práctica, no fue una reforma pro-coordinación que facilitara el papel central del médico de cabecera en la prestación de servicios. Y ello tiene consecuencias clínicas y en salud pública, como analizaremos en este texto. Algunas son obvias, como la pérdida de prestigio y de reputación social y profesional de la especialidad de medicina de familia, cada año evidente en el proceso de selección de las plazas de MIR (Médicos Internos y Residentes), consecuencia de un tipo de enseñanza⁶; otras son menos visibles, lo que no les quita interés ni importancia.

El prestigio de las actividades curativas y preventivas

En los países desarrollados, la prevención clínica ocupa gran parte del trabajo diario del médico de familia. El aspecto curativo y sanador parece menos interesante, como si todo el prestigio clínico dependiera de las actividades preventivas. A ello contribuye el desprestigio social de las «tecnologías blandas» y la señalada «fascinación tecnológica», además de las prácticas gestoras y políticas que hacen de la atención primaria el «eje» del sistema sanitario sólo en teoría⁷.

En España, el sistema formativo MIR ha dotado a los médicos generales de la mejor formación clínica a que hayan podido acceder en su historia. Y el prestigio social de los médicos se funda en su capacidad clínica, en la relación con los pacientes en la consulta, en el alivio del sufrimiento por las lesiones y enfermedades, y en la ayuda para morir sin dolor y sin desesperación². Además, el médico general ofrece al paciente algunas actividades preventivas apropiadas, como el consejo antitabaco o la recomendación de utilizar métodos anticonceptivos. Estas actividades preventivas, que son las que con más ahínco debería practicar el médico de familia, no otorgan apenas prestigio social. En contraposición, dan relumbre las que utilizan tecnologías, como la mamografía, la citología, los análisis de lípidos, la densitometría o la determinación del antígeno específico de la próstata, que practicadas incorrectamente pueden tener consecuencias indeseadas (daños sin beneficios y despilfarro de recursos).

El cambio del contenido del campo curativo al preventivo no se hace «impunemente», pues la prevención tiene más relevancia social que individual⁸. Por ejemplo, si en atención primaria se logra vacunar contra el tétanos a toda la población, el resultado en salud será evitar unos 200 casos anuales (para casi 50 millones de habitantes). A este respecto, el beneficio personal es minúsculo, pero el beneficio social mayúsculo, en especial respecto al tétanos neonatal. Sin embargo, por ejemplo, el diagnóstico rápido y el tratamiento consiguiente de una joven con lupus eritematoso tienen una enorme importancia para la paciente y su familia, como lograr después que esa misma mujer pueda tener un hijo sin mayor dificultad.

La atención primaria que se centra en la prevención y en la promoción de la salud lo hace a costa de perder el prestigio que confiere la atención curativa; lo prudente es la mezcla lógica de ambos campos. Sin embargo, los médicos tienden a ver la prevención desde su atalaya clínica y suelen sobreponderar los beneficios de las intervenciones y minusvalorar sus efectos adversos, con lo cual son proclives a «hacer de más» a los sanos, y ello tiene graves consecuencias; por ejemplo, el exceso generalizado de prevención primaria de las hiperlipidemias con estatinas en enfermedades isquémicas a costa del defecto en la prevención secundaria en éstas⁹.

Una de las causas de la pérdida del prestigio social del médico de familia es que cada vez tiene menos oportunidades de ganárselo con la clínica y la prevención prudente, ya que la tendencia es a aumentar las actividades burocráticas y administrativas en torno a una prevención clínica sin límites^{2,10}. Sirva de ejemplo de defecto la pérdida del campo de atención a los pacientes terminales a domicilio, y de exceso la citada prevención primaria de las hiperlipidemias con estatinas⁹.

Si bien la prevención no es una característica básica de la atención primaria, los médicos generales/de familia pueden aportar unas mejores prevención y promoción de la salud por su profundo entendimiento de los pacientes y de la población¹⁰. Cada paciente, cada familia, cada comunidad es un mundo. Alguien tiene que «traducir» las medidas de salud pública de manera que se haga un uso apropiado de ellas y que la población sea consciente de dónde, quién y por qué se ofrecen los servicios preventivos y curativos.

Un balance adecuado de actividades curativas y preventivas podría contribuir decisivamente a dar prestigio a los médicos generales/de familia, en cuanto aumento de la polivalencia (mayor oferta de servicios) y entronque con el deseo social de «prevenir» (selección de pautas apropiadas al contexto). Pero esto requiere trabajar según prestaciones y realizar éstas según coste-efectividad (y coste-oportunidad).

La longitudinalidad y su impacto clínico

La longitudinalidad se define según dos componentes: 1) la atención por el mismo médico a lo largo de toda la vida de la mayoría de los problemas del paciente (y de la familia), con la aceptación de una responsabilidad de prestación de servicios tanto para los pacientes usuarios como para los no utilizadores, y 2) el reconocimiento de la población y de los pacientes de una fuente de cuidados con la que se cuenta para el contacto inicial y para el seguimiento de la mayoría de los problemas¹. Ambos componentes puede asumirlos el equipo, pero entonces se refiere más a la continuidad (concatenación de episodios de atención) que a la propia longitudinalidad.

Lo esencial es la relación personal a lo largo del tiempo. Por ello, la longitudinalidad conlleva un profundo conocimiento por el médico de la persona, del enfermo en su entorno, y al tiempo la identificación por la población y los pacientes de profesionales y lugares concretos donde requerir atención^{1,2}. La longitudinalidad centra los cuidados en la persona, en la familia y en la comunidad.

Los beneficios clínicos de la longitudinalidad se materializan tanto en el campo del diagnóstico como en el del tratamiento^{1,11}. Así, el inmenso acervo de datos «blandos» (el conocimiento previo del paciente en su entorno, y de sus actitudes y sus problemas de salud permanentes y pasados, por ejemplo) permite incrementar la probabilidad pretest del diagnóstico a muy bajo coste. También permite la «espera expectante» (esperar y ver) con la confianza mutua de responder proporcionalmente a las dudas diagnósticas a lo largo de los días.

La longitudinalidad también facilita la adaptación del tratamiento al paciente, en especial en lo que se refiere al cumplimiento de sus objetivos y deseos. Por ejemplo, hay pacientes para quienes lo importante es no tener dolor, mientras que para otros lo clave es mantener la movilidad, e incluso los hay que buscan conseguir paz de espíritu. El médico de cabecera puede entender y prever los objetivos y deseos del paciente (por la experiencia previa con él y su familia), y puede integrar los nuevos tratamientos con los anteriores y concomitantes. Esta actividad integradora es más importante en la actualidad, dada la fragmentación de la atención que conlleva la superespecialización, y la frecuente comorbilidad de los pacientes. Con ello se evitan graves daños (por suma inconveniente de medicamentos prescritos por distintos especialistas, por ejemplo)

y es más fácil conseguir resultados positivos en salud (ajustados al paciente en su contexto).

La longitudinalidad contribuye a dar prestigio y buena reputación al médico de cabecera, por su impacto en el proceso diagnóstico y terapéutico^{1,2,11}. La tendencia social y clínica lleva a responder antes, más intensamente y con medios más poderosos a más problemas de salud, lo que convierte a las actividades médicas en la tercera causa de muerte en Estados Unidos¹². Vivir se ha convertido en una frenética actividad en la cual la resolución de cualquier problema pasa por la inmediatez, lo que implica una sobreintervención y un despilfarro sanitario. El lema clínico debería ser «menos es mejor»^{4,5}, y ello implica grandes dosis de longitudinalidad para realizar prevención cuaternaria (en el sentido de evitar los daños que provoca la actividad sanitaria)^{10,12}.

La longitudinalidad y su impacto en la salud pública

De forma similar, la longitudinalidad tiene un impacto positivo en la salud pública al permitir «adaptar» sus actividades a las peculiaridades de cada paciente, familia y comunidad. Consideremos como ejemplo el problema de los embarazos indeseados y los consiguientes abortos voluntarios. Cuando los pacientes cuentan con un médico de cabecera competente y accesible, conocido y apreciado, es fácil prescribir y utilizar apropiadamente los anticonceptivos postcoitales, por ejemplo. De la misma forma, el médico de cabecera puede valorar los antecedentes personales y familiares para aconsejar a la pareja sobre el mejor método anticonceptivo. Llegado el caso, este médico puede ofrecer el aborto farmacológico con calidad técnica y humana.

El impacto de la longitudinalidad se hace evidente en situaciones concretas. Por ejemplo, en la atención a los pacientes de otra cultura. Así, por mucho que extrañe, el aborto quirúrgico es un método anticonceptivo común para las inmigrantes búlgaras. En otro ejemplo, el médico puede rebelarse contra el uso que hacen las mujeres latinoamericanas de la planificación familiar si ignora la significación social que supone para ellas la maternidad (y el machismo familiar). Un buen médico de familia rompe estas barreras culturales y puede ser capaz, por ejemplo, de aprender palabras en su idioma (o hablarlo con fluidez), o incluso viajar a los países de donde proceden sus pacientes inmigrantes para entenderlos y darles una atención digna en España. El médico de cabecera no sólo conoce a sus pacientes y las familias de éstos, sino también sus usos y costumbres y la historia de la comunidad^{1,2,11}.

Los planes de salud pública deberían adaptarse a las circunstancias locales y para eso es esencial la longitudinalidad de la atención clínica del médico de cabecera. Los sistemas de gestión que pretenden homogeneizar las conductas de los médicos y los recursos del sistema, independientemente del medio donde se ejerzan, llevan a la inequidad y al desconcierto profesional. La longitudinalidad, centrada en la persona, es clave para dar respuesta a otro grave problema de salud pública: la búsqueda de la equidad en salud¹³. Es componente básico de la longitudinalidad la sensación de responsabilidad del médico de cabecera también respecto a la salud de los pacientes que menos consultan (que suelen ser los que más lo precisan, de acuerdo con la ley de cuidados inversos). Por supuesto, no basta con la longitudinalidad, pues se necesitan políticas, incentivos y organización que promuevan este «sentido de responsabilidad» por la población que no consulta.

La longitudinalidad hace posible la búsqueda activa del paciente por parte de su médico, en casos seleccionados. Así, debería trabajarse con toxicómanos, enfermos mentales, prostitutas y demás excluidos (del sistema sanitario y casi de la sociedad), que muchas veces dependen casi por completo de las urgencias hospitalarias, lo que no fomenta la longitudinalidad.

La aceptación de responsabilidad por la población que no consulta ayuda en la colaboración con las políticas de salud pública que buscan incrementar el acceso (y el mejor proceso de atención tras el acceso) de los pacientes que más lo necesitan. Naturalmente, la cooperación clínica hay que buscarla de forma inteligente, pues la mejora de la equidad del acceso muchas veces implica costes personales, como por ejemplo cambios en las rutinas de horarios de las consultas. En todo caso, conviene tener en cuenta que habrá marginados que rechacen la atención longitudinal, por lo que conviene que exista un dispositivo asistencial *ad hoc*.

En algunas actividades en salud pública se puede obviar «el paso» por atención primaria. Por ejemplo, en Cataluña se realizó la vacunación contra el virus del papiloma humano a través de los colegios, no de los centros de salud; y en Madrid existen centros de salud monográficos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, o de vacunación y atención para viajeros. Cabe preguntarse por las ventajas y los inconvenientes de tal opción, y si debería aplicarse a otras actividades, pero sin olvidar que se pierden los comentados logros de la longitudinalidad.

Además, casi todas las acciones de salud pública incluyen contenidos clínicos, a realizar con los pacientes, y resulta absurdo duplicar los servicios cuando ya contamos con ellos. Por ejemplo, el tabaquismo es un grave problema de salud pública que sólo puede resolverse con un trabajo multisectorial. La participación decidida de los médicos es fundamental, tanto dando apoyo social a los planes generales como en su labor diaria en la consulta. Es muy eficaz el consejo del médico de cabecera contra el tabaco, y ello depende de la longitudinalidad, del profundo conocimiento de cada paciente en su contexto y de la confianza que éste tenga en él.

Podemos hacernos una idea de las consecuencias del desencuentro entre autoridades sanitarias y médicos clínicos con el ejemplo de la pandemia de gripe A de 2009/10 (mezcla de pánico con intereses industriales, políticos y de los medios de comunicación)¹⁴. Frente a unos planes alarmistas y poco realistas, los profesionales clínicos, fundamentalmente médicos generales/de familia, pero también otros, y varias sociedades científicas (SESPAS, SEMFYC y otras), reaccionaron promoviendo calma y tranquilidad a través de Internet y de sus consultas. Muchos también se opusieron a los planes de vacunación contra la gripe A. El resultado fue el promovido por los médicos y las sociedades, es decir, calma y tranquilidad (y pocas vacunas). Lamentablemente, además, perdieron crédito las autoridades de salud pública¹⁴.

Necesitamos, pues, una promoción inteligente de la longitudinalidad que al mismo tiempo racionalice las prestaciones de servicios y el gasto, y que dé prestigio a la profesión al facilitar la cooperación de los médicos de cabecera con la salud pública.

¿Cómo promover la longitudinalidad?

El añorado médico de cabecera, rural y urbano, era producto de siglos de evolución en que la clave fue la iguala, un sistema de pago por capitación desarrollado a partir de los gremios de la Edad Media. El médico recibía un tanto fijo mensual por cabeza, con independencia del uso de la consulta, la edad, el sexo y las necesidades de los gremialistas. Con ello el médico se aseguraba unos ingresos fijos, al tiempo que el gremio tenía seguridad en la atención de todos sus miembros, activos, sanos y lesionados, enfermos y familias (viudas y huérfanos incluidos). La iguala tuvo tal prédica que se mantuvo como sistema suplementario de otras remuneraciones, incluso incompatibles legalmente, y por ello han llegado hasta el siglo XXI, aunque ya de forma anecdótica. La iguala influyó en la adopción por la Seguridad Social del pago por capitación y la existencia del cupo, en el caso del médico general (características

que conservó acertadamente la reforma de la atención primaria). La iguala «ligaba» al médico y al cupo, y establecía una «fidelización» entre el profesional y los pacientes. Los traslados se pagaban con la pérdida del cupo y con el costoso trabajo de «crear una cartera de clientes». Por ello, la iguala forzaba la permanencia de por vida del médico en su comunidad (más en el medio urbano, donde no se «heredaba» la iguala como en los pueblos). Es decir, la iguala fomentaba la longitudinalidad. ¿Cómo lograrlo en un sistema de salud público que ha conservado más bien por inercia el cupo y el pago por capitación?

Son varias las medidas que podrían mejorar la longitudinalidad, disminuir los traslados de los profesionales y fomentar la fidelización del médico y su cupo. Se refieren a:

- 1) Incentivos de «permanencia»: del tipo de una cantidad fija mensual o anual, o mayores oportunidades de formación o vacaciones, que premien cada año de permanencia en el mismo puesto de trabajo con la misma población; se incrementan anualmente y se pierden con cada traslado.
- 2) Aumento del componente de capitación, hasta acercarse al 50% del total de la remuneración (actualmente representa poco más del 5%), con valoración del «peso» del cupo, según morbilidad y características socioeconómicas y geográficas, para que el médico vea el cupo más como «cartera de clientes» a conservar que como un simple listado de pacientes con derecho a asistencia.
- 3) Mejora de la polivalencia del médico de cabecera: formación y dotación de recursos tecnológicos, humanos y de tiempo, que permitan que el médico ofrezca en la consulta y a domicilio una amplia variedad de servicios, desde cirugía menor a ginecología, desde ecografía a consulta *on-line* con especialistas, más la capacitación en la coordinación de otros miembros del equipo («habilidades de director de orquesta»).
- 4) Integración de los miembros de la familia en el mismo cupo (para fomentar tanto la longitudinalidad individual como familiar).
- 5) Una reforma efectiva de pro-coordinación que convierta a los especialistas en consultores, es decir, que actúen de asesores y no «anclen» a los pacientes a sus propias consultas, y que al tiempo dé todo el presupuesto al médico de cabecera de manera que hasta el especialista hospitalario tenga que ir a su médico de cabecera para ser derivado y atendido en su propio hospital.

Los servicios médicos son servicios personales. Lo que llamamos longitudinalidad no es más que la relación personal a largo plazo entre el médico y sus pacientes, clave en las actividades curativas y preventivas. El fomento de la longitudinalidad es un objetivo pendiente de la reforma de la atención primaria, cuya consecución mejoraría tanto la clínica como la salud pública.

Contribuciones de autoría

Los tres autores prepararon el texto sobre una versión inicial de J. Gervas y M. Pérez Fernández. Los tres colaboraron en la redacción e ideas de la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 153-181.
2. Gervas J, Starfield B, Minué S, et al. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria.* 2007;39:615-8.
3. Simó J, Gervas J, Seguí M, et al. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria.* 2004;34:472-81.
4. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2. Health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003;138:283-98.
5. Redberg R, Katz M, Grady D. Diagnostic tests: another frontier for less is more. Or why talking to your patient is a safe and effective method of reassurance. *Arch Intern Med.* 2011;171:619.
6. López-Roiga S, Pastora M, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria.* 2010;42:591-603.
7. Gervas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc).* 2007;128:540-4.
8. Segura A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit.* 2006;20 (Suppl 1):88-95.
9. Bonet S, García I, Tomás P, et al. ¿Cuándo y cómo tratamos a nuestros pacientes hipercolesterolémicos? *Aten Primaria.* 1999;24:397-403.
10. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008;372:1997-9.
11. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
12. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA.* 2000;284:483-5.
13. Starfield B. The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health.* 2011;10:15. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>
14. Gervas J, Meneu R. Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24 (Suppl 1):33-6.

¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012

Albert Ledesma Castelltort

Equip d'Assistència Primària Vic S.L.P., Vic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de febrero de 2011
Aceptado el 8 de noviembre de 2011
On-line el 11 de febrero de 2012

Palabras clave:

Autogestión
Autonomía de gestión
Gestión en atención primaria

Keywords:

Self-management
Management autonomy
Management in primary healthcare

R E S U M E N

Los países occidentales que disponen de una atención primaria fuerte vertebran los servicios de salud en torno a ella: trabajo en equipo, multidisciplinario, capacidad de gestión transferida a los equipos, puerta de entrada al sistema y amplia cartera de servicios. La relación contractual de los profesionales con el sistema público de salud es un instrumento útil para modular la eficiencia de los servicios y su capacidad para satisfacer las expectativas de ciudadanos y profesionales. Unos países optan por contratar directamente a los profesionales de forma individual o a través de entidades profesionales, sistema conocido como autogestión. Otros optan por la contratación de entidades públicas o privadas que a su vez contratan a los profesionales como asalariados. En estos últimos países aparece el concepto de descentralización de la gestión o autonomía de gestión. En España, sólo Cataluña ha hecho posible la contratación de entidades de profesionales para proveer servicios sanitarios públicos, mediante fórmulas mercantiles y por tanto en relación competitiva de mercado. Esta relación permite utilizar los mecanismos de gestión empresarial sin someterlos a los controles de la intervención del estado. Las otras fórmulas de gestión promovidas en España para evitar los controles de la intervención pública estatal, fundaciones o consorcios, no han conseguido este objetivo, excepto las de la Comunidad Valenciana y alguna de la Comunidad de Madrid.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Self management or managerial autonomy. SESPAS report, 2012

A B S T R A C T

Western countries with strong primary care systems organize their health services around this healthcare modality, which serves as a gateway to the system and is characterized by multidisciplinary teamwork, management transferred to the teams and a broad services portfolio. The contractual relationship between professionals and the public health system is a useful tool to modulate the efficiency of services and their ability to meet the expectations of citizens and professionals. Some countries choose to contract professionals directly, either individually or through a professional organization, an option known as a self-management system. Others opt to contract public or private entities, which in turn recruit health professionals as employees. In the latter countries, the concept of management decentralization and managerial autonomy has arisen. In Spain, only Catalonia has enabled professional entities to be hired to provide public health services, through commercial formulas, i.e. in a competitive market relationship. This relationship allows the use of corporate governance mechanisms that are not subject to public control through state intervention. The other forms of management promoted in Spain to avoid the controls of state intervention - foundations or associations - have been unsuccessful, except in the autonomous region of Valencia and some models in the autonomous region of Madrid.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención primaria pública en Europa ha creado organizaciones con distintos grados de autonomía de los profesionales. La mayoría de los países otorgan una amplia autonomía, con implicación jurídica y económica en la provisión de los servicios. De hecho, la mayor parte de los médicos de familia en el mundo son profesionales independientes que prestan servicios al sistema público a título individual. Algunos países, entre ellos España, optan mantenerlos como asalariados, la mayoría contratados por empresas públicas y con mecanismos de gestión pública. Y también algunos

países, como Reino Unido y España, han optado por el trabajo en equipo, aunque son minoría.

En atención primaria pública existe una relación positiva entre la capacidad para gestionar los recursos por parte de los profesionales y la eficiencia, la satisfacción del profesional y la del ciudadano. El debate se mantiene en torno a si la autonomía profesional ha de abarcar solo competencias funcionales o extenderse al ámbito jurídico. Este debate está condicionado en España por el ánimo de lucro de las entidades privadas de profesionales que gestionan la atención primaria en Cataluña. En otros países de nuestro entorno, Reino Unido entre ellos, es una situación aceptada socialmente y deseada por los profesionales.

Se pretende analizar los aspectos más relevantes de la autonomía de gestión y de la autogestión: marco conceptual, diferencias, ventajas e inconvenientes.

Correo electrónico: albert.ledesma.castelltort@gmail.com

Ideas clave

- Los profesionales de atención primaria precisan de la máxima autonomía de gestión para desarrollar su profesión de forma eficiente y satisfactoria.
- Los profesionales que asumen riesgo jurídico y económico en la provisión están más implicados y satisfechos prestando el servicio.
- Las fórmulas que promueven la implicación jurídica de los profesionales se basan en el respeto a su voluntad y en ser asumibles para ellos y para la sociedad.
- La capacidad de compra de servicios por parte de atención primaria, asumida desde el riesgo económico y la competencia, es un mecanismo que facilita el papel de agente de salud de este nivel asistencial.
- La capacidad para vertebrar equipos de trabajo eligiendo a los profesionales es una competencia que debe residir en el propio equipo.
- Mantener los diversos modelos de gestión, promoviendo la máxima autonomía por parte de los profesionales, es adecuado ya que estimula la competencia.

Autogestión

Situación en que los sanitarios gestionan directamente el servicio, en el marco de una entidad de la que son propietarios, o en el desempeño individual de los médicos de familia.

Autonomía de gestión

Situación en que los sanitarios adquieren determinadas capacidades para gestionar el servicio, transfiriéndoles funciones desde otros niveles de la organización.

Modelos contractuales en la atención primaria europea

La gestión de los recursos humanos y su relación contractual repercuten sobre la calidad del servicio. A mayor implicación del profesional en la gestión de recursos, más eficiencia y satisfacción. Todos los modelos persiguen la máxima implicación de los profesionales en su puesto de trabajo¹. La Comisión Europea recomienda, en un documento de trabajo², promover el desarrollo de la autogestión y la pequeña empresa en atención primaria como un aspecto clave en la política de recursos humanos (tablas 1 y 2).

Tabla 1

Elementos clave en la configuración de los servicios de atención primaria

- La relación contractual del profesional con el servicio de salud
- El sistema retributivo
- La capacidad de autogestión o el nivel de descentralización

Tabla 2

Tendencias organizativas en atención primaria

1. Trabajo en equipo y multidisciplinario
2. Mecanismos de contratación con objetivos e incentivos económicos según resultados
3. Ampliación de la cartera de servicios asumidos desde este nivel
4. Retribuciones variables en función de las tareas realizadas y los resultados obtenidos
5. Desarrollo de redes de profesionales capaces de autoorganizarse, delegando competencias al equipo, con amplios espacios de autonomía profesional, promoviendo y permitiendo implicarse a todos, con el fin de ofrecer el mejor servicio posible

Modelos contractuales en la atención primaria europea*Relación individual del médico con la administración sanitaria*

- 1) Relación contractual con el sistema sanitario con diversas formas de pago (Reino Unido, Canadá, Portugal).
- 2) Relación mercantil y pago por acto (Francia, Italia, Reino Unido).

Relación contractual con la entidad de provisión

- 1) Relación laboral con una entidad pública, privada o mixta.
 - a) Funcionario o estatutario contratado por el estado (España, Países Nórdicos, Portugal).
 - b) Relación laboral con un proveedor privado (Modelo Alzira, Consorcios en Cataluña, entidades de base asociativa [EBA]).

Propietario y profesional de una entidad profesional

- 1) Relación laboral (EBA en Cataluña, Reino Unido).
- 2) Relación mercantil (EBA, Reino Unido).

Descentralización de la gestión en España

La atención primaria desempeña un rol importante en el sistema sanitario español, pero insuficiente para vertebrar su organización en torno a ella. En lugar de promover este rol, asistimos a cambios formales en los modelos de gestión que no satisfacen a nadie y perpetúan un modelo caduco e ineficiente³.

Las comunidades autónomas buscan fórmulas para descentralizar competencias a los equipos de atención primaria sin perder el control jurídico y económico de éstos⁴.

Todas mantienen a los profesionales como asalariados y se relacionan funcionalmente mediante un «contrato de gestión» que fija objetivos a los equipos y descentraliza algunos aspectos de su gestión⁵.

Existen diversos modelos de descentralización, cuyo fin último es aumentar la capacidad de gestión de los equipos. Todos han aportado avances en la organización de los equipos y en sus resultados, pero ninguno ha mejorado la satisfacción profesional ni la eficiencia. El recorrido de mejora de la autonomía de gestión posiblemente esté agotado.

Los argumentos son:

- a) Los intentos de modular equipos capaces de autogestionarse sin salir del marco de la gestión pública han fracasado.
- b) Los beneficios que obtienen los profesionales sólo se mantienen como incentivos si conllevan responsabilidad jurídica y riesgo económico.
- c) La imposibilidad de seleccionar a los recursos humanos desde los equipos es determinante, hace imposible la autogestión y dificulta el trabajo en equipo.
- d) Las garantías laborales que tienen los puestos de trabajo en la función pública decantan la balanza a favor del profesional.
- e) La imposibilidad de modular sistemas de retribución y de incentivarlos propios y personalizados en cada equipo evita la competencia entre profesionales y afecta negativamente a la satisfacción profesional.

Experiencias en las comunidades autónomas

La gestión de la atención primaria por una entidad privada en diversas comarcas de la Comunidad Valenciana es el llamado «Modelo Alzira»⁶. Privatizan la provisión mediante empresas mixtas formadas por entidades mutuales, empresas constructoras y una caja de ahorros. Se respetan los derechos adquiridos del personal y

se promueve su integración voluntaria a la empresa proveedora, el nuevo personal se contrata laboralmente y se utilizan sistemas de gestión privada.

En Cataluña encontramos la gestión de zonas básicas de salud por empresas del ámbito hospitalario o del poder local, los llamados «consorcios sanitarios»⁵. En este caso son empresas privadas sin ánimo de lucro que gestionan equipos de atención primaria mediante mecanismos privados de gestión. Cada entidad otorga la capacidad de gestión al profesional que considera oportuno y los profesionales siguen siendo asalariados.

Ambos modelos de integración horizontal se han gestado a partir del hospital existente en la zona y se han desarrollado pivotando en él. La atención primaria que existía no ha tenido ningún papel, y menos los médicos de familia.

Las unidades de gestión en Andalucía, creadas en el año 2007, pretenden dotar de mayor autonomía a los profesionales de atención primaria mediante un decreto que da soporte legal a las unidades de gestión clínica en que se convirtieron todos los equipos. Tienen carácter funcional, no disponen de un presupuesto independiente ni tienen personalidad jurídica.

Las unidades de gestión clínica de Asturias, creadas en 2009, pretenden descentralizar la gestión sin modificar la relación contractual de los profesionales, ni otorgarles personalidad jurídica propia, ni salir de la gestión pública.

Los equipos autogestionados del Institut Català de la Salut⁷ mantienen la relación contractual de los profesionales, no tienen personalidad jurídica propia y tampoco un presupuesto independiente.

Las unidades clínicas del País Vasco se crean por decreto y sin modificar la relación contractual de los profesionales, ni otorgarles personalidad jurídica propia. Se traspasan algunas competencias de gestión a los profesionales y adquieren cierto riesgo económico en función de los resultados.

Existen algunos consorcios en los cuales participa el Institut Català de la Salut y un ayuntamiento con el ánimo de ir más allá en la autonomía de gestión sin asumir riesgo jurídico los profesionales. Los resultados de los contratos son mejores, pero no la satisfacción profesional ni el nivel retributivo.

Las fórmulas jurídicas utilizadas en los modelos de gestión en España se detallan en la tabla 3 (adaptada de Martín)⁸ para ayudar a la comprensión por parte del lector de cómo se organizan los sistemas de gestión en las distintas comunidades autónomas.

Sociedades profesionales y sistema de provisión pública

¿Los sanitarios son capaces de ser propietarios de entidades y ofrecer el mejor servicio de atención primaria?

Hay evidencia de que sí son capaces de autogestionarse. Las EBA están en la provisión en Cataluña hace 15 años y en muchos países del mundo es una situación aceptada y normal⁹⁻¹¹. A pesar de la evidencia, el estado de opinión en España es justo al contrario, y los tres argumentos utilizados en contra de la autogestión son:

1) No somos empresarios ni tenemos conocimientos de gestión empresarial. La complejidad empresarial no va más allá de cuadrar balances, establecer alianzas y externalizar servicios. El tamaño de la entidad hace asumible su gestión y en todo caso somos líderes del producto ofrecido. Existen dos soluciones para superar este condicionante: la primera, compartir la propiedad de la entidad con otros entes jurídicos (Institut Català de la Salut, Ribera Salud, etc.) en el marco que regula la ley de sociedades profesionales¹², y la segunda formarse en gestión o disponer de asesores.

Tabla 3

Fórmulas jurídicas utilizadas para la gestión de los servicios sanitarios públicos en España. (Adaptada de Martín⁸)

1) Gestión directa del servicio por la administración pública

- Sin personalidad jurídica
- Organismo Autónomo Administrativo (Servicio Andaluz de la Salud)
- Ente Público (Osakidetza, País Vasco)
- Consorcio (diferentes entidades sanitarias en Cataluña)
- Fundación (Fundación Hospital de Alcorcón, Comunidad Autónoma de Madrid)
- Sociedad Mercantil Pública (Hospital Sant Jaume de Calella, Cataluña)
- Organismo autónomo (Agencia Española del Medicamento)
- Entidad pública empresarial

2) Gestión indirecta del servicio por entidades privadas, con o sin afán de lucro

- Formas de contratación por parte de la administración pública:
 - Convenio
 - Concierto
 - Concesión
 - Arrendamiento
- Fórmulas jurídicas empleadas por las entidades contratadas:
 - Sociedad cooperativa profesional
 - Sociedad cooperativa laboral profesional
 - Sociedad mercantil privada, profesional o no
 - Fundación privada

3) Sistema de incentiviación económica en las entidades de base asociativa

- Como socio y propietario de la entidad:
 - Valor de las participaciones
 - Reparto de beneficios
- Como profesional:
 - Salario básico del sistema público de salud garantizado
 - Distribución de incentivos como parte variable del sueldo para todas las categorías profesionales y en función de su aportación a la entidad. El porcentaje sobre el total del sueldo varía en función de los resultados económicos anuales y de la política retributiva de cada entidad. La franja se sitúa entre un 10% y un 30%.
- Ingresos por otras actividades profesionales (ensayos clínicos, prestaciones a terceros)
- Posibilidad de ser socio y propietario

- 2) Estas entidades tienen ánimo de lucro y privatizan el sistema sanitario público. La constitución en sociedad profesional es sólo un instrumento para agilizar el gobierno y la contratación de servicios. Permite asumir riesgos reales de gestión en un entorno de transparencia jurídica y social. La privatización de la provisión es una realidad que respeta el principio de financiación pública; otros proveedores ya la venían utilizando sin que se discuta su pertinencia. Muchos se preguntan si es posible la autogestión en un modelo de entidad sin afán de lucro. En mi opinión hay dos soluciones posibles: una, mantener el ánimo de lucro limitando el porcentaje de los beneficios por contrato como se hace en la Comunidad Valenciana en el llamado «Modelo Alzira», y la otra sería a través de un consorcio sin ánimo de lucro, en el cual los profesionales sean propietarios junto a una entidad pública.
- 3) Al asociarnos pueden surgir conflictos que las hagan inviables. En las EBA de Cataluña se han dado casos de separación voluntaria o forzosa de socios y se han resuelto satisfactoriamente para el servicio.

En todo caso, la provisión en España ha de mantener los diferentes modelos, con sociedades mercantiles con ánimo de lucro, y crear las de titularidad mixta y derecho privado.

Modelos jurídicos y autogestión

En Cataluña se legisló la posibilidad de contratar empresas de profesionales por parte de CatSalut, con el fin de proveer servicios sanitarios públicos. La ley fue aprobada por el Parlamento

Tabla 4

Modelos de gestión en atención primaria por comunidad autónoma

Comunidad	Gestión pública	Modelos de gestión	Gestión privada	Modelos de gestión
Andalucía	Sí	Unidades de gestión clínica	No	No
Aragón	Sí	Sectores sanitarios: gerencia única	No	No
Asturias	Sí	Unidades gestión clínica	No	No
Cantabria	Sí	Tradicional	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Modelo descentralización y gerencia única	No	No
Castilla-León	Sí	Descentralización de toma de decisiones	No	No
Cataluña	Sí	Equipos autogestionados	Sí	EBA, entidades privadas y mixtas
Ceuta	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Extremadura	Sí	Gerencia única	No	No
Galicia	Sí	Gerencia de atención primaria: modelo tradicional	No	No
Islas Baleares	Sí	Descentralización de la gestión	No	No
Islas Canarias	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
La Rioja	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Madrid	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Melilla	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Murcia	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Navarra	Sí	Descentralización de la gestión: modelo tradicional	No	No
País Vasco	Sí	Unidades clínicas	No	No
Valencia	Sí	Unidades de gestión unificadas	Sí	Entidades privadas modelo integrado

de Cataluña¹³ y posteriormente desarrollada mediante decreto del gobierno de la Generalitat de Cataluña¹⁴. Permite contratar a sociedades de profesionales sanitarios para proveer servicios sanitarios públicos. Las fórmulas aceptadas son: Sociedad Anónima, Sociedad Limitada, Sociedad Cooperativa y Sociedad Cooperativa Laboral¹⁴.

La Ley estatal de Sociedades Profesionales¹² de 2007 cambia alguna de las reglas establecidas en Cataluña: establece el mínimo de capital social en manos de los profesionales en el 75%, y resuelve algunos aspectos societarios específicos de estas entidades. Los aspectos regulados son la transmisión de acciones al dejar de ejercer como profesional para la entidad, el valor de las participaciones y la obligación que tiene la entidad de comprar las acciones al socio que deje de serlo.

Actualmente hay en Cataluña 10 EBA, que gestionan 12 Zonas Básicas de Salud con 350.000 ciudadanos atendidos, una EBA de pediatras contratada por el Hospital San Juan de Dios para proveer pediatría en una zona del Pirineo catalán y algunas EBA contratadas como tales para proveer servicios en hospitales privados de Cataluña¹⁵.

El modelo está estancado desde 2003. Los motivos son el escaso impulso político que ha tenido el modelo y el miedo de los profesionales a salir del marco estatutario de relaciones laborales. El nuevo gobierno de Cataluña promueve su desarrollo y hay varios proyectos nuevos de EBA que pueden cristalizar en los próximos meses y años. El impacto de la crisis económica sobre el personal estatutario puede incentivar la salida de los profesionales del sistema estatutario para pasar a la autogestión.

La fórmula jurídica más utilizada es la sociedad limitada profesional propiedad de los profesionales.

Las entidades, con 15 años de experiencia, han asumido con éxito empresarial en todos los casos la gestión de los servicios contratados. En ningún caso el financiador ha intervenido para socorrer a estas entidades, los resultados económicos son satisfactorios y en términos de resultados de salud comparables a los demás. Las evaluaciones externas realizadas constatan una mayor satisfacción entre los profesionales de estas entidades y también entre los ciudadanos atendidos.

Las ventajas para el profesional que asume riesgo y renuncia a determinadas ventajas laborales del sistema público se centran en una mejor perspectiva profesional, una mayor autonomía en el puesto de trabajo, una mejor remuneración económica proporcional al esfuerzo realizado y ser propietario de una parte de la entidad (tabla 4).

Mecanismos públicos de control

La aseguradora pública garantiza que los recursos públicos se destinan al fin previsto y que se usan de forma eficiente; objetivos con evaluación de resultados, central de balances y sistema de sugerencias y reclamaciones. La financiación de estas entidades no tiene características propias y se les asigna un capital por parte del servicio público, calculado con los mismos parámetros que las otras entidades de provisión.

En España se asume que un sistema de gestión pública garantiza, por el mero hecho de serlo, un uso adecuado de los recursos. Y se interpreta, por pasiva, que los sistemas de gestión privados, y más los que tienen ánimo de lucro, son perversos en el uso de esos mismos recursos. Algunos autores, como Vicente Ortún¹⁶, defienden el trabajo por cuenta propia, el de las asociaciones de profesionales y el modelo de responsabilidad económica y jurídica con rendición de cuentas en sus artículos y publicaciones. Otros, por ejemplo Joan Gené Badia⁵, ponen algunos reparos y objeciones, como el estancamiento del modelo, el ánimo de lucro, la falta de adaptación a las enfermedades crónicas o el menor número de profesionales de enfermería en estas entidades. Es bueno tener en cuenta todas las opiniones para intentar mejorar el modelo, manteniendo los aspectos positivos demostrados.

La realidad demuestra que las EBA de Cataluña han hecho un uso más eficiente de los recursos que los demás proveedores. Además, con una mayor satisfacción de ciudadanos y profesionales y con unos resultados en términos de salud comparables. La primera afirmación se sustenta en la evaluación de modelos de gestión en Cataluña realizada por la Fundación Avenis Donabedian a instancias del Departamento de Salud¹⁶, de la cual se desprende que si todos los equipos de Cataluña tuviesen la media de coste de las EBA, el ahorro global en la atención primaria de ese año hubiese sido de 240 millones de euros. Para confirmar la eficiencia del modelo basta considerar los datos publicados por CatSalut de coste medio de la atención primaria en Cataluña en 2008 (459 euros por habitante y año) y los datos de coste medio de las 10 EBA en 2009 (329 euros por habitante y año). La media de estos centros se sitúa en 130 euros por habitante y año por debajo de la media catalana. Si inferimos estos datos a los siete millones de habitantes de Cataluña, obtendríamos un ahorro potencial de unos 917 millones de euros al año.

El coste en farmacia es más bajo en las EBA, al menos hasta ahora, probablemente debido al riesgo económico directo asumido por la

entidad y los prescriptores; si el gasto es superior al presupuesto, los resultados económicos serán peores para ambos. Con las limitaciones en la prescripción establecidas a raíz de la crisis económica y la obligación de dispensar la presentación más económica del fármaco, los resultados pueden variar.

Los dos estudios realizados en Cataluña^{17,18} sobre los modelos de gestión demuestran que los mejores resultados están muy repartidos entre los diversos modelos. En el caso de las EBA, los profesionales están más implicados y los costes para el Servei Català de la Salut son más bajos en estas entidades. Aunque los indicadores de prescripción tienden a mejorar en los tres modelos, los mejores resultados los obtiene el Institut Català de la Salut. Respecto a actividades clínicas, pruebas complementarias y derivaciones, la tendencia es favorable para las EBA. Datos más recientes de seguimiento y evaluación de unos 130 equipos de atención primaria de la región sanitaria de Barcelona¹⁹ en cuatro dimensiones (accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y eficiencia) y 23 indicadores colocan entre los 10 primeros equipos a imitar a cinco EBA, todas las de Barcelona.

Ningún estudio publicado consigue demostrar mejores resultados de salud en un modelo de gestión o en un sistema de relación contractual. No obstante, es importante considerar que ofrecer un servicio, como mínimo de la misma calidad, a un coste inferior, es una aportación trascendente en términos de sostenibilidad, y el modelo EBA lo ha demostrado.

El comprador de servicios públicos tiene que establecer mecanismos de acreditación, estándares mínimos y costes de los servicios. A partir de estos criterios contratará proveedores públicos, privados o mixtos, que han de mantenerse o no en la provisión en función de los resultados obtenidos y del coste del servicio.

Resultados de las entidades de base asociativa y ámbitos para la reflexión y la mejora

Ya se han aportado los datos económicos en la gestión de centros por parte de estas entidades, y queda meridianamente demostrado que aportan un ahorro considerable y sustancial. Parece razonable pensar que esta mejora está ligada al propio modelo, y que si se crean nuevos centros se mantendrá el ahorro. En gasto farmacéutico, los resultados que aporta CatSalut mensualmente demuestran que todos los centros autogestionados se sitúan en la banda baja del gasto farmacéutico de Cataluña.

En cuanto a resultados de salud, los que ofrece el propio CatSalut anualmente, demuestran que los centros autogestionados están situados entre los primeros puestos. En el área de Barcelona, cinco de estos centros gestionados por EBA estaban entre los diez primeros en 2009¹⁹.

Si estas entidades también mejoran la satisfacción profesional y el nivel retributivo, como demuestran los estudios de evaluación que se han realizado hasta ahora, podemos concluir que estamos ante una alternativa real al sistema de gestión público.

El principal riesgo de las EBA es el de convertirse en empresas de provisión con el objetivo de que unos pocos socios sean propietarios y obtengan los beneficios económicos. Hay mecanismos para evitar esta situación: la obligación de repartir la mayor parte del excedente como incentivos entre todos los profesionales, la ampliación del número de socios, la participación de todos los profesionales en la gestión de la entidad, etc. Estos preceptos pueden regularse desde la propia entidad o desde el contrato del servicio público.

El segundo problema del modelo es el riesgo económico que asumen los profesionales desde la propiedad de la entidad, que aumenta en periodos de falta de liquidez del sistema público y que hay que afrontar con una buena gestión empresarial. En último término, la entidad sólo asume riesgo por el valor del capital social aportado.

Conclusiones y recomendaciones

La atención primaria en España ha de promover una nueva relación profesional que transfiera riesgo jurídico y económico a los médicos de familia. Desde ella, los profesionales han de promover su rol de agente sanitario del ciudadano, actuando como puerta de entrada al sistema sanitario público y con capacidad para comprar servicios a otros niveles asistenciales en función de las necesidades. Han de establecerse mecanismos de competencia regulada entre proveedores y ámbitos asistenciales, con el objetivo de ser eficientes y situar al ciudadano en el centro de la organización que pivotará sobre la atención primaria.

Contribuciones de autoría

El autor único del artículo en todos sus contenidos y en la forma es A. Ledesma Castellort.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Dr. Marc Soler Fàbrega y al Dr. Josep Ausió Arumí, que han leído el artículo y me han aportado algunas reflexiones sobre el contenido y la forma. También al editor principal, Dr. Francisco Hernansanz, por confiar en mí para la redacción de este artículo.

Bibliografía

- Zegarra P, Repullo JR, Freire JM. Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados europeos. Junio 2009. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/home/CTU.OPA.REPULLO.FREIRE.pdf>
- Green Paper on the European Workforce for Health. Public Health. European Commission. 2008. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/workforce/green-paper/index.en.htm>
- Atención primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Informe SEDAP 2009. Disponible en: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/atencion-primaria-de-salud-nuevos-retos-nuevas-soluciones>
- Estado actual de la atención primaria española. Informe 21-02-2008. SEMG. 2008. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/20080228.informe.ap.pdf
- Autogestión en la atención primaria española. Informe del grupo de trabajo sobre autogestión. SEMG. 2009. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion.ap.pdf
- Tarazona Ginéz E, Torner AR, Marín Ferrer M. La experiencia del Modelo Alzira: del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:83-98.
- Document marc del projecte d'autonomia de gestió dels equips d'atenció primària de l'ICS. Barcelona, setembre de 2008.
- Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Fundación Alterantivas. 2003.
- Ballart X, Smyrl M, et al. A new model of primary health care in Catalonia, Elites, ideas and the evolution of public policy. London: Palgrave; 2008.
- Ballart X. Innovación en la gestión pública y en la empresa privada. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- La reforma de l'atenció primària a Catalunya. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003.
- Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. BOE núm. 65, 16/02/2007. p. 11246-51.
- Ley 11/1995, de 29 de setiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña.
- Decreto 309/1997, de 9 de diciembre, por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y socio-sanitaria. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, n° 2539, 16/12/1997. p. 14.558-9.

15. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios, Valoración actual y retos futuros. *Rev Admin Sanit.* 2005;3:73-81.
16. Ortún V, González B, Barber P. Determinantes de las retribuciones médicas. *Med Clin (Barc).* 2008; 131:180-3.
17. Fundació Avenis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació dels serveis 2002. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: <http://www.eapsardenya.cat/documents/Fundacio%20Avedis.pdf>
18. Segura A, Martín Zurro A. Avaluació dels models de gestió a l'atenció primària de Catalunya. Departament de Salut. 2007. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/diversificacion_servicios_primaria_pcsns_aatrm.pdf
19. Benchmarking dels equips d'atenció primària de Catalunya. Resultats 2009. Regió Sanitaria de Barcelona. CatSalut 2009. (Consultado 6/2/2011.) Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxius/Memoria.RSB_09.pdf

Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012

Dolores Corrales-Nevado^{a,*}, Alberto Alonso-Babarro^b y María Ángeles Rodríguez-Lozano^c

^a Centro de Salud Plaza de Argel, Cáceres, España

^b Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Centro de Salud Manuel Encinas, Cáceres, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2011

Aceptado el 30 de septiembre de 2011

On-line el 13 de febrero de 2012

Palabras clave:

Continuidad asistencial

Atención primaria

Coordinación de servicios

Keywords:

Continuity of care

Primary care

Service coordination

R E S U M E N

La continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y al final de la vida. Para conseguirla, debemos superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuados. La preocupación por encontrar soluciones efectivas a los problemas que amenazan la continuidad asistencial es creciente, y favorece la constante aparición de estrategias profesionales e institucionales destinadas a mejorarla. En este trabajo se describen algunas de las propuestas destinadas a mejorar la coordinación asistencial en el contexto de la atención primaria, desde el punto de vista de la enfermería, el trabajo social y los cuidados paliativos. Se insiste en aumentar el número y la calidad de las visitas domiciliarias, debido al incremento de pacientes crónicos con multimorbilidad y con necesidades complejas. La efectividad de la atención domiciliaria depende de la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas asistenciales, más que del servicio que se ocupe del seguimiento del paciente o del profesional encargado de las visitas domiciliarias.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Continuity of care, innovation and redefinition of professional roles in the healthcare of chronically and terminally ill patients. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Continuity of care is essential to address the multiple needs of the chronically and terminally ill. To achieve this aim, the organizational barriers of the different levels of care must be overcome by establishing appropriate coordination mechanisms. Interest in finding effective solutions to the problems that threaten continuity of care is increasing, favoring the continued development of professional and institutional strategies to improve coordination. The present article explores some of the proposals to improve the coordination of care in primary care settings, from the point of view of nursing, social work and palliative care. Due to the increase in patients with chronic and complex needs and multimorbidity, the number and quality of home visits should be increased. The effectiveness of home care depends on the regularity of follow-up and the stability of the healthcare programs, rather than on the service responsible for monitoring the patient or the professional responsible for home visits.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La continuidad asistencial es una característica primordial de la atención primaria intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y con su calidad de vida. Se asocia a menos medicalización, menos intervencionismo y menos hospitalizaciones¹.

Conseguir un seguimiento apropiado de los pacientes y dar respuesta a los complejos problemas de salud de la población en un contexto social cambiante es un desafío que pone a prueba la capacidad de adaptación de la atención primaria y de los distintos profesionales que la integran. Se trata de satisfacer las necesidades sociosanitarias y las expectativas de una población mejor

informada y más autónoma, pero también especialmente vulnerable por numerosas razones: medicalización de la vida, enfermedades crónicas, comorbilidad, envejecimiento, enfermedades mentales, dependencia, tránsitos frecuentes entre atención primaria y atención hospitalaria, y agotamiento del entorno sociofamiliar². En este escenario asistencialmente tan complejo afloran con mayor acritud las deficiencias que entorpecen los atributos de la continuidad asistencial, se reclama insistentemente mayor coordinación y cobran especial relieve las iniciativas que pretenden evitar la fragmentación que se produce en la prestación de los servicios, aplicando medidas organizativas y de integración de servicios sanitarios y prestaciones sociales³.

La atención domiciliaria es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. De hecho, hasta el 85% de los pacientes crónicos en su domicilio tienen una esperanza de vida superior a 6 meses, y los procesos que

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: dolores.corrales@ses.juntaextremadura.net (D. Corrales-Nevado).

Ideas clave

- Los profesionales de enfermería deben corresponsabilizarse del continuo asistencial de su población, asumiendo más competencias clínicas y más avanzadas.
- La implicación activa de los médicos de atención primaria en la atención a los pacientes al final de la vida aumenta el porcentaje de enfermos que mueren en su domicilio.
- Debemos crear indicadores de evaluación de fácil manejo que permitan medir el buen funcionamiento de la coordinación, y sobre todo los resultados globales.
- La gestión compartida de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario.

padecen son principalmente enfermedades crónicas e incurables, que afectan profundamente a su salud y su capacidad funcional⁴. A pesar de su importancia, sigue siendo notoria la falta de información en relación con aspectos básicos de la atención domiciliaria, como la financiación, la organización y la prestación de los servicios, o sobre su calidad e integración, como se pone de manifiesto en una reciente revisión sobre servicios domiciliarios en Europa⁵.

Actualmente el interés por la continuidad asistencial se está revitalizando, por una parte debido a la redefinición de los papeles profesionales y, por otra, por el previsible impacto global de las enfermedades crónicas junto a las iniciativas de gestión de la enfermedad y de gestión de casos^{6,7}. Términos como *crhonic care model*, *share care nurse home* o *specialist liaison nurse* designan propuestas de mejora de la atención mediante la búsqueda de soluciones destinadas a evitar la fragmentación de los cuidados, principalmente en situaciones de cambio de nivel asistencial^{8,9}. La realización de estas iniciativas debe ser cuidadosamente estudiada, ya que en general proceden de países con sistemas sanitarios muy fragmentados y difícilmente son adaptables a nuestro sistema sanitario.

En este trabajo describiremos algunas de las propuestas destinadas al fortalecimiento de la continuidad asistencial en el contexto de la atención primaria, desde la perspectiva de la enfermería, del trabajo social y de los cuidados paliativos.

Optimización de recursos en atención primaria: a propósito del papel de enfermería

Se han propuesto distintas alternativas para mejorar la calidad y la continuidad de los cuidados de enfermería (tabla 1). Unas se inclinan por potenciar la capacidad de los profesionales de enfermería para resolver problemas de salud cada vez más complejos; serían las reformas procontentido, y se han concretado en las iniciativas denominadas de enfermería de elevada capacitación. Los resultados comunicados muestran que la calidad de la atención puede ser equivalente a la prestada por médicos en algunas áreas de la atención primaria, y con menor coste¹⁰⁻¹². Otras alternativas muy proclives a la innovación son las denominadas reformas procoordinación, algunas de las cuales se describen en la tabla 1. La intención de unas reformas y otras, de unas figuras de enfermería y de otras, es mejorar la coordinación asistencial en la provisión de cuidados a enfermos complejos y ancianos con tránsitos frecuentes al hospital. Éste es el tipo de pacientes que se relaciona más frecuentemente con deficiencias asistenciales (morbimortalidad evitable, hospitalizaciones evitables), con problemas de seguridad (efectos adversos por medicamentos, encarnizamiento terapéutico) y con un incremento

de los costes. Estas propuestas destacan, además, el valor de los cuidados domiciliarios en la continuidad asistencial^{13,14}.

En España han tenido buena acogida las innovaciones relacionadas con la gestión de enfermedades y la gestión de casos, a la vista de su implantación en algunas comunidades autónomas¹⁵.

Las publicaciones que muestran los resultados de la actividad de estas figuras nuevas de enfermería, y de estas nuevas estrategias asistenciales, suelen proceder de estudios observacionales o de comparaciones semiexperimentales, no de ensayos clínicos ni de comparaciones entre grupos equivalentes, por lo que sus hallazgos hay que aceptarlos con cautela por los diferentes errores que pueden contener. Algunos comunican mejoras en la coordinación y el seguimiento de los pacientes, por ejemplo tras la aplicación de intervenciones preventivas con enfermeras de enlace a pacientes que han sufrido un infarto, pero no se obtienen mejoras en los resultados de salud en cuanto al abandono del hábito tabáquico, pérdida de peso, disminución de la presión arterial o del colesterol. Otros trabajos refieren mejoras en los resultados intermedios (en las cifras de presión arterial, en el control glucémico o en la mejora de síntomas depresivos), pero escasean los datos sobre evolución comparativa a largo plazo en términos de supervivencia o ingresos hospitalarios¹⁶.

La profesión de enfermería en atención primaria no está exenta de la competencia que impone el determinismo tecnológico y la parcelación de la enfermedad y de los pacientes por razones de edad o de patología, de manera que han proliferado otras profesiones y otras opciones asistenciales que ocupan progresivamente espacios profesionales tangenciales a la enfermería. La gama de servicios clínicoasistenciales de la enfermería de atención primaria podría ser muy amplia, pero su agenda en el ámbito de los cuidados domiciliarios sigue ligada a la demanda, siendo la atención a pacientes con úlceras por presión el problema de salud que más visitas de enfermería genera¹⁷. Para dar un vuelco a esta situación, para satisfacer las demandas ciudadanas de cuidados, se precisa una enfermería que sea altamente profesionalizada, polivalente y comprometida¹⁸.

Si los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente, creemos que la enfermería de atención primaria puede proporcionarlos si cuenta con liderazgo profesional y con apoyo político-gerencial para efectuar algunos cambios. Para empezar, es esencial disponer de población formalmente asignada, lo que favorece la longitudinalidad, la permanencia en el cupo y el manejo de agendas¹⁸. Finalmente, la continuidad de cuidados se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar. Es más rápido, eficaz y seguro para el paciente, y más coste-efectivo para el conjunto del sistema sanitario. Para eso se necesita que enfermería disponga de herramientas y de atribuciones suficientes para poner en la cabecera del enfermo lo que pueda necesitar, desde un medicamento (prescripción enfermera) hasta una ayuda ortoprotésica (cama articulada, superficies especiales para el manejo de la presión) o una ayuda sociosanitaria.

Algunas de las innovaciones aludidas pueden verse como una oportunidad laboral y profesional para la enfermería (o para otras profesiones), o como una oportunidad para los políticos y gestores que, preocupados por los costes y la descoordinación asistencial, necesitan acciones inmediatas. Sin embargo, lo aconsejable es analizar con cautela los resultados de estos proyectos antes de generalizar su implantación, así como optimizar los recursos profesionales ya existentes y la propia estructura del conjunto de la atención primaria, para establecer una reforma que facilite verdaderamente la coordinación entre niveles asistenciales.

Tabla 1

Modelos organizativos de atención para mejorar la continuidad y la coordinación de los cuidados

Modelos de atención	Atención domiciliaria (atención primaria)	Chronic care model	Enfermería de práctica avanzada	Gestión de casos (enfermera de enlace)
Procedencia/implantación	Reino Unido, Países nórdicos, España (países con atención primaria consolidada)	Estados Unidos, Europa	Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Suecia, Francia	Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Reino Unido, España (Andalucía, Cataluña y otras comunidades autónomas)
Próposito	Provisión continua de atención sanitaria directa en el domicilio de los pacientes (procesos crónicos, reagudización de problemas, problemas agudos)	Mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos y corregir problemas de coordinación	Ampliar las competencias clinicoasistenciales de enfermería	Mejorar la calidad de los cuidados domiciliarios garantizando la continuidad y la coordinación con los distintos niveles socioasistenciales
Niveles de atención	Atención primaria	Atención primaria	Atención primaria Atención hospitalaria	Atención primaria
Recursos	Utilización de los existentes	Optimización de los existentes	Creación de nuevas figuras profesionales	Creación de nuevas figuras profesionales
Profesionales	Enfermeras Médicos Trabajadores sociales	Enfermeras Médicos Trabajadores sociales	Enfermeras	Enfermeras
Principales mejoras	Integración en la cartera de servicios de atención primaria Valoración integral del paciente domiciliario Reparto de tareas y responsabilidades Movilización de recursos sociales Utilización de registros clínicos Fomento de la autorresponsabilidad del paciente y la familia en relación con sus cuidados Seguimiento continuo de los problemas de los pacientes en su domicilio	Fomento de la autoayuda paciente/familia Utilización de guías clínicas Reparto de tareas y responsabilidades Sistemas de información electrónica Cambios organizativos (incentivos) Movilización de recursos sociales Seguimiento y evaluación permanente de las actividades realizadas	Legislación específica para la enfermera de práctica avanzada Punto de entrada al sistema sanitario Adquisición de competencias clínicas avanzadas (derecho a diagnosticar, autoridad para prescribir medicación y tratamientos) Desarrollo de trabajo autónomo (gestión de casos, derivación a otros profesionales, ingresos hospitalarios) Capacidad para proporcionar servicios de consulta a otros profesionales Seguimiento continuo de los distintos problemas de salud (agudos y crónicos) de los pacientes en el ámbito familiar y de la comunidad Aumento de la longitudinalidad y la continuidad de la atención Resultados similares a los obtenidos por los médicos en algunas áreas de la atención sanitaria y a menor coste	Desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica y planes de cuidados Valoración integral de las necesidades de los pacientes domiciliarios Elaboración de planes de intervención Evaluación periódica de los planes de intervención Utilización de registros clínicos Movilización de recursos sociales Valoración y atención de las necesidades de los cuidadores familiares Fomento de redes de autoayuda para los cuidadores familiares Actividades de formación dirigida a los equipos de atención primaria
Inconvenientes	Problemas de coordinación entre atención primaria, hospitalaria y servicios sociales Desigual desarrollo de la actividad domiciliaria por parte de los profesionales de atención primaria Dilución de responsabilidades Débil fundamentación científica	Débil fundamentación científica Limitación de la atención a determinadas enfermedades Fragmentación del paciente	Escasa implantación y evaluación de la enfermera de práctica avanzada en la mayoría de los países Insuficiente fundamentación científica	Escasa implantación y evaluación del modelo Limitación de la atención a determinados pacientes Los profesionales que deciden y elaboran los planes de intervención no son los que los ejecutan Dilución de responsabilidades Débil fundamentación científica

La atención al final de la vida: coordinación asistencial o deterioro de la calidad en la prestación de servicios

En los últimos años hemos asistido a una progresiva toma de conciencia en el medio sanitario sobre la importancia de la atención de los pacientes al final de la vida. Los principios de atención en

cuidados paliativos encajan dentro de los elementos conceptuales de la atención primaria, tanto por su accesibilidad y conocimiento biográfico y clínico del paciente, como por la perspectiva integral de la asistencia que implica la atención a los diversos aspectos de esta última etapa. Sin embargo, hay una pérdida progresiva del protagonismo en la asunción de cuidados del enfermo al final de la vida

por parte de los médicos de familia. Las principales razones que pueden explicar esta pérdida de protagonismo son la dependencia progresiva del paciente de los servicios hospitalarios, las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, los problemas de organización y la ausencia de formación específica^{19,20}.

Los organismos internacionales han insistido en los últimos años en la necesidad de poner en marcha programas de cuidados paliativos en todos los niveles asistenciales²¹. Se precisan modelos integrados, que permitan la capacitación de todos los niveles asistenciales, faciliten la coordinación para la atención a pacientes al final de la vida y actúen de acuerdo con la complejidad de cada caso. El problema estriba en el modelo específico a adoptar. Dada la preferencia clara de los pacientes por permanecer en su domicilio, parece claro que estos programas deben estar basados en la atención primaria. Varios estudios demuestran que los programas basados en atención primaria son mejor acogidos por pacientes, cuidadores y médicos de familia²².

En los países desarrollados, el porcentaje de fallecimientos en los hospitales es superior al 50%²³. La mediana de días de hospitalización en los últimos meses de vida es un parámetro en constante crecimiento en las últimas décadas. En los pacientes oncológicos, esta cifra llega a ser de 20 días, representando alrededor de un tercio del periodo final de la vida²⁴. El constante incremento de las muertes en el hospital y de los días de hospitalización al final de la vida puede llegar a colapsar los sistemas sanitarios, sin que por otra parte represente ninguna mejora en la calidad de vida del paciente²⁵. De ahí la urgencia en el desarrollo de programas de cuidados paliativos.

Se precisan todavía más trabajos bien diseñados para demostrar la efectividad de los programas de cuidados paliativos^{26,27}. En la evaluación de estos programas se han utilizado distintas herramientas e indicadores, como el porcentaje de pacientes fallecidos en su domicilio. A pesar de sus limitaciones, es un indicador adecuado para evaluar la repercusión de la puesta en marcha de estos programas, para comparar diferentes tipos de asistencia al final de la vida o para valorar el ahorro conseguido con programas de apoyo domiciliario^{26,27}. La implicación activa de los médicos de atención primaria en la atención a los pacientes al final de la vida aumenta el porcentaje de enfermos que mueren en su domicilio^{28,29}. En la medida en que aumentan las visitas domiciliarias realizadas por los médicos de familia se incrementa el porcentaje de fallecimientos en el domicilio. Además, este efecto es aditivo al conseguido por los equipos domiciliarios específicos de cuidados paliativos^{28,29}.

La función fundamental de los equipos de soporte es contribuir a mejorar la asistencia a los pacientes al final de la vida, consiguiendo una mayor capacitación de los equipos de atención primaria y facilitando su coordinación con otros niveles para asegurar la continuidad de los cuidados. Estos programas deben contar con un sistema de evaluación y actuar sólo bajo demanda del médico de familia correspondiente^{19,30}. En conclusión, los equipos de soporte no deben suplantar la actividad del médico de familia sino realizar atención compartida en los pacientes más complejos.

La implantación de los programas de cuidados paliativos en nuestro país muestra grandes desigualdades, tanto en lo que se refiere a la existencia de equipos específicos como en lo relativo al tipo de funcionamiento de dichos recursos. Sería importante que el desarrollo de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad contribuyera a homogeneizar ambos temas. En la Estrategia queda claro que la atención a los pacientes al final de la vida debe pivotar sobre la atención primaria³¹. No debe olvidarse que estos pacientes requieren una gran cantidad de asistencia y numerosas actividades de coordinación²⁹. La labor de los equipos de soporte debe ser fomentar y compartir esas visitas domiciliarias y facilitar la coordinación. Otras formas de actuación (hospitalización domiciliaria, equipos específicos que actúen sin contar

con atención primaria) serán menos coste-efectivas y romperán la continuidad asistencial en la atención a los pacientes al final de la vida.

El desarrollo general de los programas de cuidados paliativos, y específicamente de los equipos de soporte domiciliarios, ha corrido paralelo al interés creciente por el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Los programas de seguimiento domiciliario de pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedades respiratorias crónicas avanzadas disminuyen las tasas de reingreso y mejoran la calidad de vida y los costes de la atención^{32,33}. La validez y la consistencia de dichos trabajos han llevado a incluir la implantación de estos programas como recomendación A en las guías clínicas. La efectividad de estos programas domiciliarios no parece depender del servicio que se encargue del seguimiento del paciente (hospital o atención primaria), ni del profesional responsable de las visitas domiciliarias (médico o enfermera), sino de que el paciente sea seguido regularmente en su domicilio de acuerdo con un programa preestablecido. Está claro que tales programas deberían ser más coste-efectivos (y probablemente tendrían más continuidad en el tiempo) si fueran liderados desde atención primaria. Sin embargo, parece que la atención domiciliaria sigue siendo la gran asignatura pendiente en atención primaria. El número de enfermos crónicos sigue aumentando y, sin embargo, el número de visitas domiciliarias en los centros de salud sigue disminuyendo. En consecuencia, el reto de la atención primaria debe ser tratar de priorizar la atención a estos pacientes.

El trabajo social sanitario en la continuidad asistencial

El trabajo social se incorporó a la atención primaria coincidiendo con el auge de la reforma sanitaria y con la modernización del sistema sanitario. A lo largo de la década de 1980 se publicaron las leyes autonómicas de servicios sociales y se inició la configuración de un Sistema Público de Servicios Sociales. Los trabajadores sociales sanitarios, en su función asistencial, se centraron en la atención psicosocial³⁴ de las necesidades de pacientes-familias y de grupos-comunidades, y en los modelos de intervención, con la intención de consolidar la profesionalización del trabajador social sanitario y de demostrar su efectividad^{35,36}.

En la práctica, las atribuciones relacionadas con los recursos sociales quedaron reducidas a la derivación. Se entendía que el trabajador social sanitario exclusivamente debía orientar hacia los recursos y no participar en la gestión del acceso a ellos ni en su planificación³⁵. Se desarrolló una función "derivante" para el acceso a los recursos sociales que están en otro sistema (educación, vivienda, asociaciones de enfermos), con la consiguiente dificultad para evidenciar la eficiencia de las intervenciones. Se trata de una derivación activa, con amplia información sobre lo que el recurso podría esperarse, con contacto previo con los profesionales de los servicios sociales generales o especializados, y con el resumen del problema y una propuesta por escrito a través de informe social.

Los trabajadores sociales sanitarios establecen, en los equipos de atención primaria, formas locales de colaboración y coordinación con los servicios sociales comunitarios; participan de la evolución del sistema sanitario y son observadores activos de los cambios sociales. Dirigen preferentemente su acción hacia los procesos generadores de dependencia (anciano frágil, personas inmovilizadas, enfermos en procesos terminales, personas cuidadoras de las personas dependientes, etc.). La gestión de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario.

Actualmente, la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia supone un avance en la protección social, pero hay grandes diferencias en la configuración de los servicios

según el territorio, desde la integración plena de la atención a la dependencia en un sistema de servicios sociales en Aragón hasta la desvinculación completa de este servicio respecto de los servicios sociales en Extremadura.

La gestión de casos en la coordinación sociosanitaria es reclamada como una función de los trabajadores sociales sanitarios ubicados en atención primaria, por su histórico papel de enlace entre ambos sistemas y por su búsqueda de respuestas a necesidades sociales emergentes en un contexto de enfermedad, de cronicidad, de deterioro progresivo y de atención en el final de la vida³⁷. Sin embargo, para ganar legitimidad científica en estas tareas, los trabajadores sociales sanitarios deben seguir profundizando y afianzando su profesionalización con la especialización posgrado, e investigando las consecuencias de sus intervenciones, de la coordinación sociosanitaria y de los factores estructurales que condicionan la salud, el bienestar y la desigualdad.

Conclusiones y recomendaciones

Como en otros escenarios asistenciales y como en otras competencias profesionales del Sistema Nacional de Salud, también en las atribuciones asistenciales de enfermería de atención primaria, de los cuidados paliativos y de los trabajadores sociales sanitarios se echan en falta indicadores suficientes para evaluar la actividad y los resultados en salud, así como investigaciones destinadas a probar formas organizativas novedosas.

Se han ensayado varias fórmulas organizativas para articular la coordinación (organizaciones sanitarias integradas, organizaciones sanitarias comunitarias integradas, con distintos acrónimos según los países: OSCI, OSI), y en todas ellas se delegan o comparten tareas de los médicos de familia y de otros profesionales: enfermería, farmacia y cuidados paliativos. Sus valoraciones no muestran diferencias en resultados en salud y sólo la satisfacción de los profesionales implicados parece salir ganando.

Las experiencias de enfermería publicadas muestran mejoras en la coordinación y el seguimiento de los pacientes y en los resultados intermedios, pero escasean los datos sobre la evolución comparativa a largo plazo en términos de supervivencia o reingresos hospitalarios.

La efectividad de los programas de atención a domicilio (cuidados paliativos y patologías crónicas) no parece depender del servicio que se encargue del seguimiento del paciente (hospital o atención primaria), ni del profesional responsable de las visitas domiciliarias (médico o enfermera), sino de que el paciente sea seguido intensamente en el domicilio de acuerdo con un programa preestablecido. En este sentido, los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a ancianos disminuyen las tasas de mortalidad, y las tasas de institucionalización, y retrasan el declive funcional³⁸.

La atención domiciliaria no puede seguir siendo la asignatura pendiente en atención primaria. El número de enfermos crónicos (complejos y con necesidades sanitarias y sociales) va a seguir aumentando. En consecuencia, la atención primaria debe priorizar la atención a estos pacientes. Para ello debe disponerse de suficientes recursos sociales y sanitarios, y que éstos sean fácilmente obtenibles cuando se necesiten.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la elección de la estructura, de los contenidos y en la redacción del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20 (Supl 1):182-91.
- Gervas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin.* 2006;126:658-61.
- Vega T, Arrieta E, Lozano JE, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit.* 2011;25: 205-10.
- Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research.* 2011;11:207. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207>
- Bodenheimer T. Coordinating care a perilous journey through the health care system. *New Engl J Med.* 2008;358:1064-71.
- Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008;22 (Supl 1):163-8.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. *JAMA.* 2002;288: 1909-14.
- Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen IW, et al. Effects of transmurial care on coordination and continuity of care. *Patient Educ Couns.* 2000;41: 73-81.
- Galao R. Enfermería de práctica avanzada en España. Ahora es el momento. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005; Issue 2. Art. No.: CD001271. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/cdsysrev/articles/CD001271/frame.html>
- Voogdt-Pruis HR, Beusman GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *British J Gen Practice.* 2010;60:40-6.
- Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmurial care since 1994. *Health Policy.* 2001;55:111-20.
- Ohman M, Söderberg S. District nursing-sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *J Clin Nurs.* 2004;13:858-66.
- Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria, Sevilla: Dirección regional de desarrollo e innovación de cuidados, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
- Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med.* 2010;363:2611-20.
- Gené J, Borrás A, Contel JC, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study. *Gac Sanit.* 2011;25:308-13.
- Corrales D, Galindo A, Escobar MA, et al. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de la enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25:214-9.
- Murray SA, Boyd K, Sheikh A, et al. Developing primary palliative care. *BMJ.* 2004;329:1056-7.
- Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, et al. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria.* 1999;23:187-91.
- Davies E, Higginson IJ, editores. WHO. Informe técnico: hechos sólidos en cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Wilkinson EK, Salisbury C, Bosanquet N, et al. Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review. *Palliat Med.* 1999;13:197-216.
- Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. *J Clin Oncol.* 2010;28:2267-73.
- Huang J, Boyd C, Tyldesley S, et al. Time spent in hospital in the last six months of life in patients who died of cancer in Ontario. *J Clin Oncol.* 2002;20: 1584-92.
- Gomes B, Higginson IJ. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med.* 2008;22:33-41.
- Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, et al. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *JAMA.* 2008;299:1698-709.
- Smeenk FW, van Haastrecht JC, de Witte LP, et al. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: systematic review. *BMJ.* 1998;316:1939-44.
- Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, et al. Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? *Palliat Med.* 2006;20:507-12.
- Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, et al. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29:1159-67.

30. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, et al. ¿La existencia de los equipos de soporte de cuidados paliativos disminuye o suplanta la dedicación de los equipos de atención primaria a sus pacientes en situación terminal en sus domicilios? *Aten Primaria.* 2006;**38**:316-24.
31. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
32. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA.* 2004;**291**:1358-67.
33. Hermiz O, Comino E, Marks G, et al. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ.* 2002;**325**:938.
34. Rodríguez MA, González E, Guisado A, et al. Organización y funcionamiento de trabajo social sanitario. En: *Atención primaria de salud.* Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007.
35. Ituarte A. Trabajo social en salud, Historia, situación actual, perspectivas. *Trabajo Social y Salud.* 1990;**6**:51-2.
36. Zamanillo T. Modelos de intervención en la realidad social y su aplicación al campo de la salud. *Trabajo Social y Salud.* 1995;**20**:23-8.
37. Badallo-León E. La coordinación sociosanitaria: ¿mito o realidad? *AGATHOS: Atención Sociosanitaria y Bienestar.* 2008;**4**:18-25.
38. Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002;**287**:1022-8.

La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012

Verónica Casado Vicente^{a,*}, Pablo Bonal Pitz^b, José Manuel Cucalón Arenal^c,
Elena Serrano Ferrández^d y Félix Suárez Gonzalez^e

^a Centro de Salud Universitario Parquesol, Valladolid; Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social, Madrid, España

^b Centro de Salud Universitario Bellavista, Sevilla; Academia de Medicina de Familia de España; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, España

^c Centro de Salud Híjar-Alcañiz, Teruel, España; Cátedra SEMG-Pfizer de la Universidad de Zaragoza; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Madrid, España

^d Centro de Atención Primaria Universitario El Carmel, Barcelona; IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España

^e Centro de Salud Universitario San Roque, Badajoz; Cátedra SEMERGEN de la Universidad de Badajoz; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2011

Aceptado el 16 de julio de 2011

On-line el 4 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Medicina familiar y comunitaria

Universidad

Disciplina académica

Keywords:

Family and community medicine

University

Academic discipline

R E S U M E N

La medicina familiar y comunitaria es una disciplina académica, una especialidad y una profesión sanitaria que contiene un cuerpo asistencial, docente, investigador y de gestión. Su objeto de conocimiento es la persona entendida como un todo. La medicina familiar y comunitaria como disciplina académica, y la atención primaria como ámbito educativo sanitario, deben ser incorporadas en la universidad de manera nuclear. Su ausencia causa sesgos formativos y tiene importantes repercusiones sobre la calidad, la coordinación y la seguridad. El desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) propician, actualmente, su presencia en la Universidad. Desde los años 1960 se ha consolidado la disciplina académica, con departamentos de medicina familiar y comunitaria en prácticamente todas las universidades europeas, y un importante número de profesores médicos de familia. Se ha establecido el equilibrio entre un sistema basado en el hospital, orientado a la teoría, la enfermedad y el modelo biológico, con un modelo centrado en el paciente, basado en la resolución de problemas, orientado a la comunidad y con un modelo biopsicosocial. La introducción de la medicina familiar y comunitaria como asignatura propia, como materia longitudinal a lo largo de los años y transversal con otras disciplinas, y la atención primaria como ámbito de prácticas, supone una adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad y una normalización con respecto a la enseñanza en Europa, y da respuesta a las distintas normas legales que la amparan. Y esta nueva situación precisa una estructura (departamentos) y un profesorado (catedráticos, titulares y profesores asociados).

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Family and community medicine and the university. SESPAS report 2010

A B S T R A C T

Family and community medicine is an academic subject, a medical specialty and a health profession with distinct dimensions: healthcare, teaching, research and management. In this discipline, the object of knowledge is the person, understood as a whole. Family medicine, as an academic subject, and primary care, as a health education setting, should be incorporated into the core graduate and postgraduate curricula. The absence of these elements leads to training bias and has major repercussions on quality, coordination and patient safety. The development of the Health Professions Act and the construction of the European Higher Education Area (EHEA) have created a favorable climate for the presence of this discipline in the university.

Since the 1960s, family medicine has been consolidated as an academic subject with its own departments in almost all European universities, and a significant number of family physicians are teachers. A balance has been achieved between the hospital-based system (based on theory, disease, and the biological model) and the patient-centred model (based on problem solving, community-oriented and the bio-psycho-social model). The introduction of family and community medicine as a specific subject, and as a transverse subject and as an option in practicals, represents the adaptation of the educational system to social needs. This adaptation also represents a convergence with other European countries and the various legal requirements protecting this convergence. However, this new situation requires a new structure (departments) and faculty (professors and associate and assistant professors).

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: veronica.casado@telefonica.net (V. Casado Vicente).

Puntos clave

- La medicina familiar y comunitaria no sólo es una especialidad y una profesión sanitaria, sino también una disciplina académica.
- Su ausencia de la universidad genera sesgos formativos, con la consiguiente repercusión en la calidad y la seguridad del sistema sanitario.
- Si la medicina familiar y comunitaria, y la atención primaria, han de ser la función central del sistema sanitario, también deben serlo en el sistema educativo.
- La enseñanza de grado, la proporción de médicos de familia en el profesorado de las facultades de medicina, la existencia de departamentos de medicina familiar y comunitaria, las prácticas obligatorias en atención primaria con médicos de familia, y las experiencias longitudinales de atención al paciente, son determinantes importantes en la elección de la medicina familiar y comunitaria como especialidad y profesión.
- La medicina familiar y comunitaria ha de ser incorporada como asignatura propia, como materia longitudinal a lo largo de los años y transversal con otras disciplinas, y como ámbito de prácticas en todas las facultades de medicina de España.
- Debe crearse el escenario docente en las facultades con profesorado especialista en medicina familiar y comunitaria, cubriendo plazas de catedráticos, profesores titulares y asociados.

Nihil volitum, nisi praecognitum (no se ama lo que no se conoce)
Adagio escolástico

Introducción

Diversos autores, las sociedades científicas de medicina familiar y atención primaria, así como la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁻⁸, han llamado la atención sobre la falta de continuidad entre la formación de grado y la formación especializada en esta disciplina. Según diversos informes, los recién licenciados acumulan muchos conocimientos muy específicos, tienen pocos conocimientos tan esenciales como comunicación, bioética, razonamiento clínico y juicio crítico, y sus conocimientos son reducidos sobre los problemas más prevalentes y generales y sobre la medicina preventiva clínica. No se manejan bien con habilidades y actitudes clave en la competencia profesional. Tienen poco grado de autonomía para el aprendizaje autodirigido debido a la tradicional metodología docente empleada en el grado (el profesor habla-muestra y el estudiante escucha-observa). Su elección de especialidad refleja a lo que han sido expuestos, las modas y la percepción sobre las especialidades como profesiones sanitarias¹. Y estas realidades tienen una gran envergadura porque:

- La orientación de la formación de grado hacia la atención primaria está siendo reclamada en todo el mundo por servicios de salud y profesionales, para afrontar los nuevos condicionantes de la salud: cronicidad, pluripatología, dependencia, transnacionalidad, necesidad de eficiencia y resolutivez ante la crisis económica...⁹⁻¹². El marco legal español define la atención primaria como la función central del sistema sanitario. La competencia de sus profesionales determina la efectividad y la eficiencia del sistema.
- El perfil médico más demandado por el sistema sanitario es el médico de familia. Actualmente representa el 37% de los médicos del Sistema Nacional de Salud, y las evidencias científicas

recomiendan al menos el 50%¹³. Sin embargo, sólo un tercio de la oferta de plazas de médico interno residente (MIR) en España es para medicina familiar y comunitaria. La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda una oferta global de plazas MIR no superior a 5400 plazas (actualmente casi 7000), y de éstas al menos el 40% para medicina familiar y comunitaria, para garantizar la tasa de reposición de una especialidad ya en precario en algunas comunidades autónomas. Esta cifra se ajusta más a las necesidades reales del sistema, obviaría la reespecialización vinculada a la falta de expectativas laborales, rompería el efecto llamada y permitiría un punto de corte de examen más adecuado. Pero es evidente que esto obligaría a revisar las plantillas de algunos servicios y la distribución por comunidades autónomas y por especialidades, y a mejorar las condiciones laborales.

El sesgo formativo del hospital para el estudiante de medicina

Formar médicos sólo en los hospitales sería como formar veterinarios sólo en los zoológicos

Anónimo

Según el Ministerio de Sanidad, se producen más de 406 millones de consultas al año en atención primaria y más del 92% se resuelven en este medio. El número de consultas en el segundo nivel es de 77,1 millones y el de ingresos de 5,23 millones¹⁴. Excluir todas estas actuaciones en atención primaria de la formación clínica con su enfoque es generar un sesgo importante. Si de epidemiología se tratara, estaríamos incurriendo, en la formación, en muchos de los posibles sesgos de selección y admisión, especialmente en el sesgo de Neymann (de prevalencia e incidencia).

En el hospital, el estudiante está expuesto a situaciones clínicas definidas, de mayor complejidad y gravedad, baja prevalencia y necesitadas de alta tecnología, por lo que el especialista hospitalario generalmente precisa llegar al «etiquetado», controlar su incertidumbre mediante pruebas diagnósticas antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, el médico de familia maneja la incertidumbre y puede no tener un diagnóstico de certeza, pero con una probabilidad razonablemente alta puede indicar un tratamiento, y considerar que el uso de pruebas diagnósticas sólo tiene sentido si modifica la conducta a seguir. El médico de familia maneja con soltura las probabilidades a priori, el esperar y ver, la longitudinalidad, la prevención y la promoción de la salud, el *primum non nocere*, el manejo del entorno, etc. todo lo que no se aprende en un entorno hospitalario.

Numerosas evidencias científicas vinculan el impacto de la atención primaria en los objetivos de un sistema sanitario (efectividad, eficiencia, equidad y viabilidad) a determinadas características, y entre ellas a que sea desarrollada por un tipo específico de médico: el médico de familia. Farmer et al¹⁵ fueron los primeros en demostrar, con datos obtenidos de todos los condados de Estados Unidos, que aquellos con menores tasas de mortalidad ajustada por edad eran los que tenían una mayor densidad de médicos de familia. Asimismo, otros estudios demuestran el impacto que los médicos de familia tienen sobre la globalidad, la longitudinalidad y la relación médico-paciente, así como la relación de estas características con los niveles de salud^{11,13,16}. Tales evidencias, unidas a los nuevos condicionantes de salud (cronicidad, pluripatología, dependencia, transnacionalidad, necesidad de eficiencia y resolutivez^{9,17}) hacen que deba evitarse lo que Repullo¹⁸ denomina el «decálogo de la práctica clínica atolondrada por la hiperespecialización»: 1) cada síntoma, una exploración; 2) cada órgano, una especialidad; 3) cada parámetro anormal, un medicamento corrector; 4) cada problema, una intervención; 5) cada efecto adverso o complicación, una nueva acción (nunca un paso atrás); 6) nunca un adiós, sólo un hasta luego

(revisión 12 meses); 7) prohibido pensar en más de un síndrome o problema a la vez; 8) prohibido pensar en lo que no es nuestro, en la historia clínica; 9) prohibido hablar con otras especialidades (de los enfermos, claro), y 10) ignorar al médico de primaria salvo que queramos mandar al paciente a la «papelera de reciclaje».

Sería de extraordinaria importancia que se asumieran las recomendaciones del documento liderado por Frenk⁹, que proponen la orientación de la formación de médicos hacia las necesidades de las poblaciones y sus sistemas sanitarios, de manera global e integrada y no parcelada y episódica. Reconocen el extraordinario papel que deben desempeñar la medicina de familia y la atención primaria en el sistema sanitario, y por esta misma razón en el sistema educativo.

Es ya indudable que la atención primaria es un entorno formativo de primera magnitud. Hay 2956 centros de salud en España¹⁵, un 30% están acreditados para la formación especializada y menos del 10% son utilizados por la universidad.

La universidad española, al igual que han hecho muchas de las de nuestro entorno, debe seguir la estela de las facultades que iniciaron un proceso de innovación profundo (Holanda-Maastrich, Canadá-MacMaster, Finlandia-Tampere, Israel-Ben Gurion), que incorporaron las teorías de la psicología educativa, el aprendizaje integrado y basado en la resolución de problemas en el marco de las realidades sociales y sanitarias, poniendo de forma precoz al alumno en contacto con los pacientes en sus entornos más habituales, y por esta razón con el médico de familia y en atención primaria. Curiosamente, las que iniciaron el proceso fueron facultades de nueva creación, lo cual nos proporciona una primera lección: es más fácil innovar desde el inicio que cambiar una estructura de poder y hábitos consolidados. Aun así, las que las siguieron con sus 95 departamentos de medicina familiar en Europa demostraron que es posible cambiar.

Exposición precoz a la atención primaria y modificación de preferencias

Diversos autores han definido los determinantes para la elección de especialidad^{6-8,19-22} (tabla 1), y están vinculados no sólo a las características propias de los alumnos sino al tipo de facultad y su plan de estudios, y a las percepciones de los alumnos sobre ellas. La exposición a diferentes roles médicos en su hábitat y las experiencias clínicas vividas a lo largo de los años de formación constituyen otros factores. De ahí la importancia del precoz contacto con la atención primaria y el cambio en el enfoque de la formación, sin limitarse sólo a la incorporación de la medicina familiar y comunitaria a la universidad.

En recientes estudios en España²³ se observa, por un lado, que los alumnos consideran a la medicina familiar y comunitaria monótona, no tecnológica, sin desafío intelectual, pero por otro lado, en una encuesta²⁴ realizada en 20 facultades de medicina españolas con 5.311 alumnos, se aprecia que más del 90% consideran que hay suficientes motivos que justifican un aprendizaje teórico-práctico obligatorio en medicina familiar y comunitaria durante la carrera, que contribuye a la mejora de la atención de salud, que debe impartirse como asignatura específica, pero también de forma integrada en los contenidos de otras asignaturas, y que ha de ser impartida por médicos de familia. Los apartados en que los alumnos consideran que sus aportaciones serían mayores son en comunicación y relación médico-paciente (94,5%), en prevención y promoción de la salud (92,14%), en atención clínica de los problemas más frecuentes (93,86%) y en atención a lo largo de la vida (91,06%). Consideran que su función social es imprescindible (90,48%) y, sin embargo, que su prestigio científico es bajo (el 18% la consideran de gran prestigio y el 16,37% opina que goza de un estatus similar al de otras especialidades médicas). Varios autores han reflexionado sobre cómo valorizar la medicina familiar y comunitaria^{25,26}, y los poderes

Tabla 1

Factores determinantes en los alumnos para la elección de especialidad

<i>Características vinculadas al perfil de los alumnos:</i>	
Determinantes familiares	
Determinantes personales (sexo, edad, estado civil, origen, personalidad, valores, expectativas de ingresos, experiencias)	
El sexo femenino, la edad mayor de 28 años y el origen rural se asocian positivamente con la elección de medicina familiar y comunitaria	
<i>Características vinculadas con las facultades de medicina y los planes de estudio:</i>	
Enseñanza de grado	
Carácter público o privado de la facultad	
Características y cualificación del profesorado	
Contenido de los planes de estudio	
Tipos de departamentos	
Distribución y características de las prácticas	
Experiencias de atención al paciente	
Procesos de admisión	
La proporción de médicos de familia en el profesorado de las facultades de medicina, la existencia de departamentos de medicina familiar y comunitaria, la presencia clara en los planes de estudio, las prácticas obligatorias en medicina familiar y comunitaria, las experiencias longitudinales de atención al paciente, y las características del proceso de admisión para seleccionar estudiantes, se asocian positivamente con la elección de medicina familiar y comunitaria	
<i>Percepciones de los alumnos de las características de la especialidad:</i>	
Estilo de vida controlable o no controlable (posibilidad de dedicación a la práctica privada, tiempo libre, consultas cómodas, cansancio emocional, realización profesional)	
Percepción de ingresos	
Valor social	
Prestigio académico y profesional	
Aunque los alumnos reconocen el valor social de la medicina familiar y comunitaria, consideran que el prestigio profesional y académico es bajo, los ingresos son menores, las condiciones laborales peores y las posibilidades de realización profesionales más escasas	

políticos y universitarios deberían implantar ya las estrategias que den solución inmediata a esta incoherencia.

Convergencia europea: Bolonia y Espacio Europeo de Educación Superior

La construcción del EEES promueve la movilidad, las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional del sistema educativo superior europeo.

El EEES delega los contenidos subespecializados a la formación especializada e impulsa en el grado la polivalencia. Nuestro entorno europeo universitario ya había reconocido esta importante cuestión y había promovido departamentos de medicina familiar y comunitaria en sus facultades de medicina (tabla 2). En estas facultades, la medicina familiar y comunitaria se desarrolla como formación nuclear a lo largo de todo el grado, tanto con asignaturas específicas como en materias y asignaturas transversales e integradas.

La incorporación de la medicina familiar y comunitaria en el grado en España converge con Europa, pero para ello precisa vencer muchas resistencias (externas e internas), tener presencia como asignatura, materia y área de prácticas, y contar con profesorado acreditado (catedráticos, titulares y profesores asociados), incluidos en centros de salud universitarios, coordinados con las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, y con una estructura en el seno de la universidad que la sustente.

Departamentos de medicina familiar y comunitaria en la universidad

La presencia de departamentos de medicina familiar y comunitaria en Europa y occidente ha sido una evidencia argumental para reivindicar ante las autoridades competentes su presencia en

Tabla 2

Presencia académica y porcentaje de universidades que tienen departamentos de medicina de familia

Países	Porcentaje departamentos	Presencia académica durante el grado
Alemania	100%	En 4º, 5º y 6º cursos
Austria	50%	En 11º y 12º semestre (120 horas)
Bélgica	100%	En 4º curso
Croacia	100%	En periodo clínico (140 horas)
Dinamarca	100%	En periodo clínico (7 semanas)
Eslovenia	100%	En 6º curso (7 semanas)
España	0%	Obligatoria en tres facultades de medicina, en 11 optativa (plan de estudios pre-Bolonia)
Finlandia	100%	En 1º y 3º cursos (Turku), y en 4º y 6º cursos (Helsinki)
Francia	30%	En periodo clínico
Grecia	20%	En 6º curso (Creta)
Holanda	100%	En periodo clínico
Hungría	75%	En 5º y 6º cursos
Irlanda	100%	En 4º, 5º y 6º cursos
Italia	0%	En cuatro universidades (de 36)
Malta	100%	En 3º, 4º y 5º cursos (12 semanas)
Noruega	100%	En 10º Term (10-15 semanas)
Polonia	100%	En 6º curso (100 horas)
Portugal	100%	En 6º curso
Reino Unido	100%	En 100% del periodo clínico
Suecia	100%	En 6º, 7º, 8º y 9º semestres

Fuente: elaboración propia.

la universidad española en igualdad con el resto de las disciplinas académicas.

En España, los departamentos universitarios son los órganos encargados de coordinar las enseñanzas de una o varias áreas de conocimiento, y de apoyar las iniciativas docentes o investigadoras del profesorado. Sin embargo, la «peculiar» legislación española

obliga a tener más de 12 profesores titulares para que en una universidad pueda constituirse un departamento. Esta condición anula automáticamente cualquier posibilidad de que la medicina familiar y comunitaria lo consiga a corto o medio plazo. De hecho, una gran parte de los departamentos universitarios en España tienen una denominación formada por las distintas «áreas de conocimiento» de los profesores implicados. Conseguir el reconocimiento de la medicina familiar y comunitaria como área de conocimiento es un paso previo imprescindible para que en algún momento del futuro haya departamentos cuya denominación incluya «medicina familiar y comunitaria».

Sin embargo, los numerosos intentos hasta ahora realizados han fracasado. En 2003 se solicitó al Ministerio de Educación la incorporación de medicina familiar y comunitaria, urología y traumatología como áreas de conocimiento. Estas dos últimas fueron aprobadas, mientras que medicina familiar y comunitaria no recibió respuesta. Se «tolera» la medicina familiar y comunitaria como área de prácticas, incluso hasta se «tolera» como asignatura obligatoria, pero se vislumbra difícil en muchas facultades que los médicos de familia puedan impartir docencia en formación clínica humana, incluso en áreas aprobadas en el nuevo plan de estudios en las que han demostrado su potencialidad, como comunicación y bioética. Mientras que en medicina preventiva algunos médicos de familia (aunque en muy pocas facultades) colaboran en la materia, la patología médica y la patología general son impartidas por especialistas en medicina interna y sus subespecialidades, y participar en otras materias (atención a la mujer, problemas traumatológicos, de la piel u otorrinolaringológicos) suena a ciencia-ficción. Los motivos que explican esta importante resistencia pueden tener que ver con un marco legislativo universitario «difícil», con el desconocimiento del valor de la medicina de familia, la falta de confianza en los profesionales que ellos mismos han formado, la resistencia al cambio y un importante miedo a la pérdida de poder.

Tabla 3

La formación especializada de la medicina familiar y comunitaria en Europa. EURACT (WONCA)

País	Años	Hospital/centro de salud	Programa formativo nacional	Rotaciones prefijadas	Contenidos teórico-prácticos	Examen final obligatorio	Responsables	Obligatorio para la práctica	Recertificación
Alemania	5	=/=	Sí	No	80 h	Sí	G/P	Sí	No
Austria	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Bélgica	4	-/+	No	No	440 h	Sí	U	Sí	Sí
Croacia	3	=/=	Sí	Sí	9M.	Sí	U	Sí	Sí
Dinamarca	5	=/=	Sí	Sí	320 h + 160 h investigación	No	G/P	Sí	No
Estonia	3	=/=	Sí	Sí	180 h	Sí	U	Sí	Sí
Eslovaquia	3	+/-	Sí	No		Sí	G/P	Sí	Sí
Eslovenia	4	=/=	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
España	4	=/=	Sí	Sí	300 h	No	G/P	Sí	No
Finlandia	6	-/+	Sí	No	120 h	Sí	U	Sí	No
Francia	3	+/-	Sí	No	150 h	No	U	Sí	No
Reino Unido	3	=/=	Sí	No	360 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Grecia	4	+/-	Sí	Sí	No	Sí	U	Sí	No
Holanda	3	-/+	Sí	No		No	U	Sí	Sí
Hungría	3	-/+	Sí	Sí	60 h	Sí	U	Sí	Sí
Irlanda	4	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Islandia	5	+/-	No	No		Sí		Sí	No
Italia	2	+/-	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Lituania	3	+/-	Sí	Sí	600 h	Sí	U	Sí	Sí
Luxemburgo	3	-/+	No	No				Sí	No
Malta	4	-/+	No	No				Sí	No
Noruega	5	-/+	Sí	No	420 h	No	G/P	No	Sí
Polonia	4	=/=	Sí	Sí	264 h	Sí	U	No	No
Portugal	3	-/+	Sí	Sí	180 h	Sí	G/P	Sí	No
República Checa	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Rumanía	3	=/=	Sí	No		Sí	U	No	Sí
Suecia	5	-/+	Sí	No	100 h obligatorias + 150 h al año	No	G/P	Sí	No
Suiza	5	+/-	No	No		Sí	G/P	No	No

G/P: gobierno/profesión; U: universidad.

Euract. Specialist Training in General Practice/Family Medicine. (Consultado el 29/12/2010.) Disponible en: http://www.euract.org/index.php?folder_id=44.

Tabla 4
Competencias generales

<p>A) <i>Valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos:</i></p> <p>C.01. Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos, las responsabilidades legales y el ejercicio profesional centrado en el paciente.</p> <p>C.02. Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional.</p> <p>C.03. Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional y comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.</p> <p>C.04. Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura.</p> <p>C.05. Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional, prestando especial importancia al aprendizaje de manera autónoma de nuevos conocimientos y técnicas, y a la motivación por la calidad.</p> <p>C.06. Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud, adquiriendo habilidades de trabajo en equipo.</p> <p>B) <i>Fundamentos científicos de la medicina:</i></p> <p>C.07. Comprender y reconocer la estructura y la función normal del cuerpo humano, a nivel molecular, celular, tisular, orgánico y de sistemas, en las distintas etapas de la vida y en los dos sexos.</p> <p>C.08. Reconocer las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.</p> <p>C.09. Comprender y reconocer los efectos, mecanismos y manifestaciones de la enfermedad sobre la estructura y función del cuerpo humano.</p> <p>C.10. Comprender y reconocer los agentes causantes y factores de riesgo que determinan los estados de salud y el desarrollo de la enfermedad.</p> <p>C.11. Comprender y reconocer los efectos del crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento sobre el individuo y su entorno social.</p> <p>C.12. Comprender los fundamentos de acción, indicaciones y eficacia de las intervenciones terapéuticas, basándose en la evidencia científica disponible.</p> <p>C) <i>Habilidades clínicas:</i></p> <p>C.13. Obtener y elaborar una historia clínica que contenga toda la información relevante.</p> <p>C.14. Realizar una exploración física y una valoración mental.</p> <p>C.15. Tener capacidad para elaborar un juicio diagnóstico inicial y establecer una estrategia diagnóstica razonada.</p> <p>C.16. Reconocer y tratar las situaciones que ponen la vida en peligro inmediato y aquellas otras que exigen atención inmediata.</p> <p>C.17. Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, aplicando los principios basados en la mejor información posible y en condiciones de seguridad clínica.</p> <p>C.18. Indicar el tratamiento más adecuado de los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal.</p> <p>C.19. Plantear y proponer las medidas preventivas adecuadas a cada situación clínica.</p> <p>C.20. Adquirir experiencia clínica adecuada en instituciones hospitalarias, centros de salud u otras instituciones sanitarias, bajo supervisión, así como conocimientos básicos de gestión clínica centrada en el paciente y utilización adecuada de pruebas, medicamentos y demás recursos del sistema sanitario.</p> <p>D) <i>Habilidades de comunicación:</i></p> <p>C.21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.</p> <p>C.22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.</p> <p>C.23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, los medios de comunicación y otros profesionales.</p> <p>C.24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.</p> <p>E) <i>Salud pública y sistemas de salud:</i></p> <p>C.25. Reconocer los determinantes de salud en la población, tanto los genéticos como los dependientes del sexo y del estilo de vida, demográficos, ambientales, sociales, económicos, psicológicos y culturales.</p> <p>C.26. Asumir su papel en las acciones de prevención y protección ante enfermedades, lesiones o accidentes, y mantenimiento y promoción de la salud, tanto individual como comunitaria.</p> <p>C.27. Reconocer su papel en equipos multiprofesionales, asumiendo el liderazgo cuando sea apropiado, tanto para el suministro de cuidados de la salud como en las intervenciones para la promoción de la salud.</p> <p>C.28. Obtener y utilizar datos epidemiológicos, y valorar tendencias y riesgos para la toma de decisiones sobre salud.</p> <p>C.29. Conocer las organizaciones nacionales e internacionales de salud y los entornos y condicionantes de los diferentes sistemas de salud.</p> <p>C.30. Conocimientos básicos del Sistema Nacional de Salud y de legislación sanitaria.</p> <p>F) <i>Manejo de la información:</i></p> <p>C.31. Conocer, valorar críticamente y saber utilizar las fuentes de información clínica y biomédica para obtener, organizar, interpretar y comunicar la información científica y sanitaria.</p> <p>C.32. Saber utilizar las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas, terapéuticas, preventivas y de investigación.</p> <p>C.33. Mantener y utilizar los registros con información del paciente para su posterior análisis, preservando la confidencialidad de los datos.</p> <p>G) <i>Análisis crítico e investigación:</i></p> <p>C.34. Tener, en la actividad profesional, un punto de vista crítico, creativo, con escepticismo constructivo y orientado a la investigación.</p> <p>C.35. Comprender la importancia y las limitaciones del pensamiento científico en el estudio, la prevención y el manejo de las enfermedades.</p> <p>C.36. Ser capaz de formular hipótesis, recolectar y valorar de forma crítica la información para la resolución de problemas, siguiendo el método científico.</p> <p>C.37. Adquirir la formación básica para la actividad investigadora.</p>

Desde hace muchos años, los médicos de familia de este país^{27,28} vienen reclamando a los poderes políticos y universitarios la implantación de la medicina familiar y comunitaria como asignatura (ya conseguido en la mitad de las facultades, pero en general con pocos créditos ECTS [European Credit Transfer System], en torno a 3), como áreas de conocimiento (solicitada, pero durmiendo el sueño de los justos), y la creación de departamentos de medicina familiar y comunitaria (con dudosas posibilidades si el marco legal no cambia). La medicina familiar y comunitaria debe poder coordinar y desarrollar las actividades docentes, asistenciales y de investigación con sus propios especialistas y en su propio departamento. En la tabla 2 se presenta el peso académico que tienen en los distintos países del mundo los departamentos de medicina familiar y comunitaria, y en la tabla 3 la especialidad de medicina

familiar y comunitaria en Europa. En los países nórdicos y anglosajones hay departamentos de medicina familiar y comunitaria en el 100% de las facultades de medicina, y en el resto puede haber alguna facultad que no lo tenga, con un total de 95 departamentos de medicina familiar y medicina general en Europa. Sólo en España, Italia y Grecia, la mayoría de las facultades de medicina, de forma inaudita, se mantienen ajenas a esta realidad.

Nueva carrera académica

Por el momento, el EEES ha supuesto la inclusión de una asignatura de medicina familiar y comunitaria en el currículo académico, y de una *practicum* en atención primaria, que las sociedades científicas y diferentes instancias han intentado homogeneizar²⁹

Tabla 5
Salidas profesionales del médico de familia

<p>Asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina de familia en atención primaria • Pediatría en atención primaria • Unidades de cuidados paliativos • Unidades de atención/hospitalización a domicilio • Mutuas de accidentes laborales • Unidades de valoración del daño corporal • Centros de reconocimientos médicos • Emergencias • Urgencias hospitalarias • Urgencias extrahospitalarias/puntos de atención continuada • Residencias geriátricas <p>Gestión sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cargos directivos en empresas relacionadas con la sanidad • Director de operaciones en empresa de servicios sanitarios • Director de servicios médicos en el ámbito privado y público • Comercialización de productos médicos <p>Docencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facultades de medicina • Escuelas universitarias de enfermería • Otras escuelas universitarias • Docencia sanitaria especializada: jefes de estudio y técnicos de salud de unidades docentes de medicina familiar y comunitaria • Formación continuada en centros de salud/servicios médicos en el ámbito privado y público <p>Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte de la investigación médica en España se realiza en las universidades. Aunque en la actualidad no es muy difícil conseguir becas de investigación, la limitada duración (1 o 2 años) determina que el número de médicos que viven exclusivamente de la investigación sea muy escaso, y la mayoría lo hacen combinando investigación y docencia. De reciente aparición son las redes de investigación en atención primaria (p. ej., REDIAP y RIAP) <p>Otras:</p> <p>Existen otras opciones laborales para el médico de familia en las cuales hay que seguir una preparación específica para cada una:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sanidad militar • Sanidad nacional • Médico de ayuntamiento • Inspector médico de RENFE • Inspector médico de la Seguridad Social • Médico de registro civil • Médico de sanidad penitenciaria • Profesor de tecnología y práctica sanitaria (formación profesional) • Reespecialización: el 15% de los médicos de familia hacen otra especialidad (la media en otras especialidades oscila entre el 4% y el 60%) <p>Trabajo en el extranjero:^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suecia: http://www.inem.es/ciudadano/eurextra/suecia.htm • Portugal: http://www.apmcg.pt • Reino Unido (embajada británica en España): Lissa.Perteghella@fco.gov.uk • Irlanda (Dr. Ray Power): www.locumotion.com

^a Fuente: Gaceta semFYC/Marzo N.º 73.

(tabla 4). Esto implica la aparición en las facultades de profesorado especialista en medicina familiar y comunitaria, que se encargue de la materia propia y de las transversales que corresponda, así como de las prácticas tuteladas. Por ello, entre las salidas profesionales del médico de familia (tabla 5) debe encontrarse la carrera universitaria. Será necesario cubrir plazas de catedráticos, profesores titulares y asociados, y crear la figura de tutor de docencia de grado como responsable de la coordinación de la enseñanza de grado y la coordinación con las unidades docentes. Esta situación ha de llevar a reconsiderar los criterios empleados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad (ANECA) para acreditar profesores. Deben incluirse la evaluación de la competencia docente y su impacto sobre los alumnos, y no sólo del número de clases impartidas. La investigación, que tiene un peso clave en la acreditación de profesores y que pivota básicamente sobre el factor impacto, tiene

que sufrir un ajuste para que sea comparable por áreas y niveles sanitarios. Un profesor que dedica su actividad sólo a la investigación, sin asistencia, tiene más probabilidades para publicar y ser acreditado, y más si pertenece a alguna área de conocimiento con revistas de muy alto factor de impacto, como ocurre en muchas de las preclínicas.

La troncalidad y el grado

Con el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS, 2003) es previsible que, a corto y medio plazo, en los centros de salud docentes roten no sólo los especialistas en formación en medicina familiar y comunitaria, sino también en enfermería familiar y comunitaria, y los especialistas en formación en el tronco médico y en otros troncos cuyos programas prevean tanto en su periodo troncal como específico estancias en atención primaria. Si se apuesta de verdad por los centros de salud universitarios y docentes, los gobiernos central y autonómicos deberán reforzar mucho más la atención primaria.

La filosofía que subyace en la LOPS es la construcción formativa lógica que apuesta por sustentar la troncalidad sobre competencias transversales, comunes a varios especialistas, y así favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente. Y sobre este tronco, compacto, construir la especificidad de cada especialidad. No obstante, para que haya un *continuum* formativo debe partirse de un grado que ha de establecer cimientos sólidos polivalentes que puedan sostener la troncalidad.

Por lo tanto, es importante reseñar que resulta completamente distorsionante que se inicie la reforma de la troncalidad sin que se produzca la reforma hacia la pluripotencialidad en el grado. Tener 2 años transversales de formación especializada sin este cambio en el grado es, cuanto menos, poco natural.

Conclusiones

La inclusión de la medicina familiar y comunitaria en la universidad:

- 1) Normaliza la situación española con Europa y favorece el EEES.
- 2) La medicina familiar y comunitaria es un área de conocimiento y no la suma de retazos de todas las demás.
- 3) Reequilibra la formación actual basada en el hospital.
- 4) Facilita su elección vocacional para los que vayan a ser médicos de familia y su conocimiento para quienes no lo sean.
- 5) Inicia al estudiante en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, el conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria, y en la integración de la actividad preventiva con la curativa y la paliativa.

Recomendaciones

Todas estas consideraciones llevan a las sociedades científicas semFYC, SEMERGEN y SEMG, y a la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a recomendar:

- La incorporación inmediata de la medicina familiar y comunitaria como área de conocimiento de la universidad española.
- La creación de departamentos o unidades específicas de medicina familiar y comunitaria dentro de los departamentos en el 100% de las facultades de medicina españolas.
- La consolidación de un cuerpo docente de medicina familiar y comunitaria en el 100% de las facultades de medicina (35% a 50% del profesorado vinculado y asociado): catedráticos,

profesores titulares, contratados doctores y asociados, acreditados por ANECA.

- La creación de una red de centros de salud universitarios.
- La presencia de la medicina familiar y comunitaria en todas las facultades de medicina debe ser como:
 - Asignatura obligatoria (recomendable 6 ECTS).
 - Materia longitudinal y transversal: 100 créditos ECTS de formación clínica humana, medicina social, ética, comunicación, iniciación a la investigación y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, impartidos por médicos de familia.
 - El *practicum* en atención primaria debe tener un peso considerable. Se recomiendan 60 créditos ECTS, así como una prueba de competencia de fin de carrera, dirigidos por médicos de familia.
- Consideramos, al igual que Starfield³⁰, que la medicina familiar y comunitaria debe dar forma a la reforma, y no al revés.

Contribuciones de autoría

Todos los autores que suscriben el presente trabajo cumplen los requisitos de autoría. Han contribuido al diseño y el contenido del trabajo, han redactado el artículo y han efectuado una revisión crítica, han leído y aprobado el manuscrito, y han aceptado el contenido de la versión enviada. V. Casado ha coordinado el trabajo de todos los autores, ha dado homogeneidad al texto final, ordenando contenidos y resumiendo texto. El texto final se ha sometido a la aprobación del resto de los autores y el manuscrito remitido ha sido aprobado por todos los autores.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A todos los médicos de familia que con su competencia, apoyo, compromiso, perseverancia y profesionalidad están proporcionando a la medicina de familia su dimensión como disciplina académica irrenunciable para las facultades de medicina de hoy y de mañana.

Bibliografía

1. Bonal P. Problemas y disfunciones en la formación MIR en medicina de familia y comunitaria generadas por las características actuales de la licenciatura de medicina. *Tribuna Docente*. 2007;8:1-6. Disponible en: http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/0903.Pregrado_OO.pdf.
2. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - the influences of education and training. *Aust Fam Physician*. 2009;38:341-4.
3. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC, et al. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Stanford: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 2010.
4. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, et al. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: Global Health Workforce Alliance; 2010 (Consultado el 28/12/2010.) Disponible en: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/index.html>.
5. Kirch D, Vernon D. Confronting the complexity of the physician workforce equation. *JAMA*. 2008;299:2680-2.
6. Wilkinson J, Hoffman M, Pierce E, et al. FaMeS: an innovative pipeline program to foster student interest in family medicine. *Fam Med*. 2010;42:28-34.
7. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, et al. Swiss residents' specialty choices - impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BioMed Central (BMC) Health Service Research*. 2006;6:137-45.
8. Kassebaum DG, Szenas PL, Schubert MK. Determinants of the generalist career intentions of 1995 graduating medical students. *Acad Med*. 1996;71:197-209.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet Commissions. Education of Health Professionals for the 21st Century: a global independent commission. (Consultado el 14/12/2010.) Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext#article.upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext#article.upsell).
10. UK General Medical Council. Tomorrow's doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. London: General Medical Council; 2009.
11. Starfield B. Primary care, specialist care, and chronic care: can they interlock? *Chest*. 2010;137:8-10.
12. Wartman SA, Hillhouse EW, Gunning-Schepers L, et al. An international association of academic health centres. *Lancet*. 2009;374:1402-3.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83:457-502.
14. Ministerio de Sanidad, Igualdad y Política Social. Sistema Nacional de Salud. España; 2010. (Consultado el 28/12/2010.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/libroSNS.htm>.
15. Farmer F, Stokes S, Fiser R, et al. Poverty, primary care and age-specific mortality. *J Rural Health*. 1991;7:153-69.
16. Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software; 2007. Disponible en: <http://212.169.42.7/newgenClibPlus/pdf/CD005471-ES.pdf>
17. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009;374:170-3.
18. Repullo JR. La reorientación a la cronicidad: kit de supervivencia para la medicina pública. En: Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. 2011. Disponible en: <http://www.slideshare.net/jrepullo/cronicidad-y-sostenibilidad>.
19. Dzau VJ, Ackerly DC, Sutton-Wallace P, et al. The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *Lancet*. 2009;375:949-53.
20. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2002;52:359-63.
21. Escobar F, López-Torres J. Changes in the knowledge of and attitudes toward family medicine after completing a primary care course. *Fam Med*. 2010;42:35-40.
22. McGaha AL, Schmittling GT, DeVilbiss AD, et al. Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2008-2009 and 3-year summary. *Fam Med*. 2009;41:555-66.
23. López-Roig S, Pastor MA, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study. *Aten Primaria*. 2010;42:591-601.
24. Martín-Zurro A, Jiménez J, Monreal A, et al. Percepciones y conocimientos de los estudiantes de medicina en relación con la atención primaria y la medicina de familia. En: 16th Wonca Europe Conference. 2010.
25. Gervas J, Starfield B, Minué S, et al. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
26. Casado V. Appraisal of family and community medicine. *Aten Primaria*. 2010;42:601-3.
27. Casado V, Bonal P. La medicina de familia. clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior. *Aten Primaria*. 2004;33:171-3.
28. Buitrago Ramírez F. La incorporación de la medicina de familia como disciplina académica universitaria. Documentos de opinión para atención primaria. (Consultado el 2/9/2010.) Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/opinion/doc.opi.htm>.
29. Documentos de consenso elaborados por las Cátedras de Patrocinio de Medicina de Familia de las Facultades de Medicina de España y por la Academia de Medicina de Familia. Medicina de familia en la universidad: contenidos, metodología y sistema de evaluación de la asignatura de medicina de familia y prácticas tuteladas en centros de salud. (Consultado el 2/9/2010.) Disponible en: http://www.semergen.es/semergen/microsites/doc_sanitarios/practicas_tuteladas.pdf; http://www.semergen.es/semergen/microsites/doc_sanitarios/asigmedfamilia.pdf.
30. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Family Practice Management*. 2009;16:6.

La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012

Concepción Violán Fors^{a,b,*}, Gonzalo Grandes Odriozola^c, Edurne Zabaleta-del-Olmo^{a,b}
y Enrique Gavilán Moral^d

^a Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España

^b Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España

^c Unidad de Investigación de Atención Primaria, Bilbao, España

^d Centro de Salud Serradilla, Área de Salud de Plasencia, Servicio Extremeño de Salud, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2011

Aceptado el 19 de mayo de 2011

On-line el 1 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Investigación

Medicina familiar y comunitaria

Médico de familia

Médico general

Enfermería de salud comunitaria

Enfermería generalista

Keywords:

Primary health care

Research

Family medicine

Family physician

General practitioner

Community health nursing

Nurse practitioner

R E S U M E N

La atención primaria de salud ofrece grandes oportunidades para la investigación. Constituye un área de conocimiento propio, que es necesario desarrollar para mejorar la calidad de sus servicios y la salud de los pacientes. Estas oportunidades son únicas para la investigación clínica de base poblacional, con un enfoque de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, ya sea primaria, secundaria o terciaria. Es prioritario investigar en el desarrollo del modelo biopsicosocial de atención, nuevos modelos de atención integrada y atención comunitaria. Cabe destacar la actividad y la estructura generada por la Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (redIAPP), que ha atraído a su alrededor gran parte de la actividad investigadora en atención primaria de salud en nuestro país. A pesar del esfuerzo de diversas instituciones y fundaciones, así como de unidades docentes y de investigación, el desarrollo de la investigación no ha alcanzado el volumen, la relevancia, la calidad y el impacto deseables. La presencia de los profesionales de atención primaria de salud en las estructuras de investigación sigue siendo escasa, y la inversión en proyectos y líneas de investigación propias es pobre. Para poder invertir esta situación se precisa una serie de medidas: consolidar estructuras organizativas de apoyo específicas, con adecuada dotación de personal y recursos económicos; facilitar que los profesionales puedan compatibilizar su labor clínica con una dedicación específica a la investigación, para que elaboren proyectos relevantes y consoliden líneas de investigación estables de contenidos acordes con el área de conocimiento propio, y que se apliquen a la mejora de la calidad y a la innovación de los servicios de atención primaria de salud.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Research in primary care as an area of knowledge. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

Primary care offers huge potential for research. This setting is an area of knowledge that must expand to improve the quality of its services and patients' health. Population-based clinical studies with a focus on health promotion and primary, secondary and tertiary disease prevention offer unique research opportunities. Developing research in the biopsychosocial model of clinical practice and new models of integrated healthcare and community care is therefore a priority. The framework and activities carried out by the Research Network in Preventive Activities and Health Promotion have been instrumental in the development of research in primary care in Spain. Despite the efforts invested by various institutions, foundations, teaching and research departments in primary care research, the projected outputs in terms of volume, quality and impact have not been achieved. The involvement of primary care professionals in research platforms is insufficient, with scarce contribution toward investment in specific primary care research projects. To change the current status of research in primary care, a number of measures are required, namely, the consolidation of research organisms specific to primary care with adequate allocation of funding and staff, and the allocation of specific time for research to primary care professionals to enable them to produce significant projects and consolidate established research lines in their areas of expertise, with applications mainly in quality improvement and innovation of primary care services.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención sanitaria en el ámbito de la atención primaria de salud se caracteriza por ser accesible, longitudinal, centrada en la

persona, integral y coordinada. La combinación de estas características produce importantes beneficios en salud. Diferentes estudios muestran que los países con servicios de atención primaria de salud fuertemente desarrollados presentan una menor mortalidad infantil y por todas las causas, así como una mejor salud autopercibida¹. Por otra parte, en este ámbito asistencial trabajan un tercio de los profesionales sanitarios, se gestiona el 60% del gasto farmacéutico y se resuelven alrededor del 90% de los motivos de consulta². Por

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cviolan@idiapjgol.org (C. Violán Fors).

Puntos clave

- Concentrar la actividad investigadora en aquellas líneas prioritarias en los cuales la atención primaria de salud posee especiales oportunidades para contribuir a mejorar la salud de la población: 1) proceso diagnóstico, 2) enfoque holístico, 3) intervenciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, 4) enfermedades crónicas, 5) gestión y organización de servicios sanitarios y 6) orientación comunitaria.
- Desarrollar e impulsar la realización de proyectos de investigación interdisciplinarios para mejorar la comprensión de muchos aspectos que, de otra manera, podrían estar sesgados al integrar sólo la visión de una única disciplina.
- Consolidar una estructura organizativa específica para apoyar localmente la investigación en atención primaria de salud, interrelacionada con otras estructuras de investigación en salud, de formación y con la práctica clínica.
- Promover la aplicación real de los conocimientos generados, para optimizar la calidad de los servicios de atención primaria de salud y la salud de la población, mediante proyectos de investigación-acción, que implique, desde el diseño de los estudios, a profesionales, equipos directivos y ciudadanos.
- Colaborar con las universidades, con la finalidad de incluir la atención primaria de salud en la formación pregrado y posgrado de los profesionales de atención primaria de salud.
- Fortalecer las alianzas con otras instituciones, empresas y redes de investigación españolas y europeas, de cara a colaborar en el desarrollo de grandes proyectos que afecten a distintos ámbitos asistenciales, diferentes tipos de investigación (básica, clínica, epidemiológica, de servicios) y diversas áreas de investigación, a fin de potenciar la investigación transnacional.

todo ello, la investigación en atención primaria de salud es esencial, ya que su principal función es servir de apoyo a la toma de decisiones en este ámbito asistencial³; no obstante, la mayoría de las veces no se dispone de las pruebas científicas necesarias y adecuadas para la práctica y la gestión en el contexto de la atención primaria de salud.

La atención primaria de salud es el escenario idóneo para el estudio de diferentes aspectos^{2,4}, principalmente aquellos relacionados con la oportunidad de observar la enfermedad desde sus estadios más precoces, la relación continua con los pacientes y con su entorno social, la atención de las enfermedades más prevalentes y la facilidad que ofrece de intervenir en el marco familiar y comunitario. Sin embargo, son diversos los factores que contribuyen a la falta de desarrollo de conocimiento científico en este ámbito sanitario, entre los que destacan la falta de tiempo, de motivación, de recursos, de estructuras de apoyo, de formación, de reconocimiento y de tradición investigadora^{5,6}.

El propósito de este artículo es, en primer lugar, mostrar la situación actual de la investigación en atención primaria de salud, centrándonos en las estructuras de investigación disponibles, la producción científica y el impacto de la investigación realizada; en segundo lugar, identificar las líneas y áreas de investigación prioritarias en el momento actual; y por último, se incluye un conjunto de recomendaciones para mejorar la calidad de la investigación y su transferencia.

Descripción de la situación actual

En relación a las estructuras de investigación disponibles, destaca la Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (rediAPP, www.rediapp.org), que desde su

Tabla 1

Actividad y producción científica de la redIAPP (www.rediapp.org) antes y después de su reacreditación

	Antes de la reacreditación (2003-2006)	Después de la reacreditación (2007-2010)
Investigadores	~500	735
N.º proyectos en red	17	30
N.º proyectos locales	30	~200
N.º publicaciones	57	690
Factor de impacto de las publicaciones	26,25	1348,3
Tesis doctorales	10	14
Estancias formativas nacionales	9	10
Estancias formativas internacionales	3	2
Guías de práctica clínica	6	21

acreditación en el año 2003 ha conseguido dar un impulso decisivo a la investigación en la atención primaria de salud a través del desarrollo de proyectos colaborativos y multicéntricos, aprovechando las peculiaridades, los recursos y la estructura de la atención primaria de salud. Tiene cuatro áreas de investigación: factores de riesgo cardiovascular, salud mental, estilos de vida e investigación en servicios de salud. En la tabla 1 se presentan los resultados de la redIAPP antes y después de su reacreditación en el año 2006, y puede observarse el importante incremento en dos indicadores clave en el proceso de evaluación de redes: el número de publicaciones indizadas y el número de proyectos de investigación.

También hay unidades de apoyo a la investigación en atención primaria de salud, acreditadas por el Fondo de Investigación Sanitaria en los años 1990, que han permanecido hasta nuestros días, y que en el caso de las de Bizkaia, Mallorca y Cataluña fueron las promotoras de la redIAPP. Asimismo, en diferentes comunidades autónomas, como Cataluña, Aragón y Murcia, se han acreditado redes y grupos que contribuyen al proceso de consolidación de la investigación en atención primaria de salud. Por otra parte, es notoria la gran oportunidad para realizar investigación clínica que representan las unidades docentes de medicina de familia, en las cuales se forman miles de residentes todos los años, si bien aún tienen pendiente la profundización en las tareas investigadoras. Además, estas unidades, con la aparición de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, se integrarán en las nuevas unidades multiprofesionales, y con ello aumentarán las oportunidades para el impulso y el desarrollo de la investigación interdisciplinaria. En algunas facultades donde la medicina de familia forma parte del currículum se han desarrollado programas de doctorado que han facilitado la realización de tesis doctorales. Ligados a todas estas organizaciones hay personal contratado y becarios trabajando en proyectos o actividades de investigación relacionados con la atención primaria de salud, aunque su número sigue siendo insuficiente.

Cabe destacar el importante papel de algunas estructuras de determinadas sociedades científicas, como el grupo de investigación y la academia de medicina de familia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, así como el de ciertas fundaciones, como el Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol (<http://www.idiapjgol.org/>), que es la única institución española dedicada de forma exclusiva a la investigación en atención primaria de salud y cuyo objetivo fundamental es impulsar la investigación y la creación de conocimiento en este ámbito asistencial a través de la acreditación de grupos y la concesión de ayudas.

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria han sido otra iniciativa que desde 2004 hasta 2010 ha contribuido al impulso de la investigación en atención primaria de salud (http://www.fcs.es/jornadas_conferencias/atencion_primaria/default.html), produciendo un número significativo de publicaciones científicas

en revistas de prestigio, permitiendo compartir experiencias personales y facilitando la participación de profesionales de diversos entornos geográficos y distintos perfiles.

Otro grupo de investigación es el Equipo CESCA, coordinado por J. Gervás, que es un grupo multiprofesional de investigación, estudio y docencia en atención primaria de salud y medicina general y de familia. Sus campos de trabajo son la organización de servicios, el uso apropiado de los recursos, los sistemas de información y la prevención clínica. También la Red Española de Atención Primaria (www.reap.es) ha participado en numerosos estudios epidemiológicos tanto estatales como europeos, facilitando formación y becas para la investigación.

En el ámbito internacional destacan las Practice Based Research Networks (PBRN) de Holanda, Estados Unidos, Reino Unido e Israel, que suponen un interesante instrumento para cambiar la cultura investigadora y la práctica clínica de los profesionales de la atención primaria de salud². Las PBRN son redes de médicos de familia y otros profesionales sanitarios que tienen por objetivo colaborar en proyectos centrados en problemas y cuestiones prácticas, por lo que hay un intercambio constante entre la práctica y la investigación. En Europa, estas redes se agrupan en la European General Practice Research Network, creada en 1971 y auspiciada por WONCA Europe, que ha facilitado el desarrollo sistemático de la investigación en medicina de familia y en atención primaria de salud en Europa⁴.

En cuanto a la producción científica, ésta constituye una forma de evaluar la capacidad de los grupos de investigación y suele medirse con diferentes indicadores bibliométricos. Aunque hay diversos estudios que han analizado la investigación en atención primaria de salud⁷, su metodología es muy variable y sus resultados no son comparables. Por otra parte, la investigación en atención primaria de salud abarca diversas disciplinas (medicina, enfermería, pediatría, trabajo social, farmacia, farmacología, etc.) y campos de investigación. En consecuencia, los artículos que tratan sobre este ámbito asistencial se publican en una amplia gama de revistas, no sólo en las específicas de determinadas especialidades como puede ser la medicina de familia⁸. Por ello, ante la falta de métodos estandarizados, fiables y exhaustivos para recuperar la investigación en atención primaria de salud publicada, decidimos realizar una estrategia de búsqueda genérica cuyo objetivo fue analizar el total de referencias publicadas entre los años 2000 y 2009 e indizadas en PubMed, excluyendo las cartas, las noticias y los editoriales. Entre éstas se observó una proporción de referencias relacionadas con la atención primaria de salud del 0,5% (30.947 referencias). De ellas, un 4,1% (1271 referencias) correspondían a publicaciones realizadas en España (tabla 2) y prácticamente el 60% de esos artículos se habían publicado en revistas españolas (tabla 3).

Respecto al impacto de la investigación, éste se puede definir como la medida en que los nuevos conocimientos contribuyen a mejorar la práctica habitual y el comportamiento de los profesionales, al incorporar estos conocimientos a la práctica, así como al impacto social para la población. Una manera de medirlo es a partir del análisis conjunto de diversos indicadores. Con esta finalidad, se han diseñado diversos modelos^{9,10}. En concreto, Kuruvilla et al⁹ proponen tres categorías para su evaluación integral: la producción del conocimiento, la transmisión y la aplicación.

Uno de los primeros objetivos de la investigación es la transmisión del conocimiento a los profesionales clínicos para su aplicación. Esta transmisión puede realizarse por diferentes vías: prensa, publicaciones científicas, bases de datos, sesiones con compañeros de trabajo, congresos, Internet, etc. Sin bien hay algunas experiencias sobre intervenciones para diseminar e implementar guías de práctica clínica, es preciso continuar investigando sobre cómo llega al profesional asistencial esta información. Otro de los objetivos importantes de la investigación es la aplicación

Tabla 2

Estudios de atención primaria recuperados en PubMed (26/10/2010)

Año	Citas de estudios realizados en España ^a	Total de citas ^b
2009	179 (4,6%)	3.924
2008	149 (3,8%)	3.964
2007	141 (3,7%)	3.771
2006	165 (4,6%)	3.586
2005	121 (3,7%)	3.295
2004	102 (3,4%)	3.000
2003	106 (4,1%)	2.566
2002	102 (4,3%)	2.392
2001	95 (4,1%)	2.318
2000	111 (5,2%)	2.131
TOTAL	1.271 (4,1%)	30.947

^a Estrategia del total de citas más el filtro geográfico de Valderas et al., 2006 (Valderas JM, Mendivil J, Parada A, et al. Construcción de un filtro geográfico para la identificación en PubMed de estudios realizados en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:1244-51).

^b ("primary health care"[MH] OR "primary care"[TI] OR "primary health care"[TI]) NOT (letter[PT] OR "newspaper article"[PT] OR comment[PT] OR news[PT] OR editorial[PT]).

del conocimiento a la práctica, razón fundamental de la investigación en atención primaria de salud³. Los estudios muestran que los sumarios y las síntesis de los resultados más relevantes de la investigación (guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y metaanálisis) son útiles para difundir, de forma rápida y clara, los resultados de la investigación a la práctica clínica. También sabemos que los profesionales sanitarios tienden a aprender de sus propias experiencias y de los colegas en quienes confían. No obstante, muchas intervenciones con efectividad demostrada no terminan de aplicarse de forma generalizada. Para salvar la distancia existente entre la investigación y la aplicación real asistencial, con el propósito de mejorar la calidad y la innovación de los servicios de la atención primaria de salud, proponemos reconvertir el concepto de «traslación de la investigación a la práctica clínica» por el de «optimización de la práctica clínica a través de la investigación», que involucra a los profesionales en la génesis de conocimiento desde la asistencia real hasta el diseño de las investigaciones^{11,12}.

Líneas prioritarias de investigación

Las prioridades de investigación en atención primaria de salud se definen según diferentes aspectos. Deben estar en consonancia con las necesidades de la población, con el fin de dar una mejor respuesta a éstas. Tendrían que basarse en las incertidumbres y las lagunas de conocimiento que surgen durante la prestación de servicios, tanto en los profesionales como en la organización de los servicios¹¹⁻¹³. Por otra parte, cabe señalar la importancia de desarrollar e impulsar la realización de proyectos de investigación interdisciplinarios para mejorar la comprensión de muchos aspectos que, de otra manera, podrían estar sesgados al integrar sólo la visión de una única disciplina. A continuación describimos una relación de las líneas que consideramos prioritarias, teniendo en cuenta el contexto actual de la atención primaria de salud y sus atributos característicos.

En la atención primaria de salud, la gran mayoría de los problemas de salud se presentan en sus fases iniciales. Por ello, a menudo el proceso diagnóstico se basa en un síntoma o conjunto de síntomas incipiente y conlleva la toma de decisiones en condiciones de gran incertidumbre. En este sentido, la disponibilidad y el alcance actual de la historia clínica informatizada ofrecen especiales ventajas para el desarrollo de estudios de base poblacional sobre el valor pronóstico de estos síntomas¹⁴.

La atención primaria de salud busca cuidar a las personas en función de sus características biológicas, psicológicas, valores,

Tabla 3

Descripción de las revistas donde se han publicado los artículos de atención primaria realizados en España durante los años 2000 a 2009 (n = 1271)

	Revistas (n = 247)	n (%)	Porcentaje acumulado	Factor de impacto JCR en 2009
1	Atención Primaria	504 (39,7%)	39,7%	0,437
2	Gaceta Sanitaria	62 (4,9%)	44,5%	1,172
3	Medicina Clínica	46 (3,6%)	48,2%	1,231
4	Revista Española de Salud Pública	35 (2,8%)	50,9%	0,747
5	Revista Clínica Española	28 (2,2%)	53,1%	0,584
6	Anales de Pediatría (Barc)	22 (1,7%)	54,8%	0,363
7	Archivos de Bronconeumología	19 (1,5%)	56,3%	2,166
8	Nefrología	19 (1,5%)	57,8%	0,533
9	Actas Españolas de Psiquiatría	14 (1,1%)	58,9%	0,515
10	BMC Public Health	14 (1,1%)	60,0%	2,223
11	Family Practice	13 (1,0%)	61,1%	1,515
12	Rev Calid Asist	13 (1,0%)	62,1%	
13	Revista de Enfermería (ROL)	13 (1,0%)	63,1%	
14	Revista de Neurología	13 (1,0%)	64,1%	1,234
15	Revista Española de Cardiología	12 (0,9%)	65,1%	2,746
16	Revista Española de Quimioterapia	11 (0,9%)	65,9%	0,725
17	Anales del Sistema Sanitario de Navarra	9 (0,7%)	66,6%	0,307
18	BMC Health Services Research	9 (0,7%)	67,3%	1,66
19	Enfermería Clínica	9 (0,7%)	68,1%	
20	European Journal of Public Health	8 (0,6%)	68,7%	2,313
21	Anales de Medicina Interna	7 (0,6%)	69,2%	
22	Transplantation Proceedings	7 (0,6%)	69,8%	0,994
23	Health Policy	6 (0,5%)	70,3%	1,348
24	Journal of Affective Disorders	6 (0,5%)	70,7%	3,763
25	Actas Dermo-sifiliográficas	5 (0,4%)	71,1%	
26	British Journal of General Practice	5 (0,4%)	71,5%	2,442
27	International Journal of Clinical Practice	5 (0,4%)	71,9%	2,245
28	Journal of Epidemiology and Community Health	5 (0,4%)	72,3%	3,043
29	Patient Education and Counseling	5 (0,4%)	72,7%	1,975
30	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	5 (0,4%)	73,1%	2,052
31	Archivos Españoles de Urología	4 (0,3%)	73,4%	
32	Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología	4 (0,3%)	73,7%	
33	Current Medical Research and Opinion	4 (0,3%)	74,0%	2,498
34	Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica	4 (0,3%)	74,4%	1,393
35	The European Respiratory Journal	4 (0,3%)	74,7%	5,527
36	Gastroenterología y Hepatología	4 (0,3%)	75,0%	
37	International Journal of Geriatric Psychiatry	4 (0,3%)	75,3%	1,981
38	Journal of Psychosomatic Research	4 (0,3%)	75,6%	2,908
39	Neurología	4 (0,3%)	75,9%	0,596
40	Pharmacoeconomics	4 (0,3%)	76,2%	2,612
41	Quality of Life Research	4 (0,3%)	76,6%	2,376
42	Respiratory Medicine	4 (0,3%)	76,9%	2,331
43	Actas Urológicas Españolas	3 (0,2%)	77,1%	
44	The Annals of Pharmacotherapy	3 (0,2%)	77,3%	2,453
45	BMC Complementary and Alternative Medicine	3 (0,2%)	77,6%	
46	Clinical Drug Investigation	3 (0,2%)	77,8%	1,414
47	The European Journal of General Practice	3 (0,2%)	78,0%	
48	Farmacia Hospitalaria	3 (0,2%)	78,3%	
49	General Hospital Psychiatry	3 (0,2%)	78,5%	2,669
50	Health and Quality of Life Outcomes	3 (0,2%)	78,8%	2,456
51	International Journal of Adolescent Medicine and Health	3 (0,2%)	79,0%	
52	International Journal for Quality in Health Care	3 (0,2%)	79,2%	1,881
53	Journal of Evaluation in Clinical Practice	3 (0,2%)	79,5%	1,487
54	Medicina Intensiva	3 (0,2%)	79,7%	
55	Nutrición Hospitalaria	3 (0,2%)	79,9%	1,065
56	Psicothema	3 (0,2%)	80,2%	0,91
57	Revista Panamericana de Salud Pública	3 (0,2%)	80,4%	
	Otras revistas	249 (19,6%)	100,0%	

JCR: Journal Citation Reports.

creencias, cultura, situación familiar y social. Este enfoque holístico justifica la prioridad de desarrollar y evaluar la efectividad de modelos e intervenciones biopsicosociales, especialmente si tenemos en cuenta que entre el 30% y el 60% de las visitas se realizan por signos y síntomas carentes de explicación desde el punto de vista exclusivamente biológico.

Tabaco, alcohol, actividad física y dieta son las cuatro primeras causas de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestra sociedad. En atención primaria de salud es prioritario desarrollar y evaluar la efectividad de intervenciones dirigidas a impulsar conductas

promotoras de salud, teniendo en cuenta las oportunidades que brindan la relación continua con los pacientes y la posibilidad de intervenir en el contexto familiar y comunitario. La atención primaria de salud determina el funcionamiento del conjunto del sistema de salud, ya que es más accesible y clave para la coordinación e integración de la atención.

Las enfermedades crónicas más prevalentes precisan intervenciones complejas y coordinadas entre los diferentes ámbitos de atención sanitaria y social. Sin embargo, la mayor parte de los cuidados de salud se estructuran alrededor de actuaciones episódicas y

fragmentadas. Necesitamos nuevos modelos de atención integrada y organizativos, además de programas de gestión de pacientes con enfermedades crónicas, que tengan en cuenta la complejidad y la multimorbilidad, así como desarrollar procesos de atención basados en el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Por todo ello, es necesario realizar evaluaciones de los resultados de estos nuevos modelos de atención, orientados a conseguir una mejora de los procesos que se traduzca en un mayor autocuidado y capacitación de las personas para mantener y mejorar su salud, su autonomía y su calidad de vida, así como una disminución de complicaciones, mortalidad y costes. Además, en una sociedad en proceso de envejecimiento como la nuestra, y teniendo en cuenta la longitudinalidad de la atención, es necesario desarrollar conocimiento científico sobre la atención al final de la vida, tanto en los procesos oncológicos como en los no oncológicos.

Otra línea prioritaria de investigación, muy importante en estos tiempos de crisis económica, es la investigación en gestión y organización de los servicios sanitarios. Mayoritariamente este tipo de investigación la realizan los profesionales asistenciales o expertos en salud pública. No hay una coordinación entre las evaluaciones y los análisis realizados por los investigadores y los gestores que toman estas decisiones. La organización de las urgencias, la forma de pago a los profesionales, el cierre de camas hospitalarias, las listas de espera, los modelos de atención primaria de salud, etc., son decisiones tomadas por gestores y políticos sin suficiente evidencia científica.

Ya hemos señalado la posibilidad que ofrece la atención primaria de salud para intervenir en el contexto familiar y comunitario. Es necesario explorar formas innovadoras de cooperación intersectorial¹⁵, e investigar los resultados de diferentes modelos de atención primaria de salud orientada a la comunidad, en especial en áreas como la promoción de conductas saludables y la atención a poblaciones especialmente vulnerables. Finalmente, los servicios de atención primaria de salud pueden desempeñar un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud. Estas desigualdades se observan en todos los países, su impacto sobre la salud y el funcionamiento del conjunto de la sociedad es muy grande y, lejos de disminuir, van en aumento. Debe investigarse sobre estas desigualdades, identificar sus determinantes y evaluar intervenciones dirigidas a reducirlas, además de incorporar la equidad de forma transversal a todas las áreas de investigación en salud.

Recomendaciones para mejorar la calidad de la investigación y su transferencia

Las características y el potencial de la investigación en atención primaria de salud están claras, y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran su capacidad para investigar y desarrollar proyectos multicéntricos de calidad. Sin embargo, en el futuro es fundamental consolidar estas experiencias y crear organizaciones de investigación específicas de atención primaria de salud que permitan responder a las necesidades que ésta plantea. Para ello es urgente un mayor soporte político y económico, si se quiere ayudar a innovar en este importante ámbito asistencial del Sistema Nacional de Salud, así como para pasar de la actual situación de voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación.

Los cambios en el entorno institucional y financiero de la investigación de nuestro país hacen necesario adaptar y modernizar las estructuras organizativas y de gestión de la investigación, con la finalidad de generar conocimiento útil para aumentar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del abordaje de los problemas y de los condicionantes de salud, así como de la organización de servicios en la atención primaria de salud. Es necesario el trabajo coordinado entre investigadores de atención primaria de salud, atención

Tabla 4

Acciones facilitadoras recomendadas para promover e impulsar la investigación en atención primaria de salud según los diferentes actores implicados

A los gestores y responsables políticos:

- Promover la investigación relevante centrada en las necesidades de la población y en las lagunas del conocimiento.
- Crear un marco organizativo que promueva la cooperación, la asesoría y la colaboración de los investigadores con otros grupos de investigación de otros ámbitos asistenciales y otros sectores.
- Fomentar la accesibilidad a la formación en métodos y técnicas de investigación.
- Aumentar la inversión en infraestructuras de apoyo, la disponibilidad de registros y de recursos bibliográficos e informáticos que faciliten la labor investigadora.
- Proveer a los investigadores de fórmulas de organización, liberación o contratación estables que permitan compatibilizar las tareas clínicas y de investigación, incrementando el número de investigadores con dedicación específica a la investigación.
- Diseminar y difundir la aplicabilidad y la transferencia de los resultados de las investigaciones a la práctica asistencial.
- Reconocer la actividad investigadora y la figura del profesional investigador.
- Favorecer la integración del conocimiento de la atención primaria en la formación de grado mediante el impulso de políticas que permitan la creación de departamentos de atención primaria de salud.
- Fomentar la movilidad de los investigadores en otros centros investigadores estatales e internacionales de cara a su capacitación y al establecimiento de colaboraciones en futuros proyectos.

A las entidades financiadoras:

- Adaptar las convocatorias existentes a las características de la atención primaria de salud, promover nuevas ayudas dirigidas a problemas específicos de la investigación en atención primaria de salud, y adecuar el proceso de evaluación aumentando la participación de evaluadores procedentes de la atención primaria de salud.
- Estimular a los investigadores para involucrar a la población y señalar los puntos compartidos por los políticos sanitarios.
- Compartir los resultados con los beneficiarios y con los responsables sanitarios y políticos.
- Dar soporte y financiación a las redes académicas, los grupos de investigación, las universidades, los colegios y las sociedades profesionales.

A los investigadores:

- Creación de grupos de investigación en los ámbitos territoriales que se coordinen con otros grupos de la comunidad autónoma desarrollando áreas temáticas de investigación, que a su vez participen en redes multidisciplinares de investigación estables estatales y europeas.
- Crear y participar en redes multidisciplinares de grupos de investigación consolidados y coordinados, de ámbito estatal y europeo, que desarrollen áreas temáticas de investigación comunes.
- Contribuir a la transmisión de valores y habilidades que despierten la inquietud investigadora entre los alumnos de las carreras sanitarias y en los especialistas en formación en el área de la atención primaria de salud.
- Difundir la importancia de la investigación a todos los niveles (consumidores, organizaciones, medios de comunicación...).
- Publicar los resultados de la investigación en revistas internacionales con factor de impacto.
- Reforzar las relaciones con las organizaciones sanitarias, los políticos, los consumidores y la universidad.
- Promover la coordinación con los grupos que elaboran recomendaciones y guías de práctica clínica para facilitar la incorporación a ellas de los resultados de las investigaciones y detectar las lagunas de conocimiento (evidencias) existentes.

especializada, salud pública, población, clínicos, gestores y políticos. La unión y la convergencia de esfuerzos permitiría un mejor desarrollo de la investigación y de la innovación. Ello facilitaría la investigación aplicada y con vocación translacional, metodología interdisciplinaria, recursos suficientes y orientada a generar conocimiento para la innovación, la transformación y la mejora de la salud de la población. Además, facilitaría el acceso de los profesionales de atención primaria de salud a dicho conocimiento y mejoraría su transferencia y aplicabilidad a la práctica clínica. En la tabla 4 se presentan las acciones facilitadoras recomendadas para promover e impulsar la investigación en atención primaria de salud.

Declaraciones de autoría

C. Violán redactó el guión del artículo y supervisó todos los aspectos de su realización. C. Violán, G. Grandes, E. Zabaleta y E. Gavilán obtuvieron los datos y contribuyeron a la redacción del primer borrador del manuscrito. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. C. Violán es la responsable del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
- Violán C, Bolibar B. Investigación biomédica. Papel de la atención primaria. *Med Clin (Barc).* 2006;126:614–5.
- Mant D, Del MC, Glasziou P, et al. The state of primary-care research. *Lancet.* 2004;364:1004–6.
- Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN. [Internet] Maastricht: 2009. [Consultado el 5/4/2011.] Disponible en: <http://www.egprn.org/images/Research%20Agenda%20for%20General%20Practice.Family%20Medicine.pdf>.
- Moses III H, Dorsey ER, Matheson DH, et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA.* 2005;294:1333–42.
- Violán Fors C, Fàbregas Escurriola M, Pujol Ribera E, et al. Investigación en atención primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A, coordinadores. Violán C, editora. La atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: SEMFyC ediciones; 2009. p. 73–89. [Consultado el 5/4/2011.] Disponible en: <http://www.idiapjgol.org/upload/file/aps.espanya.definitiu.pdf>.
- Segura-Fragoso A, Segura-Rodríguez A. Revisión de los estudios bibliométricos sobre producción científica de atención primaria publicados en España desde 1985 hasta 2008. *SEMERGEN.* 2010;36:75–81.
- Pshetizky Y, Tandeter H, Tabenkin H, et al. Thirty years of family medicine publications in Israel (1975–2004): what, where, and how much? *J Am Board Fam Med.* 2009;22:57–61.
- Kuruville S, Mays N, Pleasant A, et al. Describing the impact of health research: a research impact framework. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:134.
- Buxton MJ, Hanney S. Desarrollo y aplicación del Modelo Payback para la evaluación del impacto socioeconómico de la investigación en salud. *Med Clin (Barc).* 2008;131 Suppl 5:36–41.
- Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, et al. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. *Ann Fam Med.* 2008;6:459–62.
- Solberg LI, Elward KS, Phillips WR, et al. How can primary care cross the quality chasm? *Ann Fam Med.* 2009;7:164–9.
- Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *JAMA.* 2008;299:211–3.
- Bellón Saameno JA. Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: “jugamos con ventaja”. *Aten Primaria.* 2010;42:549–51.
- Turabián JL, Pérez-Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - Atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.* 2008. Disponible en.

La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012

Begoña Domínguez Aurrecochea^{a,*} y Carlos Valdivia Jiménez^b

^a Centro de Salud de Otero, Oviedo, España

^b Centro de Salud Los Boliches, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2011

Aceptado el 2 de agosto de 2011

On-line el 22 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Pediatría de atención primaria

Nuevos retos en salud

Trabajo en equipo

Keywords:

Primary care pediatrics

New challenges in child health

Teamwork

R E S U M E N

En la actualidad, en nuestro país, el pediatra de atención primaria es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, y además es un especialista altamente resolutivo que soluciona más del 90% de las demandas de salud de esta población, supervisa su crecimiento y desarrollo, y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud, dentro de los equipos de atención primaria junto a enfermeras y médicos de familia. Asistimos a rápidos y profundos cambios demográficos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos, así como de las demandas y expectativas de atención a la salud de los ciudadanos, que deberían reforzar el valor y la capacidad resolutiva de la atención primaria. Estos cambios también afectan a la morbilidad infantil y las prioridades de atención en salud infanto-juvenil, planteando nuevos retos y desafíos para la pediatría de atención primaria, y refuerzan el papel del pediatra en el primer nivel de atención. La atención primaria no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria tienen que responsabilizarse de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los ciudadanos en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario. Se identifica la necesidad de potenciar el trabajo en equipo dentro de los centros de salud, en el que intervenga el personal de enfermería que asuma actividades asistenciales en este tramo de edad. Se trata de impulsar un modelo fundamentado en la cooperación y en la complementariedad. Una reciente revisión sistemática recomienda mantener la figura del pediatra en los equipos de atención primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario, con importantes ventajas para la población infantil.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Primary care pediatrics in the public health system of the twenty-first century. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Today in our country, the primary care pediatrician is the first contact between children and adolescents with the health system, being also a highly resolving specialist that addresses over 90% of the health needs of this population, monitors growth and development and participates in all activities of prevention, health promotion and health education within primary care teams with nurses and family doctors. Witnessing rapid and profound demographic, social, cultural, scientific and technological changes as well as the demands and expectations of health care for citizens, which should enhance the value and response capacity of primary care. These changes also affect infant morbidity and health care priorities in child and adolescent, posing new challenges for primary care practice and reinforce the role of the pediatrician in primary care. Primary care is not only the gateway to the health system. Primary care teams have to take responsibility for the care of people assigned to coordinate the necessary resources and advising citizens on their health problems and his itinerary care by the health system. It identifies the need to foster teamwork within the health department involved nursing staff to take care activities in this age group. It aims to foster a model based on cooperation and complementarity. A recent systematic review recommended maintaining the figure of the pediatrician in primary care teams and strengthen their specific role as first point of contact with the child's health care system, found significant benefits for children.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: begoa.dominguez@gmail.es (B. Domínguez Aurrecochea).

Puntos clave

- La pediatría de atención primaria proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, partiendo de una visión global e integral de la medicina en la cual el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas.
- En España hay 9544 pediatras, de los que el 65% desarrollan su labor profesional en atención primaria. En algunas comunidades autónomas, entre un 30% y un 50% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad.
- La rotación de residentes de pediatría por atención primaria es imprescindible para su formación, independientemente del ámbito donde desarrollen su futura labor asistencial. La oferta de plazas de médico interno residente (MIR) deberá responder a las necesidades hospitalarias y de atención primaria.
- La revisión sistemática realizada por el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia recomienda mantener la figura del pediatra en los equipos de atención primaria.
- En el contexto actual se plantean nuevas expectativas en salud y la demanda de nuevos servicios por parte de los ciudadanos, lo que condiciona una mayor complejidad en el primer nivel de atención.
- Es preciso que se consigan «equipos de profesionales» que compartan una población, en un entorno geográfico delimitado, que la estructura y la organización de los centros de salud posibilite espacios temporales y físicos para el trabajo en equipo y complementario entre el pediatra y la enfermera de pediatría.
- Se propone la creación de la figura del director/coordinador pediátrico de atención primaria, con funciones de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de atención primaria.
- Defender el actual modelo de asistencia pediátrica, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria.

Introducción

La infancia es percibida con frecuencia como un grupo de población con escasas necesidades y problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que la hace casi invisible en la investigación y en la planificación de servicios.

En general, no se tiene en cuenta que se trata de un periodo de desarrollo y de alta vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales, que responde positivamente a factores protectores; por tanto, es preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos¹.

El Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986 definen y sientan las bases de la actual red de atención primaria, regulan el sistema de salud pública en España y establecen el modelo sanitario en el cual el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral.

La reforma de la atención primaria dio lugar a la transformación de los ambulatorios tradicionales en centros de salud, y al establecimiento de un nuevo marco de actuación definido por el trabajo en equipo multidisciplinario, la referencia a un territorio y una población concretos, el aumento del tiempo de atención y la integración de las actividades asistenciales con las de prevención, promoción de la salud y rehabilitación².

La pediatría de atención primaria proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, teniendo en cuenta las

características de su entorno, partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas.

Características de la pediatría de atención primaria

La atención primaria: fortalezas y debilidades

La universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son características del sistema público de salud en atención primaria, y junto con la extensa ocupación del territorio y la continuidad de los cuidados han generado una mejora en la calidad asistencial y en la satisfacción de los usuarios³.

Sin embargo, la accesibilidad ilimitada y la gran dispersión de los centros de salud y de los consultorios con frecuencia responden más a decisiones políticas que a necesidades reales de salud, lo que convierte a estas características teóricamente positivas en auténticas debilidades del sistema.

La falta de definición de perfiles de los profesionales y una insuficiente planificación y organización asistencial, cuyo objetivo sea la efectividad, hace que los profesionales lleven a cabo actividades que ocupan gran parte de su tiempo, consumen recursos del sistema y no tienen impacto en salud.

Esta situación se ve agravada por la escasa inversión económica. La atención primaria recibe tan sólo el 16% del total del presupuesto destinado a sanidad⁴, muy lejos de su peso real en el sistema sanitario.

A la atención primaria se incorporaron numerosos pediatras muy cualificados, formados con el emergente sistema MIR, lo que condicionó una atención a la infancia renovada, que permitió el tratamiento de enfermedades que hasta entonces eran atendidas en el ámbito hospitalario, y ampliar la oferta de servicios en el primer nivel de atención⁵.

No ha habido una apuesta política decidida para completar el modelo de atención primaria como eje del sistema sanitario⁶; se ha potenciado la medicalización de la asistencia y se ha favorecido la dependencia del sistema. Todo ello ha llevado a un aumento de la presión asistencial, y entre los pediatras, igual que ocurre con otros profesionales, crecen el malestar y la insatisfacción.

Pediatras y población atendida

En España hay 9544 pediatras⁴, de los cuales el 65% desarrollan su labor profesional en atención primaria (figs. 1 y 2). El número total de plazas se ha incrementado en los últimos años en un 13%, mucho menos que el incremento porcentual de la población de 0 a

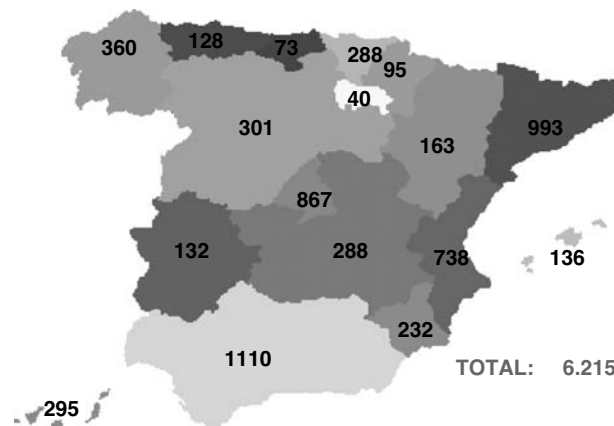


Figura 1. Plazas de pediatría de atención primaria en España, totales y por comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria SIAP. 2008).

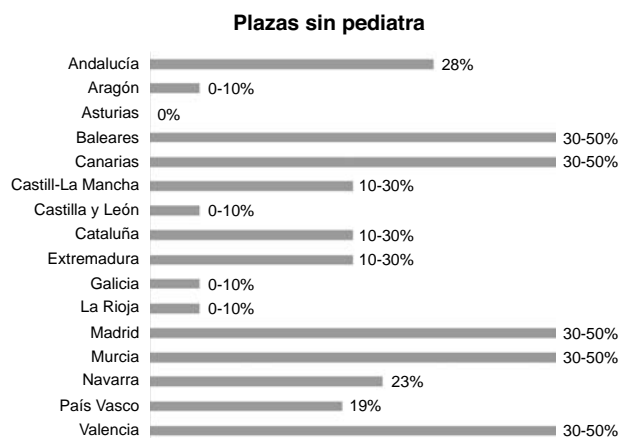


Figura 2. Plazas de pediatría cubiertas por un médico sin título de especialista en pediatría, porcentaje por comunidades autónomas⁵.

4 años de edad (que presenta la mayor frecuentación en las consultas de pediatría), que ha sido del 36,1%⁴.

La descentralización del Sistema Nacional de Salud ha supuesto indiscutibles mejoras, pero a su vez genera profundas diferencias entre las comunidades autónomas, que se concretan en las nada homogéneas carteras de servicios y que afectan incluso a las actividades de prevención más elementales, como es el calendario vacunal, que en nuestro país continúa siendo diferente para los niños según su lugar de residencia, lo cual no responde a criterios científicos sino a decisiones estrictamente políticas.

El déficit de pediatras padecido en España no hace sino aumentar estas inequidades. En algunas comunidades autónomas, entre un 30% y un 50% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad⁷.

La mortalidad infantil es un parámetro de medida habitual de resultados de salud, y en España, en la actualidad, estos resultados se encuentran entre los mejores de la Unión Europea, habiendo mejorado de manera significativa en los últimos años (tabla 1). La misma tendencia se observa en la evolución de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles (tabla 2) y en las coberturas vacunales (tabla 3).

La formación de los pediatras de atención primaria

En los programas de formación de la especialidad de pediatría se contempla desde 1979 la necesidad de que el pediatra se forme en pediatría comunitaria y en el logro de entrenamientos en relación con la atención primaria, pero no es hasta el año 2006 cuando el nuevo programa de la especialidad regula la rotación específica y

Tabla 1

Evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y perinatal en España (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadores-Salud2009.htm#salud>)

	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad perinatal
Año 1981	12,5	8,7	14,5
Año 2007	3,5	2,3	4,5

Tabla 2

Evolución de la tasa de casos declarados por 100.000 habitantes de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina en España (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>)

	Rubéola	Sarampión	Parotiditis	Tos ferina
Año 1991	83,7	62,81	35,4	21,49
Año 2008	0,3	0,7	3,7	1,25

Tabla 3

Evolución de las coberturas vacunales (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>)

	Primovacunación menores de 12 meses	Triple vírica, una dosis entre 12 y 24 meses de edad
Año 1992	83,8	85,1
Año 2007	96,4	97,2

obligatoria de los residentes de pediatría por atención primaria⁸ durante 3 meses.

No obstante, hasta el año 2005, de manera no reglada⁹, en 14 comunidades autónomas se lleva a cabo rotación MIR en pediatría por atención primaria; en el 82% de las provincias españolas se forman MIR en pediatría y el 65% rotan por atención primaria. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasan por un centro de salud y 92 equipos de atención primaria acogen MIR en pediatría.

La resolución del año 2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación y Ciencia¹⁰ establece los requisitos generales para la acreditación de centros de salud que asuman la formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas. La Comisión Nacional de la Especialidad comienza el proceso en el año 2007, y hasta el momento se han acreditado 251 centros de 12 comunidades autónomas y tutores para la rotación específica en pediatría de atención primaria en Andalucía, Asturias, Toledo y Madrid.

La rotación de residentes de pediatría por atención primaria es imprescindible para su formación, independientemente del ámbito donde desarrollen su futura labor asistencial, para lo que será preciso completar el desarrollo del proceso ya iniciado.

Desde la Asociación Española de Pediatría de atención primaria (AEPap) se ha elaborado el Programa de Formación de «El Área de Capacitación Específica en Pediatría de atención primaria», que desarrolla, amplía y adapta el programa de formación de la especialidad al perfil del pediatra de atención primaria¹¹. La oferta MIR deberá responder a las necesidades de profesionales tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria.

La pediatría de atención primaria en Europa

La atención pediátrica a la población infantil se ha desarrollado de manera heterogénea en los diferentes países a lo largo del tiempo. El tipo de asistencia es pública en más del 80% de los países de la Unión Europea, y hay básicamente tres modelos¹² (tabla 4).

En todos los casos existe apoyo en mayor o menor grado de enfermería y de matronas. El 40% del total de los pediatras trabajan en atención primaria. En 20 de los 29 países, la formación pediátrica es de 5 años o más divididos en 3 años de tronco común y 2 años más de especialidad pediátrica.

En la Unión Europea no está acreditada la especialidad de pediatría de atención primaria. En la actualidad está en fase de redacción del *syllabus* o currículo específico.

Tabla 4

Modelos de asistencia a la población infantil en la Unión Europea¹²

A cargo fundamentalmente de pediatras	Chequia, Eslovaquia, España, Eslovenia, Chipre, Grecia, Israel
A cargo de pediatras y médicos generalistas y de familia	Bélgica, Francia, Lituania, Suiza, Islandia, Luxemburgo, Hungría, Italia, Austria y Alemania
A cargo de médicos generalistas y médicos de familia	Irlanda, Bulgaria, Noruega, Estonia, Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia, Polonia, Reino Unido, Letonia y Portugal

El profesional más adecuado para la atención a la población infantil

Aunque parece indiscutible la frase «los niños deben ser atendidos por el profesional que ha recibido la formación específica», hay controversia sobre el tipo de profesional más adecuado (pediatras o médicos de familia/generales) para prestar atención sanitaria a los niños en atención primaria. Son pocos los estudios cuyo objeto principal ha sido comparar directamente la práctica clínica de ambos tipos de profesionales.

El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap ha realizado recientemente una revisión sistemática para analizar qué ventajas aporta la asistencia sanitaria cuando es realizada por pediatras en el primer nivel asistencial. Dicho análisis pretendía responder a la pregunta «¿qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en los países desarrollados?»¹³.

El objetivo de este estudio es comparar la atención sanitaria proporcionada por pediatras y por médicos de familia/generales en los siguientes aspectos de la práctica clínica: prescripción de antibióticos; indicación de pruebas diagnósticas; tratamiento de la otitis media, del asma, de la fiebre y de diversas alteraciones psicopatológicas; y realización de actividades preventivas.

Los datos indican que los médicos de familia/generales prescribieron más antibióticos que los pediatras para las infecciones de vías respiratorias altas, pues al ser estos cuadros habitualmente de probable etiología viral, la mayoría de las ocasiones no precisarán tratamiento antibiótico. Los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de gran prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como son el asma y la otitis. Además, la población infantil atendida por pediatras presentaba porcentajes de vacunación superiores a los de los médicos de familia/generales en todos los estudios que evaluaron este resultado.

Valorando todos los resultados, los autores del estudio concluyen que «parece recomendable mantener la figura del pediatra en los equipos de atención primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario, encontrándose importantes ventajas para la población infantil».

Nuevos retos y desafíos en salud infantil

En las tres últimas décadas se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, científicos, tecnológicos y socioeconómicos, como en la manera de vivir y de enfermar. Esta situación plantea nuevas expectativas en salud y la demanda de nuevos servicios por parte de los ciudadanos, lo que condiciona una mayor complejidad en el primer nivel de atención para poder satisfacer una atención sanitaria que ha de ser cada vez más efectiva y de calidad, y motiva nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud.

Estos cambios también afectan a la morbilidad infantil y a las prioridades de atención en salud infanto-juvenil, planteando nuevos desafíos para la pediatría de atención primaria, y refuerzan el papel del pediatra en el primer nivel de atención^{5,14}.

Variaciones demográficas: incremento de la población menor de edad

Los cambios demográficos están relacionados con un incremento de la natalidad y del número de hijos por mujer, y con la disminución de las tasas de mortalidad infantil.

Desde el año 1999, las tasas de fecundidad y natalidad han remontado, al tiempo que se ha incrementado la llegada de personas jóvenes y familias inmigrantes con hijos menores de edad, que contribuyen al rejuvenecimiento demográfico de la población general. Así, entre los años 2001 y 2005, el grupo de población menor de edad aumentó en 300.000 individuos, y se espera un incremento similar para el siguiente quinquenio¹⁵.

Diversidad social y familiar

Los rápidos cambios sociales y familiares que ha experimentado la sociedad española en los últimos años, y una creciente libertad de los ciudadanos para elegir el modelo de relaciones en su vida privada y componer núcleos familiares menos convencionales, son igualmente factores determinantes de las características de la población infantil y adolescente, y de sus estilos de vida.

La movilidad laboral y el hecho de que ambos padres trabajen fuera del hogar hacen que un mayor número de niños asistan a guarderías desde edades muy tempranas, y que los abuelos adquieran un papel creciente en los cuidados de la infancia. Pero también se han dado cambios en el modelo familiar, y así, en nuestra sociedad conviven distintos tipos de familias, de manera que hay un aumento de la población infantil que vive en núcleos familiares menos convencionales¹⁶.

Esta diversidad social ha posibilitado la creación de modelos familiares tan diferentes entre sí como válidos de cara al bienestar y la protección de los niños. El cambio esencial en esta percepción es un reto que la misma realidad social está imponiendo a todos los profesionales, entre ellos a los pediatras. La base de este cambio es pasar de definir la familia desde su composición a definir la familia desde las funciones que debe cumplir para garantizar el desarrollo óptimo de los niños¹⁷.

Nueva morbilidad emergente: una «nueva pediatría»

En las dos últimas décadas del siglo pasado se produjeron cambios en la situación de salud de los niños gracias a los avances de la medicina y a la introducción de nuevas tecnologías, que han dado lugar a un incremento de la supervivencia neonatal y de enfermedades graves, y a que los problemas crónicos hayan pasado a ocupar la primera línea de actuación^{18,19} (tabla 5).

Esta «nueva pediatría» supone un importante reto para el pediatra de atención primaria, para su formación y también para la forma de desarrollar su actividad asistencial. Muchos de estos problemas no pueden ser atendidos en la forma tradicional de una consulta médica, pues precisan tiempo, salir de los despachos y relacionarse con el entorno crítico de los niños (familia, escuela, asociaciones comunitarias), promover dispositivos de atención cercanos y tener una perspectiva intersectorial y global que integre las actuaciones sobre la salud con los sectores educativo y de servicios sociales, así como el uso de tecnologías de la información y comunicación en la atención a los niños y sus familias (teléfono, correo electrónico, Internet...)²⁰.

Un nuevo enfoque para las actividades preventivas

La pediatría preventiva ha tenido que esperar a la transformación de los consultorios en centros de atención primaria para hacer posible el cribado universal de enfermedades y la detección precoz de problemas de salud diversos, el consejo de salud y la promoción de hábitos saludables, y la extensión de los programas de vacunaciones a toda la población.

Entre los nuevos objetivos que se plantean destacan la necesidad de incrementar las actividades de prevención primaria y secundaria de la discapacidad y la disfunción derivadas de la gran prematuridad, de las malformaciones congénitas, de las enfermedades

Tabla 5
Problemas de salud emergentes en la infancia¹

Deterioro de la calidad del ambiente	Preocupa el aumento de la incidencia de algunas enfermedades, como el asma o el cáncer, y de diferentes trastornos del desarrollo neurológico que se asocian con la contaminación ambiental.
Obesidad	Diferentes estudios han evidenciado un incremento notable del sobrepeso en la población infantil y juvenil, habiéndose duplicado las tasas en la última década. Alrededor de un 14% de los españoles menores de 18 años padecen obesidad. España es el cuarto país de la Unión Europea en orden de prevalencia.
Salud mental	Más del 20% de los niños españoles padece algún tipo de trastorno que afecta a su vida cotidiana, a la de sus familias y a la de sus profesores y compañeros.
Discapacidades	Es esperable que las prevalencias de discapacidad física y psíquica sigan creciendo como resultado de la mayor supervivencia asociada a la mejor asistencia sanitaria o a las intervenciones de los servicios de cuidados intensivos neonatales.
Estilos de vida	Muchos de los problemas que persisten o se agravan están relacionados con la manera de vivir de niños, niñas y familias, con los llamados estilos de vida, entendidos éstos no sólo como conductas individuales sino como patrones o formas de vivir que se conforman en gran medida por el contexto social y físico en que se vive (hábitos saludables, utilización del tiempo de ocio, etc.).
Adolescencia	Las conductas de riesgo son más frecuentes entre los adolescentes, que además acuden menos a las consultas tradicionales o programadas y usan con más frecuencia los servicios de urgencias.
Inmigración	Las necesidades y las demandas de salud de estos niños procedentes de familias inmigrantes o de adopción internacional difieren en parte de las de la población autóctona, pero deben ser igualmente conocidas y manejadas por el pediatra de atención primaria, a menudo primer nexo de unión entre estas personas y el sistema sanitario.
Maltrato infantil	Aunque no se tienen cifras precisas de la magnitud del problema, se infiere su importancia a través de algunos datos conocidos. Se sabe que la mortalidad por maltrato infantil se ha triplicado entre 1997 y 2001.

crónicas (asma, diabetes...) y del aumento del riesgo cardiovascular, promover el desarrollo psicológico y cognitivo, recomendar estilos de vida saludables y prevenir problemas de conducta en la infancia.

También debe incluirse la promoción de conductas de crianza adecuadas y de una mayor autonomía en los cuidados que dependen de la familia (los autocuidados, las guías anticipatorias), así como la incorporación a los servicios de salud de las familias excluidas socialmente o con riesgo social que presentan mayores dificultades para una utilización adecuada de los servicios de atención primaria y de las actuaciones preventivas.

En los 20 años de programas de salud dirigidos a la infancia hemos vivido un crecimiento continuo y desigual de las intervenciones preventivas, tanto en número como en contenidos, a veces con excesivas intervenciones y actividades categorizadas con el mismo grado de importancia o incertidumbre sobre el nivel de eficacia o impacto en la salud infantil.

La actualización de los programas de salud infantil^{21,22} tiene en cuenta estos factores, considerando la eficacia de las actividades preventivas que los componen, y prestan una mayor atención a la valoración del desarrollo evolutivo en todas sus áreas y a los aspectos psicosociales.

Por último, también hemos de considerar que la eficiencia y la efectividad de la práctica preventiva se verán reforzadas cuando se superen algunas de las barreras o dificultades: formación escasa en actividades preventivas y pediatría basada en la evidencia, y en la capacitación en pediatría del desarrollo y del comportamiento; limitación en el tiempo disponible para las actividades preventivas, con cupos de población grandes que obligan a dedicar buena parte de los recursos a la demanda por enfermedad frecuentemente banal; y una escasa coordinación con otros profesionales que atienden la salud infantil.

El equipo multiprofesional: compartir la atención de la salud infantil

El pediatra de atención primaria no trabaja solo, sino que lo hace con otros profesionales implicados en el cuidado de la infancia, y para ello es necesario un trabajo compartido. En primer lugar, con la enfermería de pediatría, que debe tener un papel más relevante en la promoción de la lactancia materna y en el seguimiento del programa de salud infantil, en el cuidado del niño con problemas crónicos, y en las actividades de educación para la salud y de intervención comunitaria^{19,23,24}.

En este marco, valoramos positivamente la reciente aprobación del programa formativo de la especialidad de enfermería pediátrica²⁵, que incluye la rotación específica por atención primaria, lo que sin duda va a suponer una mejora considerable en el perfil de competencias del profesional de enfermería en relación con la salud infantil²⁶.

Es preciso conseguir «equipos de profesionales» que compartan una población, en un entorno geográfico delimitado, que la estructura y la organización de los centros de salud posibilite espacios temporales y físicos para el trabajo en equipo, y que se avance en fórmulas más actuales de gestión que impliquen a cada uno de los miembros del equipo en la respuesta a las demandas de la ciudadanía^{23,24}.

El pediatra de atención primaria como coordinador de la atención a la salud

La atención primaria no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria son los responsables de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los ciudadanos en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario, actuando como gestores y coordinadores de casos y reguladores de flujos.

El pediatra de atención primaria debe profundizar en su papel fundamental en este proceso de coordinación de recursos en salud infantil, tanto con los distintos niveles asistenciales sanitarios como con profesionales de ámbitos diferentes (psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, centros de atención temprana, maestros y escuela, equipos de orientación psicopedagógica, etc.), entendiendo la necesidad de trabajar en un equipo interdisciplinario¹⁸.

En cualquier caso, se acepta la importancia de la multidisciplinariedad para abordar los problemas de salud y para el trabajo en redes, y es importante conocer los recursos que comparten la atención a la infancia en la comunidad y tener una visión más global, desde la perspectiva de la atención comunitaria y la salud pública¹⁵.

Propuestas organizativas para el futuro de la pediatría de atención primaria

Defender el actual modelo de asistencia pediátrica, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria.

En algunas comunidades autónomas, los servicios de salud plantean la necesidad de integración de la pediatría de atención primaria y de atención hospitalaria, con una clara intención de resolver sólo una parte de los problemas relacionados con la atención infantil, más que una voluntad de definir y desarrollar las competencias y funciones de cada nivel asistencial, promoviendo la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial.

Creemos necesario impulsar un modelo de atención pediátrica que permita desarrollar y garantizar los siguientes aspectos clave:

- Asegurar el derecho de las familias a que todos los niños tengan asignado un pediatra de cabecera.
- El desarrollo de las unidades básicas de pediatría, en los equipos de atención primaria, cuya característica fundamental sea el trabajo compartido y complementario entre el pediatra y la enfermera.
- Fomentar el trabajo multiprofesional e interdisciplinario priorizando el abordaje de los problemas prevalentes de salud desde una perspectiva comunitaria, y reforzando el papel del pediatra de atención primaria como coordinador de la atención a la salud de la población infantil, de manera que se garantice una respuesta integral a sus necesidades y la continuidad en la atención.
- Se propone el desarrollo de mejoras organizativas que den respuesta a dichas necesidades, como la agrupación funcional de pediatras que trabajan en un ámbito geográfico superior a las zonas de salud, constituyendo los llamados equipos pediátricos de atención primaria. Se propone además la centralización de la atención pediátrica en las zonas rurales dispersas.
- La creación de la figura del director/coordinador pediátrico de atención primaria, con funciones de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de atención primaria.
- Un tiempo adecuado para cada niño. Es necesario definir y ajustar la relación pacientes/pediatra teniendo en cuenta las pirámides de población, la dispersión geográfica, la morbilidad y las características económicas, culturales y sociales de la población atendida.
- Una situación profesional y laboral digna para los pediatras de atención primaria, con horarios de trabajo que posibiliten la conciliación laboral y familiar, la asistencia a actividades de formación continuada, la docencia y la investigación. La convocatoria periódica de ofertas públicas de empleo y de concursos de traslado podrán asegurar la estabilidad laboral y consolidar las plazas de pediatría de atención primaria.

Contribuciones de autoría

Ambos autores han realizado de manera conjunta la redacción del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A César García Vera y Concha Sánchez Pina, por los datos que nos han aportado, y a nuestros compañeros de la AEPap en el grupo

del modelo: Juan Ruiz-Canela, Juan José Morell, Ana Isabel Díaz Cirujano, Francesc Bargall, María Ángeles Hernández, Gonzalo Sanz y Manel Enrrubia, por el análisis de la pediatría de atención primaria que han realizado.

Bibliografía

1. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, et al. La salud en la infancia. *Gac Sanit.* 2004;18 (Suppl 1):39–46.
2. Ruiz-Canela J. *Tribuna: pediatría en el modelo de la AP del siglo XXI.* *Diario Médico*, 29 de octubre de 2008:8.
3. *Barómetro Sanitario 2009*, Agencia de Calidad del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. (Consultado el 20/1/2011.) Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
4. *Sistema Nacional de Salud de España 2010.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. (Consultado el 20/1/2011.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
5. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego F, et al. «Puntos negros» de la asistencia a la población infanto-juvenil en atención primaria en España (primera parte). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13:15–31.
6. Ruiz-Canela J, Martín P. Futuro de la pediatría de atención primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:187–97.
7. Aguilera M. El modelo de atención primaria está agotado: una realidad o un espejismo. En: *Atención primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones.* Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Madrid: Grupo Saned; 2009.
8. Orden SCO/3148/2006 de 20 de setiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas. BOE n.º 246: 35657–66.
9. García Puga JM, Grupo Docencia MIR de la AEPap. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 (Suppl 1):119–27.
10. Comisión Nacional de Pediatría, sus Áreas Específicas. Reconocimiento de centros de salud de atención primaria como unidades docentes asociadas para la formación MIR-pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:17–20.
11. Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, et al. Programa de formación del área de capacitación específica en pediatría de atención primaria. 1ª ed. Madrid: AEPap; 101 p.
12. Van Esso D, Del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child.* 2010;95:791–5.
13. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010;12 (Suppl 18):s9–72.
14. Junta Directiva de la AEPap. El modelo de atención al niño. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7:549–56.
15. Brullet C, Roca C, La infancia y la adolescencia en España. Evolución y tendencias demográficas. En: *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia.* Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad. SIAS 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
16. Seminario. Sistemas de salud y calidad de vida en la infancia y la adolescencia: el papel del SNS. Organizado por el Observatorio del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo (DGACNS) y la Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios - Red IRYSS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 3 de octubre de 2005.
17. Horno P. Las familias como agentes clave de la intervención desde atención primaria. En: *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia.* Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad. SIAS 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
18. Morell Bernabé JJ. Coordinación de recursos en salud infantil. En: AEPap, editora. *Curso de actualización en pediatría 2004.* Madrid: Ex Libris Ediciones; 2004. 11.
19. Soriano J. Editorial. Progreso y debilidades de la pediatría preventiva en atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:537–421.
20. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N. Es tiempo de reflexión. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2008;10:11–5.
21. Soriano Faura J, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, et al. Programa de salud infantil. 1ª ed. Madrid: AEPap y Ex Libris; 2009. 621 p.
22. Grupo Previnfad AEPap. *Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.* 1ª ed. Madrid: Ex Libris; 2004. 454 p.
23. Nieto I, Gómez A, Aragón D, et al. Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría. *An Esp Pediatr.* 2000;53:395–8.
24. Ruiz Canela J, Morell Bernabé J. Un modelo de atención infantojuvenil. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2009;2:181–2.
25. Programa formativo de la especialidad de enfermería pediátrica. Orden SAS/1730/2010 de 17 de junio. BOE n.º 157, de 29/junio/2010. Sec. III: 57251–57276. (Consultado el 14/09/2010.) Disponible en: www.boe.es
26. Domínguez Aurrecochea B, García Rebollos C. Bienvenida al primer programa de formación de enfermería pediátrica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2010;3:1–2.

¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012

Rafael Cofiño^{a,b,*}, M.^a Isabel Pasarín^{c,d} y Andreu Segura^{e,f}

^a Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Asturias, Oviedo, España

^b Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (semFYC), España

^c Agència de Salut Pública de Barcelona – IIB Sant Pau, Barcelona, España

^d Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (CAMFIC), España

^e Institut d'Estudis de la Salut, España

^f Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de marzo de 2011

Aceptado el 5 de julio de 2011

On-line el 8 de febrero de 2012

Palabras clave:

Salud poblacional

Salud comunitaria

Determinantes de la salud

Promoción de la salud

RESUMEN

La salud de los colectivos depende en gran parte de factores del entorno. Cabe plantearse cuál ha de ser el papel de los profesionales sanitarios, en especial de la salud pública y la atención primaria, en la formulación de objetivos y en el desarrollo de acciones para la mejora de la salud de la población. Se plantea un recorrido desde el conocimiento de las potencialidades y las necesidades de salud hasta las actividades que suponen una verdadera y positiva transformación, es decir, desde la información hasta la acción. Este recorrido transcurre a modo de *conversaciones* que sobre la salud cabe llevar a cabo. Se analiza la situación actual, sus debilidades y fortalezas, y se elaboran propuestas para todo el proceso: información, encuentro y acción. La información exige trascender los datos que las diferentes fuentes proporcionan, generando conocimiento a quienes pertenecen a la comunidad o están muy cerca de ella. Esta mirada debe contemplar, además de los déficits, los activos en salud, conocimiento útil para todos los que pueden influir en los determinantes de la salud, incluidos los sanitarios. Finalmente, al considerar las acciones para mejorar la salud, se insiste en los beneficios de la promoción de la salud en el sentido más genuino del término, mediante una reflexión en términos de efectividad y de eficiencia. El fracaso de una intervención que no consigue mejorar la salud, ¿se debe a su inutilidad o a que se desarrolla de manera inadecuada?

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

How should population health be approached? SESPAS Report 2012

ABSTRACT

The health of the population largely depends on environmental factors, raising the issue of what the role of health professionals, particularly those in public health and primary care, should be in the planning of objectives and actions for improvement. The present article proposes a trajectory, starting with knowledge of the community's strong points in health and its needs, and ending with taking action. This trajectory requires discussion on how information can be transformed into action. We analyze the current situation and its strengths and weaknesses, and make proposals for the entire process: from information to action. Information is more than just the available data gathered from different sources; it is also knowledge of those who belong to the community or are very close to it. This perspective should include both health deficits and health assets. This information should be used not only by health professionals, but by all those in a position to influence the determinants of health. Finally, when considering the actions required to improve the health of a community, we emphasize the benefits of health promotion, in the genuine sense of the term, by reflecting on effectiveness and efficiency. The question of whether the failure of an intervention to improve health is due to the futility of the action, or to be action being undertaken in an inefficient way, is discussed.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción: los determinantes sociales de la salud. El centro de salud no es el centro de la salud

If the major determinants of health are social, so must be the remedies.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcofinof@gmail.com (R. Cofiño).

Michael Marmot

El reconocimiento de los determinantes ambientales y culturales de la salud lo encontramos literalmente en Hipócrates, pero debemos a Rene Dubos (1959) la visión crítica que impide atribuir las espectaculares mejoras en la esperanza de vida a la medicina, al menos hasta antes de mediados del siglo xx. «El espejismo de la salud» fue inspirador del posterior «El papel de la medicina: sueño, espejismo o Némesis» de Thomas McKeown (1976). Aunque la perspectiva de McKeown ha sido criticada¹, sigue influyendo en

Puntos clave

- La perspectiva clínica es insuficiente para contextualizar, ordenar, priorizar y desarrollar intervenciones sanitarias que satisfagan las necesidades de «salud» de las personas relativas a la dimensión social de los seres humanos y, por supuesto, de las poblaciones.
- Una insuficiencia todavía mayor cuando se trata de desarrollar intervenciones no sanitarias, relativas a la dimensión social para proteger y promover la salud de las personas, lo que implica la necesidad de una salud pública no sanitaria o de incluir la salud en todas las políticas.
- Una alternativa sería desandar el camino y que el sistema sanitario se limitara a la atención de enfermos siguiendo a Iona Heath. Es una propuesta justificada porque la ampliación de los ámbitos de intervención sanitarios ha implicado medicalización, usurpación, expropiación o alienación a un coste económico, sanitario y político no desdeñable.
- Como este planteamiento es de dudosa factibilidad, dados los cambios sociales y sanitarios que se han producido, hay que valorar la posible reorientación de los servicios sanitarios que proponía la carta de Ottawa hace 25 años.
- Una reorientación que reequilibre los componentes y las acciones del sistema sanitario y establezca un pacto de la sanidad con la sociedad. Desde la salud pública (como orientación, más que como servicios), a lo mejor es posible esta reorientación. La crisis puede ser una oportunidad para ello.

los postulados actuales de la Organización Mundial de la Salud que destacan la importancia de los determinantes sociales en la salud de las poblaciones^{2,3}.

A pesar de otros intentos posteriores, la visión que más ha calado en el sistema sanitario es la de Marc Lalonde, inspirada en la aproximación voluntariamente reduccionista de Laframboise. Visión explicativa, pero que condujo a una medicalización de los estilos de vida por parte del sistema sanitario, con el consiguiente encarecimiento y, por desgracia, con muy poca repercusión en las conductas saludables, en su caso incluso a costa de incrementar las desigualdades. El modelo apenas aborda una reflexión profunda sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud, las condiciones de vida, y se queda en la superficie, en el abordaje de los estilos de vida.

Todo ello ha llevado a algunos a plantearse si no sería mejor que el sistema sanitario se limitara a atender la enfermedad⁴, sobre todo por las distorsiones que comporta el desarrollo de la prevención clínica⁵. Una reflexión muy sugerente, aunque difícil de aplicar dada la confluencia de los valores que motivan a los agentes sociales directamente implicados: una expectativa exagerada en la capacidad de la medicina para solucionar todo tipo de problemas, incluso los que no tienen su origen en la patología ni aquellos que pueden beneficiarse de las intervenciones sanitarias, sino que requieren medidas familiares, laborales, económicas o sociales; la impaciencia en obtener resultados; la intolerancia hacia la incertidumbre; la ocultación y la negación de la muerte, o la ignorancia de los efectos adversos de las intervenciones médicas; en definitiva, la falta de respeto o la trivialización⁶. De ahí que, considerando la dificultad y como una aportación más posibilista, podamos contemplar tres escenarios simultáneos y compatibles:

1. Mirando desde la consulta de atención primaria: trabajar con una orientación comunitaria del encuentro clínico (lo que se conoce como atención contextualizada o atención individual con

orientación comunitaria)⁷ y facilitar la utilización cotidiana de herramientas para el abordaje familiar y comunitario.

2. Reorientando el sistema sanitario como han reclamado la carta de Ottawa de 1986 o los recientes Informes SESPAS⁸ y del Institute of Medicine en 2010⁹, lo cual podría materializarse en una alianza entre los servicios de atención primaria del sistema sanitario y los de salud pública tanto sanitarios como extrasanitarios^{10,11}, y con una activa participación de la comunidad en el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y de la salud comunitaria.
3. Desarrollando la estrategia de salud en todas las políticas, propuesta en diversos documentos de los anteriores Informes SESPAS⁸, a partir de iniciativas no sanitarias que promueven la salud al actuar sobre los determinantes de la salud, y de las propuestas del informe «Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas en intervenciones para reducir las desigualdades sociales en España»¹². En este punto es determinante el compromiso explícito de las administraciones estatales y locales en el abordaje de los determinantes de la salud en términos de desarrollo del estado del bienestar mediante políticas de empleo, gasto público en educación, sanidad y procesos de democracia participativa¹³.

En este texto nos centramos en la segunda opción, con la ayuda del modelo trabajado por el Observatorio de Salud en Asturias con los County Health Rankings y la Universidad de Wisconsin^{14,15}. Para describir este modelo seguiremos tres pasos: la información, la conversación sobre dicha información y las acciones necesarias. En cada uno de ellos analizaremos las dificultades y señalaremos las propuestas, las actuaciones y los productos a través de diferentes experiencias desarrolladas en nuestro contexto. Todo el proceso aparece resumido en la figura 1.

Informar

*Sistema, poeta, sistema
empieza contando piedras
luego aprenderás a contar las estrellas*
León Felipe

La mayoría de los agentes de salud que trabajan en la comunidad desconocen la «foto» de la situación de salud de su población. El profesional sanitario de atención primaria puede tener muchas «fotos» sobre su mesa de trabajo, pero son imágenes en las que acostumbra a aparecer un solo determinante: la calidad del sistema de salud, con instantáneas de múltiples y bizarros indicadores asociados a la calidad asistencial o al contrato programa, pero con ausencia de información sobre otros determinantes de la salud.

Por otra parte, en los casos en que hay información sobre determinantes (conductas, indicadores sociales, económicos o medioambientales) suelen ser imágenes de los «déficits» (una aproximación clásica de la epidemiología).

Un elemento nuclear de esta parte y de todo el proceso (información-conversación) es que hay una «hermosa» tradición en nuestro medio de hacer profundos análisis de situación de salud (también de desarrollar líneas de investigación o formación) que no van ligados a la acción: la experiencia intensa de diagnósticos comunitarios en la primera época del desarrollo de nuestra atención primaria es un buen ejemplo.

Propuestas para mejorar la información

- Retratar la salud poblacional desde una perspectiva de determinantes y resultados de salud. Hay interesantes revisiones sobre qué indicadores utilizar¹⁶⁻¹⁸. En nuestro entorno existen algunas experiencias sobre sistemas de información con indicadores

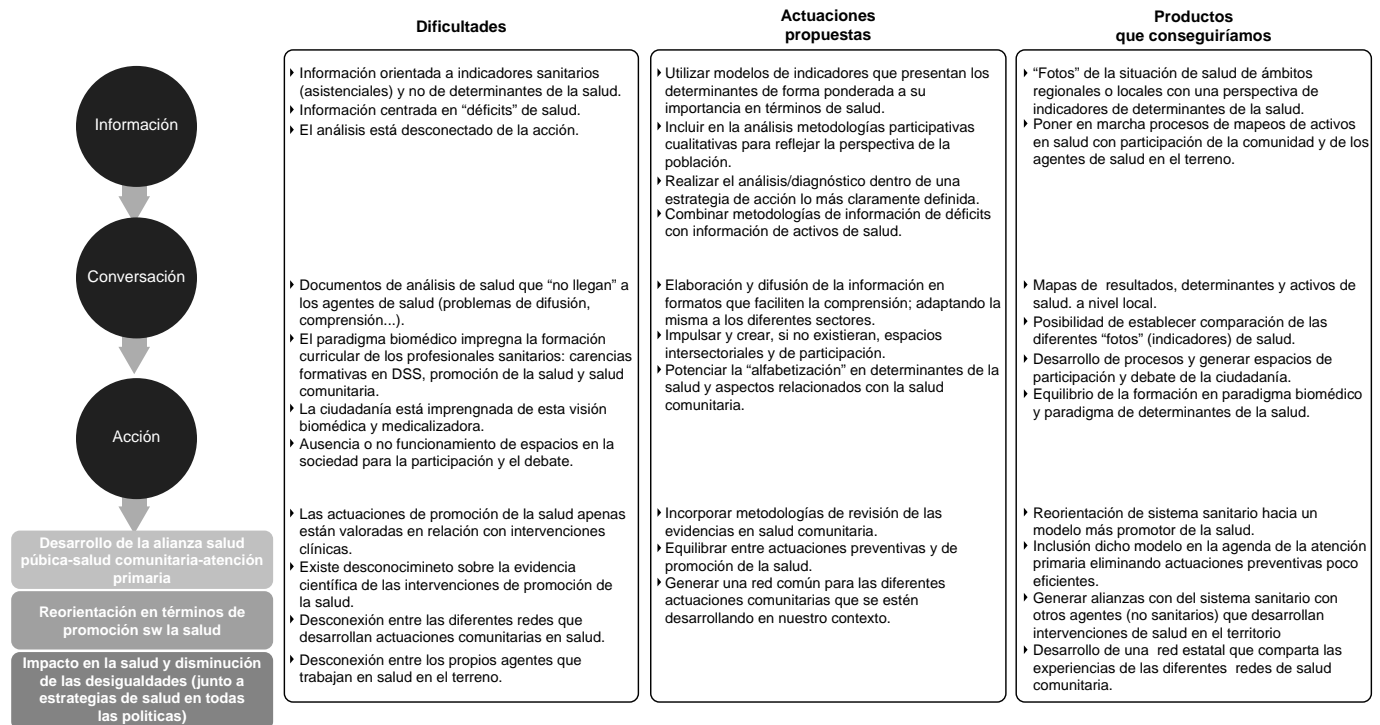


Figura 1. Modelo lógico para el dimensión colectiva de la salud de las personas siguiendo el esquema «Información-Conversación-Acción», Resumen de las dificultades, actuaciones propuestas y logros alcanzados para cada uno de los tres pasos*.

a disposición de atención primaria y de los agentes comunitarios para conocer la situación de salud de sus poblaciones^{13,19}.

- Para conocer adecuadamente los problemas y dinámicas de salud de una comunidad, los datos deben completarse con información cualitativa y con una participación directa y activa de la comunidad a través de metodologías que proporcionen diagnósticos más ampliados^{20,21}.
- Mejorar la coordinación entre los organismos que producen estadísticas, facilitando la obtención y el uso de información de diferentes fuentes y evitando la duplicidad o la clonación de informes.
- Añadir a la perspectiva tradicional del diagnóstico epidemiológico de los «déficits» la visualización de las riquezas (o activos en salud) de esa comunidad mediante el enfoque que produce el modelo de la salutogénesis²². En este sentido, es importante la incorporación de metodologías de mapeos comunitarios basados en activos con la implicación de la ciudadanía^{14,23}.

Conversar: procesos para discutir la información

*Cada vez que no estemos de acuerdo
empecemos mejor
por la buena noticia:*

*hoy, aquí
dos personas, se han hecho a la vez
la misma pregunta*

Laura Casielles

Un elemento determinante para la acción es la brecha existente en los procesos de transferencia de conocimiento. Asistimos a un debate sobre la importancia en la transmisión de la información y cómo conseguir que ésta genere «movimientos»²⁴.

Demasiados informes de salud envejecen en las estanterías. A menudo porque son poco comprensibles. Generalmente son de carácter técnico y tienen poco en cuenta las particularidades de los responsables de la planificación (gestión, niveles políticos) o de la acción (personas de la comunidad, profesionales o no).

Claro que la responsabilidad no es sólo del emisor, ya que los receptores de la información pueden carecer de criterios adecuados para interpretarlos. En la mente de muchos profesionales sanitarios, y de buena parte de la población, mejorar la salud implica ampliar los servicios sanitarios, incrementar las pruebas diagnósticas o incorporar nuevas tecnologías. Y esto no es forzosamente cierto. Ignorancia o distorsión que refleja la hegemonía del paradigma biomédico; el incremento de la medicalización y la ausencia de contenidos relacionados con la salud comunitaria y los determinantes sociales en la salud. Los conceptos de promoción de la salud o de participación comunitaria en salud acostumbran a ser elusivos para muchos de los agentes sanitarios, incluidos los directivos.

Otro elemento determinante es la falta (y hasta la desaparición en algunos casos) de espacios donde poder conversar, debatir y reflexionar entre los diferentes agentes, aspecto éste muy relacionado con elementos de la democracia participativa.

Propuestas para mejorar las conversaciones

- Generar estrategias de comunicación de la situación de salud a todos los agentes, desde el nivel macro (consejos de gobierno, consejos de dirección, juntas municipales, etc.) al micro (tejido asociativo, centros de salud, escuelas, etc.), pasando por el meso (gerencias del sistema sanitario, órganos de participación locales, consejos de salud de área o municipales, etc.), e incorporar agentes de sectores no sanitarios con un papel clave en el desarrollo de estrategias de salud en todas las políticas.

Tabla 1

Algunas de las principales direcciones web para la búsqueda de evidencias sobre intervenciones de promoción de la salud, salud comunitaria y salud pública

Nombre	Organización	Dirección
NHS evidence	National Health Service (NHS)	http://www.evidence.nhs.uk/
The Campbell Collaboration	Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	http://www.campbellcollaboration.org
The Community Guide	Centers for Disease Control and Prevention	http://www.thecommunityguide.org/index.html
Cochrane Public Health Group	Cochrane Collaboration	http://ph.cochrane.org/welcome
Promising Practices Network on children, families and communities	RAND Corporation	http://www.promisingpractices.net/
Health Evidence Network	World Health Organization Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen
EPPI-Centre	Social Science Research Unit at the Institute of Education, University of London	http://eppi.ioe.ac.uk/cms/
Health-evidence.ca	Varias entidades canadienses. Originalmente fundada por la Universidad de McMaster	http://www.health-evidence.ca/
Guías NICE de Salud Pública	National Health Service	http://www.guidance.nice.org.uk/PHG/Published

- Adaptar la información a cada contexto y a cada uno de los sectores, incidiendo en sus áreas de interés, pero sin perder la perspectiva de los determinantes de la salud.
- Difundir la información en formatos que faciliten su comprensión y el debate: utilizar *rankings*, mapas; emplear canales accesibles adaptados a la población destinataria. El formato de *ranking* o clasificaciones, aunque genera ciertas resistencias en nuestro medio, apunta a ser un buen generador de debate, entendido éste como una oportunidad de mejora y no como un freno^{14,25}.
- Impulsar y crear espacios intersectoriales y de participación en el ámbito local, si no existieran²⁶⁻²⁹. La experiencia en Cataluña del «Programa Salud en los Barrios»¹⁸ muestra que es posible constituir, en barrios especialmente vulnerables, grupos de recursos comunitarios que agrupen servicios de atención primaria, salud pública, servicios sociales, municipales, planes de desarrollo comunitario si los hay y entidades locales propias del barrio. Este grupo, a partir del diagnóstico participativo de salud, decide con qué herramientas modificar la situación desde la acción comunitaria.
- Sumar el impulso de las nuevas tecnologías como herramientas para generar espacios de difusión, pero también de debate y participación.
- Incidir muy especialmente en procesos formativos de todos los sectores implicados, profundizando en la «alfabetización en salud comunitaria y en determinantes de la salud»³⁰. Es clave aumentar la formación de pregrado y posgrado de los profesionales,

así como potenciar la investigación en salud realizada de forma activa por profesionales de atención primaria.

Acción: la conversación generaría acciones

A la calle, que ya es hora de pasearnos a cuerpo

Gabriel Celaya

El desarrollo de acciones comunitarias en salud, en un espacio donde prima y se incentiva lo biomédico, no es fácil. Es necesario poner en valor y contrastar la eficiencia, la efectividad o el impacto en la salud de las actividades comunitarias en salud. En este sentido se han desarrollado notables avances en cuanto a las metodologías y las revisiones de las evidencias de las intervenciones complejas en salud pública y en promoción de la salud (tabla 1).

Existe confusión entre lo que es la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Es necesario replantear múltiples intervenciones preventivas que han saturado la práctica cotidiana de las consultas de atención primaria y del sistema sanitario en general, sin haber sido objeto de una rigurosa evaluación de su eficiencia, equidad y oportunidad³¹. Por ejemplo, el casi exclusivo desarrollo de la prevención clínica sobre los factores de riesgo cardiovasculares (un abordaje más individual, distal, muchas veces muy medicalizador), obviando otras intervenciones sobre las condiciones de vida, desarrollo comunitario, urbanismo, políticas sociales y económicas (que son un abordaje más poblacional, proximal, menos medicalizador)³².

Tabla 2

Redes de actividades comunitarias y de promoción de la salud en España

Red	Ámbito	Organismo	Numero de experiencias recogidas	Dirección web
SIPES	Nacional	Ministerio	Recoge actividades y publicaciones	http://sipes.msc.es/
PACAP AUPA	Nacional Autonómico. Cataluña	semFYC CAMFiC	386 63	http://www.pacap.net/ http://goo.gl/1PcUa
Red Aragonesa de Actividades de Promoción de la Salud	Autonómico. Aragón	Gobierno de Aragón	60	http://goo.gl/8gfyA
Asturias Actúa	Autonómico. Asturias	Gobierno de Asturias	101	http://www.obsaludasturias.com/obsa-asturias-actua
Red de Profesionales de Atención Primaria de Zonas con Necesidades de Transformación Social	Autonómico. Andalucía	Gobierno de Andalucía	Recoge zonas geográficas	http://www.znts.es/
Red Española de Ciudades Saludables	Nacional	Federación Española de Municipios y Provincias	Recoge actividades y proyectos de municipios inscritos en la red de ciudades saludables	http://www.ciudades-saludables.com/

Tabla 3

Algunos proyectos de salud comunitaria de relevancia en nuestro contexto

Proyecto	Información sobre el proyecto
A pie de barrio	http://www.apiedebarrio.es/
Área de Salud de Puertollano	http://www.gapllano.es/pciudadana/index.html
Proceso Comunitario Margen Derecho del Guadiana	http://procesocomunitario-mdg.blogspot.com/
Proceso Comunitario de Las Remudas-Pardilla	http://procesoelpatio.blogspot.com/
Proceso de desarrollo comunitario Tetuán	http://www.tetuanparticipa.org/
Projecte Riu	http://goo.gl/eKoi7
Proyecto Fresneda	http://www.proyectorfresneda.org/
Plan Comunitario de Roquetes	http://www.noubarris.net/pcroquetes/
Salud en los barrios	De modo autonómico: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3484/index.html En Barcelona: http://www.aspb.es/quefem/salut-als-barris.htm

En el terreno de la atención primaria, el movimiento liderado por los grupos de medicina, trabajo social y enfermería comunitaria ocupa un lugar destacado. El grupo de Atención Primaria Orientado a la Comunidad (APOC), de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, y el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP; www.pacap.net), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, son un buen ejemplo de ello. Todas estas iniciativas, y otras incluidas en la tabla 2, deberían conectarse y trabajar coordinadamente.

En el ámbito local, el desarrollo de actuaciones de salud comunitaria exige la participación de todos los sectores. El papel de los profesionales sanitarios puede quedar en segunda línea, apoyando actuaciones que impulsen otros agentes de la comunidad, pero su contribución más apropiada puede ser generar o traducir la información sobre por qué es importante una determinada intervención en términos de mejora de salud, detectando las personas que puedan beneficiarse, contribuyendo al diseño y a la evaluación de las actividades comunitarias, y procurando no incrementar las desigualdades en salud de la comunidad sino disminuirlas. En este sentido, y además de las ya señaladas en la tabla 2, están en marcha experiencias que desarrollan actuaciones comunitarias en salud, conjuntamente entre los servicios asistenciales, de salud pública y los agentes de salud comunitaria (tabla 3).

Propuestas para la acción

- Desarrollar metodologías ágiles para la evaluación o la revisión de la evidencia científica de las actuaciones comunitarias en salud incluidas en las diferentes redes¹⁴. Revisiones que sirvan para equilibrar adecuadamente el peso de los distintos componentes (promoción, protección y restauración de la salud) y ámbitos (personas, comunidades) de los servicios sanitarios.
- Reconocer que la participación activa de los profesionales en los procesos de salud comunitaria sea adecuada a las necesidades y, en cualquier caso, forme parte como actividad regular de sus agendas de trabajo, que sea reconocida, y que no se trate de acciones erráticas y voluntaristas.
- Generar espacios comunes para las diferentes redes que están funcionando en nuestro país, construyendo una metodología común para la presentación y la difusión de las actuaciones, mediante bases de datos *on-line*, que permiten compartir experiencias y conocimiento, y crean un cuerpo colectivo en el ámbito de la salud comunitaria con la participación de diferentes asociaciones, organismos, sociedades profesionales, instituciones y la propia administración.

Conclusiones

Es preciso un cambio en la orientación del sistema, desde el paradigma biomédico al de los determinantes sociales de la salud. El sistema sanitario ha de asumir que su influencia sobre la

dimensión colectiva de la salud, siendo relevante, es parcial^{12,15} y menor que la de otros sectores que afectan directamente los aspectos sociales, económicos y de condiciones de vida, como los agentes de urbanismo, educación, cultura, servicios sociales, etc. Por ello es conveniente desarrollar la estrategia de salud en todas las políticas⁸.

La contribución del sistema sanitario a la efectiva promoción de la salud requiere una alianza entre la atención primaria, la salud pública y la ciudadanía, que denominamos «salud comunitaria».

Introducir y desarrollar nuevas actuaciones supondrá dejar de hacer cosas porque los recursos son finitos. Priorizar comporta limitar o suprimir algunas intervenciones, para sustituirlas por otras más pertinentes y apropiadas, más eficientes y equitativas, ya sea la prevención de la yatrogenia o la contribución a un entorno social más apropiado para la promoción de la salud. La viabilidad del Sistema Nacional de Salud puede beneficiarse de una mejora de la eficiencia y de la reducción del gasto innecesario^{30,33}.

Las experiencias, señaladas en el texto, que actualmente se desarrollan en España y que toman como referencia distintos antecedentes, merecen una cuidadosa atención tanto desde el punto de vista de sus potenciales consecuencias sobre la salud como de los efectos sobre la calidad del trabajo desempeñado por los profesionales de atención primaria y salud pública en un marco global de transparencia, democracia deliberativa, participación de profesionales y ciudadanía, y buena gobernanza.

Contribuciones de autoría

R. Cofiño participa en el desarrollo del Observatorio de Salud en Asturias, proyecto desarrollado conjuntamente con la School of Public Health de la Universidad de Wisconsin. Todos los autores han participado en el diseño del artículo y en su redacción.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A Javier Nieto, Patrick Remington, Amelia González, Mario Margolles y Federico F. Noval, por ser puntos de referencia en el desarrollo del modelo lógico sobre el que se centra este documento.

Bibliografía

- Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*. 2002;92:725–9.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization; 1991 (Consultado el 2/2/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/sAx2d>
- Wilkinson R, Marmot M. Determinantes sociales de salud. Los hechos probados. 2003 (Consultado el 14/2/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/mtC9t>
- Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007;334:19.
- Gérvás J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372:1997–9.
- Segura A. La impertinencia de la oferta y el consumo sanitario inapropiado. *Comunidad*. 2011;13:16–9.
- Turabián J, Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. (Consultado el 12/2/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/knafa>
- Informe SESPAS 2010. La salud pública en la sociedad española: hacia la salud en todas las políticas. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24 (Supl 1).
- For the public's health: the role of measurement in action and accountability. Washington: National Academies Press; 2010. (Consultado el 2/2/2010.) Disponible en: <http://goo.gl/9vJzl>
- Gérvás J, Segura Benedicto A. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:319–22.
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010. Gac Sanitaria*. 2010;24 (Supl 1):23–7.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Borrell C, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:658–9.
- Kindig DA, Booske BC, Remington PL. Mobilizing action toward community health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis*. 2010;7:A68 (Consultado el 18/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/FmxZr>
- Proyecto de desarrollo del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno de Asturias; 2011. (Consultado el 5/5/2011.) Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/>
- University of Wisconsin, Robert Wood Johnson Foundation. Health Factors. County Health Rankings. (Consultado el 2/2/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/qp1X>
- Association of Public Health Observatories, National Health System. London Health Observatory. (Consultado 10/5/2011.) Disponible en: <http://www.lho.org.uk/Default.aspx>
- Kramers PGN. The ECHI project: health indicators for the European Community. *Eur J Public Health*. 2003;13 (Suppl 3):101–6. (Consultado el 18/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/otPwQ>
- Grupo de trabajo para el diseño de un sistema de información para la atención primaria. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Atención Primaria*. 1996;17:449–56.
- Salut i barris: informes - Agència de Salut Pública Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. (Consultado el 11/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/C2ADx>
- A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. 2010. (Consultado el 20/12/2010.) Disponible en: <http://goo.gl/T4up9>
- Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11:11–8.
- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;Suppl 2:17–22.
- Figueras J. Evidencia para la toma de decisiones inteligente; reflexiones desde el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2010.
- Plaza A, Guarga A, Zara C, et al. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35:122–8.
- Quiroga R. La red social «A pie de barrio». Una experiencia innovadora que actúa en claves distintas a las imperantes. *Comunidad*. 2008;10:15–23 (Consultado el 18/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/aXzZg>
- Segura Benedicto A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2010;12:55–62.
- Irigoyen J. Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Comunidad*. 2004;7:73–9. (Consultado el 20/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/YZ4Tq>
- NICE public health guidance. Community engagement to improve health. 2008. (Consultado el 7/2/2010.) Disponible en: <http://goo.gl/hzh0s>
- Ruiz-Giménez J, Benito L, García Berral M, et al. Escuelas comunitarias de promoción de la salud. *Comunidad*. 2004;7:45–56 (Consultado el 18/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/4rHZu>
- Vos T, Barendregt J, Mihalopoulos C, et al. Assessing cost-effectiveness in prevention. 2010. (Consultado el 18/3/2011.) Disponible en: <http://goo.gl/XJf4t>
- Diez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *J Urban Health*. 2003;80:569–89.
- Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011;25:95–105.

Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012

M. Luisa Vázquez^{a,*}, Ingrid Vargas^a, Roberto Nuño^b y Nuria Toro^b

^a Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris, Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya, Barcelona, España

^b O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Sondika, Bizkaia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2011

Aceptado el 27 de septiembre de 2011

On-line el 2 de febrero de 2012

Palabras clave:

Prestación integrada de atención de salud

Manejo de atención al paciente

Atención integral de salud

Niveles de atención de salud

Keywords:

Integrated delivery systems

Patient care management

Comprehensive health care

Health care levels

R E S U M E N

La cada vez mayor complejidad de la atención, debida a la alta especialización y la intervención de numerosos servicios, junto al incremento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, hacen aún más necesaria la coordinación asistencial, que se ha convertido en prioridad de los sistemas de salud. Los diferentes servicios regionales a los cuales se ha descentralizado el Sistema Nacional de Salud en España han desarrollado experiencias distintas para la mejora de la colaboración entre los diversos proveedores que intervienen en la atención al paciente. El objetivo de este artículo es analizar las experiencias de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña y el País Vasco, y los programas de atención a la patología crónica en el País Vasco. Así, en Cataluña, que promovió la separación de la financiación y la provisión, y mantuvo la diversidad en la titularidad de los proveedores, se han ido creando paulatinamente organizaciones que gestionan de manera conjunta entidades proveedoras del continuo asistencial, las denominadas organizaciones sanitarias integradas (OSI). Estas organizaciones han evolucionado y, aunque mantienen algunas características comunes, también presentan diferencias en sus énfasis, por ejemplo en instrumentos formales o bien en la mejora de mecanismos de coordinación o estructuras más orgánicas. Esto se refleja también en sus resultados en cuanto a la cultura y la coordinación percibida en la organización. En el País Vasco, además de la creación de una OSI se están desarrollando experiencias para la mejora de la coordinación en la atención de la patología crónica, mediante el establecimiento de diversas formas de colaboración entre los diferentes servicios que intervienen.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Integrated delivery systems and other examples of collaboration among providers. SESPAS report, 2012

A B S T R A C T

Because of the steady increase in healthcare complexity, due to high specialization and the involvement of a number of services, as well as the increase in patients with chronic diseases and pluripathology, coordination has become a high-priority need in healthcare systems. The distinct regional services that comprise the decentralized Spanish National Health System have developed a number of experiences to improve collaboration among the providers involved in the healthcare process. The present article aims to analyze the experiences with integrated healthcare providers in Catalonia and the Basque Country and the chronic diseases programs of the latter. In Catalonia, which promoted the purchaser-provider split and maintained diversity in providers' ownership, organizations were slowly created that manage the provision of the healthcare continuum, known as integrated healthcare organizations (IHO). These organizations have evolved and, despite some common characteristics, they also show some differences, such as the emphasis on formal instruments or on coordination mechanisms and organic structures. This is also reflected in their results regarding culture and perceived coordination across the organization. In the Basque Country, in addition to the establishment of an IHO, a variety of integration experiences have been developed to improve the care of chronic diseases.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se define «coordinación asistencial» como la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, con independencia del lugar donde se realizan, de manera que se armonicen y se alcance un

objetivo común sin conflictos¹. Se centra en la interacción de proveedores, y cuando alcanza su grado máximo se considera que la atención está integrada². El aumento de la complejidad del sistema, con la participación de numerosos servicios en la atención como consecuencia de la alta especialización³, la sustitución de la atención hospitalaria por atención ambulatoria y domiciliaria^{4,5}, junto con el incremento de la población con enfermedades crónicas complejas y de los pacientes pluripatológicos, contribuyen a dificultar la coordinación de la atención^{6,7}. Es por ello que la coordinación asistencial se ha convertido en objetivo prioritario de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mlvazquez@consorci.org (M.L. Vázquez).

Puntos clave

- El reto de la coordinación asistencial se considera prioritario en los sistemas de salud, debido a la cada vez mayor complejidad de la provisión de la atención y al aumento de los pacientes crónicos y pluripatológicos, que requieren la intervención de diversos proveedores y servicios.
- La integración de servicios a través de diversas estrategias, como las organizaciones sanitarias integradas (OSI), no es un fin en sí mismo sino una estrategia para la mejora de la coordinación asistencial.
- En Cataluña, las OSI, que surgieron como consecuencia de la promoción de la diversificación de la gestión de la atención primaria de salud, se encuentran en diverso grado de desarrollo.
- En el País Vasco, las diversas experiencias de integración para la mejora de la atención de la patología crónica son aún incipientes.
- La introducción de las OSI en un sistema nacional de salud debe garantizar que se mantiene el mismo grado de coordinación intraorganización y extraorganización dentro de los territorios, para evitar generar desigualdades en la atención a la población.
- Es necesaria una evaluación del proceso, así como de sus resultados intermedios y finales, para conocer el aporte de la integración de los servicios en la mejora de la atención.

muchos sistemas de salud⁸ y ha generado una tendencia a reducir las estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración entre proveedores de salud. Así, en las últimas décadas ha habido una proliferación de intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación de servicios de salud, por ejemplo introducción de sistemas de pago capitativo)^{9,10} como organizativas (organizaciones sanitarias integradas¹¹⁻¹³, introducción de numerosos y variados mecanismos y estrategias de coordinación, guías de práctica clínica compartidas, puestos de enlace, programas de gestión de casos o de enfermedades, etc¹⁴⁻¹⁶).

Una de las respuestas de ámbito organizativo han sido las denominadas organizaciones sanitarias integradas (OSI)¹⁷, es decir, redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de sus costes y resultados en salud¹⁸. Sus objetivos finales son la mejora de la eficiencia global del sistema y la continuidad asistencial, con un objetivo intermedio: la mejora de la coordinación asistencial o integración clínica.

Pueden diferenciarse diversos tipos de OSI¹⁸⁻²⁰ según sus características básicas: amplitud y profundidad de la integración de servicios del continuo asistencial, nivel de producción interna de servicios y forma de relación entre las entidades que la constituyen^{19,21}. Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre la relación entre tipos de OSI y su desempeño. Por ello, para su evaluación se desarrolló un modelo¹³ basado en el análisis de los factores externos (población, territorio, otros proveedores en el área y sistema de compra de servicios) e internos (gobierno, dimensión estratégica, estructura organizativa, incentivos, cultura), que influyen en los resultados en relación a la coordinación asistencial, la continuidad y la eficiencia. Este modelo fue modificado posteriormente para distinguir entre niveles de políticas, incorporar modelos de atención e incluir también los resultados sobre el acceso a la atención y la equidad de acceso (fig. 1)²², fundamentales en los sistemas públicos de salud. De acuerdo con la literatura, las características de las OSI que contribuyen a una mejor coordinación son: a) la presencia de un gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización^{23,24}; b) una estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente; c) objetivos y estrategias compartidas²⁴; d) una cultura común con valores orientados a la colaboración, el trabajo en equipo y los resultados²⁵; e) líderes que promuevan la integración²⁶; e) sistema de asignación interna de recursos que incentive la alineación de los servicios con los objetivos globales¹⁸; y f) modelo de atención que establezca roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.

España posee un Sistema Nacional de Salud financiado por impuestos, de cobertura universal y descentralizado a las 17 comunidades autónomas²⁷. La atención se organiza en dos niveles: atención primaria, como puerta de entrada y coordinadora

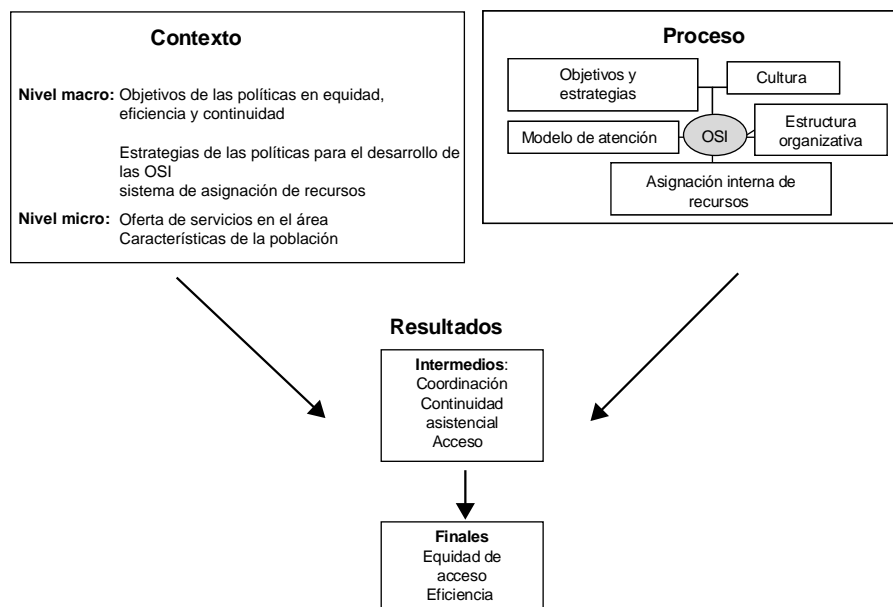


Figura 1. Modelo para el análisis de resultados de las organizaciones sanitarias integradas²².

Tabla 1
Características clave de las organizaciones sanitarias integradas estudiadas³⁰

Características clave	BSA	CSdM	CSdT-FHSL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
<i>Amplitud de la integración</i>	APS, AE, AD	APS, AE, AD	APS, AE, AD	APS, AE, AD	APS, AE, AD	APS, AE, AD
<i>Profundidad de la integración</i>	5 CAP + 1 consultorio, 1 hosp. gral., 1 sociosanitario y 1 CASSiR	3 CAP + 5 consultorios, 1 hospital de referencia, 1 CSM infantil y adultos, 1 sociosanitario y 1 residencia	4 CAP + 2 consultorios, 1 hospital de referencia, 1 CSM de adultos y 1 sociosanitario	5 CAP, 2 hosp. gral, 3 sociosanitarios	5 CAP + 10 consultorios, 4 hosp.de agudos, 3 sociosanitarios y 6 residencias	4 CAP + 28 consult., 1 hosp. gral, 1 sociosanitario y 2 centros AD
<i>Nivel de producción interna^d</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Proporción de la población con AP/AE</i>	(108.869 hab) ^{a,d}	(217.934 hab) ^{a,c}	(134.446 hab) ^{a,d}	(178.685 hab) ^{a,f}	(312.642) ^{b,d}	(118.137) ^{a,e}
<i>Atención primaria</i>	100%	14%	100%	37,8%	21%	72%
<i>Atención de agudos</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Atención sociosanitaria</i>	376,6%	173,3%	100%	100%	100%	100%
<i>Formas jurídicas de relación</i>	Ninguna ^c	Consortio	Contrato de gestión	Consortio	Sociedad anónima mercantil AIE ^e	AIE ^e

BSA: Badalona Serveis Assistencials; CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT-FHSL: Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer; CSMS: Corporació de Salut del Maresme i La Selva; Grup SAGESSA: Grup d'Assistència Sanitària i Social; SSIBE: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà; APS: atención primaria de salud; AE: atención especializada de agudos; AD: atención a la dependencia; AIE: asociación de interés económico.

^a Población de referencia del hospital de agudos.

^b Población total de los municipios con centros de SAGESSA.

de la atención, y atención especializada (de agudos, sociosanitaria, de salud mental y drogodependencias) para la resolución de problemas graves²⁷. La descentralización de la gestión de los servicios a las comunidades autónomas ha dado lugar a una cierta diversidad en la organización de la provisión y a distintas respuestas en la búsqueda de la mejora de la coordinación asistencial.

El objetivo de este artículo es analizar diversas experiencias que promueven la colaboración entre proveedores de salud del entorno español: las OSI de Cataluña y el País Vasco, y las experiencias de coordinación de la atención a enfermos crónicos en el País Vasco.

Las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña

La organización del sistema de salud en Cataluña se caracteriza por la separación de las funciones de compra y provisión. En este sistema, el Servei Català de la Salut (CatSalut), entidad pública, actúa como comprador de servicios a los diversos proveedores que conforman la red de salud de utilización pública (Institut Català de la Salut [ICS], consorcios públicos y fundaciones públicas y privadas sin y con ánimo de lucro). La existencia de múltiples proveedores ha dado lugar a lo largo del tiempo a integraciones horizontales (sobre todo fusiones entre hospitales) y verticales (agrupación de distintos niveles asistenciales bajo una misma gestión).

La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya de 1990 posibilitó la cesión de la gestión de los nuevos equipos de atención primaria, que hasta entonces formaban parte del ICS, a proveedores de diferente titularidad. Fomentó así la agrupación bajo una misma gestión de un hospital de agudos, un centro sociosanitario (de media estancia) y centros de atención primaria, distintos al ICS, que se consideran el origen de las actuales OSI²⁸. Actualmente se identifican 20 organizaciones integradas verticalmente en el sector concertado del sistema público de salud de Cataluña²⁹.

Por tanto, las OSI de Cataluña son, sobre todo, el resultado de una política de diversificación en la titularidad de la gestión de la provisión de atención primaria^{29,30}. La ausencia de una política de integración de servicios se refleja en la escasa planificación de estas organizaciones, con disfuncionalidades tanto en el sentido de que las poblaciones de referencia para los distintos niveles asistenciales sean diferentes (tabla 1) como de que se mantuviera una política inadecuada de compra de servicios, con mecanismos de pago y objetivos por línea asistencial, contraria a los objetivos de

eficiencia global y coordinación entre niveles^{29,30}. Los análisis de OSI de Cataluña realizados mediante estudios de casos²⁹⁻³² muestran, en sus características generales, algunas semejanzas en cuanto a la amplitud, la profundidad y la producción interna de servicios (tabla 1), y diferencias en la relación interorganizativa, con dos tipos de OSI: con integración real, que agrupan los servicios bajo una única titularidad (consorcio de gestión), y con integración virtual, que agrupan entidades con titularidades independientes mediante fórmulas jurídicas diversas (asociación de interés económico, convenios de gestión, consorcios locales, sociedades limitadas, etc.). Además, son organizaciones integradas verticalmente hacia atrás, es decir, del nivel hospitalario hacia la atención primaria, y son los factores económicos los elementos determinantes de la integración hospitalaria con los otros niveles asistenciales. Algunos, como la búsqueda de contención de costes hospitalarios o la obtención de economías de gestión, podrían relacionarse con el sistema de pago hospitalario prospectivo basado en la actividad³³. La integración en torno al hospital es objeto de controversia: como fortaleza se señala su experiencia financiera y organizativa, mientras que como debilidad se cita el riesgo de que las decisiones de la red se centren en el hospital, lo que retrasaría la innovación y reasignación de recursos entre niveles³⁴⁻³⁶.

Los elementos organizativos de las OSI favorecen, pero también obstaculizan la coordinación asistencial

Entre los elementos estratégicos y organizativos de las OSI analizadas también se encuentran ciertas diferencias: mientras algunas muestran una mayor tendencia a desarrollar elementos más visibles (como planes estratégicos), o a evolucionar a una sola entidad (fusión), otras parecen haber centrado los esfuerzos en introducir cambios estructurales que favorezcan la coordinación de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales (sistema de información integrado, estructura orgánica).

Las OSI analizadas con integración en la propiedad poseen un único órgano de gobierno centralizado, mientras que las OSI virtuales cuentan con múltiples gobiernos. El uso de mecanismos de coordinación de los órganos de gobierno favorece la coordinación en red²⁴ (presencia de algunos miembros en varios órganos o designación de un único gerente que participa en los diversos gobiernos); en cambio, dificulta la coordinación el papel pasivo y sancionador de los gobiernos en la formulación de estrategias

Tabla 2
Estrategias en las organizaciones sanitarias integradas para mejorar la coordinación asistencial³⁰

Estrategias	Entidades
Alianzas con otros proveedores Sistema de información integrado Guías de práctica clínica compartidas Plan global de calidad	BSA, CSdT-FHSL, CSdM, CSMS, SAGESSA, SSIBE
Organización por ámbito o procesos Programas de gestión compartida	BSA, CSdT-FHSL, CSMS
Aumentar la capacidad resolutoria de la APS	CSdT-FHSL, CSMS, SSIBE
Monitorización OSI con cuadros de mando integrales	BSA, SAGESSA
Instrumentos para alinear la cultura con las estrategias: incentiviación y selección	BSA, CSdM, SSIBE

BSA: Badalona Serveis Assistencials; CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT-FHSL: Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer; CSMS: Corporació de Salut del Maresme i la Selva; Grup SAGESSA: Grup d'Assistència Sanitaria i Social; SSIBE: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà; APS: atención primaria de salud; OSI: organización sanitaria integrada.

y políticas para la red, su insuficiente evaluación del desempeño de la organización y la perspectiva municipal de los políticos que participan, en detrimento de una visión territorial más amplia, con ausencia de representación de algunos municipios del área de referencia³⁰.

En sus documentos estratégicos, las OSI analizadas³⁰ recogen los elementos que definen a estas organizaciones: incluyen la coordinación y eficiencia como objetivos, y proponen estrategias concretas para alcanzarlos (tabla 2). Estos elementos constituyen una de las principales fortalezas, en la medida en que aportan un vínculo común a las acciones de la organización¹⁸, pero pierden su efecto en algunas de las OSI analizadas, por lo limitado de su despliegue en objetivos específicos e incentivos para las unidades de la red²⁹.

La estructura organizativa de las OSI analizadas ha evolucionado hacia tres diseños: divisional, funcional con integración de la dirección asistencial, y funcional con integración de la dirección asistencial por ámbitos transversales. Con independencia del modelo adoptado, todas presentan una integración funcional, es decir, la coordinación de las funciones y de las actividades de apoyo de las unidades operativas bajo una misma dirección, condición importante para la integración asistencial¹⁸.

Las OSI con integración en la propiedad elaboran un presupuesto global para toda la organización, mientras que aquellas con integración virtual tienen un presupuesto para cada entidad que las componen. Las ventajas teóricas del presupuesto global son la mayor facilidad para la transferencia de recursos y para que las diferentes unidades perciban que están bajo un presupuesto común, y que sus decisiones generan costes en el resto de los niveles³⁰. No obstante, incluso en las OSI con flexibilidad para transferir recursos internamente es escasa la utilización de mecanismos para alinear los objetivos de las unidades con los globales e incentivar la coordinación. Seguramente se relaciona con la falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña, tanto en los incentivos generados para los distintos niveles asistenciales como en los objetivos establecidos^{37,38}.

En relación a la cultura organizativa, directivos y profesionales expresan la importancia atribuida y la buena disposición para la coordinación y el trabajo en equipo, valores considerados esenciales para fortalecer la integración asistencial²⁵. Sin embargo, perciben que el trabajo en equipo suele limitarse a un nivel asistencial. Otra debilidad que presenta la mayoría es el desconocimiento, y en algunos casos desacuerdo, de los profesionales acerca de la misión y los objetivos de la organización. A diferencia de los directivos, los profesionales se refieren a objetivos del propio nivel asistencial, y principalmente a los objetivos del comprador

(CatSalut), que se perciben como impuestos. La aceptación y el compromiso de sus miembros es un requisito para la implantación de los objetivos y estrategias en las organizaciones³⁹.

La coordinación asistencial en las OSI

A pesar de que las OSI comparten el modelo asistencial del Sistema Nacional de Salud basado en la atención primaria²⁷, e incluyen en su discurso la necesidad de fortalecerla, se aprecian diferencias en el liderazgo en la gestión del paciente a lo largo del continuo. Así, por ejemplo, en la coordinación de procesos crónicos, como la demencia o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), o en estrategias de gestión compartida, como la atención domiciliaria, algunas organizaciones asignan este papel a la atención primaria y otras a la atención especializada³⁰.

Directivos y profesionales de estas organizaciones consideran la coordinación asistencial complicada, pero necesaria. Atribuyen su complejidad a elementos externos, como la existencia de proveedores de distinta titularidad en un territorio que no comparten información sobre el paciente y se desconocen, o el sistema de pago que no incentiva la coordinación; y también a elementos internos de las OSI, como las diferencias en los entornos de trabajo y en las perspectivas de los profesionales de los distintos niveles, la falta de recursos humanos y físicos, y la escasez de tiempo, atribuida a la presión asistencial³².

En los instrumentos de coordinación asistencial utilizados hay diferencias en cuanto al énfasis en los distintos tipos (tabla 3). Suelen predominar los mecanismos basados en la normalización de procesos de trabajo (guías de práctica clínica, criterios de derivación y circuitos administrativos) y en la normalización de las habilidades (sistema experto). Los mecanismos basados en la retroalimentación (adaptación mutua, grupos de trabajo y puestos de enlace, instrumentos de comunicación informal) están menos extendidos y generalmente coordinan la transición entre el nivel sociosanitario y el resto, mediante mecanismos que son definidos por el propio sistema de salud³⁰ y no específicos de la organización. En cambio, son escasos entre la atención primaria y la especializada (teléfono y correo electrónico, sobre todo), y sin embargo este tipo de mecanismos son los más valorados por los profesionales⁹ y los más eficaces para coordinar procesos asistenciales crónicos con participación de diferentes servicios y tareas interdependientes⁴⁰, o con un alto grado de incertidumbre que requiere un gran volumen de información⁴¹. En la coordinación de la información del paciente a lo largo del continuo se encuentran diferencias importantes en los sistemas de información, con diversos grados de integración, volumen de información compartida y capacidad de acceso desde los distintos niveles³⁰.

Tabla 3
Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en las organizaciones sanitarias integradas³⁰

	Instrumento de coordinación					
	BSA	CSdM	CSdI-FHSLL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Normalización de procesos de trabajo	4 guías de práctica clínica Criterios de derivación (APS, AEA, ASS, PADES) Circuitos administrativos (flujos de APS al hospital)	10 guías de práctica clínica y protocolos 15 circuitos y normas de derivación 3 circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón)	14 guías de práctica clínica y protocolos 3 circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, cerviz y pulmón)	14 guías de práctica clínica y protocolos Circuitos administrativos (diagnóstico rápido de neoplasia digestiva)	32 guías de práctica clínica	24 guías de práctica clínica y protocolos Guía farmacológica conjunta Circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, pulmón, colon y próstata)
Normalización de habilidades	Sistema experto Sesiones compartidas entre hospital y atención primaria	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas Rotación de médicos de primaria por el servicio de urgencias del hospital	Planes de alta hospitalaria Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones compartidas APS-AE Rotación de médicos de primaria por el hospital en formación continuada
Adaptación mutua	Puesto de enlace UFISS de geriatría y paliativos PADES Gestor de caso de domicilio Comisión permanente CIMS	Puesto de enlace 2 UFISS de geriatría y paliativos PADES	Puesto de enlace UFISS de geriatría y paliativos PADES	Puesto de enlace UFISS PADES Director de área	Puesto de enlace UFISS PADES Comisión permanente Grupo de coordinación del PAI CIMS Comité de coordinación asistencial	Puesto de enlace Director de unidad Programa de atención a domicilio Gestora de caso de domicilio Coordinador de urgencias Comisión permanente CIMS
	Grupos de trabajo Elaboración de las GPC Equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC Consenso de criterios de derivación

BSA: Badalona Serveis Assistencials; CSdM: Consorci Sanitari de Maresme; CSdI-FHSLL: Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer; CSMS: Corporació de Salut del Maresme i la Selva; Grup SAGESSA: Grup d'Assistència Sanitària i Social; SSIBE: Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà; UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària; PADES: Programa de Atenció Domiciliària i Equips de Soporte; CIMS: Comisión de ingresos; APS: atención primaria de salud; AEA: atención especializada de agudos; ASS: atención especializada de agudos; ASS: atención especializada de agudos; GPC: guías de práctica clínica.

Tabla 4
Descripción de las experiencias para la mejora de coordinación asistencial en el País Vasco

Nombre de la experiencia	Cobertura poblacional	Ámbito de actuación	Integración de estructuras	Perspectiva de integración	Liderazgo	Comienzo de la experiencia
OSI Bidasoa	86.000 personas	Hospital Comarcal y 3 centros de salud	Sí	Procesos asistenciales integrados ^a Contrato-programa único Gestión clínica integrada	Compartido	2011
Red Salud Mental Bizkaia	1.150.000 personas	4 hospitales psiquiátricos y 3 áreas de salud mental extrahospitalaria	Sí	Modelo organizativo en red Procesos asistenciales integrados ^a	Liderazgo en red	2010
Comarca Interior AP-Hospital Galdakao	300.000 personas	Centros de salud de Comarca Interior AP y Hospital Galdakao	No	Procesos asistenciales integrados ^a	Atención primaria	2010
Comarca Mendebalde	240.000 personas	Centros de salud de Comarca Mendebalde AP y 3 hospitales comarcales (Mendaro, Alto Deba y Zumarraga)	No, al menos en el corto plazo	Procesos asistenciales integrados ^a	Atención primaria	2010
Subcomarca Tolosaldea	60.000 personas	Centros de salud de Subcomarca Tolosaldea y Clínica Asunción (privada)	No	Procesos asistenciales integrados ^a	Atención primaria	2010

Fuente: elaboración propia.

^a Procesos asistenciales integrados: desarrollo conjunto de rutas asistenciales entre niveles para subgrupos de pacientes o patologías crónicas concretas (p. e.j., pacientes pluripatológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.).

Directivos y profesionales valoran la existencia de los mecanismos de coordinación implantados³². No obstante, la mayoría de los profesionales opinan que son insuficientes, desconocidos y poco utilizados. En relación con las numerosas guías de práctica clínica compartidas elaboradas, esta valoración se atribuye a fallos de implantación y difusión. La falta de tiempo limita la consulta a los médicos especialistas como expertos de referencia para los médicos de primaria, considerada fundamental para el conocimiento mutuo y para evitar derivaciones innecesarias. En las organizaciones con historia clínica compartida, que facilita el acceso a la información del paciente, se identifican como problemas la limitada agilidad del sistema, la ausencia de criterios unificados y la falta de informatización de algunos servicios hospitalarios. El teléfono y el correo electrónico, considerados importantes para la comunicación y la solución de dudas sobre el tratamiento de los pacientes, muestran una diversidad en cuanto a accesibilidad, rapidez de respuesta y grado de utilización.

La posición no monopolista de la mayoría de las OSI analizadas, especialmente en atención primaria, otorga particular importancia a la coordinación con los otros proveedores del área de referencia. Aunque las alianzas y los mecanismos para la colaboración asistencial con los proveedores locales constituye una de las políticas estratégicas en los seis casos analizados, no se han producido avances importantes en este sentido²⁹⁻³². Profesionales y directivos consideran, en general, que la coordinación con los otros proveedores es menor o más limitada que dentro de la organización^{31,42}.

La coordinación asistencial en la atención a las enfermedades crónicas. El caso del País Vasco

La «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi»⁴³, puesta en marcha durante el año 2010 por el Departamento de Sanidad y Consumo, apuesta por reorientar las organizaciones sanitarias hacia modelos más integrados que proporcionen una respuesta de calidad y más eficiente al paciente crónico. En la actualidad hay cinco experiencias en marcha para la mejora de la coordinación entre atención primaria y atención especializada, y también en el área de salud mental (tabla 4). Pueden clasificarse en dos tipos: *a*) con unificación de diferentes organizaciones asistenciales en una única organización (OSI Bidasoa y Red de Salud Mental de Bizkaia) y *b*) centradas en los procesos asistenciales, esto es, en el establecimiento de rutas asistenciales elaboradas conjuntamente entre atención primaria y especializada, manteniendo la independencia de los centros.

Estas experiencias han ido emergiendo en procesos en los que confluyen las directrices derivadas de la autoridad sanitaria («enfoque de arriba abajo») junto con la iniciativa y la experimentación local lideradas por los profesionales («enfoque de abajo arriba»). Se consideran como factores críticos de éxito el liderazgo clínico, la visión de sistema, el enfoque poblacional, el diseño de una atención centrada en el paciente y un marco evaluativo robusto. Para garantizar este aspecto, O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria), en colaboración con el Servicio de Salud vasco, Osakidetza, ha desarrollado una herramienta de evaluación para establecer los resultados de estas experiencias⁴⁴. La evaluación comprende el análisis de tres ejes: estructura, procesos y resultados. En relación a los resultados se contemplan, por un lado, los resultados intermedios, tales como el control del paciente, la coordinación y la continuidad entre atención primaria y especializada, la reconfiguración asistencial y la colaboración interprofesional; por otro lado, los resultados finales, que tratan de establecer el impacto directo sobre el paciente, el profesional y el sistema, mediante medidas de satisfacción, efectividad y eficiencia (tabla 5).

Tabla 5

Relación de indicadores del marco evaluativo de las experiencias de integración desarrollado en el País Vasco

Eje	Dimensión	Indicador
Estructura	Estrategia	Desarrollo de planes estratégicos integrados Red de alianzas
	Organización funcional	Grado de integración del organigrama Grado de adecuación del desarrollo normativo Grado de integración de la formación e investigación Grado de desarrollo de Unidades de gestión clínica
	Recursos humanos	Grado de integración en la política de recursos humanos Reconocimiento del desempeño Participación en comisiones conjuntas
	Gestión económico-financiera	Grado de integración en la asignación de recursos Modelo de financiación
Procesos	Gestión de procesos asistenciales	Protocolos de derivación y continuidad asistencial Coordinación en la política de uso del medicamento
	Sistemas de información y comunicación	Grado de integración de los sistemas de información Disponibilidad de un cuadro de mando integrado Desarrollo de herramientas de telemedicina Comunicación entre niveles asistenciales
Resultados	Resultados intermedios	Control y seguimiento de pacientes Coordinación/continuidad Reconfiguración asistencial Colaboración interprofesional
	Resultados finales	Satisfacción de pacientes Satisfacción de profesionales Accesibilidad Efectividad clínica/calidad de vida Eficiencia

Conclusiones

Entre las iniciativas que se promueven para combatir la fragmentación en la provisión de atención se incluyen las OSI. Estas organizaciones no son un objetivo en sí mismas, sino que constituyen una de las posibles estrategias de coordinación de los proveedores, y podrían contribuir a mejorar la continuidad asistencial en la medida en que sean capaces de crear un entorno que favorezca la colaboración entre los profesionales de diferentes niveles de atención. También se consideran una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de salud⁴⁵. No obstante, en los sistemas nacionales de salud su introducción podría generar inequidades de acceso si no se mantiene el mismo grado de coordinación dentro y fuera de la red, con los otros proveedores del sistema de salud.

El análisis de las OSI catalanas muestra organizaciones que se encuentran en diferentes etapas de desarrollo. Para mejorar la eficacia del trabajo en red en el sistema de salud en Cataluña se necesitaría, por un lado, introducir las políticas (con los instrumentos correspondientes) que promuevan la integración asistencial. Por otro lado, las organizaciones deberían introducir los cambios estructurales que permitan corregir las debilidades y centrar su quehacer en la provisión de una atención integral e integrada acorde con las necesidades de los pacientes, y no exclusivamente dentro de las propias organizaciones, sino como agentes de un sistema nacional de salud, con todos los proveedores del territorio, y de fuera del territorio cuando sea necesario.

Además de las comentadas de Cataluña y el País Vasco, se están desarrollando numerosas experiencias de integración de la atención en otras comunidades autónomas⁴⁶. Las diversas experiencias deberían constituirse en una fuente de aprendizaje para comprender la naturaleza de los cambios introducidos, y sobre todo si (y de qué manera) estos cambios han conseguido mejorar la coordinación, la continuidad asistencial y la eficiencia. En este sentido, sería necesario instaurar procesos evaluativos rigurosos que permitan comparar distintas experiencias y entornos, para contribuir a comprender en qué consiste la integración de servicios y cuáles son sus resultados. Asimismo, habría que profundizar en los marcos

de análisis y en los instrumentos para determinar sus potenciales resultados sobre la salud de la población.

Contribuciones de autoría

M.L. Vázquez e I. Vargas elaboraron la primera versión del artículo y coordinaron los aportes de los coautores. R. Nuño y N. Toro elaboraron la descripción de la experiencia del País Vasco y contribuyeron a la conclusión. Todos los autores han revisado los borradores del manuscrito y aprobaron su versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485-95.
- Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, et al. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract.* 2002;52:545-8.
- European Observatory on Health Care Systems, Policies Series. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.
- Parker G, Corden A, Heaton J. Synthesis and conceptual analysis of the SDO programme's research on continuity of care: report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme. Southampton: National Institute for Health Research Evaluations, Trials and Studies Coordinating Centre; 2010.
- Reid RJ, Wagner EH. Strengthening primary care with better transfer of information. *CMAJ.* 2008;179:987-8.
- Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 7: Care coordination.

- Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. AHRQ Publication No. 04(07)-0051-7.
8. WHO. The World Health Report 2000, Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000.
 9. Vargas I, Vázquez ML, Terraza-Núñez R, et al. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gac Sanit.* 2008;22:218–26.
 10. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria.* 2002;8:167–78.
 11. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw.* 1996;70:46, 48.
 12. Van de Ven WP, Shut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine.* 1994;39:1405–12.
 13. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:633–43.
 14. Hickman M, Drummond N, Grimshaw JM. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med.* 1994;16:447–54.
 15. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria.* Barcelona: Masson; 2003. p. 17–89.
 16. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull World Health Organ.* 2001;79:755–63.
 17. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, et al. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, et al., editores. *Integrated care in Europe.* Maarsse: Elsevier; 2003. p. 169–90.
 18. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Remaking health care in America. 1st ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
 19. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993;38:447–66.
 20. Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal.* 1985;28:397–425.
 21. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review.* 1990;15:9–22.
 22. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Integrated healthcare networks in Latin America: a framework for analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan America Journal of Public Health.* 2009;26:360–7.
 23. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, et al. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 1999.
 24. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Management Review.* 1995;20:69–81.
 25. Kornacki MJ, Silversin J. How can IDSS integrate conflicting cultures? *Healthc Financ Manage.* 1998;52:34–6.
 26. Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Management Review.* 1998;23:18–28.
 27. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE n° 102, de 29/4/1986.
 28. Bohigas L. Las empresas de servicios sanitarios: innovación en la gestión sanitaria. XVIII Jornadas AES. Información sanitaria y nuevas tecnologías. 27–29 mayo; Gasteiz: 1998.
 29. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, et al. De la competencia a la colaboración. Experiencia en la integración asistencial a Catalunya. *Fulls Econ Sist Sanit.* 2009;38:27–37.
 30. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. 2ª ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009.
 31. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit.* 2007;21:114–23.
 32. Henao D, Vázquez ML, Vargas I, et al. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2008;10:33–48.
 33. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat de 2001. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2002.
 34. Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Murcia: Asociación de Economía de la Salud; 1997. p. 39–54.
 35. Pané O, Farré J, Parellada N, et al. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? *Cuadernos de Gestión.* 1995;1:104–9.
 36. Mayolas E, Varga I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. En: *Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002.* Barcelona: Cambra Oficial de Comerç de Barcelona; 2003. p. 279–95.
 37. Ortún V, López G, Puig-Junoy J, et al. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econ Sist Sanit.* 2001;35:8–16.
 38. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: *Gestión sanitaria, editor. Innovaciones y desafíos.* Barcelona: Masson; 1998. p. 349–57.
 39. Schein EH. *Organizational culture and leadership.* 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
 40. Lawrence PR, Lorsch JW. *Organization and environment.* Boston: Harvard Business School Classics; 1986.
 41. Galbraith J. *Organization design.* Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
 42. Henao D. Coordinación asistencial y cultura organizativa en las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña. [Tesis doctoral.]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
 43. Nuño R, Piñera K. Strategy for tackling the challenge of chronicity. *Health Policy Monitor.* (Consultado el 11-1-2011.) Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/es/a16/1>
 44. Toro N, Paino M. Marco evaluativo de las experiencias de integración asistencial. Sondik: O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria) & Osakidetza; 2011. Disponible en: http://externos.bioef.org/oberri/Informe_Evaluaci%C3%B3n_DEFINITIVO.pdf
 45. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opiniones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. No. 4. Washington, DC: OPS; 2010.
 46. Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Integración asistencial: ¿cuestión de modelos? Claves para un debate. Madrid: Gupo Saned; 2010.

Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012

Carlos Eirea Eiras^{a,*} y Vicente Ortún Rubio^b

^a Servicio de Atención Primaria de Bueu, XAP Pontevedra, Sergas, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, Pontevedra, España

^b Facultad de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de febrero de 2011

Aceptado el 15 de noviembre de 2011

On-line el 2 de febrero de 2012

Palabras clave:

Incentivos
Calidad asistencial
Crisis económica
Retribuciones

Keywords:

Incentives
Quality of care
Economic crisis
Salaries

R E S U M E N

Abordaremos la aportación a la mejora de la calidad asistencial de los incentivos financieros ligados a los programas de pago por desempeño o pago por rendimiento (en inglés *pay for performance*, P4P). Analizaremos su situación internacional y en nuestros diferentes servicios de salud, su participación en el conjunto de las retribuciones salariales y los efectos que sobre ellos está generando la actual crisis económica. Revisaremos los resultados de los últimos estudios con la intención de aclarar la pertinencia de estos modelos de incentivar, valorando las posibles orientaciones y nuevas propuestas.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Financial incentives in improving healthcare quality. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

We address the contribution of financial incentives linked to pay for performance (P4P) to improving the quality of care. The situation of P4P is analyzed internationally and in the distinct health services in Spain. The participation of P4P in wage compensation and the effects of the current economic crisis on these incentives is discussed. We review the results of recent studies to clarify the role of these incentive models and assess possible orientations and new proposals.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incuestionable necesidad de alinear los esfuerzos de los profesionales con los objetivos de las organizaciones ha llevado a estas últimas a buscar elementos motivadores de las conductas de los primeros. La motivación se ha traducido en la práctica en incentivos, y finalmente éstos se vienen concretando en términos económicos. Los programas de pago por objetivos, pago por rendimiento o pago por desempeño se han extendido por todo el mundo (con un claro predominio del anglosajón), por más que no se haya podido comprobar su verdadera pertinencia. Por otro lado, otras formas de incentivos, y aun menos otros nuevos planteamientos motivadores, no se han explorado con igual profusión, desoyendo la llamada más o menos intensa de colectivos, organizaciones y grupos de expertos profesionales que claman por nuevas fórmulas de reconocimiento y estímulo.

Complicando todavía más el contexto, la actual crisis económica ha sembrado la incertidumbre sobre la continuidad de las experiencias desarrolladas hasta el momento. La imposición del control del gasto público, que a veces parece la única forma para la superación de la crisis, está provocando recortes. La sanidad es una de las principales fuentes de gasto presupuestario, que en nuestro entorno

representa cerca del 30% del total. Incidir directamente sobre él se ha convertido en objetivo preferente de los gestores, y puesto que los gastos en personal son una parte sustancial del total, hacia ellos se dirigen los primeros movimientos.

Aunque el estudio de retribuciones en atención primaria de la Organización Médica Colegial (OMC) señala que «cuando se habla de retribuciones de los médicos parece que éstas fueran una parte importante del problema financiero que arrastra nuestro Sistema Nacional de Salud; nada más lejos de la realidad, que no es otra que plantillas insuficientes, bajos sueldos en comparación con los países europeos de nuestro entorno y unas condiciones de trabajo manifiestamente mejorables, y unas cada vez mas amplias diferencias en los salarios entre comunidades autónomas»¹. Los primeros pasos adoptados van desde una reducción porcentual generalizada en las retribuciones hasta la supresión de los incentivos económicos en alguna comunidad.

En este contexto, hablar de nuevos programas de incentivar o mentar la posibilidad de retribuciones mayores por mejor desempeño y consecución de objetivos, no se contempla.

No obstante, los programas ligados a objetivos incentivados están ahí, tanto en otros países como en el nuestro. Y si nos atenemos a su definición teórica (herramienta para el apoyo de la reforma de prestación de asistencia sanitaria orientándola hacia la mejora de la calidad asistencial), cabría pensar que dicha herramienta sería, en un grado de utilización óptima, un elemento a potenciar en los momentos de crisis. Conseguir en sanidad que se hagan

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.eirea.eiras@sergas.es (C. Eirea Eiras).

Ideas clave

- El pago de incentivos financieros como método para incrementar la calidad asistencial está aumentando en los últimos años en un buen número de países. Del mismo modo, cada vez son más los estudios sobre los resultados conseguidos, sin alcanzar suficiente evidencia para sustentar o no su uso para una mejora en resultados de salud.
- No obstante, debe tenerse en cuenta el impacto del diseño de los programas de pago por rendimiento y de los mediadores contextuales sobre los resultados conseguidos: tipo de incentivos, tamaño y distribución de éstos (individual, equipo), agentes implicados y participación de las partes interesadas, construcción de los objetivos centrados en la mejora de la calidad y el logro, punto de partida sobre el que se puede mejorar, indicadores de resultado intermedio y aplicación uniforme.
- En el escenario internacional destacan, en el desarrollo y la implementación de modelos de pago por rendimiento, los países anglosajones, pero con diferencias en su diseño. En Estados Unidos predominan los programas de pago por acciones fragmentadas, más cercanos a la dirección por instrucciones, mientras que en Reino Unido los programas de pago por rendimiento suponen acciones del sistema nacional de salud dentro de un programa global participado.
- En nuestro sistema de salud, la marginalidad de los actuales programas de incentivación, las controversias sobre su ética, efectividad y rentabilidad, los efectos secundarios no deseados, y la actual situación económica, podrían ser suficientes para abandonar definitivamente dichos programas. Por otra parte, estos mismos argumentos apoyados en una apuesta claramente definida por la innovación, la calidad y la incentivación motivadora, deberían obligar a un último esfuerzo en el cual los presupuestos se asocian a programas con resultados, analizando los costes marginales y potenciando la autonomía, el trabajo en equipo, el liderazgo y la participación de todos los agentes implicados.

correctamente las cosas correctas, eliminando las que no aportan valor, las que no han demostrado efectos en términos de salud, parece incontestable.

La heterogeneidad sustancial de los programas de pago por rendimiento, la diversidad de estudios y la disparidad de resultados hacen necesaria una evaluación de los efectos en diferentes ámbitos y del impacto de las diferentes opciones de diseño y mediadores contextuales.

Del estado de las cosas en el ámbito internacional

Tal como señalaban Peiró y García-Altés en su magnífico artículo del informe SESPAS 2008², la literatura médica que ha revisado las evidencias empíricas sobre la efectividad del pago por rendimiento sigue centrada fundamentalmente en dos países: Estados Unidos y Reino Unido. De modo general, se evalúan intervenciones muy específicas y casi siempre sobre actividades preventivas, relacionando un indicador de calidad con el motivo del pago o un solo aspecto de la atención.

En Reino Unido se ha producido la mayor reforma de todos los sistemas, con intervenciones más generalizadas y un amplio panel de indicadores. Hablamos del QoF (*Quality and Outcomes Framework* [calidad y marco de resultados]) para médicos de atención primaria. Lo definen como «una recompensa voluntaria anual y un programa de incentivos para todas las consultas de medicina general en Inglaterra, que detalla los resultados y logros en la práctica asistencial. No se trata de la gestión del rendimiento, sino de

Tabla 1

Dominios del Quality and Outcomes Framework

1. Atención clínica: el dominio consta de 86 indicadores en 20 áreas clínicas (p. ej., enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, hipertensión) por valor de hasta un máximo de 697 puntos.
2. Organización: el dominio consta de 36 indicadores (por valor de hasta 167,5 puntos) a través de cinco áreas de la organización: los registros y la información, información para los pacientes, la educación y la formación, la gestión de la práctica y la gestión de medicamentos.
3. De los pacientes: el dominio consta de tres indicadores (por valor de hasta 91,5 puntos) que se refieren a la longitud de las consultas y la experiencia del paciente de acceso a los médicos de cabecera.
4. Servicios adicionales: el dominio se compone de nueve indicadores en cuatro áreas de servicio: cribado cervical, vigilancia de la salud infantil, servicios de maternidad y servicios de anticoncepción.

Los resultados se hacen públicos. El IC del NHS ha desarrollado una base de datos en línea para permitir a los pacientes el acceso público a estos datos que indican los resultados conseguidos en cada centro. Los datos se recogen de más de 8000 centros de atención primaria, con más de 54 millones de pacientes registrados en Reino Unido.

recursos que recompensen las buenas prácticas». Los resultados se miden a través de indicadores que se agrupan en cuatro componentes principales (tabla 1), conocidos como dominios. Los cuatro dominios son: clínica, organización, pacientes y servicios adicionales. Cada dominio consta de un conjunto de medidas de logro adicionales, conocido como indicadores. En los QoF 2009/10 y 2010/11, la medida del logro se efectuó con 134 indicadores, sumando puntos según sus logros en contra de cada indicador, hasta un máximo de 1.000 puntos. El incentivo económico ligado a este programa fue de una cuantía considerable: en 2010/11 se pagan, en promedio, 127,29 libras por cada punto alcanzado.

En Australia también han desarrollado un sistema de incentivos financieros ligado a objetivos: el *Practice Incentives Program*, cuyo objetivo es promover la mejora continua en la práctica general a través de incentivos financieros para apoyar la atención de calidad, y mejorar el acceso y los resultados de salud para los pacientes.

Consideran los autores del informe SESPAS 2008 que las características de los estudios publicados hasta esa fecha limitaban enormemente la validez externa, resultando ser una guía muy endeble para la generalización de las estrategias de pago por rendimiento. Desde este informe, las publicaciones sobre el particular han ido creciendo exponencialmente (de pocas en la década de 1990 a más de 20 estudios anuales en 2007 y 2008, y 18 en el primer semestre de 2009), y fueron recogidas en el ambicioso estudio de Van Herck et al en 2010³. Esta revisión sistemática resume la evidencia obtenida de estudios publicados entre 1990 y julio de 2009. Partiendo de 5718 estudios potencialmente relevantes, se identificaron 128 de calidad suficiente, de los cuales 79 no habían sido analizados en anteriores documentos de revisión. Persiste la bipolarización de los estudios entre Estados Unidos, con 63, y Reino Unido, con 57. Correspondieron a atención primaria 111 estudios, y 13 más tuvieron lugar tanto en primaria como en hospitales. Los efectos de la aplicación del modelo de pago por rendimiento que evaluaron fueron la efectividad clínica, la accesibilidad y la equidad, la coordinación y la continuidad, la centralidad en el paciente y la rentabilidad. Así mismo, se buscaron pruebas sobre el impacto del diseño de los programas y de los medidores contextuales sobre los efectos analizados (tabla 2).

De la revisión se extraen finalmente seis recomendaciones según las pruebas encontradas:

1. Seleccionar y definir metas basadas en el establecimiento de la línea base para la mejora.
2. Hacer uso de indicadores de resultado intermedios como medidas de destino.
3. Fomentar la participación de las partes interesadas y comunicar el programa minuciosamente.

Tabla 2Resultados de la revisión sistemática de Van Herck et al³

Conclusiones sobre los efectos	
• Efectividad clínica	Se evaluaron 47 estudios. Los efectos en general fueron positivos. En cuidados preventivos se encuentran más resultados contradictorios para las pruebas de cribado que para las tareas de inmunización. En cuanto a las enfermedades crónicas, la diabetes fue la condición con las más altas tasas de mejora de la calidad. Los resultados también fueron positivos para asma y cesación tabáquica. Sin embargo, el estudio de Campbell ¹⁶ pone de relieve un aumento de la calidad en dos de tres enfermedades crónicas (diabetes y asma), pero no en las enfermedades del corazón, y además destaca que, una vez alcanzados los objetivos, la mejora de la calidad se hace más lenta y disminuyó en dos condiciones que no habían sido relacionadas con incentivos.
• Accesibilidad y equidad de la atención	En general, el pago por rendimiento no tuvo efectos negativos en los pacientes según el grupo de edad, el origen étnico, la condición socioeconómica ni por presentar afecciones diferentes concomitantes. Esta afirmación se apoya en 28 estudios, aunque no hay estudios aleatorizados que hallen equidad de resultados en la atención recibida
• Coordinación y continuidad	Estudios aislados de antes y después sin grupos de control muestran que dirigir el pago por rendimiento hacia la coordinación de la atención podría tener efectos positivos. El estudio de Campbell ¹⁵ encontró que el grado de continuidad de la atención, que había sido constante, se redujo inmediatamente después de la introducción del programa de incentivos y continuó en el tiempo en ese nivel reducido
• El paciente como centro	Analizado sólo en tres estudios, con resultados dispares que van desde efectos no encontrados hasta efectos positivos
• Rentabilidad	La rentabilidad fue confirmada sólo en cuatro estudios, con una variada calidad metodológica
Opciones de diseño	
• Objetivos y metas de calidad	Los indicadores de proceso dan tasas más altas de mejora que las medidas de resultados. Se confirma que el grado de rendimiento de una línea base que defina el margen de mejora influye en el impacto del programa: a mayor espacio de mejora, mayor tamaño del efecto. Además, los estudios informan de que la participación de los interesados en la selección de destino y la definición parece haber encontrado efectos más positivos que cuando no participaron
• Incentivos	Los de carácter positivo parecen haber generado efectos más positivos que los incentivos basados en un enfoque competitivo
• Aplicación y comunicación del programa	Poner nuevos fondos a disposición de los programas mostró más efectos positivos que la reasignación de fondos, pero la rentabilidad se vería muy afectada si continuamente hay que añadir financiación adicional, por lo que no se convierte en una opción. En Reino Unido, el pago por rendimiento no se introdujo de manera gradual, lo que obligó a correcciones posteriores en términos de selección del indicador, definición del umbral y tamaño de la bonificación por destino. La evidencia es contradictoria para la incorporación voluntaria frente a la obligatoria. Se identifican como factores importantes la comunicación y la participación en la elaboración del programa. También la participación de todas las partes interesadas en el desarrollo del programa tuvo efectos positivos (>10%). Se observó una relación positiva entre los efectos y la cultura organizativa y la voluntad de ensayar nuevos proyectos
• Características de los pacientes	No hay pruebas sobre cómo el paciente afecta al rendimiento del modelo de pago por rendimiento

4. Implementar un diseño de modelo de pago por rendimiento uniforme a través de los proveedores.
5. Centrar el programa en la mejora de la calidad y el logro.
6. Distribuir los incentivos, tanto individuales como de equipo.

Parece claro que son necesarias estrategias más amplias, con más apoyo a los pacientes, para obtener resultados en salud. El caso del impacto del diseño del programa de incentivos es clave. En ocasiones se confunden objetivos de calidad con recomendaciones de guías o sociedades, tal y como se recoge en un estudio estadounidense⁴, en el cual se analiza el impacto de la

remuneración en un programa de diabetes que valoraba la realización de dos determinaciones de la hemoglobina glucosilada al año y se conseguía un aumento en su aplicación sin contribuir a un mejor control glucémico. El análisis de resultados intermedios en diabetes con el programa de pago por rendimiento en Inglaterra entre los años 2004 y 2008 señala que el impacto del diseño es positivo y que el resultado en la efectividad clínica resulta evidente⁵.

A pesar de la luz arrojada por los últimos estudios, no parece que sea suficiente para disipar las sombras que todavía se ciernen sobre los programas de pago por calidad.

A mayor abundamiento, en la última revisión Cochrane⁶, que analiza los efectos de los incentivos financieros en la calidad de los cuidados de salud provistos por los médicos de atención primaria, los autores concluyen que no hay pruebas suficientes para apoyar o no apoyar el uso de incentivos financieros para mejorar la calidad de la atención primaria de salud. Apuntan además a la necesidad de promover investigación adicional para comparar los costes y los efectos de los incentivos financieros con otras intervenciones de cambio de comportamiento

Del estado de las cosas en el Sistema Nacional de Salud

Ya en el año 2008, Peiró² señalaba con respecto a la situación de los incentivos en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) que la colectivización de las negociaciones salariales, la cultura de la falsa equidad, el escaso peso del profesionalismo, el reducido contrapeso de los pacientes y la politización elevada cuestionan la aplicabilidad de los modelos vigentes en países con una mayor experiencia en la aplicación de estos sistemas de pago.

Si hablamos de pago por rendimiento o por calidad estamos hablando casi en exclusiva de programas de incentivación económica, y por ello de una parte del total de las retribuciones, las cuales están sujetas a la negociación con las fuerzas sociales y organizaciones profesionales.

Retribuciones

Las retribuciones de los médicos en el SNS recogen un buen número de epígrafes que pretenden, en parte, reconocer la variabilidad de las condiciones laborales. Son el resultado de un sistema de negociación colectiva practicada en el marco del derecho público y que paga conforme a presupuestos anuales con arrastre histórico. Esto supone un escenario no muy propicio para la autonomía, la flexibilidad, la verdadera variabilidad explicada y la potenciación de la calidad asistencial. Se contempla el conjunto de retribuciones como un pago por «ser» que trata de asignar parte al pago por «hacer», y muy tímidamente un pago por «resultado/calidad»⁷.

En el ya mencionado estudio de la OMC¹, los diferentes apartados y complementos se analizan para el caso de cuatro tipos diferentes de médicos (tabla 3).

Se aprecia que la mayor parte de la retribución sigue ligada al «ser» y en menor medida al «hacer». El pago por calidad-resultados ha perdido una gran oportunidad con la implantación de las carreras profesionales, ya que éstas parecen haber claudicado en sus pretensiones de reconocimiento de desarrollo e implicación profesional para asimilarse a un nuevo pago por antigüedad. Aun en los casos en que la carrera profesional está condicionada a la consecución de los objetivos de los programas de pago por rendimiento, no parece haberse generado un mayor valor de estos últimos; antes bien, su evaluación ha sido más laxa e igualitaria para evitar repercusiones en la carrera profesional. Finalmente, asumiendo el escaso impacto de su asociación con la carrera profesional, el peso del complemento de productividad variable en el conjunto de las retribuciones lo convierte en casi testimonial. Los resultados de diferentes estudios sugieren que pequeñas recompensas no

Tabla 3
Retribuciones del Sistema Nacional de Salud

Retribuciones
<ul style="list-style-type: none"> • Sueldo y trienios Sin diferencias significativas entre comunidades: en torno al 25% del salario total • Específico/exclusiva Diferencias entre comunidades tanto en la cuantía como en el concepto: exclusiva pura (Galicia), dedicación con ampliación de jornada (Aragón), pago para todos en concepto de productividad fija con generalización del específico (Baleares) y cobro por participación en programas (Castilla-La Mancha). Existe una tensión permanente que acelera cambios y produce tanto diferencias como tendencias igualatorias. Supone en torno al 20% del sueldo • Carrera profesional La carrera profesional tiene una implantación desigual y con diferentes calendarios. Las tensiones generadas y las presiones ejercidas para un acceso «igualitario» a los diferentes grados están convirtiendo esta magnífica oportunidad para un pago por resultados y calidad en algo que ha llevado a no pocos a considerarlo un nuevo pago por antigüedad. Por término medio puede suponer en torno al 20% al 25% del sueldo. • Complemento por tarjeta y dispersión Supone la parte capitativa del sueldo. Se cobra más con más tarjetas (en realidad aún se sigue pagando por cartillas) y si están geográficamente más dispersas. Distingue entre pensionistas y no pensionistas, adjudicando a los primeros una teórica mayor carga asistencial y por lo tanto una mayor remuneración. Representa un 10% al 15% de la remuneración total • Complemento de productividad variable (pago por rendimiento) Teóricamente representa el pago por calidad-resultados. Según los autores del estudio de la OMC¹ supuso el dato más difícil de conseguir y conocer. Criterios variables según el servicio de salud y dentro de cada uno de ellos en función de los resultados de la zona básica, del centro e individuales. La mayoría de las comunidades autónomas se mueven en una franja estrecha de incentivos económicos, que suponen en torno al 2% al 4% del total de la remuneración. • Otros complementos Se completan las retribuciones con conceptos que remuneran la asunción de más carga de trabajo por acumulaciones de cupos ausentes, la atención continuada y en algunos casos la ampliación de la jornada laboral

motivarán a los médicos a cambiar sus modos de atención⁸, y la ausencia de resultados para un efecto puede atribuirse al pequeño tamaño del incentivo de pago por rendimiento⁹ en el SNS.

Ya sabemos que los incentivos pequeños no movilizan, y si además se presentan aislados y son exclusivamente financieros, no participados ni bien comunicados, no comprenden al individuo y al equipo, no analizan resultados intermedios, afectan a la equidad y a la accesibilidad, generan efecto «lupa» al centrarse en acciones clínicas fáciles de medir, potencian acciones que carecen de validez y favorecen el trapeo de datos, no merecen ser implementados.

Podemos añadir además que los incentivos anuales relacionados con objetivos de calidad de la atención prestada pueden aumentar la percepción de carga de los médicos y tener un impacto negativo en la satisfacción del consumidor, como se deduce de un estudio antes y después sobre 257 equipos de atención primaria en Cataluña¹⁰. Por otra parte, intervenciones especiales sobre acciones concretas, como el caso de la comunicación de reacciones adversas a medicamentos en un hospital, se han visto incrementadas con una mejora cuantitativa y cualitativa tras una intervención continua basada en acuerdos de cuidados de salud con incentivos económicos y actividades educativas¹¹.

Más allá de la literatura científica, diferentes grupos de trabajo, sociedades profesionales, colectivos varios y voces reconocidas del nuevo universo de la comunicación que se conforma en torno a las nuevas tecnologías (*blogs, webs, foros sociales...*), insisten una y otra vez en ir más allá del incentivo económico. Se dice con claridad meridiana en el documento de propuestas para la transformación de la atención primaria de Galicia: «La retribución no consiste únicamente en dinero ni es tan sólo individual ni debe plantearse a corto plazo. La autonomía organizativa, y el mejor

uso del tiempo profesional, son incentivos tan poderosos como los monetarios»¹².

Recomendaciones

En general, la literatura indica que no hay un enfoque sencillo para crear incentivos, y la capacidad de los incentivos financieros y no financieros para lograr los resultados depende de una serie de elementos contextuales.

Por lo tanto, la primera recomendación que podemos hacer es que los programas de pago por desempeño de las diferentes comunidades autónomas han de ser sometidos a una profunda revisión, mas allá de dar cada vez más peso a la gestión del gasto farmacéutico. Deberá conocerse si en realidad se desarrollan y registran estos programas, para lo cual es necesario, tal y como se recoge en el Proyecto de Navarro y Martín Zurro¹³, disponer de datos sobre la frecuencia de evaluación de los indicadores, el desarrollo de auditorías, la independencia de los evaluadores y de los mecanismos de revisión, y la validez y fiabilidad del conjunto.

Conviene romper definitivamente con el hecho de que los incentivos sean exclusivamente financieros, y que el peso de éstos en el conjunto de las retribuciones sea testimonial. Si se apuesta por modelos de pago por desempeño, «hágase según arte», y ello supone gestionar los programas con la participación de los proveedores (profesionales) y de los destinatarios finales (usuarios).

Los programas pueden estar ligados a presupuestos, haciendo un mayor énfasis en la toma de decisiones locales (subsidiariedad), creando nuevos trazados en las vías de los pacientes y debiendo ser gestionados en autonomía por los equipos proveedores. Estos programas deberán aportar valor añadido para los destinatarios de la atención, los proveedores de la asistencia, los que financian, los que establecen las políticas y la estrategia. La investigación en la comunidad promoverá evidencias y permitirá la correcta evaluación.

Transferir riesgos y beneficio a los equipos. Más autonomía

La gestión del gasto farmacéutico con la reversión de los recursos optimizados en el desarrollo de programas concretos ligados a presupuestos, por ejemplo, se abre como una alternativa a la rigidez retributiva y la escasez de margen de maniobra de los proveedores de atención sanitaria. Siguiendo el algoritmo propuesto por Custers et al¹⁴ para la selección de incentivos, se trataría de establecer un acuerdo de responsabilidad entre financiadores y proveedores que mediante la mejora del rendimiento en la gestión del gasto farmacéutico se recompensase con los ahorros por la eficiencia, compartiendo las ganancias.

Otro ejemplo es la gestión de las ausencias y de los permisos: puede ser más motivadora la posibilidad de no trabajar los sábados que todos los incentivos económicos que hay en la actualidad. Y qué decir de la flexibilidad horaria.

La crisis económica puede configurarse como un elemento de oportunidad para la implementación de estas nuevas propuestas. Estos «programas» pueden definirse para satisfacer las necesidades de planificación y la ejecución de servicios, por lo que podrían ser grupos de enfermedades, grupos de edad, ubicación geográfica o la configuración de la atención, por nombrar algunos. También puede construirse como una matriz, de modo que, por ejemplo, una serie de programas sobre la enfermedad también puede dividirse por el proveedor o grupo de edad. La construcción de estos programas podría comenzar por la práctica de *benchmarking*, que se está haciendo en otros países mas allá de los modelos de pago por rendimiento.

En cualquier caso, la realidad obliga a tomar decisiones. Toca hacer más con lo mismo dejando de hacer más de lo mismo.

Contribuciones de autoría

Carlos Airea y Vicente Ortún concibieron y supervisaron el conjunto del artículo del que ambos son responsables. Carlos Airea realizó la contribución más importante.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Matas V. Retribuciones de cuatro tipos de médico de atención primaria, año 2009. Granada: OMC; 2010.
2. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. *Gac Sanit.* 2008;22 Suppl 1:143–55.
3. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research.* 2010;10:247.
4. Coleman K, Reiter KL, Fulwiler D. The impact of pay-for-performance on diabetes care in a large network of community health centers. *J Health Care Poor Underserved.* 2007;18:966–83.
5. Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, et al. Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. *Diabetes Care.* 2009;32:427–9.
6. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (review). *The Cochrane Library.* 2011. Issue 9.
7. Ortún V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22:1–6.
8. Town R, Kane R, Johnson P, et al. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2005;28:234–40.
9. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev.* 2006;63:135–57.
10. Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, et al. Impacto de los incentivos económicos de calidad de la vida profesional y de satisfacción del usuario final en atención primaria. *Health Policy.* 2007;80:2–10.
11. Pedrós C, Vallano A, Cereza G, et al. Una intervención para mejorar la presentación espontánea de informes de RAM por los médicos del hospital: un análisis de series temporales en España. *Drug Saf.* 2009;32:77–83.
12. Casajuana J, Clavería A, Domínguez M, et al. Propuestas para la transformación de la atención primaria de Galicia. Pontevedra: Subdirección General de Calidad y Programas Asistenciales. Servicio Gallego de Salud. Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2009.
13. Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: la atención primaria de salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc; 2009, coordinadores.
14. Custers T, Hurley J, Klazinja N, et al. Selecting effective incentive structures in health care: a decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Services Research.* 2008;8:66.
15. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009;361:368–78.

Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012

Mercedes Alfaro^a, Julio Bonis^b, Rafael Bravo^{c,*}, Enrique Fluiters^d y Sergio Minué^e

^a Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

^b Medicina de Familia, Madrid, España

^c Equipo de Atención Primaria Linneo, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^d Servicio Galego de Saúde, Vigo, Pontevedra, España

^e Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de abril de 2011

Aceptado el 16 de diciembre de 2011

On-line el 13 de febrero de 2012

Palabras clave:

Historia clínica electrónica
Nuevas tecnologías en sanidad
Sistemas de información
Internet
Web 2.0
España

Keywords:

Electronic medical record
New technologies in health care
Information systems
Internet
Web 2.0
Spain

RESUMEN

Las nuevas tecnologías y la importancia de su desarrollo en la atención primaria de salud se dibujan hoy de forma clara. La tecnología es importante en tanto en cuanto contribuye a resolver los problemas prácticos que aparecen cuando intentamos mejorar la atención al paciente. Bajo el epígrafe de «nuevas tecnologías de información y comunicación» en salud podemos encontrar muchas utilidades, pero nos centraremos en dos de sus exponentes más cualificados: la historia clínica electrónica e Internet, sin olvidar que más importante que las tecnologías es el fin para lo que se crean y se usan, y por supuesto las personas que las utilizan.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

New technologies in primary care: people, machines, records, and networks. SESPAS Report 2012

ABSTRACT

The new technologies and the importance of their development in primary care are clear. Technology is important insofar as it helps to resolve practical problems that arise when attempts are made to improve patient care. Many applications can be found under the heading of "new information and communication technologies" in healthcare, but the present article focusses on two of the most significant examples: the electronic health record and the Internet, bearing in mind that the aims being sought and the people using these applications are more significant than the technologies themselves.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Desde hace mucho tiempo se habla de las nuevas tecnologías y de la importancia de su desarrollo en la atención primaria de salud; tanto tiempo que es difícil considerarlas "nuevas" y tanto que se olvida vincularlas a un objetivo y se confunden con el mero uso de artefactos. El uso de la ecografía, del nitrógeno líquido, de los nuevos instrumentos quirúrgicos, o incluso de un sistema de información administrativo en el primer lugar de atención, son ejemplos de la aplicación exitosa de las nuevas tecnologías. Pero el objetivo de esta revisión es la tecnología informática o de procesamiento de información por medios artificiales, y los problemas que contribuye a resolver. Con la misión de ofrecer una mejor atención al paciente y bajo el epígrafe de «nuevas tecnologías de la información y la comunicación» (TIC) en salud podemos cubrir cualquier tipo de *hardware* o de *software* para la creación, el

mantenimiento, el acceso o el intercambio de la información sanitaria por parte de instituciones, profesionales o los propios pacientes. Sin duda, dos de los ejemplos más importantes de estas TIC son la historia clínica electrónica (HCE) e Internet.

Historias. La historia clínica electrónica: de la teoría a la práctica en la España de las comunidades autónomas

La expectación despertada desde hace años por la HCE es duradera y con toda probabilidad excesiva, como se comentaba ya hace más de 10 años¹, y lo peor es que perduran los mismos problemas que entonces se denunciaban. Dentro del desarrollo de las TIC, los servicios de salud de las diferentes comunidades autónomas han ido dotando a los profesionales de aplicaciones que les permiten acceder a registros más o menos completos de información clínica en un nuevo soporte electrónico. Creemos hacer bien al evitar decir expresamente «historia clínica electrónica», pues en la mayor parte de los casos sólo cabe aplicarle con propiedad el apellido de electrónica, ya que tienen poco de historia y casi nada de clínica. Lo que se entiende por HCE es el registro en soporte electrónico, y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafabravo@gmail.com (R. Bravo).

Puntos clave

- La introducción de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) sanitarias en España se ha producido a diferentes velocidades y aplicando modelos tecnológicos poco homogéneos en las diferentes comunidades autónomas.
- La gestión de la información es un elemento crítico en el ámbito asistencial que se vería favorecido por un uso adecuado de las TIC en una estructura enfocada en la calidad de la atención.
- La situación española en cuanto a TIC y su impacto en los servicios sanitarios, aun teniendo un desarrollo adecuado, presenta debilidades y fortalezas, y tiene un importante desafío futuro centrado en la interoperabilidad y la armonización.
- La historia clínica electrónica es una pieza fundamental del proceso asistencial moderno. Los modelos actuales han sido impuestos por criterios más tecnológicos y políticos que clínicos, y obviando la opinión de una parte importante de los profesionales.
- El acceso a Internet es una herramienta imprescindible en atención primaria porque su labor se desarrolla en equipos de trabajo multidisciplinares, de pequeño tamaño y separados geográficamente entre sí y a su vez de otros niveles de actividad asistencial y de los grandes centros académicos.

en cualquier formato, de toda la información referente al devenir clínico del paciente y de la atención que se le presta. Esta historia unificada, que no necesariamente única, debe ser accesible, con las limitaciones apropiadas, en todos los casos en que se precise asistencia clínica, desde atención primaria hasta ingresos hospitalarios, pasando por urgencias o consultas especializadas^{1,2}.

Tras un periodo inicial con dos o tres aplicaciones informáticas implantadas en las primeras autonomías con competencias y en el territorio gestionado por el antiguo INSALUD, cada comunidad, conforme recibía las transferencias sanitarias, se vio en la "obligación" de desarrollar su propia organización informática en función del sistema de información que deseaba realizar. Hoy, todas las comunidades autónomas sin excepción tienen sistemas de HCE propios, con un despliegue casi completo en atención primaria y menor en los hospitales³.

Las expectativas que surgieron se han visto minimizadas por una deficiente implantación, y sobre todo por un inexistente proceso de mejora e innovación, una vez introducida la tecnología. El desfase entre expectativas y realidad ha creado desencantos que podemos dividir en dos tipos: los generales, inherentes al desarrollo técnico y conceptual de la HCE, que suceden en todos los sistemas sanitarios del mundo, y los puramente locales debidos a la particular idiosincrasia de nuestro sistema sanitario y al momento social y político en que se desarrolló la informatización de atención primaria¹. Entre los generales, bien documentados en la literatura médica⁴⁻⁷, se comprueba que la HCE todavía no ha logrado mostrar mejoras en la calidad formal de la historia clínica, no parece mejorar la calidad asistencial medida por parámetros de proceso y no ha podido demostrar su influencia en variables más duras, como

Tabla 1
Funciones y características clínicas de la historia clínica electrónica⁸

Función de la historia clínica electrónica	Objetivos y necesidades clínicas
Facilitar y simplificar el acceso a la información	Garantizar el acceso con rapidez y selectividad en las búsquedas, permitiendo la agregación y ordenación de la información.
Guardar y compartir las evaluaciones del paciente	Proporcionar un espacio para guardar los exámenes del paciente en un ámbito reflexivo pero conciso, donde se recojan los diagnósticos diferenciales y las preguntas sin respuesta, y que facilite el intercambio y la revisión de las evaluaciones hechas tanto por los médicos del paciente como por otros.
Mantenimiento de la historia dinámica del paciente	Simplificar y mantener de forma sencilla la información de carácter estable que debe recuperarse con frecuencia, evitando preguntas reiterativas al paciente y su registro, reduciendo al mínimo la necesidad de copiar y pegar.
Mantenimiento de las listas de problemas	Asegurar que las listas de problemas, núcleo central de cualquier historia clínica, se integran en el flujo de trabajo para permitir la actualización continua y poder ser gestionadas de forma sencilla con criterios dinámicos.
Seguimiento farmacoterapéutico	Historial farmacológico del paciente: los medicamentos que realmente está tomando, la respuesta del paciente a los distintos fármacos, sus efectos adversos. Prevenir decisiones erróneas y asegurar el reconocimiento oportuno de los problemas con la medicación.
Seguimiento de pruebas	Integrar la gestión de los resultados de las pruebas diagnósticas en el flujo de trabajo, facilitando y dando apoyo al examen, la evaluación y las acciones de respuesta. Dotar de herramientas ofimáticas potentes para esta documentación.
Garantizar la coordinación y la continuidad	Facilitar la integración de datos de todos los episodios de atención, evitando la información fragmentada y permitiendo así su síntesis reflexiva.
Mejorar el seguimiento mediante la educación del paciente	Disponer para cada episodio o grupo de ellos de información automática de los síntomas que deben alterar al paciente y orientar su respuesta.
Proporcionar información automáticamente	Suministrar de forma automatizada información de retorno al clínico basada en los resultados de las pruebas diagnósticas.
Proporcionar instrucciones y listas de control	Proporcionar listas de control para reducir al mínimo la dependencia de la memoria y permitir el interrogatorio dirigido como ayuda a la exhaustividad del diagnóstico y la resolución de problemas.
Proporcionar un marcador de posición para la reanudación del trabajo	Delimitar claramente dónde el clínico debe reanudar el trabajo después de una interrupción, lo cual previene fallos en la recolección de datos y en el proceso de pensamiento.
Cálculo de probabilidades bayesianas	Incorporar una calculadora basada en análisis de probabilidades en las notas para reducir los errores y minimizar los sesgos en la estimación subjetiva de las probabilidades diagnósticas.
Facilitar el acceso a fuentes de información	Proporcionar acceso instantáneo a los recursos del conocimiento a través de contextos específicos «botones hipervínculo» orientados por palabras clave en las notas que el usuario enlace a las guías o fuentes pertinentes.
Ofrecer una segunda opinión o consulta	Integrar «en línea» el acceso telemático a consultores para plantear preguntas o consultas, permitiendo el intercambio de información en diversos formatos.
Aumentar la eficiencia	Un diseño adecuado de la herramienta informática podría racionalizar la carga de trabajo que representa para los clínicos la documentación, y además aportar un importante valor añadido, liberando tiempo para permitir una mejor comunicación y atención al paciente.

la morbilidad. En el apartado de las tareas burocráticas se ha visto que, si bien aligeran el trabajo burocrático mecánico, no logran las mejoras anunciadas en procesos de citación, confección de partes de interconsulta o archivo de la información^{6,7}. Parece establecido que la prescripción electrónica reduce la tasa de errores de medicación, pero los otros beneficios de los registros electrónicos están por demostrar y queda por aclarar la cuestión de unas mayores seguridad y eficiencia clínica de la HCE sobre sus predecesoras. Los pilares clínicos en que debería asentarse la HCE, sin consideraciones técnicas y basándose en que la informática es la herramienta y no el fin, se recogen en la tabla 1.

Los efectos locales tienen relación con las particularidades de nuestro sistema sanitario, sumamente descentralizado y con financiación y provisión pública en su práctica totalidad, que hacen muy poco trasladables las experiencias internacionales, tanto en el aspecto clínico como en el meramente tecnológico y de negocio. Mientras países como Estados Unidos se han planteado la inversión como una iniciativa tecnológica estratégica, con una inversión en torno a los 50.000 millones de dólares⁹, en España se han repetido esfuerzos y errores, y sobre todo se ha perdido la oportunidad de aplicar una economía de escala.

Además del proyecto Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCD-SNS)³, es también necesario mencionar la tarjeta sanitaria como elemento esencial de los sistemas de información: la base de datos de la tarjeta sanitaria del SNS, que contiene los datos de las tarjetas de todas las comunidades, proporciona un código de identificación a cada persona, vitalicio y único en todo el estado, al cual se asocia la información clínica. Otros elementos son los contenidos comunes y normalizados de la información clínica a compartir, y la codificación elegida para la HCE. Con todo ello se está trabajando en la actualidad, y ya se ha llevado a cabo una implantación piloto de HCD-SNS que, tras haberse evaluado e introducido algunas mejoras, se encuentra en fase de extensión en las comunidades autónomas.

Redes. Internet y Web 2.0

Internet es uno de los avances tecnológicos más importantes en la historia de la humanidad. En medicina, la red es una herramienta excelente que simplifica el manejo de la información y a la vez facilita una comunicación fluida y rápida. Desde el correo electrónico hasta las listas de distribución, pasando por la World Wide Web, los servicios de Internet nos han dado nuevas formas de tratar la información. Se han producido cambios importantes en el acceso a la información científica para la toma de decisiones, la formación continuada, la comunicación entre profesionales y con los pacientes, la difusión de información sanitaria a la población, etc.

A los servicios clásicos de Internet se han unido unas herramientas que favorecen la interacción de sus usuarios. Se agrupan bajo el nombre de «software social» y se enmarcan en lo que se ha venido a denominar una nueva versión de Internet o Web 2.0. Estos servicios son un conjunto de aplicaciones informáticas basadas en la web cuyo objetivo es facilitar la interacción y colaboración de los usuarios que comparten un interés común. Nos referimos a los *blogs*, *wikis*, *Twitter* y otras redes sociales, e incluso a la mensajería instantánea y a cualquier otro tipo de aplicación que favorezca la interacción de una comunidad, en este caso virtual y en red.

La llamada Web 2.0 ha modificado las formas tradicionales de comunicación con la disponibilidad casi ilimitada de información, la potencial capacidad de todo consumidor de información de convertirse en creador de ésta, y el desarrollo de instrumentos muy efectivos de intercambio social. Los más extendidos en el entorno sanitario español son los *blogs* o bitácoras, hasta el punto de que se

Tabla 2
Funciones y utilidades de un *blog* sanitario

1. Difusión de información	La aparición de <i>blogs</i> sobre salud ha multiplicado considerablemente el acceso y la difusión de información científica, incluida aquella que nunca hubiera tenido cabida en las revistas científicas tradicionales.
2. Creación de opinión	Las aplicaciones sustentadas en el uso de Internet modifican de forma significativa el equilibrio de poder entre actores. Se crea un nuevo escenario en el cual un estudiante de medicina, o un residente, pueden tener una audiencia mayor que ciertos medios de comunicación u organizaciones tradicionales (colegios profesionales, sociedades científicas, etc.).
3. Compartir narrativas	Las experiencias clínicas narrativas relacionadas con pacientes, para las que existe muy escasa receptividad en las revistas científicas, son a menudo compartidas a través de las bitácoras.
4. Salud pública	La posibilidad de convertirse en un instrumento de comunicación en salud pública y la capacidad de influir en el cambio de conductas saludables.
5. Aprendizaje	Además de utilizarse como un recurso de información más, supone un instrumento de aprendizaje de ciertas habilidades imprescindibles en cualquier proyecto formativo.
6. Investigación	Hasta el momento su uso se ha limitado a proyectos de investigación sobre utilización, pero también hay casos interesantes de revisiones de las interpretaciones publicadas en revistas, a partir de comentarios en <i>blogs</i> .

habla de la «blogosfera» médica española como un nuevo fenómeno a tener en cuenta^{10,11}.

Un *blog* podría definirse como un sitio web de estilo periodístico que incluye información a través de entradas (post), preferiblemente breves, y que permiten la inclusión de comentarios de los lectores. Al margen de la controversia sobre lo que puede representar el uso creciente de estos instrumentos de la Web 2.0, es poco discutible que los *blogs* representan ya otra fuente más de generación y difusión de conocimiento sobre salud pública y medicina^{10,11}. Sus principales utilidades se detallan en la tabla 2, pero no podemos olvidar la capacidad de generar opinión alternativa a las fuentes oficiales, como puso de manifiesto el papel de ciertas experiencias colaborativas en red ocurridas recientemente, como la iniciativa «Gripe A: ante todo mucha calma», la ofensiva antitabaco «Mi vida sin ti» o la reivindicación «Internet en la consulta: una necesidad», donde se puso de manifiesto la capacidad de análisis, crítica, síntesis y difusión de información compleja por parte de los *blogs*.

En la tabla 3 se indican algunas direcciones útiles sobre los principales recursos en Internet para el entorno sanitario español. Los *blogs*, y por extensión todas estas nuevas herramientas, presentan limitaciones significativas, entre las cuales una de las más evidentes, común a toda información médica en Internet, es la forma de garantizar la calidad de los contenidos incorporados. Los sistemas de acreditación tienen poca difusión, y como ocurre con todos, en este tipo de procesos el riesgo de burocratización del proceso y la tendencia a medir aspectos formales y no de contenido son importantes barreras para su utilidad. Los únicos controles son la propia reputación como fuente fiable entre sus usuarios y una cierta autorregulación. Por otro lado, no hay que olvidar que los profesionales sanitarios presentes tienen las mismas obligaciones profesionales y éticas que fuera de Internet.

Carecemos del conocimiento científico suficiente sobre el impacto de Internet y de la Web 2.0 en los sistemas sanitarios. El carácter de innovación de un instrumento no lleva implícita su utilidad. A este respecto hay que señalar que tanto un metaanálisis sobre el aprendizaje basado en Internet¹² como una revisión

Tabla 3

Internet y recursos web relacionados con las tecnologías de la información y la comunicación en atención primaria

Nombre	Descripción	URL o dirección de Internet
Internet for Medicine	Tutorial académico para aprendizaje básico de los recursos de Internet	http://www.vts.rdn.ac.uk/tutorial/medic
Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud	Recurso del Ministerio de Sanidad, Consumo e Igualdad sobre este proyecto	http://www.msps.es/profesionales/hcdsns/home.htm
Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH)	Página web de la ley HITECH que establece y regula el desarrollo de la infraestructura nacional de tecnología de la información de salud en Estados Unidos	http://healthit.hhs.gov/
Medline Plus	Completo recurso de información para pacientes en español producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos	http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/
Fisterra	Web médica para profesionales de atención primaria con una amplia variedad de recursos de información útiles en la consulta y formación continuada	http://www.fisterra.com/
Tripdatabase	Buscador federado con resultados de calidad y realizados con la metodología de la medicina basada en la evidencia	http://www.tripdatabase.com/
Best Practice	Recurso de información médica basada en la evidencia científica que facilita el acceso a la información en el lugar donde se ofrece la asistencia médica	http://bestpractice.bmj.com/
Mapa Visual de la Web 2.0	Mapa que agrupa de forma visual los conceptos que habitualmente se relacionan con la Web 2.0, con una breve explicación	http://internality.com/web20/
Weblogs Sanitarios en Español	Todas las entradas de la «blogosfera» sanitaria en un solo blog	http://www.infodoctor.org/rss/rss/
El ePaciente y las Redes Sociales	Libro gratuito y página web que resume la aportación en español al tema	http://www.salud20.es/
Mi vida sin ti	Ejemplo de proyecto colaborativo con utilización de herramientas 2.0 cuya misión es ofrecer información y apoyo en la decisión de dejar (o no) de fumar	http://mividasinti.drupalgardens.com/
CureTogether	Muestra de plataforma de salud dirigida a pacientes donde éstos comparten información sobre síntomas, factores desencadenantes, tratamientos disponibles etc.	http://www.curetogether.com

de revisiones sistemáticas respecto a instrumentos de *e-health*¹³ concluyen que los efectos de estas modalidades son heterogéneos y no demuestran ser más efectivas que sus alternativas tradicionales. Por el contrario, sí hay estudios que parecen sustentar la efectividad de las redes sociales frente a métodos tradicionales de formación (como la formación de formadores) a la hora de difundir innovaciones.

Personas. Las tecnologías de la información en sanidad: impacto en los diferentes usuarios

Por lo general, las TIC que deberían priorizarse son aquellas que tienen un impacto directo en el proceso asistencial: la tarjeta sanitaria, la HCE, la receta electrónica y la telecita, cuyas utilidades repercuten en los ciudadanos, los profesionales y la propia administración pública.

Los ciudadanos demandan más participación en las decisiones, a la vez que una mayor autonomía en su relación con los servicios sanitarios, y por supuesto una mayor agilidad en la respuesta a sus necesidades. Todo ello encuentra un aliado en las nuevas tecnologías. El modelo de relación entre los ciudadanos y los servicios sanitarios está diversificando los canales de comunicación predominantes, presenciales y telefónicos, en beneficio de otros basados en telecomunicaciones automáticas cada vez más interactivas. A través de ellas, las personas pueden citarse por Internet, recibir recordatorios de agenda en su móvil, realizar trámites para prestaciones y acceder a sus informes clínicos desde casa.

Los profesionales sanitarios quieren trabajar con los medios adecuados. Uno de ellos es la información, cuya gestión es un elemento crítico en el ámbito asistencial. Otro es el tiempo, recurso escaso que debe ser bien administrado. Y ambos pueden beneficiarse de las TIC: una buena gestión electrónica de agendas, el registro digital de los datos clínicos y su recuperación rápida y estructurada, la prescripción electrónica o la liberación de actos repetitivos de contenido altamente burocrático, pueden ayudar a trabajar mejor y aumentar la calidad de la atención.

La administración sanitaria debe poner todos los medios a su alcance para la correcta prestación del servicio público. Sin embargo, también debe moverse dentro de los límites de la racionalidad y procurar que toda innovación que introduzca mejore realmente la situación anterior, sea sostenible económicamente y aceptada por la organización y la ciudadanía.

Dicho esto, es necesario hacer tres consideraciones básicas. La primera es que la introducción de nuevos medios técnicos, en cualquier actividad, suele exigir cambios en su enfoque funcional y no sólo en el «modo» de trabajar. Un error frecuente es pensar que la tecnología debe, sin más, facilitar lo que se viene haciendo, sin haber reflexionado sobre qué hacemos, para qué lo hacemos, cómo lo hacemos y si es necesario seguir haciéndolo una vez que disponemos de las TIC. Este análisis es ineludible y debe estar liderado por los responsables de la actividad, teniendo a la parte técnica alineada con los objetivos funcionales. Hay que solicitar la participación de los diferentes agentes implicados, aunque ello implique un esfuerzo considerable de trabajo y tiempo: nadie puede perfeccionar los procesos mejor que quienes intervienen en ellos. Como se ve en la tabla 4, es necesario contemplar objetivos e indicadores que evalúen el uso de esta herramienta.

La segunda reflexión es que la gestión de los servicios sanitarios incorporando las TIC suele suponer un nuevo reparto de tareas, pues comporta una transferencia de responsabilidades entre los agentes que intervienen en un proceso. Con las TIC se tienen información y medios para tomar decisiones o ejecutar acciones en puntos y por personas que antes no podían hacerlo. Es preciso, pues, estar dispuestos a asumir nuevos escenarios y nuevas competencias en el trabajo diario, que suelen necesitar formación o adiestramiento y que pueden rozar la sensibilidad corporativa. La tercera y última reflexión se refiere a que sería muy poco inteligente restringir las ventajas que proporcionan las TIC al ámbito de cada comunidad autónoma. Teniendo en cuenta que anualmente más de 4,5 millones de ciudadanos reciben asistencia fuera de su comunidad, es inexcusable no extender al conjunto del SNS los beneficios que las TIC reportan. En este sentido, el Consejo Interterritorial ha sido unánime en el acuerdo sobre la necesidad de que los ciudadanos sigan

Tabla 4

Objetivos e indicadores para la evaluación del «uso significativo» de la historia clínica electrónica¹⁴

Indicadores básicos	
1	Utilización de registro de su prescripción (<i>computerized provider order entry [CPOE]</i>).
2	Chequeo de interacción de medicamentos y alergias a medicamentos.
3	Mantener una lista actualizada de problemas y diagnósticos activos.
4	Generar y transmitir electrónicamente recetas electrónicas (eRx).
5	Mantener la lista de medicamentos activos.
6	Lista de alergia a medicamentos.
7	Registro de datos demográficos (idioma, sexo, raza, etnia, fecha de nacimiento, etc.).
8	Registro y gráficas de signos vitales (altura, peso, presión arterial, índice de masa corporal, tablas crecimiento y de peso de los 2 a los 20 años de edad).
9	Registro del consumo de tabaco a partir de los 13 años de edad.
10	Informe de medidas de calidad clínica ambulatoria.
11	Poner en práctica sistemas de apoyo a la toma de decisiones correspondientes a la especialidad clínica o de alta prioridad.
12	Proporcionar a los pacientes, a petición suya, una copia electrónica de su información sanitaria (incluyendo resultados de las pruebas de diagnóstico, la lista de problemas, las listas de medicamentos y las alergias a medicamentos).
13	Proporcionar resúmenes clínicos para los pacientes en cada visita al consultorio.
14	Capacidad de intercambiar por vía electrónica información clínica clave (p. ej., lista de problemas, lista de medicación, alergias y resultados de pruebas diagnósticas), entre profesionales, entre éstos y el paciente, y con entidades autorizadas.
15	Proteger la información de salud electrónica creada o mantenida por la historia clínica electrónica mediante la aplicación de la tecnología adecuada.
Menú de indicadores opcionales	
1	Implementar un vademécum o formulario de medicamentos.
2	Incorporar los resultados de pruebas clínicas de laboratorio en la historia como datos estructurados.
3	Generar listas de pacientes por enfermedades o condiciones específicas para su uso en la mejora de la calidad, en investigación, en divulgación, etc.
4	Enviar recordatorios de medidas preventivas o de seguimiento a los pacientes según su preferencia.
5	Proporcionar a los pacientes acceso a la información electrónica de salud (incluyendo resultados de laboratorio, lista de problemas, listas de medicamentos y alergias) durante los 4 días hábiles siguientes a estar disponible la información.
6	Utilizar tecnología dentro de la historia para identificar recursos educativos específicos para cada paciente, y proporcionar estos recursos al paciente si procede.
7	El profesional que recibe un paciente de otro centro de atención médica o proveedor de cuidados, o que cree que el encuentro es relevante, debe realizar la reconciliación de medicamentos.
8	El profesional que remite su paciente a otro centro de atención médica o proveedor de cuidados, o que realiza una interconsulta de sus pacientes a otro profesional, puede proporcionar un resumen para cada transición o remisión.
9	Capacidad para enviar los datos electrónicos de los registros de vacunación o inmunización a los sistemas de información necesarios de acuerdo a la ley aplicable.
10.	Capacidad para enviar los datos electrónicos de los registros de enfermedades declarables a los sistemas de información de salud pública de acuerdo a la ley aplicable.

recibiendo en sus desplazamientos los beneficios que su servicio de salud les ofrece en cuanto a información clínica disponible.

Maquinas. Análisis DAFO de la situación española en cuanto a tecnologías de la información y su impacto en los servicios sanitarios

Fortalezas

España es uno de los países desarrollados con mayor porcentaje de consultas de atención primaria informatizadas, mucho más alto que el de otros países. Esto es así, entre otras cosas, como

consecuencia del modelo de atención primaria español, muy homogéneo y dependiente prácticamente por completo y hasta hace poco de un sistema nacional de salud.

El predominio de un solo financiador (sistema público) permite que, en España, las decisiones acerca de proveedores o estrategias de sistemas de información estén muy centralizadas, lo que favorece la rápida implantación de estándares, al menos en el ámbito de influencia del decisor (en nuestro caso de cada comunidad autónoma). Además, como consecuencia del monopolio histórico, la posterior privatización y una fuerte internacionalización, hay empresas españolas de telecomunicaciones muy potentes y con capacidad de inversión en I + D².

Debilidades

Hay una escasa, por no decir inexistente, interoperabilidad entre los sistemas de información clínica de las distintas comunidades autónomas, y mejorable entre los distintos niveles asistenciales dentro de la misma comunidad. Así mismo, hay una pobre integración con otros sistemas de información relacionados con la salud.

La excesiva politización de la gestión sanitaria conlleva una costumbre de control de la información que no favorece la integración de sistemas de información y dificulta el acceso a los datos asistenciales y a los indicadores de calidad. Como una tradición de nuestro país, los sistemas de información sanitaria se han desarrollado bajo modelos de *software* privativo realizados por empresas heterogéneas, en muchos casos de ámbito local. Esto provoca la existencia de datos cautivos, es decir, la dificultad de cambiar de proveedor secundaria al coste de transferir los datos a otra plataforma tecnológica, consecuencia de las estrategias competitivas de dichas empresas en el mercado.

Existe, por otra parte, una escasa cultura de evaluación previa a la implantación de nuevas tecnologías informáticas en el ámbito sanitario, y una clara ruptura entre el nivel de gestión y los profesionales clínicos que repercute negativamente en la implantación de estos sistemas de información. El modelo operativo asistencial altamente burocratizado, con un sistema de prescripción obsoleto y orientado a la facturación, ha consumido numerosos recursos dedicados a dar una solución tecnológica a este problema, en detrimento de su uso en el desarrollo de funcionalidades con impacto clínico real.

La crisis económica, de especial impacto y mayor duración de la esperada en España, está provocando un recorte presupuestario en el gasto público, una caída en el consumo interior y una escasa inversión en I + D, lo que probablemente repercutirá de manera negativa en el desarrollo de soluciones tecnológicas innovadoras en el ámbito sanitario español en los próximos años.

Amenazas

En el futuro de la interacción de los sistemas de información y los servicios sanitarios se vislumbran algunas amenazas, como los problemas relacionados con la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes y con los datos del perfil prescriptor de los profesionales, de gran valor comercial tanto para la industria biomédica como para todo tipo de sectores económicos (aseguradoras, gran consumo, etc.).

Subsiste un riesgo real de cautividad de los datos y de dependencia tecnológica, en un sector como el de la asistencia sanitaria que puede considerarse como estratégico para el estado. Es importante no obviar el establecimiento de mecanismos de control que permitan la independencia con respecto al proveedor tecnológico, no sólo teórica o legal sino práctica; es decir, en términos económicos y operativos. Por último, amenaza la posibilidad, no improbable, de desintegración de la interoperabilidad por influencia de intereses políticos contrapuestos a los técnicos y asistenciales.

Oportunidades

Los nuevos avances en TIC ofrecen numerosas oportunidades, entre las que podemos señalar la integración de datos epidemiológicos y ambientales con datos clínicos, posible gracias al abaratamiento de los costes de almacenamiento y transmisión, circunstancia que permite desligar físicamente los datos de los sistemas de procesamiento. La unión entre la «computación en la nube» o «computación ubicua» y los nuevos sistemas de información geolocalizada combinados con datos de historia clínica y de actividad asistencial, más posibilidad de integrar datos generados por los propios pacientes (con dispositivos móviles, por ejemplo), abre numerosas posibilidades de innovación y de creación de soluciones tecnológicas con un potencial impacto en la salud de la población.

El nivel asistencial de atención primaria es aún muy homogéneo en sus métodos de organización y trabajo en toda España, lo que permitiría la rápida adopción de estándares en cuanto a sistemas de información si llegaran a definirse.

Hay diversas experiencias exitosas con el uso de *software* libre en la administración pública que podrían extenderse al ámbito sanitario, así como diversos proyectos en España de alto potencial si se impulsara su interoperatividad (BIFAP, atlas de variación en la práctica médica, etc.).

Conclusiones

Durante los últimos 50 años, los sistemas clínicos han sido objeto de una importante evolución. La HCE parece ser el objetivo final de los que ven el valor de los sistemas de información para una mejor atención a los pacientes. Antes de que los beneficios de la HCE puedan visualizarse queda mucho por hacer en las áreas de interoperabilidad, entrada de datos, interfaces de usuario, diseño de las bases de datos y seguridad. En nuestro país, en atención primaria se ha considerado a la HCE como parte fundamental del proceso asistencial, con un grado de cobertura importante y superior al de muchos países. Sin embargo, los modelos actuales se han impuesto con criterios más tecnológicos y políticos que clínicos y profesionales. En este sentido, las medidas de armonización comandadas por el ministerio son muy apreciables, si bien se están realizando con demasiada lentitud.

Internet y la Web 2.0 son hitos tecnológicos de gran potencial en sanidad. Aunque es necesaria más investigación sobre ellos, es poco discutible que los nuevos instrumentos 2.0 y las ideas que los sustentan modificarán de manera sustancial el modo de trabajar en el entorno sanitario.

En los dos casos seguirá siendo imprescindible un profesional experto que utilice las TIC en función del contexto y según las características específicas de cada paciente.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han contribuido en la idea original, la concepción inicial del trabajo y la redacción final del manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Gérvas J. Expectación excesiva acerca de la pronta implantación de la historia clínica electrónica. *SEMERGEN*. 2000;26:3-4.
- García Olmos L, Bravo Toledo R, Gérvas Camacho J, et al. Influencia de la informatización de la atención primaria en el trabajo de los profesionales y en la salud de la población. En: XXVIII Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid. *Aten Primaria*. 2008;40 Supl 1:11-3.
- El sistema de historia clínica digital en el Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas sanitarias. Ministerio de Sanidad y Política Social 2009; NIPO 840-09-110-6. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Consultado en junio de 2011.) Disponible en: <http://www.mspsi.es/profesionales/hcdsns/home.htm>
- Delpierre C, Cuzin L, Fillaux J, et al. A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: more randomized clinical trials or a broader approach? *Int J Qual Health Care*. 2004;16:407-16.
- Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. Evidence Report/Technology Assessment No. 132. AHRQ Publication No. 06-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
- Häyrynen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *Int J Med Inform*. 2008;77:291-304.
- McAlearney AS, Song PH, Robbins J, et al. Moving from good to great in ambulatory electronic health record implementation. *J Health Qual*. 2010;32:41-50.
- Schiff GD, Bates DW. Can electronic clinical documentation help prevent diagnostic errors? *N Engl J Med*. 2010;362:1066-9.
- DesRoches CM, Campbell EG, Rao SR, et al. Electronic health records in ambulatory care, a national survey of physicians. *N Engl J Med*. 2008;359:50-60.
- Gavilán E, Jiménez L. Innovaciones tecnológicas interactivas de comunicación e información aplicadas a la salud: una aproximación crítica. *Salud*. 2000;129:20-4.
- Hartzband P, Groopman J. Untangling the web. Patients, doctors and the internet. *N Engl J Med*. 2010;362:1063-5.
- Cook DA, Levinson AJ, Garside S, et al. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*. 2008;300:1181-96.
- Black AD, Car J, Pagliari C, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Med*. 2011;8:e1000387.
- Blumenthal D, Tavenner M. The "meaningful use" regulation for electronic health records. *N Engl J Med*. 2010;363:501-4.

Guías de práctica clínica y atención primaria. Informe SESPAS 2012

Gerardo Atienza^{a,*}, Joaquim Bañeres^{b,c} y Francisco Javier Gracia^d

^a Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, Consellería de Sanidade, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^b Institut Universitari Avedis Donabedian, Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^d Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Agencia Laín Entralgo, de la Consejería de Sanidad, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de marzo de 2011

Aceptado el 21 de julio de 2011

On-line el 11 de octubre de 2011

Palabras clave:

Guías de práctica clínica

Implementación

Evaluación de tecnologías sanitarias

R E S U M E N

Las guías de práctica clínica pretenden servir de puente entre los niveles de decisión y las fuentes de conocimiento, ofreciendo a los decisores la mejor síntesis de la evidencia científica y un análisis del contexto, para proporcionar elementos de juicio y poder trasladar el conocimiento científico a la práctica clínica. Sin embargo, su impacto real en la asistencia sanitaria es variable y la efectividad a la hora de cambiar la práctica médica moderada. Estudios cualitativos y cuantitativos nos muestran que para la mayoría de los médicos de atención primaria las guías son una valiosa fuente de asesoramiento y formación, y creen que mejoran la calidad de la atención sanitaria. No obstante, subrayan su rigidez, la dificultad para aplicar a pacientes individuales y que su objetivo es reducir costes sanitarios. En España existen diversas experiencias en la elaboración de guías de práctica clínica, muchas de ellas dirigidas específicamente a atención primaria, siendo destacable el papel que en este sentido está jugando GuíaSalud. Pero la adecuada implementación de una guía de práctica clínica incluye no solamente la calidad y la rigurosidad de las evidencias utilizadas para desarrollarla, sino también la credibilidad de los profesionales y las organizaciones que la elaboran y otros factores contextuales, como características de los pacientes, de los proveedores y de las organizaciones o sistemas. Un importante paso en la investigación futura será desarrollar una mejor comprensión teórica sobre el cambio organizativo que se requiere para que los sistemas de gestión y los profesionales den la orientación adecuada a la implementación de las guías de práctica clínica.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Clinical practice guidelines and primary care. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Clinical practice guidelines are intended to serve as a bridge between the decision levels and the sources of knowledge, giving decision makers the best synthesis of scientific evidence and an analysis of context, to provide elements of judgement and to transfer scientific knowledge into clinical practice. However, the actual impact on health care is variable and effectiveness in changing medical practice, moderate. Qualitative and quantitative studies show that most primary care physicians consider that the guides are a valuable source of advice and training and a kind of improving the quality of healthcare. However, they underline its rigidity, the difficulty to apply to individual patients and that their main goal is to reduce healthcare costs. In Spain, there are several experiences as GuíaSalud in developing clinical practice guidelines aimed specifically at primary care. However, the proper implementation of a clinical practice guideline includes not only the quality and thoroughness of the evidence, but the credibility of professionals and organizations and other contextual factors such as characteristics of patients, providers and organizations or systems. An important step in future research is to develop a better theoretical understanding of organizational change that is required for management and professionals to give appropriate guidance to the implementation of the clinical practice guidelines.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Percepciones y actitudes de los profesionales de atención primaria hacia las guías de práctica clínica

Las guías de práctica clínica son herramientas que tienen por objetivo promover una mayor calidad y equidad en la prestación de la asistencia sanitaria, además de servir de ayuda a la toma de decisiones¹. Su principal finalidad es trasladar el conocimiento científico a recomendaciones específicas que ayudarán al clínico a

disminuir su incertidumbre en la toma de decisiones y a resolver los problemas que surgen en la práctica clínica. Además, las guías de práctica clínica dan un nuevo protagonismo a los pacientes mediante su participación activa en las decisiones que afectan a su salud.

Se ha observado que la adecuada implementación de una guía de práctica clínica mejora los resultados en salud. Sin embargo, su impacto real en la asistencia sanitaria es variable, y la efectividad a la hora de cambiar la práctica médica resulta moderada^{1,2}. Podría hablarse, pues, de la existencia de una brecha entre la producción de información científica y su utilización en la práctica asistencial³, y son muchos los factores que intervendrían como barreras o como

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardo.atienza.merino@sergas.es (G. Atienza).

Puntos clave

- Las guías de práctica clínica tienen por objetivo promover una mayor calidad y equidad en la prestación de la asistencia sanitaria, y servir de ayuda a la toma de decisiones.
- Sin embargo, debido a factores relacionados con su elaboración e implementación, el impacto real en la asistencia es variable y la efectividad a la hora de cambiar la práctica médica resulta moderada.
- Es necesaria una forma más apropiada y cooperativa de trabajo conjunto y de diálogo continuado entre los generadores de conocimiento científico, los gestores, los clínicos y los pacientes.

facilitadores en la transferencia del conocimiento científico a la toma de decisiones.

Diferentes estudios cualitativos y cuantitativos han analizado los factores que intervienen en el uso de las guías de práctica clínica, y las percepciones que los clínicos tienen de ellas. Farquhar et al.⁴ nos muestran una primera visión general de la frecuencia y la distribución de estas actitudes hacia la implementación de guías de práctica clínica, aunque no un entendimiento de lo que a ellas subyace. Para la mayoría de los encuestados (médicos de atención primaria y de hospital), las guías de práctica clínica son una valiosa fuente de asesoramiento y formación, y creen que mejoran la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, algunos consideran también que su objetivo es reducir costes sanitarios y otros subrayan su rigidez, la dificultad para aplicar a pacientes individuales y la percepción de que pueden ser una fuente de litigios y de acciones disciplinarias. Por su parte, Saillour-Glenisson y Michel⁵ identifican tres áreas relevantes de factores facilitadores o de barreras para la utilización del conocimiento científico en la toma de decisiones. Dichas áreas estarían en relación con la propia guía de práctica clínica (forma, tema, aplicabilidad, calidad científica, visibilidad, adaptabilidad local e implicaciones médico-legales), con el clínico (conocimiento de las guías de práctica clínica, actitud y conformidad con sus recomendaciones, características psicológicas, sociodemográficas y económicas, satisfacción en el trabajo y formación previa) y con factores humanos (ligados a sus compañeros de trabajo o al paciente) o de la propia organización (estructura, contexto financiero, competencias, etc.).

Una revisión sistemática de estudios cualitativos⁶ centrada en conocer las actitudes y la experiencia de los médicos de atención primaria en el uso de las guías de práctica clínica identifica seis grandes áreas:

- 1) Cuestionamiento de las guías de práctica clínica: el fundamento científico de las guías de práctica clínica produce escepticismo entre los médicos, en concreto la validez externa de los resultados y su extrapolación a pacientes individuales.
- 2) Contraste entre la práctica médica y las recomendaciones de las guías de práctica clínica: se las percibe como instrumentos poco flexibles para evaluar la complejidad de las circunstancias individuales de los pacientes.
- 3) Miedo a no poder preservar la relación médico-paciente.
- 4) Responsabilidad profesional: aunque se considera que el seguimiento de una guía de práctica clínica puede proteger al médico de posibles procesos legales, muchos médicos prefieren seguir su propio criterio, en especial cuando se trata de guías que apoyan el recorte de pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- 5) Aspectos prácticos: falta de tiempo para leer, evaluar y seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica, así como falta de recursos y de habilidades con los nuevos procedimientos.

Tabla 1

Principales barreras percibidas por los clínicos para la implementación de las guías de práctica clínica

- Cuestionamiento de la validez externa de las guías de práctica clínica.
- Rigidez y dificultad para aplicar a pacientes individuales.
- Pueden hacer peligrar la relación médico-paciente.
- Fuente de litigios y de acciones disciplinarias.
- Pueden afectar a la responsabilidad profesional.
- Escasez de tiempo, y falta de recursos y habilidades con los nuevos procedimientos.
- Formato de la guías de práctica clínica: necesidad de ser cortas, sencillas y de incluir folletos de información a pacientes.
- Actitud negativa hacia las guías de práctica clínica de tipo prohibitivo o restrictivo, y hacia las desarrolladas por instituciones gubernamentales.
- Temor al papel de la industria farmacéutica en la elaboración de las guías de práctica clínica, y a que en sus recomendaciones prevalezcan los motivos económicos sobre los clínicos.

Fuente: elaboración propia.

- 6) Formato de la guía de práctica clínica: determinante de la actitud del médico de atención primaria. Hay consenso sobre que deben ser cortas, sencillas e incluir folletos de información a pacientes.

Por último, la síntesis de los estudios cualitativos incluidos en esta revisión sistemática sugiere que el propósito de la guía de práctica clínica puede influir en cómo es recibida e implementada por el médico de atención primaria. Así, las guías de práctica clínica de tipo prescriptivo (las que animan a utilizar nuevas intervenciones o actitudes diagnósticas o terapéuticas) serían mejor recibidas por el clínico que las de tipo prohibitivo o restrictivo.

En los últimos años se han publicado nuevos estudios que constatan el grado de conocimiento y las actitudes de los profesionales sanitarios hacia las guías de práctica clínica, con conclusiones similares a las ya expuestas. En la tabla 1 se muestra un resumen de las principales barreras percibidas por los clínicos para la implementación de las guías de práctica clínica.

Las guías de práctica clínica en el contexto de la atención primaria

Son muy escasos los estudios realizados en España sobre el papel de las guías de práctica clínica en atención primaria. Un estudio realizado con el fin de explorar las necesidades de los posibles usuarios de productos de evaluación de tecnologías sanitarias mostró que una de las demandas de atención primaria era su colaboración en el desarrollo de guías de práctica clínica; en la tabla 2 puede observarse la priorización realizada en función del tipo de organización participante⁷. Sin embargo, su implementación y utilización no son las deseadas, y como principal barrera se señala la escasa implicación de las instituciones y en un segundo plano las actitudes de los profesionales⁸. Otro estudio muestra la utilidad de las guías de práctica clínica para agilizar la toma de decisiones y dar seguridad, si bien existe la duda de su objetividad y de que sus recomendaciones puedan aplicarse a pacientes individuales⁹. En la actualidad está en marcha un estudio con técnicas cualitativas y cuantitativas con el objetivo de explorar, tanto en el ámbito de atención primaria como en el de especializada, cuáles son las percepciones y las actitudes de los profesionales españoles hacia las guías de práctica clínica y los sistemas de gradación de recomendaciones¹⁰.

Conscientes de la importancia de las guías de práctica clínica, en el año 2002 se creó GuíaSalud, organismo del Sistema Nacional de Salud entre cuyas funciones se encuentra la promoción del desarrollo de guías de práctica clínica y de otros productos basados en la evidencia científica¹¹. Uno de sus primeros frutos fue la elaboración de un manual metodológico de elaboración de guías de práctica clínica, consistente en la revisión sistemática y explícita de la evidencia y en su transformación en recomendaciones

Tabla 2

Las diez prioridades globales en la evaluación de tecnologías estratificadas por tipo de organización

Ranking global	Producto	Atención primaria	Hospitales públicos	Hospitales privados	Departamentos de salud
1	Evaluaciones económicas de tecnologías	6	2	2	2
2	Uso apropiado de tecnologías	7	1	1	*
3	Revisiones rápidas - HTA Rapid Reviews	2	3	-	8
4	Informes de evaluación de tecnologías sanitarias	4	6	8	1
5	Estudios de evaluación de fármacos	1	7	-	6
6	Monitorización de tecnologías emergentes	8	5	9	5
7	Viabilidad de la incorporación de tecnologías en los centros	10	4	-	9
8	Revisiones sistemáticas de tecnologías	3	9	5	4
9	Evaluación de procedimientos médicos y quirúrgicos	9	8	7	-
10	Colaboración en el desarrollo de guías de práctica clínica	5	10	3	-

Fuente: elaboración propia, basada en Andradras et al.⁷. Las celdas vacías indican que los productos y los servicios en el ranking global no figuran entre las diez prioridades en todas las organizaciones implicadas.

Tabla 3

Guías de práctica clínica en relación con atención primaria en el marco de GuíaSalud

	N/total ^a	SM	Neumo	Reu-Tra	Card	Neuro	Onco-Dol-Pal	Uro	Dig	Vasc	End	Var	Gine
Catálogo general (Medicina) ^b	53/96	5	8	6	7	3	4	5	6	3	1	3	2
Catálogo general (Enfermería) ^c	7/96	1	1	1	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Programa de guías de práctica clínica en el SNS ^d	16/21	7	2	1	-	2	1	1	-	-	2	-	-

Fuente: elaboración propia.

SM: salud mental; End: endocrinología; Onco: oncología; Dol: dolor; Pal: cuidados paliativos; Neuro: neurología; Neumo: neumología; Uro: urología; Reu: reumatología; Tra: traumatología; Card: cardiología; Dig: digestivo; Gin: ginecología; SNS: Sistema Nacional de Salud; Vasc: cirugía vascular; Var: enfermedades infecciosas, oftalmología, cirugía plástica.

^a El número total de guías de práctica clínica incluidas en el Catálogo es de 96, y en el Programa de 21.

^b Guías catalogadas como pertenecientes a la especialidad de medicina familiar y comunitaria.

^c Guías catalogadas como especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

^d Guías de práctica clínica que hacen referencia explícita en su alcance al ámbito de atención primaria.

orientadas a la práctica clínica¹². El catálogo de GuíaSalud cuenta, en el momento de redactar este artículo, con 96 guías de práctica clínica, de las cuales 60 se enmarcan en el ámbito de la medicina o de la enfermería familiar y comunitaria (tabla 3). GuíaSalud también dispone de un Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud, y dentro de él ya se han elaborado 21 guías, de las que 16 pertenecen al ámbito de la atención primaria (tabla 3).

En la elaboración de estas guías de práctica clínica se ha contado con la participación de profesionales de atención primaria en los grupos de trabajo, así como con las sociedades científicas de la especialidad, tanto nacionales como autonómicas. Esto ha supuesto una de las claves del éxito en su realización, incluyendo no sólo a los profesionales de la medicina sino también a los de enfermería y trabajo social como parte de los equipos de trabajo. Otro de los aspectos clave que probablemente influya en la implementación de estas guías, en especial en relación con la salud mental, ha sido la implicación de los pacientes en el propio proceso de elaboración, teniendo en cuenta sus preferencias mediante la incorporación de evidencia cualitativa o de investigación cualitativa primaria al respecto de sus puntos de vista sobre los aspectos abordados en las guías de práctica clínica, o bien a través de la participación directa de los pacientes en los propios grupos de elaboración de las guías¹³. La experiencia acumulada sobre la evaluación de tecnologías sanitarias, tanto en revisiones sistemáticas como en el esfuerzo de contextualización, en este caso en atención primaria, ha llevado a puntos de partida cruciales para la elaboración de guías de calidad. Las guías de práctica clínica son, por tanto, una de las herramientas con que la evaluación de tecnologías sanitarias puede ayudar a la atención primaria, pero no hay que olvidar que la atención primaria puede beneficiarse, a su vez, de otros productos de la evaluación de tecnologías sanitarias muy útiles para la macrogestión, la mesogestión y la microgestión en este contexto.

A pesar de todo, debe hacerse un esfuerzo en la implementación de estos productos y en la evaluación de las estrategias de implementación. En este sentido, tanto en España como en otros países se está promoviendo la cultura de la evaluación, en relación con la implementación de las guías de práctica clínica, así como de otros productos basados en la evidencia^{14,15}.

Desarrollo e implementación de las guías de práctica clínica

Anteriormente comentábamos que la efectividad de la aplicación de las guías de práctica clínica era sólo moderada, y que ello podría atribuirse en parte a factores como los sesgos en su elaboración y a los déficit en su implementación. Estos dos factores merecen una especial atención y seguidamente serán analizados.

Los profesionales sanitarios afrontan diariamente un importante número de decisiones en su práctica clínica y asistencial. La información necesaria para tomar esas decisiones requiere la lectura y la evaluación crítica de una gran cantidad de estudios que muchas veces superan la capacidad de asimilación de la mayoría de los profesionales. Si tenemos que señalar uno de los grandes logros de las guías de práctica clínica y de la filosofía de la medicina basada en la evidencia es que, cuando se han aplicado adecuadamente, han contribuido a ordenar y poner en el pensamiento y en la acción de muchos de estos profesionales elementos racionales para la toma de decisiones, estimulando un espíritu que tiene en cuenta las pruebas científicas para la práctica diaria. A ello ha contribuido el sistema GRADE¹⁶, que proporciona una puntuación de la calidad de las evidencias y de la fuerza de las recomendaciones explícito, exhaustivo y transparente, y el intento del Institute of Medicine de elaborar estándares para el desarrollo de guías de práctica clínica fidedignas¹⁷.

Además de la incertidumbre inherente a la práctica sanitaria, tenemos que añadir la que en muchas ocasiones suscitan las propias guías de práctica clínica. El fenómeno de proliferación de las guías,

a veces poco rigurosas y con excesivas pretensiones de exhaustividad, se pone de manifiesto en las cifras del National Guideline Clearinghouse, que tiene registradas 2373 guías de práctica clínica elaboradas por 288 organizaciones¹⁸, y en muchas ocasiones son organizaciones diferentes que elaboran guías para la misma enfermedad y llegan a distintas conclusiones, incluso contrapuestas¹⁹. En un reciente estudio²⁰ sobre la calidad de la evidencia en las guías de cardiología se halló, entre más de 7000 recomendaciones, que sólo el 11% se basaba en datos de ensayos clínicos controlados y un 48% en la opinión de expertos, en series de casos o en estándares de atención, con la consiguiente escasa fuerza de las pruebas del más bajo nivel de evidencia. Todo ello es especialmente desconcertante si tenemos en cuenta la enorme cantidad de literatura científica publicada en la última década sobre las enfermedades cardiovasculares.

Uno de los principales sesgos que se han descrito respecto a la elaboración de guías de práctica clínica es el financiero²¹, a propósito de la inquietud que plantea en los profesionales la relación con la industria. Así, de 44 guías de práctica clínica respaldadas por sociedades científicas europeas o norteamericanas, en el 87% de los casos los autores tenían algún tipo de vínculo con la industria farmacéutica²².

Otro sesgo que cabe destacar es que muchas veces las guías de práctica clínica no contemplan la complejidad de los pacientes con comorbilidad, o que no hay una adecuada integración entre diferentes enfermedades que suelen asociarse y que convierten el tratamiento de estos pacientes en atención primaria en uno de sus principales desafíos. Paradójicamente, muchas guías de práctica clínica tratan de abarcar todos los aspectos de una enfermedad, cubriendo hasta sus últimos detalles, y son excesivamente exhaustivas, por lo que pueden hacer que los profesionales que las consulten se "pierdan" en lo accesorio.

El segundo aspecto a que hacíamos referencia es la implementación de las guías de práctica clínica y sus dificultades. Los factores que están asociados con la implementación exitosa de las guías de práctica clínica incluyen la calidad y la rigurosidad de las evidencias utilizadas para su desarrollo, la credibilidad de los profesionales y las organizaciones que la elaboran, y otros factores contextuales, como las características de los pacientes, de los proveedores y de las organizaciones o sistemas. Una aproximación para mejorar la implementación de las guías de práctica clínica es dirigir los esfuerzos hacia estos factores contextuales que desempeñan un importante papel en la variabilidad de la práctica clínica:

- La estructura: recursos humanos y materiales, carga de trabajo, existencia de normas, protocolos y procedimientos
- Cultura de la organización: elementos como las características del liderazgo, la comunicación interna y externa, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos.
- Sistemas de comunicación: canales formales e informales para compartir la información.
- Apoyo del liderazgo: grado en que la dirección y otros responsables están preparados para afrontar cambios en el sistema relacionados con la práctica clínica y la calidad de la atención.
- Conocimiento, habilidades y actitudes de los profesionales que implantan la guías de práctica clínica.
- Relaciones interdisciplinarias: capacidad de trabajo en equipo por parte de las diferentes disciplinas implicadas.

En la medida en que los sistemas de gestión sean capaces de tener en cuenta estos elementos para valorar la predisposición de la organización para implantar guías de práctica clínica, preguntándose de forma franca si se está en condiciones de prestar el apoyo y realizar el seguimiento adecuado, la probabilidad de su aplicación con buenos resultados aumentará.

De cara a la implementación de las guías de práctica clínica, cabe destacar el papel que pueden desempeñar en el futuro los sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones, que han demostrado ser las intervenciones dirigidas a los profesionales más efectivas¹. En este sentido podría citarse la historia clínica electrónica en el acceso y la utilización de guías, o herramientas como los *Consensus abstracts* para móviles de The National Library of Medicine²³, fáciles de leer, muy accesibles y que proporcionan al lector un rápido resumen cuando no es posible una valoración completa de los artículos.

Un importante paso en la futura investigación será desarrollar una mejor comprensión teórica sobre el cambio organizativo que se requiere para que los sistemas de gestión y los profesionales den la orientación adecuada a la implementación de las guías de práctica clínica. Ahora bien, debemos destacar los cambios ya producidos para mejorar tanto la elaboración de las guías como su implementación, que se han concretado en manuales metodológicos^{12,14} dentro del Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (GuíaSalud)¹¹, así como la traducción y difusión del instrumento AGREE²⁴, que ha contribuido a que los profesionales puedan valorar la calidad de las guías de práctica clínica y confiar en aplicar sus recomendaciones. Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias han participado activamente en la elaboración de estos manuales, aportando su experiencia tanto de evaluación y síntesis de la evidencia científica como de evaluación del contexto propiamente dicho, tan importante en atención primaria. Cabe esperar, pues, una aceptación cada vez mayor de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales del sistema sanitario, quienes también están participando en los grupos que las elaboran.

Conclusiones y propuestas

Dentro del contexto de la evaluación de tecnologías sanitarias, las guías de práctica clínica tienen como objetivo ayudar al clínico a disminuir su incertidumbre en la toma de decisiones, y en este sentido, en los últimos años se ha hecho un esfuerzo para su elaboración, muchas de ellas destinadas específicamente a atención primaria, en las cuales sus profesionales han aportado su experiencia tanto de evaluación y síntesis de la evidencia científica como de evaluación del contexto propiamente dicho.

Ahora bien, la utilización con éxito de la evidencia científica y la implementación de las recomendaciones obtenidas a través de ella no siempre se produce de forma adecuada, y es escasa la investigación que se ha hecho en España sobre las barreras, las actitudes y las percepciones de los profesionales sanitarios ante la implantación de las guías de práctica clínica. Estas dificultades en la aceptación y la implementación de las guías de práctica clínica hacen necesario desarrollar una nueva forma, más apropiada y cooperativa, de trabajar de manera conjunta, estableciendo un diálogo continuado entre los generadores de conocimiento científico, los gestores, los clínicos y los pacientes. En este sentido, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud ha intentado homogeneizar una propuesta metodológica, tanto de elaboración como de implementación de guías de práctica clínica, que sin duda contribuirá a superar las barreras y los obstáculos identificados, y a fomentar un mejor uso de los resultados de la investigación en la toma de decisiones.

Contribuciones de autoría

Cada uno de los autores se encargó de desarrollar una de las partes del artículo. G. Atienza unificó el documento con la bibliografía y propuso una serie de modificaciones que fueron aceptadas por los demás autores.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8:1-72.
- Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:385-92.
- Atienza Merino G, Varela Lema L. Needs and demands of policy-makers. En: *World Health Organization, editor. Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential. Geneva: World Health Organization; 2008.*
- Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. *Med J Aust*. 2002;177:502-6.
- Saillour-Glenisson F, Michel P. Individual and collective facilitators of and barriers to the use of clinical practice guidelines by physicians: a literature review. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51:65-80.
- Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract*. 2007;57:971-8.
- Andradas E, Blasco JA, Valentín B, et al. Defining products for a new health technology assessment agency in Madrid, Spain: a survey of decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24:60-9.
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Análisis del cuestionario sobre implantación y utilización de guías de práctica clínica: instrumentos, recursos y redes. 2003. (Consultado el 7/1/2011.) Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/historia>.
- Fernández Sánchez A, Sánchez Carracedo D, Navarro Rubio MD, et al. Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio. *Atención Primaria*. 2010;42:552-8.
- Kotzeva A, Sola I, Carrasco JM, et al. Perceptions and attitudes of clinicians in Spain toward clinical practice guidelines and grading systems: a protocol for a qualitative study and a national survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:328.
- Guíasalud. Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). (Consultado el 1/2/2011.) Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>.
- Grupo de trabajo sobre guías de práctica clínica. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01.
- Díaz del Campo P, Gracia J, Blasco JA, et al. A strategy for patient involvement in clinical practice guidelines: methodological approaches. *Qual Saf Health Care*. 2011; en prensa.
- Grupo de trabajo sobre implementación de guías de práctica clínica. Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/02-02.
- Oxman A, Hanney S. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). *Series in Health Research Policy and Systems*. 2009;7 (Suppl 1) (Consultado el 1/2/2011.) Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1>.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-6.
- Institute of Medicine (IOM). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, DC: The National Academics Press; 2011.
- National Guideline Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality. (Actualizado el 21/2/2011; consultado el 25/2/2011.) Disponible en: <http://www.guideline.gov/>.
- Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, et al., AGREE Collaboration. Inside guidelines: comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*. 2002;25:1933-9.
- Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, et al. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA*. 2009;301:831-41.
- Ruano A. El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria. Informe monográfico. SESPAS 2011. (Consultado el 31/3/2011.) Disponible en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Conflicto.de.Intereses.pdf>.
- Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA*. 2002;287:612-7.
- Fontelo P. Consensus abstracts for evidence-based medicine. *Evidence Based Medicine*. 2011;16:36-8.
- AGREE Next Steps Consortium. El Instrumento AGREE II. Zaragoza: Guíasalud; 2009. (Consultado el 7/7/2011.) Disponible en: <http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias.Practica.Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf>.

Aportaciones y perspectivas del equipo multiprofesional a la cartera de servicios en atención primaria. Informe SESPAS 2012

Juan Carlos Llodra Calvo^a, Antoni Oliver^b, M. Montserrat Inglés Novell^c y Alfonso Villa^{a,*}

^a Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, Madrid, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España

^c Unitat de Fisioteràpia i Rehabilitació CAP Catalunya, Direcció de Atenció Primària Tarragona-Reus, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de abril de 2011

Aceptado el 22 de octubre de 2011

On-line el 14 de febrero de 2012

Palabras clave:

Atención primaria
Trabajo en equipo
Odontología
Salud de la mujer
Fisioterapia
Cartera de servicios
Integralidad

R E S U M E N

Para que atención primaria pueda responder a las necesidades de salud en su comunidad, es imprescindible la participación de diversos profesionales. En el centro de salud deben integrarse sus diferentes enfoques y funciones, poniéndolos al servicio de los resultados. Esta orientación exige compartir en el equipo elementos esenciales, como son la historia electrónica, la organización de la atención a diferentes grupos poblacionales, los sistemas de calidad o las interconsultas entre profesionales del mismo centro. Ejemplos de interrelaciones pueden ser una mujer captada en la consulta de embarazo atendida en odontología preventiva, un adulto con hábito tabáquico remitido de odontología al médico de familia o la enfermera, o una paciente con lumbalgia derivada a la consulta de anticoncepción. A continuación se analizan las actuaciones y las perspectivas de diferentes profesiones en la atención a la salud bucodental, la atención a la salud sexual/reproductiva y la atención de fisioterapia.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Contributions and perspectives of the multiprofessional team to the health basket in primary care. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

For primary health care to have an impact on health in the community, the involvement of multiple professionals is essential. The health team should include the knowledge and experience of distinct professional disciplines, with a results-oriented approach. This new approach requires the team to share key elements, such as the electronic record, the organization of care for different population groups, quality systems, and consultations among professionals in the same center. Examples of these interrelations are a woman attending an prenatal visit being referred to preventive dentistry, a smoking adult referred from dentistry to the family doctor or nurse, and a patient with low back pain referred from physiotherapy to a consultation on contraception. The present article analyzes the actions and perspectives of different disciplines in oral health care, sexual health / reproductive care and physiotherapy.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Primary health care
Teams
Odontology
Women's health
Physiotherapy
Health basket
Comprehensive approach

La cartera de servicios en salud bucodental en España. Situación actual y perspectivas de futuro

La asistencia bucodental actual

Desde la implantación de los Programas de Asistencia Dental Infantil (PADI) en el País Vasco y Navarra a principios de la década de 1990 hasta la actualidad, prácticamente todas las comunidades autónomas se han ido incorporando a la prestación asistencial básica en población infantil (7 a 15 años de edad). A partir del Real Decreto 111/2008¹, el Plan de Salud Bucodental pretende equipar esta asistencia básica en todo el territorio nacional. Incluso en los últimos años algunas han ampliado (o están a punto de hacerlo)

las prestaciones hasta los 18 años de edad (es el caso de Navarra, País Vasco y muy recientemente Andalucía). Estos programas tienen por finalidad interceptar la patología de caries en dentición permanente y tratarla en caso de estar ya presente. Tienen una vocación eminentemente preventiva, al tratarse de programas de carácter incremental. Incluyen la prevención y el tratamiento de la dentición permanente (selladores de fisuras, obturaciones, en algunos casos endodoncias, extracciones), en lo que viene a denominarse «asistencia dental básica», generalmente mediante un modelo capítativo en el cual se abona por paciente y año. También se incluyen (aunque en este caso se realice un pago por acto médico) los traumatismos y alteraciones de los dientes anteriores permanentes. Excluyen expresamente la dentición temporal (salvo extracciones) y el tratamiento de la maloclusión. En la tabla 1 se muestran los datos de los PADI por comunidades autónomas, así como datos referentes a tasas de caries e índices de restauración. En algunas comunidades autónomas se han iniciado hace unos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avilla@consejodentistas.es (A. Villa).

Puntos clave

- El principal objetivo de este capítulo es analizar las actuaciones y las perspectivas de diferentes profesiones en la atención a la salud bucodental, la atención a la salud sexual/reproductiva y la atención de fisioterapia.
- Se constata el desarrollo alcanzado en estos aspectos de la cartera de servicios de atención primaria, así como las diferencias de organización y estructura en las distintas comunidades autónomas.
- Se hacen propuestas para profundizar en la integración, no sólo dentro del equipo, sino con los pacientes o sus asociaciones, con otros niveles asistenciales o con las aseguradoras.
- Para que atención primaria pueda responder a las necesidades de salud en su comunidad, es imprescindible la participación de diversos profesionales. En el centro de salud deben integrarse sus diferentes enfoques y funciones, poniéndolos al servicio de los resultados, como se analiza a continuación.

años programas específicos para el tratamiento de la población con discapacidad intelectual; el ejemplo más notorio es el de Extremadura. Para el resto de la población, las prestaciones públicas continúan limitándose a los tratamientos de urgencia (dolor, infección), así como a las prestaciones de cirugía bucal hospitalaria.

Este esquema de asistencia bucodental, si bien con una lógica preventiva perfectamente defendible, presenta una serie de limitaciones importantes, entre las que cabe señalar:

- La dificultad para implementar los PADI con un porcentaje de utilización razonable. En efecto, incluso en aquellos PADI con mayor tradición, como es el del País Vasco, no se ha conseguido, a pesar de los años, superar un índice de utilización superior al 62% a 65%. Cuando se analiza el índice de utilización constante (porcentaje de sujetos que utilizan el programa al menos una vez al año), las cifras son decepcionantemente bajas.

- La gran disparidad existente en cuanto a la implementación de estos programas infantiles en las diferentes comunidades autónomas.
- La inclusión de tratamientos tales como la endodoncia, al suponer una contradicción importante con un plan eminentemente preventivo e incremental.
- La carencia de un análisis serio, basado en criterios epidemiológicos y de utilización del programa, en relación a la estipulación de los costes de estos programas.
- La exclusión de la dentición temporal, si bien tiene una justificación en cuanto a priorización de recursos, no deja de ser errónea en cuanto que imposibilita un enfoque de salud bucodental integral, máxime cuando se conoce perfectamente que un mal estado de salud en dentición temporal está altamente relacionado con el estado futuro de la dentición permanente.
- La incorporación (en algunas comunidades autónomas) de más de una cohorte a la vez distorsiona mucho la filosofía del modelo capitativo, basado precisamente en la incorporación gradual e incremental de los beneficiarios.
- Las desigualdades en la gestión de los PADI entre las diferentes comunidades autónomas. En algunas comunidades autónomas, el peso burocrático es percibido como excesivo por los profesionales liberales que colaboran en los programas PADI. La Comunidad Autónoma de Murcia, donde mediante un acuerdo con la Consejería de Salud se ha transferido a los propios profesionales (a través del Colegio de Dentistas de Murcia) la propia gestión, es un ejemplo digno de analizar.

La asistencia bucodental en España: los retos futuros

Los datos epidemiológicos más actuales de España demuestran que, si bien la caries y las enfermedades periodontales están disminuyendo o estabilizándose, aún queda mucha patología sin tratar^{2,3}. Los datos del último Eurobarómetro de 2010⁴ indican que nuestro país se sitúa a la cola de Europa en cuanto a visitas periódicas al dentista. El último año acudieron al odontólogo sólo el 43% de la población española, frente al 57% de media en la Unión Europea. En el caso de la población infantil la situación es aún más dramática: sólo el 15% de los padres llevaron a su hijo/a al dentista en el último año. Todos estos datos llevan a plantear una serie

Tabla 1
Programas de asistencia dental infantil y tasas de caries en las comunidades autónomas⁷

Comunidad autónoma	Año de inicio PADI incremental	Dentistas concertados	CAOD ^a a los 12 años (año)	Índice de restauración ^b a los 12 años
Andalucía	2002	Sí	1,23 (2006)	49,6%
Aragón	2005	No	0,65 (2004)	81,8%
Principado de Asturias	2008	No	ND	ND
Baleares	2005	Sí	0,89 (2005)	55%
Canarias	2007	Sí	1,51 (2006)	37%
Cantabria	2008	No	ND	ND
Castilla-La Mancha	2005	Sí	1,09 (2004)	49,5%
Castilla y León	2004	No	1,05 (1999)	48,6%
Cataluña	ND	No	0,73 (2006) ^c	52,5%
Comunidad Valenciana	ND	No	1,07 (2004)	ND
Extremadura	2003	Sí	1,31(2001)	36%
Galicia	2006	No	0,99 (2005)	56,3%
La Rioja	2008	No	ND	ND
Madrid	ND	No	ND	ND
Murcia	2003	Sí	2,27 (1997)	ND
Navarra	1992	Sí	0,63 (2007) ^c	69%
País vasco	1991	Sí	0,52 (2008)	75%
Ceuta y Melilla	2008	No	ND	ND

ND: no determinado.

^a CAOD: suma de dientes cariados, ausentes y obturados en dientes permanentes.

^b Índice de restauración: porcentaje de dientes tratados del total de dientes afectados por caries.

^c Realizado en el grupo de 11-12 años de edad.

de prioridades y retos para el futuro de la asistencia bucodental pública en nuestro país⁵⁻⁷:

- Reforzar los PADI: sin ninguna duda, la implantación de estos programas ha supuesto un enorme avance en la asistencia pública bucodental en España. Sin embargo, han de corregirse disfunciones que con el tiempo han ido apareciendo. Parece obvio que, después de casi 20 años de su aparición, la información recogida permita remodelar las áreas deficientes. En este sentido, imperan medidas integrales que permitan optimizar los índices de utilización de los PADI, incorporando a aquellos usuarios que probablemente más lo necesitan y menos lo usan.
- Analizar la viabilidad de incorporar la dentición temporal en la cartera de servicios de los PADI. El índice de restauración en dentición temporal en nuestro país (3% a 7% a los 3 a 4 años de edad) es de los más bajos de la Unión Europea. Una mala salud bucodental en dentición temporal es incompatible con una buena salud en dentición permanente.
- Incorporar de manera sistemática la salud bucodental en la población española con discapacidad intelectual a la cartera de servicios, no sólo porque tienen más patología debido a sus deficiencias psicomotoras, sino sobre todo porque algunos necesitan ser atendidos bajo sedación o anestesia general, lo que requiere instalaciones especiales y aumenta considerablemente los costes.
- Incorporar a los ancianos en situaciones económicas difíciles, pues es una injusticia social que muchos de ellos, al disfrutar solamente de pensiones no contributivas y pese a haber contribuido también a forjar el estado de bienestar, no puedan sufragar los costes de unas rehabilitaciones prostodónticas adecuadas, lo cual, por mala masticación, provoca una adaptación inadecuada de su dieta y un incremento de la obesidad (distrofia farinácea), la diabetes mellitus y las hiperlipidemias, aparte de los consabidos problemas digestivos y las alteraciones psicosociales (pérdida de la autoestima, dificultad para las relaciones interpersonales y depresión).
- Numerosas enfermedades sistémicas tienen una grave repercusión oral. Tal es el caso del síndrome de Sjögren, el lupus y otros procesos que requieren un abordaje específico y urgente.

La asistencia actual en atención primaria a la salud sexual y reproductiva en España

La salud sexual y reproductiva es un área vinculada a la salud pública y a la atención primaria de la salud, y aunque incluye aspectos que requieren coordinación con la atención especializada, la mayoría de las intervenciones se dirigen a ofrecer información, educación y asesoramiento más que al diagnóstico y el tratamiento^{8,9}. En un anterior informe se presentaron algunos datos sobre la salud sexual y reproductiva en España¹⁰.

La cartera de servicios comunes de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹¹ incluye, en relación a la atención a los adolescentes, la promoción de una sexualidad saludable y la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. En lo referente a la atención a la mujer incluye el diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, la indicación y el seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, y el asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos y la interrupción voluntaria del embarazo. Respecto a la atención al embarazo y puerperio incluye la captación de la mujer embarazada y la detección de los embarazos de riesgo, el seguimiento del embarazo normal, la educación maternal y la visita puerperal. En la cartera de servicios comunes también se incluyen la atención a la mujer en el climaterio, y la detección y la atención a la violencia de género y malos tratos.

Las barreras para la atención de calidad a la salud sexual y reproductiva derivan del modo en que ésta se ha desplegado⁹, y se han identificado a partir de grupos de trabajo multidisciplinares¹². Entre las más destacadas cabe señalar:

- La falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- La gran variabilidad en la oferta de servicios según las comunidades autónomas o incluso dentro de la misma comunidad, que implica diferencias en la composición, la dotación, el funcionamiento, las funciones y los objetivos de los equipos profesionales. En la atención a la salud sexual y reproductiva pueden estar implicados centros de atención especializada, centros específicos de atención a la salud sexual y reproductiva, centros de salud y centros dependientes de ayuntamientos.
- Los sistemas de registro de información sobre salud sexual y reproductiva son poco adecuados y no hay un sistema de información unificado sobre indicadores de calidad de este tipo de atención.
- En la atención a la salud sexual prima la vertiente asistencial, centrada en la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual, más que un enfoque de promoción de la salud. El predominio de acciones dirigidas mayoritariamente a mujeres y población joven dificulta el acceso de los grupos vulnerables a los métodos anticonceptivos y la corresponsabilidad del hombre en las decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Especialmente en los centros de atención no específica hay una definición poco clara de los objetivos de los diferentes profesionales en materia de salud sexual.
- La atención al parto se encuadra en un modelo centrado en la atención especializada, que conlleva un mayor riesgo de intervenciones innecesarias, una actividad profesional centrada en la enfermedad, un mayor coste y una sobredimensión de los aspectos médico-técnicos, con la realización de menos actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y menor participación de las usuarias.

La salud sexual y reproductiva: los retos futuros

Los centros de atención primaria deberían tener un papel de coordinación de las intervenciones en salud sexual y reproductiva, y ofrecer una oferta amplia de servicios. Por sus características de accesibilidad, integración y continuidad de cuidados, orientación a la prevención y promoción de la salud, proyección comunitaria y posibilidad de reducir los costes, las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva que no requieran una atención especializada deberían ofrecerse preferentemente desde la atención primaria⁹. Esto implica unificar criterios, reducir la variabilidad asistencial y asumir, en atención primaria, de forma general, intervenciones como el seguimiento de la gestación, la prevención del cáncer cervical y la contracepción, incluyendo la inserción del dispositivo intrauterino. Otras intervenciones, como el parto de bajo riesgo programado en el domicilio o el aborto voluntario en el centro de salud durante el primer trimestre, en otros países son asumidas por la atención primaria.

Para ofrecer una atención integrada será necesaria una descripción clara de las competencias profesionales, la reducción en lo posible del número de profesionales y lugares a donde acudir para los diferentes aspectos de una consulta de salud sexual y reproductiva, y mejorar los sistemas para el registro y la consulta de la información clínica. Por su perfil competencial específico¹⁴, la matrona es un profesional clave en el centro de atención primaria, para el desarrollo no sólo de los cuidados relacionados con la atención a la gestación y el puerperio sino también con la planificación familiar y la salud sexual.

Deberían proveerse intervenciones en materia de salud sexual y planificación familiar dirigidas a hombres y mujeres de todas las

edades, y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva a los grupos de riesgo¹². Los centros de salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente a la población joven, que permitan visitas anónimas y les protejan de ser juzgados moralmente, siguen siendo necesarios en nuestro contexto.

Es necesario promover intervenciones multidisciplinares conjuntas de educación sexual entre los profesionales de atención primaria y otros ámbitos educativos. La educación sexual debería incluir aspectos como la vivencia de la sexualidad en diferentes edades, la corresponsabilidad de hombres y mujeres, la diversidad o la lucha contra la violencia sexual, desde etapas educativas precoces^{12,13}. Un ejemplo interesante son las experiencias que integran la educación sobre sexualidad y anticoncepción con todo tipo de información útil para grupos de jóvenes, aprovechando las ventajas de las tecnologías de la comunicación, como *blogs* o redes sociales.

La participación de los usuarios es una de las líneas estratégicas en materia de salud sexual y reproductiva¹². Existen ejemplos recientes destacables de participación de asociaciones y grupos de usuarios en la elaboración o la evaluación de estrategias de salud sexual y reproductiva^{12,15}, o en programas de apoyo a grupos como las madres lactantes¹⁶. En el ámbito individual, la participación requiere establecer mecanismos de información sobre la atención y los recursos en salud sexual y reproductiva, comprensibles y que integren la pluralidad cultural. Un buen ejemplo es la elaboración de un «plan de parto y nacimiento» que recoja los deseos de cada mujer respecto al embarazo y el parto, tras ser informadas y asesoradas por la matrona¹².

España está inmersa en un proceso de cambio en la forma de atender el parto, que influye en las actividades de atención primaria durante la gestación y el puerperio: deben basarse en la mejor evidencia disponible y considerar los aspectos emocionales del proceso, la participación y el protagonismo de las mujeres y sus parejas. Para una atención de calidad, se han propuesto estrategias basadas en la formación de los profesionales, protocolos y guías clínicas, la participación, la coordinación institucional y la investigación, y la difusión de buenas prácticas¹². La combinación de diferentes estrategias de mejora, que integren los diversos niveles de la organización, desarrolladas localmente y dirigidas a todos los grupos de interés, es probable que sea el abordaje más útil para implementar los cambios^{16,17}.

La cartera de servicios de fisioterapia en España.

Situación actual y perspectivas de futuro

A finales de la década de 1980 se inició la dotación de recursos de fisioterapia a los centros de salud. Pocos años más tarde, con la circular del INSALUD 4/91 de 25 de abril de 1991, la fisioterapia queda integrada en atención primaria desde un punto de vista normativo.

En 2001 se inician las transferencias de sanidad a las comunidades autónomas que no habían sido transferidas, y actualmente sólo quedan Ceuta y Melilla como Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En este proceso, muchas comunidades autónomas optaron inicialmente por dar continuidad al modelo del INSALUD de regulación de la fisioterapia, asumiendo informalmente la referida normativa.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estableció la cartera de servicios básicos de la fisioterapia en el Real Decreto 1030/2006, que establece la cartera de servicios comunes del SNS que también es adoptada por Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)²⁴. Este decreto comprende:

- Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.

- Tratamientos fisioterapéuticos para el control de los síntomas y la mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.
- Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- Fisioterapia respiratoria.
- Orientación/formación sanitaria al o a la paciente o a la persona cuidadora, en su caso.

Desde la Asociación Española de Fisioterapeutas, en 2007, se consideró que la experiencia acumulada por parte de los equipos de atención primaria, gestores y fisioterapeutas, debía permitir un adecuado rediseño de las unidades de fisioterapia en atención primaria para adecuarse al Real Decreto. Se propuso un documento marco de referencia conceptual y profesional, que incluía:

- Propuesta de los contenidos de la cartera de servicios de fisioterapia definida por el RD 1030/2006.
- Relación genérica de los elementos necesarios para su desarrollo, para su consideración global por parte de planificadores y profesionales sanitarios de atención primaria.
- Normas que permitan a los planificadores y profesionales un rediseño de los procesos y recursos actuales, capaz de posibilitar a la comunidad autónoma un acceso equitativo a la cartera de servicios propuesta.

La asistencia fisioterapéutica actual en España

El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, contempla en uno de sus epígrafes la rehabilitación básica. En la recogida de información de cada una de las comunidades autónomas del SNS en 2010 se observa que parte de ellas incluye esta oferta¹⁸.

Para facilitar la comparabilidad entre las comunidades autónomas, en la tabla 2 se ordenan las diferentes intervenciones de fisioterapia básica:

- Rehabilitación básica/tratamientos fisioterapéuticos básicos: los registros obtenidos no han sido indicativos de que el fisioterapeuta cumpla la cartera de servicios que el SNS marcaba en este epígrafe. Se ha recogido información sobre qué tratamientos aplican o constituyen la fisioterapia básica, y en cada comunidad han adoptado las patologías más prevalentes, no todas se evalúan y en la mayoría predomina la atención de proximidad del usuario a la unidad de fisioterapia^{19,20}.
- Rehabilitación extrahospitalaria o ambulatoria: los servicios de fisioterapia se enmarcan dentro de los servicios integrales de rehabilitación, reciben usuarios desde cualquier nivel de atención y especialidad, y pasan obligatoriamente por el médico especialista en medicina física y rehabilitación. Excepcionalmente se pactará previamente con el médico y el fisioterapeuta el tratamiento a realizar. Los servicios de rehabilitación están definidos como de atención especializada de soporte a la atención primaria. Son servicios mixtos que, por ubicación, pueden encontrarse en centros de salud o en servicios diferenciados²⁰.
- Fisioterapia domiciliaria: desdoblada en diferentes tipos de intervención, desde la implicación de los cuidadores del enfermo (dándoles normas de conducta ante la patología), como seguimiento de tratamientos e intervenciones directas en según qué ejercicios. El fisioterapeuta realiza intervenciones concretas y tratamientos. En algunos casos pasan a ser supervisores del tratamiento, y por último, tratamientos que concluyen hasta el final de su recuperación. Las afecciones tratadas en el domicilio son muy diversas según las comunidades autónomas y la prioridad en función de cómo aplican las intervenciones.
- Unidades de apoyo en rehabilitación y fisioterapia: pueden estar formadas por distintos profesionales, a tiempo parcial o jornada completa (médico especialista en medicina física y rehabilitación

Tabla 2
La asistencia fisioterapéutica actual en España¹⁷

Comunidad autónoma	Rehabilitación básica/tratamientos fisioterapéuticos básicos	Rehabilitación extrahospitalaria o ambulatoria	Fisioterapia domiciliaria	Unidades de apoyo, rehabilitación y fisioterapia	Aplicación de técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados
Andalucía		X	X	X	X
Aragón	X		X	X	X
Principado de Asturias	X	X		X	X
Baleares		X	X	X	X
Canarias		X			X
Cantabria	X	X	X	X	X
Castilla-La Mancha		X		X	X
Castilla y León	X		X	X	X
Cataluña		X	X	X	X
Comunidad Valenciana		X		X	X
Extremadura	X	X		X	X
Galicia	X			X	X
La Rioja		X		X	X
Madrid	X			X	X
Región de Murcia	X			X	X
Foral de Navarra	x	X			X
País Vasco		X			X
INGESA	X			X	X

compartido con la atención especializada, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, celadores y administrativos).

- Aplicación de las técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados: incluyen los registros en formato protocolos y programas de actuación en fisioterapia, guías de práctica clínica, guías de procedimientos y guías de actuaciones, con inclusión o no de circuitos de derivación. Esto no indica que la derivación sea directa al fisioterapeuta desde el equipo de atención primaria²¹⁻²³.

Como resultados globales, se observa que en nueve de las comunidades autónomas se habla del acceso directo a la fisioterapia y cómo se realiza la atención¹⁸:

- Criterios de inclusión: incluyen procedimientos protocolizados. Algunas comunidades autónomas desarrollan criterios de calidad dirigidos a varios procesos específicos (algias vertebrales, complejo articular del hombro o procesos respiratorios crónicos).
- Valoración inicial: recogen el diagnóstico del problema, y los antecedentes y la repercusión de éste. Algunos indican el tipo de exploración física que ha de realizarse en función de las localizaciones.
- Intervenciones: objetivos terapéuticos e intervenciones previstas. Se recogen las intervenciones concretas a realizar en función del problema.
- Resultados: técnicas aplicadas, objetivos alcanzados, y fecha y motivo de alta.

Todos los pacientes tratados en las unidades de fisioterapia tienen registros informáticos (ficha de tratamiento o historia clínica compartida con los equipos de atención primaria). Los registros no permiten evaluar de modo conjunto las intervenciones realizadas por el fisioterapeuta, ni estandarizar intervenciones.

Las proporciones de habitantes por fisioterapeuta oscilan entre 25.000 y 15.000 habitantes, según la comunidad autónoma.

La fisioterapia en atención primaria está en concordancia con el modelo propio de provisión de servicios de cada comunidad autónoma. En algunos casos es ofertada por proveedores externos contratados por el Servicio de Salud, mediante concurso público para la provisión de la actividad de fisioterapia⁴. En el caso de MUFACE, ésta regula anualmente el concierto suscrito con las

distintas entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de dicha asistencia (tabla 2)²⁴.

La asistencia fisioterapéutica en España: los retos futuros

Actualmente es difícil hablar de uniformidad de las unidades de fisioterapia en atención primaria, pues los criterios son distintos en cada comunidad autónoma. Aun teniendo una cartera de servicios común del SNS, las realidades de cada comunidad, la autonomía de gestión y las distintas transferencias dificultan una puesta en común. Para satisfacerlos, es necesario un proceso de rediseño de los servicios de fisioterapia y de la relación con los equipos de atención primaria.

Para prestar el servicio de fisioterapia en atención primaria, como se realiza en otros países, debemos plantear una serie de prioridades y retos para el futuro:

- Reforzar los programas de actuación en fisioterapia por patologías, que incluyan los algoritmos de resolución y derivación de las afecciones más prevalentes, para la cartera de servicios común del SNS.
- Analizar la viabilidad de unificar la población por fisioterapeuta, con su vinculación directa a los equipos de atención primaria.
- Incorporar la atención domiciliaria como prestación propia de la fisioterapia en atención primaria, con el resto del equipo y vinculación directa.
- Participar en la salud comunitaria como prevención y promoción de la salud, incentivando, entre otras medidas, el ejercicio físico. En los programas del equipo de atención primaria, educación sobre medidas ergonómicas.
- Promover los autocuidados y el control de las algias articulares. Educación para economizar su uso.
- Impulsar la participación del fisioterapeuta en reducir el coste sanitario. Trabajo en grupos y protocolizar la patología crónica.

Contribuciones de autoría

El diseño y la aprobación de la versión final los realizaron todos los autores. A. Villa y J.C. Llodra contribuyeron al primer apartado, A. Oliver al segundo y M.M. Inglés al tercero.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 111/2008 de 5 febrero de 2008.
- Bravo M, Casals E, Cortés FJ, et al. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE. 2006;11:409-56.
- Bravo M, Llodra JC, Cortés FJ, et al. Encuesta de salud oral en preescolares en España 2007. RCOE. 2007;12:143-68.
- Eurobarómetro 2010. Salud oral. Dirección General de la Salud y los Consumidores de la Comisión Europea. Eurobarometer on Oral Health. February 2010. Disponible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs_330_en.pdf
- Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Declaración sobre el Plan de salud bucodental del Ministerio de Sanidad y Consumo. AA32/2007 de 15 diciembre 2007.
- Llodra JC, Bourgeois D. Estudio prospectivo delphi. La salud bucodental en España 2020. Tendencias y objetivos de salud. Madrid: Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2009.
- SESPO. Las nuevas prestaciones y los nuevos retos de la salud oral en España. Barcelona: Jornada de Invierno de la SESPO. Disponible en: www.infomed.es/sespo
- WHO. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: WHO; 2004.
- Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care. 2010;18:269-82.
- Lete I, Martínez-Etayo M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1):170-4.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cartera de servicios comunes de atención primaria. (Consultado el 5/3/11.) Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/AP-ServiciosEspecificos.htm>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. (Consultado el 15/8/11.) Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
- WHO Regional Office for Europe and BZgA. Standards for sexuality education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Federal Centre for Health Education, BZgA. Cologne; 2010. (Consultado el 28/2/11.) Disponible en: <http://www.plan-s.ch/IMG/pdf.WHO.BZgA.Standards.1..pdf>
- Boletín Oficial del Estado. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). BOE núm 129 de 24/5/2009.
- Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. Evaluación del plan de actuación: salud para las mujeres 2004-2007. (Consultado el 28/2/11.) Disponible en: <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/EvaluacionPlanMujeres.pdf>
- García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, et al. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. Acta Paediatr. 2011;100:445-50.
- Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362:1225-30.
- Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenidos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud; 2010.
- Guía de actuaciones en fisioterapia na atención primaria de Galicia. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2009.
- Plan de rehabilitación de Cataluña. Els processos assistencials en rehabilitació. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2006.
- Guías de práctica clínica. Lumbalgia inespecífica. Palma de Mallorca: Consellería de Salut i Consum; 2006.
- Guía de recomendaciones clínicas. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2005.
- Guía de recomendaciones clínicas. Dolor crónico musculoesquelético. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias; 2006.
- Ministerio de Administraciones Públicas. Resolución de 18 de diciembre de 2008, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el concierto suscrito con Sanitas S.A. de seguros para la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas de MUFACE y sus beneficiarios destinados y/o residentes en el extranjero durante el año 2009. BOE n.º 13 de 15/1/2009. p. 5055.

La interacción del sistema social y el sanitario. Informe SESPAS 2012

Sergi Jiménez-Martín^{a,*} y Cristina Vilaplana Prieto^b

^a Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, GSD, GEDEA, España

^b Departamento de Fundamentos de Análisis Económico, Universidad de Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de febrero de 2011

Aceptado el 14 de junio de 2011

On-line el 11 de octubre de 2011

Palabras clave:

Dependencia
Integración
Social
Sanitario

Keywords:

Dependency
Integration
Care
Health

R E S U M E N

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, regula las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y constituye una oportunidad excelente para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario. El objetivo de la integración sociosanitaria es pasar de un marco fragmentado, en donde el individuo recibe y solicita las prestaciones a servicios sociales y sanitarios por separado, a un nuevo modelo de responsabilidad compartida. Desde los años 1980 se han desarrollado diversos proyectos de ámbito nacional o regional de cooperación sociosanitaria. Sin embargo, aunque se han realizado importantes esfuerzos en este sentido, y hay diversas experiencias de integración de servicios sanitarios en varias comunidades autónomas, sigue predominando la coordinación asistencial en el ámbito sanitario por encima de la integración.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Interaction between the social and the health systems. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

Act 39/2006, of 14th December, for the Promotion of Personal Autonomy and the Care of Dependent Individuals establishes the basic conditions for the promotion of personal autonomy and the care of the dependent through the creation of the System of Autonomy and Care of Dependent Individuals and constitutes an excellent opportunity to make progress in the development of a health care space.

The aim of healthcare integration is to move from a fragmented framework, in which individuals apply for and receive health benefits and care benefits separately, to a new model of shared responsibility. Since the 1980s, several national and regional projects of healthcare cooperation have been developed. However, although substantial efforts have been made in some autonomous regions of Spain, healthcare coordination seems to predominate over integration in the health setting.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención a las personas dependientes es uno de los principales retos de política social a que se enfrentan los países desarrollados. De hecho, durante la presidencia española del Consejo de Europa (2002) se acordó velar por el cumplimiento del principio de universalidad, la calidad de los servicios y la sostenibilidad financiera a largo plazo.

En términos demográficos, durante los últimos 30 años se ha producido en España un importante crecimiento de las cohortes de 65 y más años de edad (del 9,7% en 1970 al 16,89% en 2010), y de 80 y más años de edad (del 1,54% en 1970 al 4,90% en 2010). Respecto al estado de salud, la tabla 1 muestra la evolución de las tasas de prevalencia de la discapacidad entre 1999 y 2008, y se constata una disminución en todas las cohortes de edad excepto en las de 6-15 años, 45-54 años y 85 y más años de edad, correspondiendo el mayor incremento a este último intervalo. Evidentemente, la gran difusión que han tenido durante estos años las políticas

preventivas de riesgos para la salud (obesidad, alcohol, tabaco), así como el fomento de hábitos saludables (ejercicio físico, participación social), han contribuido a la reducción de la tasa de prevalencia en las cohortes de 55-64 años, 65-74 años y 75-84 años de edad¹⁻³.

Centrándonos en el tema de la discapacidad, en el año 2008 había 3.847.900 personas de 6 o más años de edad con alguna limitación para realizar actividades de la vida diaria que residían en sus hogares, frente a 269.139 personas institucionalizadas (tasa de institucionalización del 6,99%; 82,58% para la cohorte de 65 y más años de edad). Entre las que vivían en sus hogares, 2.088.200 recibían ayudas personales, correspondiendo 1.413.000 de esas ayudas a cuidadores informales. Comparando estas cifras con las de 1999 se aprecia que el porcentaje de cuidadores sobre personas con discapacidad ha pasado del 37,15% al 36,72%, y el peso de los cuidados informales sobre el total de las ayudas informales se ha reducido del 78,45% al 67,66%. Simultáneamente, y como se muestra en la tabla 1, se ha producido un aumento considerable en la provisión de todos los servicios formales públicos. Sin embargo, a pesar de este considerable esfuerzo, el gasto total en cuidados de largo plazo en España en el año 2008 se situaba en el 0,8% del producto interior bruto (PIB) (0,57% público y 0,23% privado; 189,44 €/habitante), muy lejos del 3,68% de Suecia o del 2,28% de Finlandia. Esta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergi.jimenez@upf.edu (S. Jiménez-Martín).

Puntos clave

- Un modelo de integración sociosanitaria conlleva numerosas ventajas (simplificación del proceso de toma de decisiones, aumento de la satisfacción de los pacientes), pero no está exento de barreras organizativas y trabas financieras.
- El texto legal de la Ley de Dependencia deja entrever que el desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia debe realizarse de forma coordinada con el Servicio Nacional de Salud.
- Hasta el momento sólo hay dos Comunidades Autónomas (Castilla-La Mancha y Extremadura) que han fusionado sus respectivas Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales.
- Desde nuestro punto de vista, este nuevo modelo debe fundamentarse en una elaboración consensuada del Programa Individual de Atención, la toma de conciencia de la atención primaria como elemento clave en el seguimiento del paciente y el desarrollo de estrategias de prevención de la dependencia.

distancia respecto a los países nórdicos también se aprecia al comparar el gasto en personas mayores respecto al PIB (6,82% España, 11,47% Suecia, 8,83% Finlandia y 9,90% en la UE-27) y el gasto en discapacidad respecto al PIB (1,59% España, 4,34% Suecia, 3,22% Finlandia y 2,05% en la UE-27; Eurostat: Health Statistics).

Pero al hablar de dependencia, no podemos olvidar otros dos grupos de población que se encuentran estrechamente vinculados: los cuidadores informales y los empleos generados para suministrar bienes y servicios a las personas dependientes. En relación al primer grupo, se estima que en el año 2008 había 1.413.000 cuidadores informales, de los cuales 1.220.181 (86,35%) residían con la persona dependiente (tabla 2). Centrándonos en éstos, se aprecian las siguientes características: casi el 70% son mujeres, el 46,25% tiene entre 45 y 64 años, el 68% está casado, el 60,97% no tiene estudios o solamente estudios primarios, y más de la mitad recibe una pensión contributiva o está dedicado a sus labores, siendo predominante la primera situación entre los hombres y la segunda entre las mujeres. De los que están ocupados (28,17%), aproximadamente la mitad tiene una ocupación cualificada, siendo el porcentaje de ocupadas no cualificadas 12 puntos superior al de los hombres.

El cuidado de una persona dependiente normalmente es una experiencia que se sobrelleva en soledad, puesto que más del 80% de los cuidadores informales principales declara que no recibe apoyo de otro cuidador informal (residente en el mismo hogar o no). Además, se producen una serie de efectos negativos que inciden sobre la vida del cuidador:

- Un 42,92% de las cuidadoras y un 26,57% de los cuidadores percibe una especial dificultad por faltarle fuerza física, y un 13,82% cree que debería recibir formación especializada.
- Un 34,59% considera que se ha deteriorado su estado de salud y un 49,58% (30,38%) declara sentirse cansado (deprimido).
- Los efectos sobre la participación laboral son mucho más negativos para las cuidadoras, ya que un 26,55% no pueden plantearse trabajar fuera de casa y un 12,54% se han visto obligadas a dejar de trabajar.
- Un 55,43% de los cuidadores ha visto reducido su tiempo de ocio, un 42% no puede ir de vacaciones y un 36,64% no tiene tiempo para frecuentar amistades.

Respecto a las posibilidades de creación de empleo, inicialmente se estimó que entre 2005 y 2010 se crearían 263.000 empleos directos⁴, aunque otras estimaciones más optimistas señalan un

potencial de empleo hasta el año 2015 cifrado en 635.000 empleos⁵. Estos puestos de trabajo podrían suponer una buena oportunidad para ciertos colectivos especialmente desfavorecidos (mujeres, jóvenes que buscan el primer empleo, parados de larga duración, desempleados mayores de 45 años), sin olvidar que la mayor demanda en los sectores de tecnología, ayudas técnicas y mobiliario, y equipamientos para centros residenciales, supondrían una vía adicional indirecta de creación de empleo.

Además de lo comentado, en los últimos años se ha producido una serie de cambios sociodemográficos (tabla 1). La reducción del tamaño medio de los hogares y del número de hijos por mujer, y el aumento de la tasa de participación femenina y de la tasa de divorcios, condicionan la disponibilidad de cuidadores informales en el futuro, mientras que el aumento de la esperanza de vida, del porcentaje de población de 65 y más años de edad, y del porcentaje de mayores que viven en soledad, sugiere un previsible aumento de la demanda de cuidados formales.

La forma de abordar la confluencia de todos estos factores requiere un mayor conocimiento sobre integración sociosanitaria. Para ello, en los siguientes apartados se analiza la coordinación sociosanitaria a la luz de la nueva Ley de Dependencia y se describen los diferentes casos de integración surgidos en el ámbito nacional e internacional.

La atención a la dependencia en España

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (en adelante Ley de Dependencia), regula las condiciones básicas para la promoción de la autonomía personal y el cuidado de las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), junto con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Es una excelente oportunidad para avanzar en la construcción del espacio sociosanitario, puesto que aunque el catálogo de servicios establecidos tiene un marcado carácter social, el artículo 15.2 establece que la regulación de dichos servicios se hará «sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». Por consiguiente, la Ley de Dependencia no trata de sustituir las leyes sanitarias, sino que para la implementación del SAAD toma como punto de partida la observancia de todo lo recogido en la normativa sanitaria. Por consiguiente, un modelo integrado recogería todas las prestaciones que se detallan en la tabla 3.

De hecho, incluso en el ámbito de la prevención de la dependencia (artículo 21) se hace referencia a la instauración de un marco de cooperación «entre servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos». La Ley no proporciona detalles sobre estos planes y únicamente dictamina que las comunidades autónomas deberán tomar en cuenta los criterios y recomendaciones del SAAD.

De cara a la plena implementación del SAAD en el año 2015, sería muy deseable que en la formulación del Programa Individual de Atención (PIA), en el cual deben detallarse las modalidades de intervención más adecuadas dadas las necesidades de cada persona, los profesionales sanitarios participasen tanto en su formulación como en su seguimiento. Por ello, es preciso recalcar el papel de la atención primaria, ya que si bien constituye el primer nivel de actuación del Sistema Nacional de Salud (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), en un modelo integrado de salud ganaría en importancia, traspasando las propias fronteras del nivel primario de salud y llevando a cabo una labor de seguimiento del

Tabla 1

Características de la oferta y la demanda de cuidados a personas con discapacidades

Evolución de la población con discapacidades				
Edad (años)	1999		2008	
	Población con discapacidad (miles)	Tasa de prevalencia por 1000 habitantes	Población con discapacidad (miles)	Tasa de prevalencia por 1000 habitantes
De 0 a 5	49,6	23,9	60,4	21,7
De 6 a 15	68,3	15,6	78,3	18,1
De 16 a 24	103,3	18,3	75,1	15,9
De 25 a 34	185,9	28,4	168,7	21,5
De 35 a 44	230,3	39,3	286,5	37,5
De 45 a 54	305,9	62,3	406	65,2
De 55 a 64	512,3	126,8	545,8	110,1
De 65 a 74	843,6	216,7	697,50	183,3
De 75 a 84	847,6	393,4	986,4	341,4
85 y más	381,4	551,1	543,2	579,1
Total	3528,2	87,8	3.847,90	83,4
Evolución de las características sociodemográficas			1999	2008
Número de hogares			12.982.400	16.741.400
Número de hogares: persona sola de 65 y más años de edad			911.700	1.452.500
Porcentaje respecto al total de hogares			7,02%	8,68%
Número de miembros por hogar			3,06	2,71
Número de divorcios por cada 100 matrimonios			17,13	61,77
Tasa de actividad femenina			39,96%	50,46%
Esperanza de vida al nacimiento				
Hombres			75,41	78,17
Mujeres			82,29	84,27
Índice de envejecimiento (población >64 años/población 0-15 años) × 100			100,19%	106,58%
Evolución del número de plazas de los servicios formales			1999	2008
Atención a domicilio			112.797	358.078
Teleasistencia			48.574	395.917
Centros de día			7.103	63.446
Porcentaje de plazas públicas y concertadas respecto al total			-	63,48%
Atención residencial			199.059	339.079
Porcentaje de plazas públicas y concertadas respecto al total			38,90%	47,20%
Proveedores de asistencia personal (residentes y no residentes en el hogar)				
Administraciones públicas			123.145	38.400
Familia, amigos, vecinos			1.310.592	1.413.000
Otros sistemas privados (empresas privadas y empleados del hogar)			221.484	132.800
Otras personas			-	13.000
No consta			-	490.700
Total			1.670.450	2.088.200
Porcentaje de cuidadores informales sobre personas con discapacidad			37,15%	36,72%
Porcentaje de cuidadores informales sobre ayudas personales			78,45%	67,66%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE, 1999), la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (INE, 2008), el Padrón de Habitantes (INE; 1999, 2008), Análisis Sociales (INE), Indicadores Demográficos Básicos (INE) y Las personas mayores en España (IMSERSO; 2000 y 2008).

Nota: La reducción en el número de personas que reciben atención de las administraciones públicas puede deberse, muy posiblemente, al gran número de respuestas en las que «no consta» quién es el cuidador principal.

paciente, con independencia del recurso utilizado en cada fase del proceso. Prueba de la relevancia de la atención primaria es que su coste para mil personas de 65 y más años de edad calificadas como no dependientes (59.266 €) es 1,92 veces inferior al coste por mil grandes dependientes (113.959 €), con el coste más alto en los grandes dependientes de 80-84 años (171.926 €)⁶.

La integración sociosanitaria

¿Qué es la integración?

La «atención sociosanitaria» puede definirse como «el conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria»⁷.

En otros países encontramos diferentes definiciones del término «integración», por ejemplo «un sistema único, legalmente independiente, de provisión y planificación de servicios, con un mismo objetivo, presupuesto y un mismo sistema de administración y registro»⁸ o «la provisión de servicios en la que unidades específicas actúan de manera coordinada con el propósito de asegurar la rentabilidad del sistema y mejorar la calidad y el nivel de satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores de cuidados»⁹.

Si tuviéramos que describir gráficamente el proceso de integración, podríamos representarlo como una escalera en donde cada ascenso implica un menor grado de diferenciación entre servicios sanitarios y sociales, en lo que se refiere a financiación, administración, dirección y fijación de objetivos. En la tabla 4 se identifican y definen cuáles serían los seis escalones de integración que se han implementado en diferentes países. En la tabla 5 se mencionan ejemplos explícitos de cada uno de estos procesos, así como una valoración de los resultados obtenidos.

Tabla 2

Características de los cuidadores informales principales que residen con la persona a quien cuidan (2008)

	Hombres	Mujeres	Total
<i>Total</i>	378.889 (31,05%)	841.292 (68,95%)	1.220.181
<i>Edad (años)</i>			
Menos de 20	0,34	0,60	0,52
20-24	0,58	0,88	0,79
25-29	2,05	1,74	1,84
30-34	3,38	2,95	3,08
35-39	4,74	5,85	5,51
40-44	7,97	8,35	8,23
45-49	7,48	12,22	10,75
50-54	7,71	12,43	10,97
55-59	10,67	13,61	12,70
60-64	10,50	12,43	11,83
65-69	9,45	9,16	9,25
70-74	12,48	8,41	9,67
77-79	11,88	6,89	8,44
80-84	7,72	3,49	4,80
85 y más	3,06	0,98	1,62
<i>Estado civil</i>			
Soltero	22,28	16,29	18,15
Casado	70,76	67,19	68,30
Separado	4,16	6,10	5,49
Viudo	2,80	10,43	8,06
<i>Nivel de estudios</i>			
Sin estudios	28,16	27,69	27,84
Primarios	31,47	33,84	33,10
Secundarios	20,89	22,30	21,87
Superiores	19,48	16,17	17,20
<i>Relación con la actividad económica</i>			
Trabajando	32,12	26,41	28,17
Desempleo	8,32	7,33	7,63
Pensión contributiva	54,67	17,62	29,06
Pensión no contributiva	1,95	5,36	4,31
Sus labores	1,34	41,86	29,34
Estudiando	0,64	0,60	0,61
Incapacitado para trabajar	0,94	0,58	0,69
Trabajos sociales/voluntariado	0,01	0,25	0,17
<i>Situación profesional (sólo para los ocupados)</i>			
Técnico	27,36	18,72	21,53
Cualificado	49,79	46,90	47,84
No cualificado	22,85	34,39	30,64
<i>N.º de cuidadores informales residentes en el mismo hogar que le ayudan</i>			
Ninguno	78,18	89,03	85,66
Uno	17,28	8,30	11,09
Dos	3,58	1,76	2,33
Tres o más	0,96	0,90	0,92
<i>N.º de cuidadores informales no residentes en el mismo hogar que le ayudan</i>			
Ninguno	77,96	86,75	84,02
Uno	14,93	9,19	10,97
Dos	5,33	2,90	3,65
Tres	1,42	0,66	0,89
Cuatro o más	0,37	0,50	0,46
<i>Dificultad en la prestación de los cuidados</i>			
Percibe especial dificultad por faltarle fuerza física	26,57	42,92	37,84
Dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo	13,75	14,82	14,49
Piensa que la persona a quien cuida no colabora	9,32	16,15	14,03
Tiene otras dificultades	12,48	14,08	13,58
Cree que necesitaría más formación especializada	13,72	13,87	13,82
<i>Problemas de salud</i>			
Se ha deteriorado su salud	23,65	39,51	34,59
Ha tenido que ponerse en tratamiento	8,43	19,38	15,98
Se encuentra cansado	36,56	55,44	49,58
Se siente deprimido	20,37	34,89	30,38
Otros problemas diferentes	8,83	9,55	9,33
<i>Problemas laborales o económicos</i>			
No puede plantearse trabajar fuera de casa	8,73	26,55	21,02
Ha tenido que dejar de trabajar	6,38	12,54	10,63
Ha tenido que reducir su jornada de trabajo	5,29	8,17	7,28
Su vida profesional se ha resentido (renuncia a ascensos)	8,09	10,54	9,78
Tiene problemas para cumplir sus horarios	6,40	9,57	8,59
Tiene problemas económicos	14,07	19,84	18,05

Tabla 2 (Continuación)

	Hombres	Mujeres	Total
<i>Problemas familiares, de ocio</i>			
Ha reducido su tiempo de ocio	46,19	59,59	55,43
No puede ir de vacaciones	32,89	46,10	42,00
No dispone de tiempo para cuidar a otros (hijos)	10,31	21,28	17,87
Tiene conflictos con su pareja	4,14	6,72	5,92
No tiene tiempo para frecuentar amistades	26,99	40,99	36,64
No tiene tiempo para cuidar de sí mismo	15,05	32,54	27,11
No ha podido formar una familia	2,69	2,19	2,35
No ha podido tener hijos	2,13	1,55	1,73

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008). La variable «cuidador informal principal residente en el mismo hogar» se refiere a los familiares, amigos o vecinos que constituyen la principal fuente de cuidados de la persona dependiente y que conviven en el mismo domicilio.

Tabla 3

Prestaciones recogidas en un modelo de atención sociosanitaria en España

Prestaciones sociales
1. Prestaciones en especie:
– Prevención de situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal
– Teleasistencia
– Ayuda a domicilio
– Centro de día/noche
– Atención residencial
– Servicios de respiro
2. Prestaciones económicas:
– Prestación vinculada al servicio
– Prestación para cuidados en el entorno familiar
– Prestación de asistencia personal
Prestaciones sanitarias
1. Prestaciones de salud pública
2. Atención primaria:
– Atención sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente
– Realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos
– Actividades de promoción y vigilancia de la promoción en salud
– Rehabilitación básica
– Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
– Atenciones y servicios específicos relativos a la infancia, la adolescencia, la mujer, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos
– Atención paliativa a enfermos terminales
– Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada
– Atención a la salud bucodental
3. Atención especializada:
– Atención especializada en consulta, hospital de día, médica y quirúrgica
– Hospitalización en régimen de internamiento
– Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
– Hospitalización a domicilio
– Atención paliativa a enfermos terminales
– Atención de salud mental
– Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable
4. Atención de urgencia
5. Prestación farmacéutica
6. Prestación ortoprotésica:
– Implantes quirúrgicos
– Prótesis externas
– Sillas de ruedas
– Ortesis y ortoprotésis especiales
7. Prestación de productos dietéticos:
– Productos dietoterápicos complejos
– Nutrición enteral domiciliaria
8. Prestación de transporte sanitario

Prestaciones sociales para situaciones de dependencia estipuladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y prestaciones sanitarias contenidas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, y la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, que actualiza el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006.

Integración sociosanitaria internacional

Las principales ventajas derivadas de la integración son:

- Mejorar la velocidad de respuesta a las necesidades del individuo.
- Simplificar el proceso de toma de decisiones al estar éstas concentradas en grupos más reducidos de expertos.
- Facilitar un uso racional de los recursos.
- Reducir los fallos de comunicación.
- Conseguir un aumento de la satisfacción de los usuarios.

No obstante, el proceso de integración no está exento de obstáculos. Los factores que resultan críticos para el éxito de la integración son las barreras financieras y las trabas organizativas. En relación a los costes financieros, la integración puede suponer un coste mucho antes que un ingreso, ya que los costes de puesta en funcionamiento son muy cuantiosos y alcanzar economías de escala o alcance es difícil debido a la pronunciada pendiente de la curva de aprendizaje¹⁰. Incluso pueden transcurrir entre 3 y 5 años después de iniciado al proceso de integración hasta que se alcancen beneficios¹¹.

Tabla 4

Clasificación de los procesos de menor a mayor nivel de integración

Nivel	Definición
Nivel 1: Sistema de pagos cruzados	Incluye un sistema de penalizaciones diarias obligatorias que llevan a cabo los servicios sociales respecto a los servicios sanitarios con el fin de compensar retrasos en el cumplimiento de los cuidados de los pacientes agudos
Nivel 2: Sistema de comisiones principales	Uno de los servicios (sanitario o social) adopta la posición de líder e implementa un sistema de comisiones en representación del otro servicio con el propósito de alcanzar un conjunto de objetivos fijados de común acuerdo
Nivel 3: Sistema de fondos compartidos	Cada una de las partes realiza contribuciones a un presupuesto común que será gastado en servicios (pactados de común acuerdo) bajo la dirección o la supervisión de una organización o institución responsable
Nivel 4: Sistema de gestión integrada sin fondos compartidos	Una de las partes (servicios sanitarios o sociales) delega las labores de gestión y supervisión de los servicios en la otra
Nivel 5: Sistema de gestión integrada con fondos compartidos	Ambas partes ponen en común recursos financieros, personal y estructuras de dirección para facilitar la provisión integrada del servicio desde las funciones de dirección hasta el último eslabón de atención al cliente
Nivel 6: Integración estructural	Los sistemas sanitario y social se fusionan en una única estructura, bajo una única dirección y gestión

Fuente: Audit Commission (2009).

Tabla 5
Ejemplos de procesos de integración internacionales

Australia	<p>Proyecto Coordinated Care Trials^{12,13}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: 1997–2000, 2002–2005 - Tipo de integración: nivel 5, sistema de gestión integrada con fondos compartidos. Programa centrado en la atención a personas mayores de 65 años con necesidades complejas. Coordinación de cuidados médicos y sociales. Utilización de protocolos para la toma de decisiones sobre asignación de recursos. - Coste: financiado por la Commonwealth y programas estatales. - Resultados: aumento de la calidad de vida y del bienestar de los participantes y también de los cuidadores, debido a la posibilidad de participar en el proceso de toma de decisiones, sustitución de servicios residenciales por servicios prestados en la comunidad, pero en conjunto no se observó ahorro de costes.
Canadá	<p>Système de Services Integres pour Personnes Âgées en perte d'autonomie (SIPA)^{12,14,15}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: 1995–1996, 1999–2000, 2000–2001. - Tipo de integración: nivel 5, sistema de gestión integrada con fondos compartidos. Destinado a personas de 65 y más años, con discapacidad moderada. Se constituyó un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales sanitarios y de servicios sociales, además del médico personal del paciente. Desde esta unidad se gestionaban todos los servicios requeridos por el paciente (incluyendo prevención, servicios de respiro, rehabilitación, medicación y cuidados de largo plazo; no se incluyeron los trasplantes). - Coste: se estableció un sistema de copago según el cual el paciente debía reembolsar un porcentaje de los gastos en ciertos servicios - Resultados: se constató un aumento de la satisfacción de los usuarios y de los cuidadores en términos de posibilidades de elección de servicios. Disminución de la utilización de los servicios de emergencia. Aumento de la utilización de los servicios comunitarios y ayudas técnicas.
Dinamarca ⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de integración: nivel 6. - En caso de que un paciente haya terminado su tratamiento hospitalario y deba ingresar en una residencia, pero no haya plazas libres, el ayuntamiento debe pagar al hospital por los días de estancia adicionales. - En caso de que el paciente haya estado hospitalizado y regrese a su domicilio, pero necesite cuidados formales, el hospital debe avisar a los servicios sociales al menos 3 días antes de la fecha de alta. - Existe coordinación entre cuidadores formales a domicilio, personal hospitalario y profesionales geriátricos para analizar periódicamente la situación de las personas mayores que viven en sus hogares. - Sin embargo, a pesar de esta coordinación entre hospitales y servicios sociales, la participación de los profesionales de atención primaria es mucho menos frecuente.
Estados Unidos	<p>Proyecto On Lok¹⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: 1971. - Tipo de integración: nivel 5, sistema de gestión integrada con fondos compartidos. El objetivo es reducir la tasa de institucionalización de las personas mayores. Administración de cuidados a partir de un equipo multidisciplinario, para lo cual era condición necesaria que las personas que se adscribieran al programa dejaran a sus médicos habituales. - Financiación: Medicare, Medicaid y aportaciones personales. - Diseño de estudio: comparación a lo largo de 2 años (recogida de información cada 6 meses) entre el grupo de intervención (sujetos adscritos al programa) y el grupo control (personas mayores que viven en sus hogares o en residencias con similares características de edad, sexo y diagnóstico primario). - Resultados: los pacientes del grupo de intervención recibieron más cuidados ambulatorios (médicos, terapéuticos, de soporte) y menos prestaciones de enfermería especializada respecto a los del grupo control; reducción de costes estimada de un 21% en el grupo de intervención. <p>Social Health Maintenance Organizations^{12,15}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: 1985–1989. - Tipo de integración: nivel 5, sistema de gestión integrada con fondos compartidos. Destinado a personas de 65 y más años de edad con enfermedades crónicas con el objetivo de posponer lo más posible la institucionalización. Coordinación de cuidados entre personal de atención primaria, enfermería, trabajadores sociales y entre hospitales, residencias y servicio de atención a domicilio. - Financiación: Medicaid, Medicare y contribuciones de los usuarios. - Resultados: reducción en las tasas de hospitalización, se detectaron reducciones de costes en algunos años en cuidados básicos, pero no en cuidados de largo plazo. Uno de los principales inconvenientes es que no se integró en los equipos a los médicos habituales de los usuarios. <p>Proyecto Evercare Choice²⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: 1993. - Tipo de integración: nivel 5, sistema de gestión integrada con fondos compartidos. Ofrece cuidados tanto a personas mayores que viven en sus hogares como en residencias, y que o bien son elegibles para Medicaid y Medicare o bien tienen ingresos demasiado altos para recibir cobertura de Medicaid, pero no lo suficientes como para costearse un seguro privado. Se basa en un administrador de casos para las personas que viven en residencias. - Financiación: Medicare, Medicaid y aportaciones individuales. - Resultados: mejora en la calidad de los cuidados; reducción en la tasa de hospitalizaciones.
Irlanda	<p>Integrated Health and Social Services Boards^{27,28}:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha: años 1970. - Tipo de integración: nivel 6, integración estructural. Única administración, único sistema de financiación, objetivos comunes. - Tipo de estudio: entrevistas con 24 directivos de centros sociales y sanitarios. - Resultados: revisión cada cierto tiempo de los «paquetes de cuidados», negociación con los usuarios de las condiciones de cuidado. Conferencias y charlas impartidas por profesionales para superar el desconocimiento inicial de los usuarios. Algunas barreras: dominio de los servicios sanitarios sobre los sociales, percepción de que es más difícil recortar prestaciones sociales que sanitarias. La integración no fue homogénea en todos los programas, siendo los problemas mentales y las deficiencias de aprendizaje donde se alcanzó el máximo grado de integración, y el cuidado infantil donde la integración fue mínima.

Tabla 5 (Continuación)

Italia	<p>Aunque se han creado «unidades geriátricas de asignación» con el objetivo de guiar a los ciudadanos que necesitan cuidados formales, en realidad su función es mucho más limitada y sólo actúan cuando el paciente o su familia solicitan el internamiento en una residencia.</p> <p>Proyecto Rovereto¹⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 1995-1996. – Tipo de integración: nivel 4, sistema de gestión integrada sin fondos compartidos. – Gastos: soportados exclusivamente por el gobierno. – Diseño del estudio: personas mayores de 65 años con múltiples necesidades que estaban recibiendo atención en sus hogares. Sistema de administración de casos a través de un equipo multidisciplinario. Único punto de entrada de información. Seguimiento del grupo de intervención y de control durante 1 año. – Resultados: mejor resultado en las variables de salud para el grupo de intervención, menor tasa de hospitalización, hospitalizaciones más cortas, reducción en el número de visitas al médico, reducción en las tasas de admisión a residencias. <p>Proyecto Vittorio Veneto^{15,16}:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 1997-1998. – Tipo de integración: nivel 4, sistema de gestión integrada sin fondos compartidos. Programa integrado de servicios sociales y sanitarios gestionado como un «continuo de cuidados» a partir de un administrador de casos. – Gastos: soportados exclusivamente por el gobierno. – Diseño del estudio: comparación de la situación 6 meses antes y 6 meses después entre un grupo de pacientes geriátricos incluidos en el proyecto (grupo de intervención) y otro grupo que se mantuvo fuera del programa (grupo de control). – Resultados: reducción en el número de hospitalizaciones y en el número de días de hospitalización por casos graves, reducción en la tasa de institucionalización en residencias. Se demostró que el programa era efectivo para la contención de costes (ahorro estimado de un 29% en el grupo de intervención).
Reino Unido	<p>Como características generales, la figura del administrador de casos está plenamente extendida y en conexión con el médico de atención primaria. Además, se han implementado «estrategias de cuidado intermedias» que intentan evitar admisiones hospitalarias innecesarias o ingresos en residencias de forma permanente. Consiste en un servicio de orientación destinado a pacientes que acaban de salir del hospital o a familias que tienen dificultades para cuidar de personas dependientes. Este servicio se encarga no sólo de facilitar información, sino también de agilizar los trámites burocráticos para conseguir un servicio de rehabilitación o una breve estancia en una residencia que permita al paciente recuperar su autonomía.</p> <p>Cross Charging²⁹:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 1997. – Tipo de integración: nivel 1, sistema de pagos cruzados. Establecimiento de procesos innovadores para estimar la fecha de salida de los pacientes, creación de equipos de prestación de cuidados de urgencias para evitar ingresos hospitalarios innecesarios, aumento de las terapias ocupacionales en hospitales. – Resultados: los resultados indicaron que, a medida que se introdujeron estos cargos, las tasas de retraso en el trasvase de pacientes se redujeron considerablemente. También se observó un aumento en las derivaciones a hospitales de larga estancia o residencias. Al mismo tiempo que se implementaban estas políticas de cargos cruzados, se hizo patente la necesidad de desarrollar esquemas tendientes a reducir retrasos y evitar admisiones innecesarias. <p>Proyecto: Servicio de salud mental de la Isla de Wight¹⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 2001. – Tipo de integración: nivel 2, sistema de comisiones principales. En el año 2001 se implementó únicamente en el área de salud mental y en el año 2007 en cuidados primarios, secundarios y terciarios. Creación de una comisión conjunta y una administración conjunta, además de un equipo complementario en cada centro sanitario, que fue complementado con la incorporación de un trabajador social. Se desarrolló una base conjunta de información sanitaria y social, y se llevaron a cabo cursos específicos de formación de personal. – Resultados: los usuarios y los cuidadores apreciaron una mejora en la calidad de los servicios. Importantes ventajas para la realización de auditorías y la elaboración de planes de contingencia. <p>Care Trusts³⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 2002. – Tipo de integración: nivel 6, integración estructural. El Sistema Nacional de Salud (NHS) y los Consejos de Salud se integraron en un único cuerpo bajo la misma dirección. Las relaciones locales entre los Consejos de Salud se revelaron como una barrera importante a la hora de establecer procesos de integración entre comunidades vecinas. – Resultados: el análisis de los procedimientos en el ámbito nacional no reveló ganancias de eficiencia de los Care Trusts para los usuarios, aunque sí en otras variables de gestión (tasa de admisiones hospitalarias evitables, tasa de admisión a servicios de emergencia, tasa de retrasos en las transferencias a servicios de cuidados). <p>Proyecto Pilot of Partnerships for Older People Project (POPP)³¹:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: 2005. – Tipo de integración: nivel 3, sistema de fondos compartidos. Implementado en 29 municipios. Se constituyen asociaciones de personas mayores que participan como voluntarios y en donde se identifican aquellas áreas clave para su independencia y bienestar. Posteriormente, los consejos de distrito y las agencias locales de servicios sanitarios y sociales se reúnen para decidir cómo desarrollar dichas áreas clave. – Resultados: disminución en la utilización del servicio de emergencias; los usuarios declararon una mejora en la calidad de vida en cinco indicadores (movilidad, vestirse/asearse, actividades diarias, dolor y ansiedad). También se observó un cambio en «cultura» de los municipios donde se implantó este programa, en el sentido de reconocer la importancia de los servicios de prevención y de intervención temprana.
Suecia	<p>Proyecto del Consejo del Condado de Jönköping¹⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fecha: desde 1990. – Tipo de integración: nivel 3, sistema de fondos compartidos. El condado de Jönköping se encuentra entre los mejor valorados de Suecia en términos de calidad, eficiencia, seguridad y equidad. Sus programas se basan en cuatro pilares: 1) compromiso continuo del personal clínico y de administración para mejorar la calidad, 2) estudio hipotético de casos sobre cómo proporcionar atención integrada a personas mayores, 3) educación a las personas mayores para conservar su capital de salud, y 4) identificación de estrategias óptimas de cuidados para patologías crónicas (asma, gripe). – Resultados: reducción en las tasas de hospitalización, en la duración de las hospitalizaciones y en las listas de espera. Inicialmente los ahorros de costes de los hospitales eran redistribuidos entre la comunidad. Más adelante se creó un sistema de incentivos (equivalente al 5% del salario) para que los gerentes de los hospitales se fijaran mejoras en la calidad del servicio y que los ahorros de costes fuesen reinvertidos en el propio hospital.

Tabla 6
Integración de servicios sociosanitarios en España

De ámbito nacional		
Nombre	Fecha	Objetivo
Plan Gerontológico Nacional	1993	Provisión de servicios sanitarios y sociales para promover un envejecimiento saludable
Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud	2003	Definición de prestación como conjunto de cuidados destinados a enfermos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea o sinérgica para paliar sus limitaciones y aumentar su autonomía (artículo 4)
Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud	1995	Garantizar la prestación de servicios sociales (no sanitarios) que concurren en situaciones de enfermedad o pérdida de salud (disposición adicional cuarta)
Real Decreto 542/2009, de 7 de abril, por el que se estructuran los departamentos ministeriales	2009	Creación del Ministerio de Sanidad y Política Social. Asume las competencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, y de la Secretaría de Estado de Política Social, Familia y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad
Programas de coordinación sociosanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud		
Nombre	Fecha	Objetivo
Estrategia de salud mental	2006	Mejorar la coordinación entre los servicios de salud mental y el resto de los servicios sanitarios y sociales. Desarrollo de unidades técnicas de salud mental. Aumento de la participación de las familias en el planteamiento de las necesidades y la valoración de los servicios
Estrategia de cuidados paliativos Aprobada en 2007 Actualizada en el nuevo plan 2010-2013	2007	Alivio del sufrimiento de pacientes con necesidades de cuidado muy intensivas por encontrarse en fases terminales o muy avanzadas de la enfermedad. Mejora de la formación, la organización y la motivación de los profesionales que prestan atención domiciliaria
Estrategia EPOC	2009	Procurar asistencia global en un solo acto clínico. Mejorar la asistencia mediante aplicaciones telemáticas o telefónicas. Apoyo psicológico y sociofamiliar
Estrategia ICTUS	2009	Protagonismo de los recursos hospitalarios en la fase aguda y de los recursos sociales durante la fase de rehabilitación y reinserción. Mejora de la información que el paciente reciba en el hospital. Apoyo y formación de los cuidadores. Préstamos de material ortoprotésico
De ámbito autonómico		
Comunidad autónoma	Nombre del programa	Fecha
Andalucía	Red Sociosanitaria de Andalucía	1999
Canarias	Programa Sectorial de Acción Sociosanitaria	2002
Cantabria	Plan de Acción Sociosanitaria del Mayor de Cantabria 1999-2005	1999
Cataluña	Programa Vida Als Anys	1986
	Plan de Atención Sociosanitario	2000
	Plan de Atención Sociosanitario	2006
Castilla y León	Primer Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León	1998
	Segundo Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León	2003
Castilla-La Mancha	Programa de Envejecimiento de Castilla-La Mancha	1998
	Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020	2001
Comunidad Valenciana	Programa PALET (Programa Especial de Atención Sanitaria de Pacientes Ancianos, Pacientes con Enfermedades de Larga Evolución o en Situación Terminal)	1995
	Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana	2003
Extremadura	Plan marco de atención sociosanitaria 2005-2010	2005
Galicia	Programa Sociosanitario de Galicia (PASOS)	1998
	Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia	2008
Madrid	Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid	1998
Navarra	Plan Foral de Atención Socio-sanitaria	2000
País Vasco	Programas Sociosanitarios de las Diputaciones Vascas	1996

Fuente: Elaboración propia y ref. 7.

Muy pocos estudios han intentado cuantificar el impacto financiero de la integración. La limitada evidencia disponible parece indicar que los costes tienden a incrementarse al principio, mientras los procesos se van acomodando¹¹. En algunos casos se ha observado una reducción en algunas partidas de costes, aunque no en los costes totales (así ocurrió con la disminución de los costes hospitalarios en Australia^{12,13}, Francia^{14,15} y Estados Unidos). En otros casos sí se ha apreciado una clara reducción de los costes totales: Italia^{15,16}, la experiencia sueca en el condado de Jönköping¹⁷ y el proyecto estadounidense *On Lok*¹⁵, aunque se trataba de proporcionar los servicios necesarios a personas mayores con un alto grado de dependencia, lo que puede suponer un problema a la hora de transferir estos resultados a otros entornos.

Por su parte, las barreras organizativas incluyen las condiciones de elegibilidad de los servicios, las deficiencias en la cadena de enlace entre servicios que no permiten garantizar un continuo de cuidados, la existencia de límites geográficos y las dificultades de adaptación del personal de dirección y de los empleados. Por ejemplo, uno de los factores explicativos del éxito en la implementación del programa de mejora de calidad de los servicios en el condado sueco de Jönköping fue el historial de buen trabajo conjunto y el clima de cooperación entre directivos y personal¹⁷.

También es necesario plantear un único punto de entrada de la información, que permita evaluar a cada paciente de acuerdo con los criterios de elegibilidad (y reevaluarlo), y que pueda someterse a controles de auditoría, calidad y administración de riesgos. Por

ejemplo, el servicio de salud mental del condado de la Isla de Wight creó un administrador de casos a partir de un sistema informático que enlazaba los registros del servicio de salud con los servicios sociales y los datos del centro de día en que se encontraban los pacientes¹⁸.

Integración sociosanitaria en España

Hasta el momento se han producido varios intentos de coordinación, tanto nacionales como autonómicos (tabla 6), pero sólo se ha conseguido la integración completa en Castilla-La Mancha y Extremadura. En Castilla-La Mancha, la Consejería de Salud y Bienestar Social aglutina desde el año 2008 las competencias en materia de política sanitaria, bienestar social, promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia¹⁹. Por su parte, la Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura fue constituida en el año 2007 con el propósito de ejercer las políticas de sanidad, consumo, servicios sociales y dependencia^{20,21}. En 2008 se constituyó el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD), adscrito a la Consejería de Sanidad y Dependencia, pero con total autonomía para garantizar el desarrollo de la Ley de Dependencia. El Plan de Salud de Extremadura 2009-2012²² ha supuesto la integración de la atención primaria, especializada y de urgencias, la atención sociosanitaria y las estrategias de salud pública y uso racional del medicamento. Además, se están elaborando planes específicos para colectivos con especiales dificultades, como el PIDEX (Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Desarrollo Cognitivo). De acuerdo con los datos disponibles, el gasto en atención sociosanitaria ha pasado de 15.417.618 € en 2005 a 25.252.493 € en 2009, por lo que su peso en el total del gasto sanitario ha aumentado del 1,26% al 1,41%.

Otra iniciativa interesante es la de Castilla y León, al incluir a profesionales sanitarios tanto en la formulación como en el seguimiento del PIA. Para ello se ha creado un Equipo de Valoración Básica que se encarga de tener una visión global de las condiciones que afectan a la persona en situación de dependencia (salud, situación emocional, entorno físico, familiar y social, habilidades cognitivas). Para potenciar el éxito de una iniciativa como ésta sería recomendable hacer coincidir los mapas sanitarios y sociales a escala autonómica, e impulsar la creación de mecanismos de coordinación en los niveles de área, sector y zona básica.

Si bien no hay datos que constaten si se ha producido un ahorro de costes derivado de la integración, algunos estudios han obtenido evidencias favorables. Por ejemplo, la comparación entre el coste de proporcionar talleres de prevención a todo el segmento de población mayor con el gasto sanitario y de dependencia en un escenario sin prevención, proporcionaría un ahorro entre 265 y 742 millones de euros al año⁶. También se ha estimado que un modelo integrado que permitiera al paciente estar en su domicilio supondría un coste de 150 euros, frente a los 500-900 euros por persona y día en un hospital²³.

El último paso que se ha dado a favor de la integración ha sido el anuncio, en junio de 2010, por parte del CTAAD, de la elaboración de una Guía de Buenas Prácticas en la Aplicación de la Ley de Dependencia, que tiene como uno de los puntos a desarrollar la mejora de la coordinación entre administraciones (administración local y coordinación sociosanitaria) y la publicación en 2011 de un Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria.

Conclusiones

El objetivo de la integración sociosanitaria es pasar de un marco fragmentado en donde el individuo recibe y solicita las prestaciones de servicios sociales y sanitarias por separado, a un nuevo modelo de responsabilidad compartida. De cara al futuro, hay que tener en cuenta tres factores:

- 1) Las proyecciones de población dependiente para el año 2019 indican un mayor crecimiento de los grandes dependientes (10,20% a 36,24%), seguidos por los graves (5,59% a 10,64%) y los moderados (2,21% a 10,30%)²⁴.
- 2) Las preferencias de los individuos: un 70% de las personas de 65 y más años de edad declaran que en caso de necesitar cuidados les gustaría recibirlos en su hogar (Encuesta de Condiciones de Vida a los Mayores, 2006). Y respecto a los cuidadores, entre 1994 y 2004 se ha producido un aumento de la preferencia por la atención a domicilio y una disminución de la preferencia por el «salario del cuidador»²⁵. En este sentido, el excesivo recurso a la prestación para cuidados en el entorno familiar (más del 47% del total de prestaciones) implica la sustitución de cuidadores formales por informales (más baratos, menos cualificados y con el problema adicional de la carga del cuidador), que puede mermar las oportunidades de generación de empleo. Adicionalmente, puede suponer un lastre a la hora de agilizar la coordinación entre servicios sociales y sanitarios.
- 3) El problema de la sostenibilidad financiera del SAAD. La disminución de los ingresos tributarios en época de crisis, y el hecho de que no haya una vía de financiación específica, pueden perjudicar las aportaciones de la Administración General del Estado y las inversiones de las comunidades autónomas.

En este escenario, la coordinación sociosanitaria debería ser priorizada como base para cimentar el bienestar de las presentes y de las futuras generaciones.

Contribuciones de autoría

Ambos autores son responsables a partes iguales del documento.

Financiación

Proyecto ECO2008-06395-C05-01.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Aichberger M, Busch MA, Reischies FM. Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up. Longitudinal results from the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2010;23:7-15.
2. Andreyeva T, Michaud P, van Soest A. Obesity and health in Europeans aged 50 years and older. *Public Health*. 2007;121:497-509.
3. Engelhart H, Huber I, Skirbekk V. Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among the aged. *Ageing Soc*. 2010;30:779-809.
4. Herce J, Labeaga J, Sosvilla S, et al. El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 2006;60:167-95.
5. Rodríguez Castedo A, Jiménez Lara A. La atención a la dependencia y el empleo. *Fundación Alternativas*. Documento de trabajo 159/2010.
6. Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana C, coordinadores. Atención sanitaria y dependencia: matrimonio o divorcio. *Círculo de Sanidad*. 2011.
7. Rodríguez Cabrero G, Monserrat Codorniu J. Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia. En: *Observatorio de Personas Mayores*. Madrid: Imserso; 2002.
8. Integrated Care Network. Bringing the NHS and local government together. *Integrated working: a guide*. London; 2004.
9. Leichsenring K. Providing integrated and social care for older persons: a European overview. En: Leichsenring K, Alazewski A, editores. *Providing integrated care and social care for older persons: a European overview of issues at stake*. Ashgate: Aldershot; 2004.
10. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*. 1999;17:77-110.
11. Glendinning C, Hudson B, Hardy B. The Health Act 1999 section 31 partnership "flexibilities". En: Glasby J, Peck E, editores. *Care trusts: partnership working in action*. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2003. p. 23-37.
12. Kodner D. The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Ageing Clin Exp Res*. 2002;14:307-13.

13. Swerinssen H. Toward greater integration of the health system. *Aust Health Rev.* 2002;25:88–93.
14. Bergman H, Béland F, Contandriopoulos A. Care for Canada's frail elderly population: fragmentation or integration? *CMAJ.* 1997;157:1116–21.
15. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;12:222–35.
16. Landi A, Ondera G, Russo A. A new model of integrated home care for elderly impact on hospital use. *J Clin Epidemiol.* 2001;54:968–70.
17. Baker G, MacIntosh-Murray C, Porcellato L. Jönköping County Council: Småland, Sweden. En: *High performing health care systems: developing quality by design.* Toronto: Longwoods Publishing; 2008. p. 121–44.
18. Bundred K, Owens C, Chidgey B. *Inspection of mental health services: Isle of Wight Council.* London; 2001.
19. Decreto 139/2008, de 09-09-2008, por el que se establece la estructura orgánica y competencias de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
20. Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, por el que se modifican la denominación, el número y las competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, crea la Consejería de Sanidad y Dependencia, y atribuye a la misma el ejercicio de las competencias en materia de dependencia que tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social.
21. Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura.
22. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. pp. 531-5. Disponible en: <http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/common/documentos.pdf/plan09-12.pdf>.
23. Antares Consulting. *Eficiencia en la atención a la dependencia en España: la necesidad de un modelo sociosanitario.* En: *III Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida.* 2011.
24. Vilaplana C. Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008. *Hacienda Pública Esp.* 2010;194:125–75.
25. Vilaplana C. Dependencia y cuidados informales: un modelo de preferencias de cuidados a la dependencia. *Presupuesto y Gasto Público.* 2009;56:183–204.
26. Ryan J, Super N. Dual eligible for Medicare and Medicaid: two for one or double jeopardy? *Issue Brief/National Health Policy Forum.* 2003;1–24.
27. Hudson B. *Care trusts: a sceptical view.* En: Glasby J, Peck E, editores. *Care trusts: partnership working in action.* London: Radcliffe Medical Press; 2004. p. 83–94.
28. Heenan D, Birrell D. The integration of health and social care: the lessons from Northern Ireland. *Soc Policy Admin.* 2006;40:47–66.
29. Department of Health. *Health and Social Care Joint Unit.* En: *Reducing delayed discharges: regulatory impact assessment.* London: Department of Health; 2002.
30. Audit Commission. *Means to an end: joint financing across health and social care.* London: Audit Commission; 2009.
31. Department of Health. *Partnerships for older people projects: making the shift to prevention.* London: Department of Health; 2006.

La atención a la urgencia en las comunidades autónomas. Mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. Informe SESPAS 2012

Félix Miguel García^{a,*}, Ana Isabel Fernández Quintana^a y Amadeo Díaz Prats^b

^a Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

^b Centro de Salud La Farigola, Cerdanyola del Vallés, Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2011

Aceptado el 4 de noviembre de 2011

On-line el 8 de febrero de 2012

Palabras clave:

Servicios médicos de urgencia
Utilización de recursos locales
Urgencias prehospitalarias
Coordinación asistencial

Keywords:

Emergency medical services
Local resources use
Pre-hospital emergency care
Welfare coordination

R E S U M E N

Se describe la organización general de la atención urgente extrahospitalaria en las comunidades autónomas y se recogen datos de actividad correspondientes a 2010, a partir de la información disponible en el Sistema de Información de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La atención urgente se presta a través de dispositivos diversos que cubren las 24 horas. Medicina de familia atendió 17,8 millones de consultas urgentes y enfermería 10,2 millones (año 2010, 14 comunidades autónomas, 79,7% de la población del Sistema Nacional de Salud). La frecuentación a urgencias oscila entre 0,11 y 0,83 consultas urgentes por habitante y año a medicina de familia, y entre 0,05 y 0,57 consultas por habitante y año a enfermería. Toda reforma en la gestión de las urgencias prehospitalarias comporta cambios organizativos y pretende mejoras valorables en la coordinación asistencial. Respecto a los nuevos diseños organizativos, el mayor peso específico recae en la parcela de recursos humanos para poder conseguir los nuevos objetivos de futuro que se planteen en una estructura de trabajo en equipo en su significado más operativo. No cabe duda de que el reto principal que se plantea es una óptima coordinación con otros niveles asistenciales, sin olvidar otros colectivos de servicios al ciudadano, como cuerpos policiales, servicios sociales, residencias geriátricas, etc. Si la mejor atención al usuario tiene que centrar todos estos esfuerzos, su contrapartida, con su movilidad, variabilidad individual, nivel de exigencia y, sobre todo, según su uso de los servicios disponibles, es la que determinará el resultado final. La cuantificación de los logros puede medirse de diversas maneras, pero principalmente como los recursos empleados, el grado de satisfacción de todos los actores implicados y la óptima gestión de la demanda que contribuya a difundir la necesidad de un uso racional de los servicios sanitarios.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Emergency care in the autonomous regions of Spain. Improvement in pre-hospital emergency care and welfare coordination. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The present article describes the general organization of pre-hospital emergency care in the autonomous regions and provides data on activity corresponding to 2010, drawn from the information available in the Primary Care Information System of the Ministry of Health, Social Policy and Equality. Emergency care is provided through various organizational structures covering 24-hour periods. Family medicine attended 17.8 million emergency consultations and nursing attended 10.2 million (year 2010, 14 autonomous communities, 79.7% of the National Health System population). Emergency department utilization ranged between 0.11 and 0.83 urgent family physician consultations per inhabitant/year and between 0.05 and 0.57 nursing consultations per inhabitant/year. Any reform in the management of pre-hospital emergency care will involve organizational changes and aims to produce measurable improvements in healthcare coordination. In the new organizational designs, most of the responsibility lies with human resources in order to achieve the new goals for the future aims to be presented in an operational teamwork structure. Undoubtedly, the main challenge is to achieve optimal coordination with other welfare levels, including the police, social services, nursing homes, etc. If optimal care of the population needs to count on the efforts of all these groups, mobility, individual differences, consistent achievement of high standards, and –most of all– the use of these services by citizens will determine the final result. The results can be quantified in various ways, but evaluation should concentrate on the resources used, the degree of satisfaction among all the parties involved and optimal management of demand, which will help to disseminate the need for a rational resource use.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fmiguel@mpsi.es (F. Miguel García).

Puntos clave

- La red sanitaria pública para la atención urgente, incluida la domiciliaria, consiste en centros de salud y consultorios locales durante su horario habitual, dispositivos específicos extrahospitalarios (tipo Servicios de Urgencias de Atención Primaria) y los centros coordinadores de urgencias y emergencias (061 y 112).
- En 2010 se han atendido, en los dispositivos específicos extrahospitalarios, 22,4 millones de urgencias de medicina y 12,5 millones de enfermería (datos extrapolados a partir de 14 comunidades autónomas).
- El modelo de Atención Continuada Urgente del Territorio es un sistema integrado que comprende cuatro elementos clave: una política específica de recursos humanos que incluye la formación continuada, un sistema de triage estructurado, la homogenización de circuitos y flujos entre niveles asistenciales incluyendo la historia clínica compartida, y la gestión integrada entre atención primaria y hospitalaria.
- Algunos rasgos de la aplicación del modelo de Atención Continuada Urgente del Territorio en Cataluña incluyen la creación de la figura del coordinador de urgencias, la reorganización de los recursos, la creación de nuevos dispositivos de urgencias con más recursos y la creación de direcciones funcionales únicas para atención primaria y hospitalaria.

Introducción

El análisis de la atención sanitaria de carácter urgente en el medio extrahospitalario presenta muchas vertientes, incluida su relación no siempre sencilla con las urgencias hospitalarias¹. Seguramente en conexión con el propio concepto de "urgencia" (que engloba una gran variedad de situaciones) se encuentra el hecho de la pluralidad organizativa que requiere su atención, que se extiende a los sistemas de información. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, y las comunidades autónomas en el seno del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), se han propuesto construir un SIAP² consensado y útil para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluye tanto el contenido como la metodología para la obtención de los datos. Se presentan aquí algunos de los resultados generales sobre la organización y la actividad de la atención a la urgencia extrahospitalaria.

Material y métodos

Organización

Se ha utilizado como base el documento *Atención a la urgencia extrahospitalaria; organización en las comunidades autónomas*³, junto a la información disponible en las páginas web de cada una de ellas (tabla 1).

Datos sobre actividad

Se han recabado datos de actividad urgente de las comunidades autónomas. Sus sistemas de información responden a necesidades propias y es por ello que los datos no siempre son homogéneos. En el momento actual se dispone de información homogénea en relación a la actividad ordinaria^{2,4}, pero no de forma completa sobre la actividad urgente. Se presenta información correspondiente a 2010, desagregada por tipo de profesional, de 14 comunidades autónomas (79,7% de la población del SNS), y del total de las urgencias de

10 comunidades (51,3% población). En seis comunidades autónomas se conocen ambos aspectos. Los datos de 2007-2009 están disponibles en la web². La información por lugar de atención incluye el 68,9% de la población del SNS. La frecuentación se ha calculado dividiendo el total de consultas urgentes entre la población con tarjeta sanitaria, y se expresa como número de consultas urgentes por habitante y año. Los datos corresponden a la actividad desarrollada en los dispositivos específicos de urgencias de atención primaria (puntos de atención continuada [PAC], Servicios de Urgencias de Atención Primaria [SUAP] y similares; tabla 2). No se incluye información sobre la atención prestada en los centros de salud y en los consultorios locales durante su horario habitual, por las dificultades intrínsecas de su registro, ni la ofrecida por otros servicios de urgencias extrahospitalarias (061 y dispositivos afines).

Organización general de la urgencia extrahospitalaria

En todas las comunidades autónomas, cualquier persona que precise atención urgente puede obtenerla de varias formas: personándose en un centro de salud o consultorio local, acudiendo a dispositivos de urgencia extrahospitalarios o solicitando atención en el domicilio, y también, si es necesario, en la calle. La versatilidad de la atención que se presta se sustenta en una organización compleja y flexible, y con particularidades locales. A continuación se describen los rasgos generales.

Centros de salud y consultorios locales

En todos los centros de salud existe una organización específica para la atención a las urgencias que se presenten durante el horario habitual (turnos, atención al propio cupo, etc.), tanto en el mismo centro como en el domicilio del paciente. La atención urgente se extiende a los consultorios locales, si bien el horario de éstos se restringe a sus horas de funcionamiento, que en los núcleos muy pequeños no es de carácter diario. En los centros de salud se dispone de dotación adecuada para la atención a las urgencias habituales, incluido el soporte vital avanzado, así como la posibilidad de requerir la intervención de otros profesionales (061-112) u ordenar transporte sanitario al hospital. Igualmente, el personal sanitario de los centros de salud está disponible para ser activado por los centros coordinadores de urgencias. La actividad urgente se compatibiliza con las tareas ordinarias. En la tabla 2 se recoge la amplia red de centros de salud y consultorios locales existentes en cada comunidad autónoma.

Dispositivos específicos de atención urgente extrahospitalaria

En todas las comunidades autónomas hay dispositivos específicos para la atención a la urgencia extrahospitalaria. La denominación, los horarios y las funciones concretas de estos dispositivos varían entre, e incluso dentro de, cada comunidad autónoma, pero pueden describirse dos grandes tipos de dispositivos: PAC y SUAP. En la tabla 2 se recogen numéricamente, y en la página web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad² se encuentra una relación de estos dispositivos por comunidades autónomas.

Centros coordinadores de urgencias y emergencias

Durante el último decenio, en todas las comunidades autónomas se han puesto a disposición de los ciudadanos teléfonos para la atención de situaciones de urgencia y emergencia (061 o 112, y en algunas ambos). Detrás de estos teléfonos hay una organización variada. En la mayor parte de las comunidades autónomas se han creado organismos específicos para la gestión y la coordinación de la atención a las demandas de los ciudadanos (tabla 1). En unos casos se trata de gerencias

Tabla 1
Organismos que coordinan la atención a las urgencias y emergencias extrahospitalarias en las comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Denominación	Dependencia	Web
Andalucía	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias	Empresa pública	http://www.epes.es/cocoon/index.html
Aragón	Gerencia de Urgencias y Emergencias 061-Aragón	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.aragon.es/DepartamentoSOrganismosPublicos/Organismos/Servicio-Aragones-de-Salud/Atreas-Tematicas/InformacionCiudadano_DerechosDeberes/ci.05.aragon.urgencias.detalleDepartamento http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.461040f6bd06c3bee65750268414ea0/?vgnextoid=9488e109806e6210VgnVCM1000097030a0ARCRD http://pactepalma.com/linea.es.php?id=44&id_recursoCategoria=0
Asturias	SAMU Asturias (Servicio de Atención Médica Urgente)	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.gscanarias.com/
Baleares	SAMU 061 Baleares (Servicio de Atención Médica Urgente)	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.scsalud.es/061/index.php
Canarias	SUC - Servicio de Urgencias de Canarias	CSC-Gestión de servicios para la salud y la seguridad en Canarias	http://www.salud.jcy.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=711505&locale=es.ES&textOnly=false
Cantabria	Emergencias Sanitarias de Castilla y León Sacyl	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://semcam.jccm.es/web1/home.do?main=ciudadanos/elSemcam/elSemcamQueHacemosCarteraGUETS.html
Castilla-La Mancha	GUETS - Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.sem.es/portal/web/benvinguda
Cataluña	SEM - Sistema d'Emergències Mèdiques	Empresa pública	http://www.san.gva.es/cas/inst/homeinst.html
Comunidad Valenciana	Servicio de Asistencia Sanitaria Urgente y Emergencias (Dirección General de Asistencia Sanitaria)	Gerencia del Servicio Regional de Salud	
Extremadura	Servicio Público de Atención de Urgencias y Emergencias Urxencias Sanitarias 061	Consejería de Presidencia	http://112.juntaex.es/
Galicia	Urxencias Sanitarias 061	Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia 061	http://061.sergas.es/asp/inicio.asp?idioma=2
Madrid	Servicio de Urgencia Médica de Madrid. SUMMA 112	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=SUMMA112%2FPage%2FS112_home
Murcia	Gerencia de Emergencias del 061	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.061murcia.org/
Navarra	Centro de Gestión de Emergencias 112 SOS Navarra	Agencia Navarra de Emergencias (Presidencia)	http://www.navarra.es/home.es/Gobierno-de-Navarra/Organigrama/Los-departamentos/Presidencia+Justicia+e+interior/Organigrama/Estructura+Organica/ANE/
País Vasco	Emergentziak - Emergencias	Gerencia del Servicio Regional de Salud	http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-emer0001/es/contenidos/informacion/emergencias/emergencias.nuestra.organizacion.html
La Rioja	SOS Rioja	Consejería de Administraciones Públicas	http://www.larioja.org/nprkioja/defaultpage.jsp?dtab=441001
Ceuta y Melilla	Servicio 061	INGESA	http://www.ingesa.msc.es/organizacion/quienes/home.htm

Tabla 2

Número y tipo de dispositivos que atienden urgencias extrahospitalarias en las comunidades autónomas²

Comunidad autónoma	Centros de salud	Consultorios locales	PAC, SUAP y otros ^a
Andalucía	390	1116	342
Aragón	117	915	106
Asturias	68	151	99
Baleares	57	103	34
Canarias	111	170	76
Cantabria	42	121	28
Castilla y León	243	3647	215
Castilla-La Mancha	200	1113	177
Cataluña	415	831	198
Comunidad Valenciana	259	583	183
Extremadura	110	414	126
Galicia	390	93	102
Madrid	258	158	86
Murcia	79	189	47
Navarra	54	244	41
País Vasco	135	185	33
La Rioja	19	174	20
Ceuta y Melilla	7	0	8
Total	2954	10.207	1921

PAC: punto de atención continuada; SUAP: servicio de urgencias de atención primaria.

^a Los dispositivos se agrupan en dos grandes tipos: a) Centros de salud que permanecen abiertos fuera de su horario de atención ordinaria. La denominación más frecuente es PAC, su ubicación suele ser rural y suelen estar atendidos por los profesionales del equipo de atención primaria correspondiente, complementados en ocasiones por otros contratados para la atención urgente. b) En el ámbito urbano es frecuente la existencia de dispositivos dedicados únicamente a la urgencia extrahospitalaria, que se ubican en un centro de salud o en otras dependencias sanitarias, con personal propio y horario generalmente complementario al de los centros de salud. Se conocen como SUAP o con otras denominaciones. Pueden depender de gerencias de atención primaria o de los centros coordinadores de emergencias. Hay PAC y SUAP en Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia; PAC y SNU en Canarias, Galicia y Navarra; PAC en Comunidad Valenciana, Extremadura y País Vasco; SUAP en La Rioja, Ceuta y Melilla. En Andalucía, los centros de atención a urgencias se denominan UCCU; en Cataluña CAP y CUAP; y en Navarra SUR, SUE y SEU. En Madrid, además, hay CAU, y en Murcia PEA.

dependientes de los servicios de salud y en otros de empresas o fundaciones públicas sanitarias. También hay casos en que esta gestión se integra en órganos de emergencias general (112), y un caso se integra en una dirección general (tabla 1).

La coordinación operativa se lleva a cabo desde centros coordinadores (que tienen distintas denominaciones), ya sea centralizados para toda la comunidad autónoma, ya descentralizados provincialmente. Atendidos por personal entrenado, desde estos centros se responde a la demanda ciudadana en función de la necesidad, bien informando o aconsejando sobre la actitud a tomar, bien activando la red asistencial de atención primaria más cercana, o activando recursos propios: transporte sanitario o unidades medicalizadas y dotadas de recursos, y personal para proporcionar soporte vital básico o avanzado, incluyendo unidades de vigilancia intensiva móviles y helicópteros en zonas poco accesibles. En los casos de catástrofes, se coordinan con otros dispositivos. Algunos centros coordinadores también ofrecen información sanitaria telefónica, servicio de apoyo a profesionales, coordinación interhospitalaria, coordinación general del transporte sanitario, y formación y capacitación específicas. En las páginas web de las comunidades autónomas (tabla 1) puede encontrarse información sobre la carta de servicios, recursos, modos de requerir el servicio y otros aspectos dirigidos a los ciudadanos.

Actividad urgente

En la tabla 3 se presentan datos de actividad urgente de las comunidades autónomas. Medicina de familia atendió (año 2010, 14 comunidades autónomas, 79,7% de la población del SNS)

17,8 millones de consultas urgentes y enfermería 10,2 millones. La proyección de estos datos al conjunto del SNS arrojaría 22,4 y 12,5 millones de consultas urgentes, respectivamente. La frecuentación a urgencias varía en las distintas comunidades autónomas entre 0,11 y 0,83 consultas por habitante y año en medicina de familia (0,48, 14 comunidades autónomas), y entre 0,05 y 0,57 en enfermería (0,27, 14 comunidades autónomas). Las visitas a domicilio de carácter urgente representan el 3,6% de las urgencias totales (entre el 1,9% y el 8,4% según la comunidad autónoma; 20,1% de la población del SNS), el 6,6% de las urgencias de medicina (entre el 0,54% y el 10,4%; 66,3%) y el 10,4% de las de enfermería (entre el 0,8% y el 13,9%; 66,3%).

Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE, 2006), 13,6 millones de personas (el 30,76% de la población) ha declarado haber precisado atención urgente durante el último año. El número medio de asistencias recibidas fue de 1,8 y la última se realizó en el ámbito extrahospitalario público en el 27,47% de los casos (calculado sobre los ciudadanos que declararon precisar atención). En la tabla 4 se presentan los datos de las comunidades autónomas. En la web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad pueden consultarse datos desagregados por edad, sexo y otras características⁵.

Mejoras en urgencias prehospitalarias y coordinación asistencial

En 1967⁶ se instauró en España un modelo de asistencia urgente con la creación de los Servicios Normales de Urgencias (SNU) y los Servicios Especiales de Urgencias (SEU), todavía activos hoy día en alguna comunidad autónoma. Desde 1988, siguiendo las directrices del Plan Director de Urgencias Sanitarias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), se pretendía la amortización progresiva hasta la desaparición total de estos servicios, cuya actividad tenía que ser asumida por los profesionales de los Equipos de Atención Primaria (EAP). En Cataluña, en 1998⁷, después de 8 años de aplicación de las medidas para la reforma de la atención primaria, el decreto 168/1998 del Departamento de Sanidad y Seguridad Social contemplaba la sustitución, total o progresiva, de los servicios ordinarios (SOU) y especiales de urgencias (SEU) gestionados por el Instituto Catalán de la Salud (ICS), por otros dispositivos asistenciales. En 2001⁶, el INSALUD crea los SUAP con el objetivo de consolidar laboralmente el personal de los SNU y de los SEU. En Cataluña, en 2006 se determinó en el Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad⁸ el nuevo modelo de atención continuada y de urgencias en atención primaria del ICS, para el periodo de 2007-2010, regulado mediante el Decreto 258/2007 de 27 de noviembre, publicado en el DOGC de 30 de noviembre de 2007⁹. Este nuevo modelo tiene como principales objetivos la mejora de la calidad del servicio y de las condiciones de trabajo de sus profesionales, y comporta el despliegue de un nuevo mapa de servicios que se configura en ámbitos territoriales de atención continuada y urgente denominados Atención Continuada Urgente de Base Territorial (ACUT), donde se definen combinaciones de tres dispositivos asistenciales, según las características geográficas y demográficas, que rompen el paradigma de la relación de la atención continuada, el territorio o Área Básica de Salud (ABS) y los profesionales (EAP). En estos dispositivos se integra el personal sanitario de los SEU, los SOU, servicios de atención continuada de los EAP y el personal de refuerzo de atención continuada. La prestación de los servicios se realiza mediante profesionales con plazas específicas adscritas al ACUT y con la participación de los profesionales de los EAP del ámbito territorial correspondiente.

En la búsqueda de un modelo organizativo ideal de atención urgente se ha partido de las adaptaciones del modelo inicial a toda una serie de cambios profundos en el sistema sanitario de nuestro país, como ha sido la reforma de la atención primaria. Las mejoras

Tabla 3Actividad urgente en las comunidades autónomas (año 2010)²

Comunidad autónoma	Población TSI	Urgencias atendidas			Domicilios respecto al total de urgencias (%)			Frecuentación (n.º consultas urgentes por habitante y año)		
		N.º	Por medicina	Por enfermería	Total	Medicina	Enfermería	A urgencias	A medicina	A enfermería
Andalucía	8.162.972	-	5.796.201	3.194.205	-	7,02	12,14	-	0,71	0,39
Aragón	1.327.751	781.870	670.560	241.233	7,20	5,55	12,59	0,59	0,51	0,18
Asturias	1.071.484	742.991	-	-	5,35	-	-	0,69	-	-
Baleares	1.034.272	604.709	523.649	213.770	1,86	1,25	2,92	0,58	0,51	0,21
Canarias	1.962.840	-	1.229.000	967.557	-	0,54	0,83	-	0,63	0,49
Cantabria	568.537	-	264.778	136.969	-	6,03	12,39	-	0,47	0,24
Castilla y León	2.443.118	-	1.667.315	1.396.207	-	7,82	9,52	-	0,68	0,57
Castilla-La Mancha	2.023.128	2.001.313	1.517.450	890.745	4,67	4,15	6,58	0,99	0,75	0,44
Cataluña	7.646.925	2.537.558	-	-	-	-	-	0,33	-	-
Comunidad Valenciana	5.395.410	-	2.351.017	1.076.155	-	3,83	7,32	-	0,44	0,20
Extremadura	1.080.107	1.145.793	898.395	249.003	8,43	7,23	12,89	1,06	0,83	0,23
Galicia	2.787.430	1.014.185	918.798	444.509	3,58	2,95	6,05	0,36	0,33	0,16
Madrid	6.347.792	959.994	707.324	338.206	-	-	-	0,15	0,11	0,05
Murcia	1.463.011	-	830.409	551.716	-	10,37	13,95	-	0,57	0,38
Navarra	630.833	351.463	-	-	-	-	-	0,56	-	-
País Vasco	2.539.839	-	434.825	239.804	-	1,83	4,62	-	0,17	0,09
La Rioja	307.852	-	64.498	23.371	-	6,11	13,48	-	0,21	0,08
Ceuta y Melilla	132.009	72.664	-	-	5,17	-	-	0,55	-	-
Total	46.925.310	10.212.540	17.874.219	9.963.450	3,65	6,57%	10,37%	0,42	0,48	0,27

TSI: tarjeta sanitaria individual.

en todas las comunidades autónomas han de valorarse si se consigue un modelo que permita desarrollar un sistema integrado de prestación de servicios urgentes.

Sistema integrado

Un sistema integrado de prestación de servicios urgentes¹⁰ responde a cuatro elementos clave (tabla 5):

1. Integración de recursos humanos que contemple programas de inmersión de profesionales de los distintos ámbitos asistenciales. Con esta mayor participación se pretende alcanzar una atención asistencial continua que mejore el conocimiento compartido y facilite una capacitación profesional que contribuya a disminuir la variabilidad en la práctica asistencial, mediante la elaboración de criterios comunes, guías y protocolos

de actuación. Al mismo tiempo, deben consensuarse planes de formación conjunta en los aspectos clínicos más relevantes que se determinen.

2. Integración funcional, en la cual se contemplan las herramientas de comunicación y triage. Las mejoras en comunicación evitan duplicidades (derivaciones, pruebas, terapéuticas), se aumenta el conocimiento compartido y, si se dispone de un mismo sistema de información, se consigue el objetivo de una historia clínica compartida. El acceso asistencial se facilita a través de un sistema de triage estructurado único, tanto telefónico como presencial. También permite facilitar información sobre salud a la población, canalizar la demanda sanitaria, asignar el recurso más eficiente y evitar retrasos en la atención de problemas de salud más complejos y graves.
3. Integración clínica, que pretende homogeneizar circuitos de atención que faciliten la continuidad asistencial en todos

Tabla 4Ciudadanos que declaran haber acudido a urgencias durante el último año, número medio de asistencias y ámbito de atención a la última urgencia (Encuesta Nacional de Salud de España 2006)⁵

Comunidad autónoma	N.º personas	%	N.º visitas ^a	Ámbito de atención última urgencia ^b		
				Hospital público (%)	Extrahospitalario público (%)	Otros (%)
Andalucía	2.534.677	32,06	2,1028	68,41	24,08	7,51
Aragón	337.163	26,63	1,5318	60,54	25,91	13,55
Asturias	290.064	27,58	1,4375	76,12	21,56	2,32
Baleares	352.702	34,77	2,2224	50,95	25,69	23,36
Canarias	669.656	33,55	2,0678	38,84	52,15	9,01
Cantabria	158.681	28,31	1,6699	74,38	19,69	5,93
Castilla y León	644.202	26,19	1,4127	62,66	32,48	4,86
Castilla-La Mancha	528.699	27,5	1,7216	64,88	27,70	7,42
Cataluña	2.361.716	33,4	1,6691	59,42	25,07	15,51
Comunidad Valenciana	1.562.329	32,82	1,797	60,76	32,01	7,23
Extremadura	332.222	31,12	1,8526	51,40	43,14	5,46
Galicia	914.495	33,74	1,7323	60,06	32,81	7,13
Madrid	1.594.669	26,39	1,794	60,14	21,49	18,37
Murcia	449.861	32,81	1,8155	58,43	32,90	8,67
Navarra	169.178	28,68	1,5808	70,91	22,98	6,11
País Vasco	614.361	29,13	1,4538	80,34	11,91	7,75
La Rioja	71.850	23,6	1,5086	84,56	13,29	2,15
Ceuta y Melilla	52.809	38,36	2,15	74,74	18,54	6,72
Total	13.639.337	30,76	1,797	62,17	27,47	10,36

^a Número medio de asistencias a urgencias declarado por los ciudadanos que refieren haber consultado a urgencias en el último año.

^b Porcentajes sobre los ciudadanos que declaran haber acudido a urgencias el último año.

Tabla 5Elementos clave de contenido en un sistema integrado^{10,16,17}*Recursos humanos*

- Sesiones clínicas y programas de docencia en atención primaria a través de atención especializada
- Planificar y organizar el sistema de trabajo que facilite la formación y la coordinación asistencial
- Compartir criterios asistenciales mediante la elaboración conjunta de protocolos y guías clínicas
- Planes que permitan equipos interdisciplinarios mixtos
- Rotaciones formativas (consultas externas, servicios hospitalarios, consultas de atención primaria, dispositivos de urgencias)
- Periodo de rotación de algunas especialidades (MIR) fuera del ámbito tradicional hospitalario
- Información actualizada y facilidades para el acceso a las actividades docentes y formativas
- Formación dirigida a los motivos de derivación más frecuentes
- Mayor disponibilidad de personal para coberturas asistenciales en imprevistos, incidencias, bajas laborales, etc.

Funcional

- Historia clínica compartida: sistemas de información compatibles entre instituciones y proveedores de servicios sanitarios
- Implantación de un sistema único de triage. Triage estructurado. Sistema Español de Triage. Modelo Andorrano de Triage. Triage en atención primaria. Personal experto en triage. Centros acreditados en triage
- Triage telefónico e información en salud. Gestión eficiente de la atención domiciliar urgente
- Comunicación operativa entre profesionales de niveles asistenciales para compartir información clínica y consultas de casos difíciles

Clínica

- Alta hospitalaria: documento consensado en contenido (información para profesionales, planes terapéuticos y de control clínico), programación de controles en las agendas de atención especializada o con personal de enlace para programas de seguimiento (enfermo crónico, frágil, terminal)
- Continuidad terapéutica: prescripción en altas hospitalarias, planes de tratamiento bien informados, receta electrónica, evitar prescripción inducida
- Peticiones de interconsulta consensuadas en contenido informativo
- Estandarización y protocolización de procesos delimitando competencias profesionales y pruebas complementarias
- Detección del origen de las derivaciones improcedentes fuera de circuito
- Coordinación de los procesos en atención domiciliar: curas, inyectables, patología aguda, defunciones, enfermo crónico, frágil y paliativo, derivaciones a otros dispositivos asistenciales
- Actualización de registros en la historia clínica compartida: alergias, vacunas, planes de medicación, problemas activos, pruebas complementarias
- Gestión compartida de la incapacidad temporal
- Registros en la historia clínica compartida de agendas de visitas programadas y pruebas complementarias cursadas
- Acuerdos de perfiles clínicos en las derivaciones entre dispositivos asistenciales
- Proyectos de abordaje de reanudaciones en enfermos después de altas hospitalarias
- Actuación preventiva en enfermos con muchos ingresos hospitalarios

Gestión clínica

- Fijar indicadores de calidad que identifiquen problemas, desviaciones de los objetivos y posibilidades de mejora: tiempo de espera asistencial, reclamaciones, satisfacción de pacientes y profesionales, calidad de las derivaciones entre niveles asistenciales
- Información periódica de la actividad asistencial: número de visitas, motivos de consulta, nivel de gravedad, ingresos hospitalarios
- Planes de acogida de los nuevos profesionales que faciliten su integración asistencial
- Información y actualización continuada de las carteras de servicios
- Planes de acogida de nuevas altas en el territorio (inmigración). Detección de usuarios sin equipo de atención primaria asignado en el territorio
- Planes de actuación en hiperfrecuentadores
- Planes de emergencias: de los centros, coordinación con cuerpos policiales, bomberos, protección civil
- Integración del servicio de urgencias hospitalario dentro del hospital: las urgencias como responsabilidad de todo el hospital
- Optimizar recursos materiales y detectar duplicidades asistenciales ineficientes
- Identificar y determinar acciones para reducir la demanda evitable
- Promover consensos territoriales sobre las atribuciones de cada nivel asistencial
- Establecer programas de coordinación con servicios sociales, residencias geriátricas y salud pública
- Fijar criterios prioritarios en listas de espera, tiempos de demora asistencial, agendas sobrecargadas, con la participación de los profesionales
- Fijar criterios de atención domiciliar eficiente de patología aguda, crónica y urgente
- Crear órganos acreditados de coordinación territorial entre la atención primaria y el hospital
- Implantar programas territoriales de gestión de enfermedades crónicas, enfermo frágil y paliativo
- Coordinación eficaz con la hospitalización a domicilio
- Mejorar la gestión del proceso asistencial en los centros: papel del administrativo sanitario y de enfermería en la demanda aguda
- Incentivos orientados a la mejora de la coordinación asistencial y a la mejor gestión de la demanda

MIR: médico interno residente.

aquellos procesos clínicos que conlleven pruebas complementarias y derivaciones entre profesionales de distintos niveles asistenciales.

4. Gestión clínica, donde todos los órganos de dirección de los distintos niveles de decisión han de trabajar de manera conjunta para fijar objetivos específicos, solucionar problemas operativos, seguir la evolución de los indicadores de actividad que se determinen, definir los controles de calidad y establecer los incentivos según los objetivos marcados.

La coordinación de flujos asistenciales y el transporte sanitario ocuparían también diferentes apartados dentro de los cuatro elementos.

En un modelo ideal de sistema integrado para el pleno desarrollo de los cuatro elementos antes definidos y con la visión de que

las urgencias son de las personas y no de las estructuras o niveles, la gestión de la atención sanitaria del área de salud donde se presta la atención urgente tendría que integrar a la atención primaria, la atención hospitalaria, la coordinación de flujos y el transporte sanitario. Esta integración es indispensable para unas mayores eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario, para garantizar la calidad de la asistencia y hacer más productivo el proceso asistencial. En resumen, el hospital deja de ser eje fundamental y desaparece en su concepción actual, para integrarse en una organización conjunta que fusiona todos los niveles asistenciales y de coordinación en un concepto de territorio como unidad básica de trabajo. Debido a que en el ámbito urbano y en las diversas áreas de salud pueden coincidir diferentes proveedores que gestionan servicios sanitarios, tanto de titularidad pública como privada, conseguir este modelo ideal de sistema integrado en cada territorio es todo un reto en gestión y coordinación.

Tabla 6

Relación de mejoras del modelo de Atención Continuada Urgente de Base Territorial (ACUT)

- Promoción y reglamentación de actividades formativas: más de 500 médicos han aumentado su competencia profesional con un curso de actualización de urgencias¹¹
- En el conjunto de los ACUT se ha implementado más de un centenar de protocolos con objetivos variados (clínicos, organizativos, de coordinación)
- Adaptaciones de los sistemas informáticos de apoyo a la actividad asistencial: módulo específico en la historia clínica informatizada (e-cap), agenda propia, programación en agendas remotas, "doctor universal", receta electrónica
- Iniciativas para compartir información clínica con otros proveedores, sobre todo servicios de urgencias hospitalarios: acceso a e-cap, historia clínica compartida, acceso a pruebas complementarias y a agendas de programación de visitas
- Acceso a nuevos sistemas de retribución e incentiación: carrera profesional, retribución variable según cumplimiento de objetivos, complementos diversos, plus de jornada, precio por hora de atención continuada, etc.
- Complemento retributivo para el coordinador del ACUT
- Desaparición del pago por módulos de atención continuada a los profesionales de los equipos de atención primaria, para pasar a la retribución según las horas efectivamente realizadas
- Renovación de los equipos de apoyo diagnóstico y tratamiento
- Mejora de los espacios físicos y del confort, y remodelación integral de las áreas asistenciales
- Adquisición de una nueva flota de vehículos para la atención continuada de todos los dispositivos
- Definición del centro de urgencias de atención primaria como centro de referencia de atención al detenido
- Mejoras e incremento de la cartera de servicios
- Integración con atención primaria: participación de profesionales, actividades formativas, apoyo asistencial, coordinación asistencial, gestión de incapacidad temporal, registros e-cap
- Apoyo asistencial de atención especializada. Interconsultas de control clínico
- Apoyo de enfermería en el triage y en la gestión de la demanda

Reformas en Cataluña

El ente público Servei Català de la Salut es el eje fundamental de la ordenación sanitaria de Cataluña. Con el reto demográfico de una población de 8.000.000 de habitantes en 2015, con un 16% de población inmigrante, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña¹², dentro de las principales líneas de política sanitaria desde 2004 hasta 2012, contempla la reordenación de las urgencias y emergencias, una mayor inversión en recursos en transporte sanitario, el desarrollo de sistemas de información y la implantación de nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, como son el proyecto de la historia clínica compartida y la receta electrónica. Dentro de las prioridades del modelo sanitario catalán en el aspecto de la accesibilidad, se pretende reordenar y reforzar los servicios de urgencia de los hospitales y desarrollar un nuevo dispositivo asistencial de urgencias, definido como centros de urgencias de atención primaria (CUAP), hasta un total de 45 repartidos en todo el territorio catalán.

Modelo ACUT

El ICS¹³ es la empresa pública de servicios sanitarios más grande de Cataluña y presta atención sanitaria a casi seis millones de ciudadanos, un 76,56% del total de los asegurados. En el año 2005, su División de Atención Primaria llegó a la conclusión de que estaba en serio peligro la sostenibilidad de los servicios de atención continuada y urgente de su ámbito. La falta de un modelo organizativo identificable y el deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales originaban múltiples deficiencias que afectaban a la calidad de la prestación de los servicios y la satisfacción de los ciudadanos por la percepción de ser un servicio poco accesible y escasamente resolutivo, factor determinante, entre otras causas, del crecimiento importante de las urgencias en los centros hospitalarios.

El acrónimo ACUT (Atención Continuada Urgente de base Territorial) define el nuevo modelo organizativo único en todo el ámbito del ICS, que comenzó a implantarse a lo largo del año 2007 después del buen resultado previo de experiencias de mejora en diversos ámbitos territoriales y de la puesta en marcha de los primeros CUAP en 2005 (Sabadell, Cornellà de Llobregat), observándose una disminución de las urgencias hospitalarias en su ámbito de influencia. Cada ACUT cuenta con una plantilla de personal propia. En total se definieron 24 ACUT y el proceso de implantación supuso el cierre de 25 SEU y SOU. El modelo ACUT facilita el desarrollo de

actuaciones de reordenación de servicios (sustitución o apertura de nuevos dispositivos), así como la optimización de recursos al concentrar la actividad en un menor número de centros asistenciales (tabla 6).

La integración de todos los dispositivos de la red de atención continuada y de urgencias en el ACUT, junto a la unificación de la responsabilidad de su gestión en la figura de un coordinador, son factores clave que posibilitan la mejora de la interrelación con los servicios de urgencias hospitalarios en su coincidencia en el mismo ámbito de influencia territorial. Existen ejemplos en Cataluña de direcciones funcionales únicas con la integración de los dispositivos ACUT y el servicio de urgencias del hospital de referencia (hospitales de Vic, Figueres, Viladecans, Clínic de Barcelona, Vilafranca e Igualada).

El dispositivo mayoritario en los ACUT son los PAC⁸, mientras que los CUAP, en entornos básicamente urbanos⁸, están presentes actualmente en 23 de las 42 comarcas de Cataluña, un 33% de todos los dispositivos previstos para una óptima cobertura asistencial. Los CUAP funcionan 24 horas todos los días del año, y tienen un área de influencia determinada según el grado de concentración poblacional. Su cartera de servicios incluye una amplia capacidad de resolución de urgencias, por disponer de la tecnología de gestión de la información y la comunicación que le permite interactuar eficazmente con otros agentes de la red asistencial, desde los propios EAP hasta el hospital de referencia o el SEM/061. Al mismo tiempo, también dispone de laboratorio de parámetros críticos y cobertura de servicio de diagnóstico por la imagen. Los CUAP son dispositivos de mayor complejidad que requieren profesionales preparados y unas infraestructuras más sofisticadas, y al mismo tiempo innovadoras, en el ámbito de la atención primaria. En los aspectos formativos de su plantilla se contemplan cursos específicos, elaboración de protocolos de actuación y clínicos, rotaciones formativas hospitalarias, participación en reuniones de coordinación asistencial y sesiones clínicas con atención especializada. Para acabar, un CUAP ha de disponer de espacios que permitan atender y observar el curso evolutivo de los pacientes de riesgo y con inestabilidad clínica.

Conclusiones y recomendaciones

Se observa una variedad de la organización a la atención urgente en las distintas comunidades autónomas, que probablemente responda a los condicionantes históricos y locales de cada una de ellas.

Cabe destacar la amplia accesibilidad a los servicios de urgencias extrahospitalarios, tanto horaria como geográfica, en todas las comunidades autónomas.

En relación a los datos de actividad, se constata que no tienen la homogeneidad ni la cobertura deseables, aun siendo conscientes de las dificultades para la recogida de estos datos, dada la variabilidad de organización y registros. En concreto, hay que destacar que no se proporcionan datos de actividad de los centros coordinadores de urgencias y emergencias (061-112), un volumen no despreciable y con toda probabilidad muy distinto, en términos relativos, en función de las comunidades autónomas. La falta de cobertura sólo permite ofrecer una aproximación a los datos desagregados por edad y sexo.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el volumen estimado, de 22,4 y 12,5 millones de urgencias atendidas por medicina y enfermería, respectivamente, puede ponerse en contexto teniendo en cuenta el volumen de actividad ordinaria en atención primaria: 214 y 125 millones de consultas^{2,4}.

Para explicar las amplias diferencias de frecuentación serían necesarios análisis más complejos, que están fuera del propósito de este artículo¹⁴, pero no hay que minusvalorar los factores organizativos. Por ejemplo, puede esperarse que la frecuentación de los dispositivos de urgencia aquí recogida sea mayor en las comunidades autónomas con una alta proporción de población rural y alta densidad de PAC que en aquellas con grandes núcleos de población, horario de atención ordinaria en los centros de salud más amplio y alta presencia de los servicios 061.

Aunque este texto se limita a la descripción de la urgencia extrahospitalaria, es obligado volver a recordar la íntima y dialéctica relación de este tipo de atención con la prestada por los servicios de urgencias hospitalarios, así como la importancia de promover una mayor utilización relativa del nivel primario de atención, por razones de coste y de posible reducción de la iatrogenia¹⁵.

El modelo ACUT pretende conseguir un modelo ideal de sistema integrado, que puede verse favorecido por la integración de los dispositivos de urgencias en algunos servicios de urgencias hospitalarios del territorio de gestión del ICS. Queda mucho camino por recorrer para acabar de consolidar un modelo de atención urgente en España, por su historia reciente en nuestro siglo. Los indicadores actuales más utilizados y difundidos muestran un descenso importante de las urgencias hospitalarias en comparación con el crecimiento de la población. Dentro de la atención primaria de salud, la atención urgente, en un sistema integrado, está buscando su encaje en esa sensación de estar a medio camino de diferentes ámbitos asistenciales, muy posicionados en su estructura organizativa por su larga trayectoria existencial. La estabilización de plantillas, los liderazgos innovadores y bien retribuidos, la acreditación docente, los programas de investigación, los contratos de gestión adaptados y los nuevos roles asistenciales han de conseguir evitar su autodefinición constante, crecer en la ilusión por un proyecto diferente y único, y sentir el orgullo de pertenecer a una profesión de prestigio por los buenos resultados asistenciales en salud y de satisfacción del ciudadano.

Declaraciones de autoría

F. Miguel ha redactado el apartado de la atención a la urgencia en las comunidades autónomas. A.I. Fernández ha recogido y

tratado los datos. A. Díaz ha redactado el apartado de mejoras en las urgencias prehospitalarias y la coordinación asistencial. F. Miguel y A. Díaz son responsables del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los miembros del Grupo de Trabajo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y a la Subcomisión de Sistemas de Información, participados por representantes de las comunidades autónomas. A. Díaz agradece a Francisco Hernansanz la oportunidad de participar en este artículo.

Bibliografía

1. Montero FJ. La organización de la cadena asistencial urgente en España o la búsqueda de los eslabones perdidos. *Emergencias*. 2008;20:5-7.
2. Sistema de Información de Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
3. Atención a la urgencia extrahospitalaria. Organización en las comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. 50 p. Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia.Extrahospitalaria.2010.pdf>
4. Actividad ordinaria en centros de atención primaria 2007-09. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010. 27 p. Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe.Actividad.Ordinaria.Atencion.Primaria.2007-09.pdf>
5. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>
6. Cantero JL, Fonseca FJ. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (y II). *SEMG*. 2008;105:170-5.
7. Decreto 168/1998, de 8 de julio, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. DOGC n.º 2680, de 14 de julio de 1998. p. 8652-3.
8. Acuerdo de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad. 16 de junio de 2006. Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/4788/06349073.htm>
9. Decreto 258/2007, de 27 de noviembre. DOGC n.º 5020, de 30 de noviembre de 2007.
10. García P, Mínguez J. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria. *Emergencias*. 2008;20:8-14.
11. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Guia d'actuació en urgències per a l'atenció primària. Barcelona: SemFYC; 2008. 858 p.
12. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. El Departamento de Salud: balance y perspectivas. *Salut a prop*. 31 de enero de 2006. 47 p.
13. Instituto Catalán de la Salud (ICS). Memoria 2009. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/infocorp/pdf/memoria.2009.pdf>
14. Peiró S, Librero J, Rida M, et al. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2010;24:6-12.
15. Tomás S, Chanovas M, Roquetas F, et al. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
16. Comisión de Ordenación de la Profesión Médica. Relaciones entre médicos de primaria y de hospital. *Servei d'Informació Col·legial del COMB*. 2009; 16-9.
17. VI Jornades Tècniques de la Corporació Sanitària de Barcelona. Las urgencias en el entorno urbano y metropolitano. Noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/ticsalut/html/ca/dir1769/doc27373.html>

La cartera de servicios en atención primaria: un rey sin camisa. Informe SESPAS 2012

Ana Clavería^{a,*}, Miguel A. Ripoll^b, Alicia López-Rodríguez^c, Cayetano Rodríguez-Escudero^d
y Jesús Rey García^e

^a Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^b Centro de Salud Ávila Rural, Ávila, España

^c Observatorio del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, España

^d Centro de Salud Pintor Colmeiro, Vigo, Pontevedra, España

^e Centro de Salud A Estrada, A Estrada, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2011

Aceptado el 19 de octubre de 2011

On-line el 21 de enero de 2012

Palabras clave:

Atención primaria

Cartera de servicios

Integralidad

Capacidad resolutoria

Financiación

Política basada en evidencias

R E S U M E N

La evolución de atención primaria como respuesta a los cambios sociales en las últimas décadas es innegable, tanto en cifras como en la percepción de los que trabajamos o somos atendidos en ella. Pero las tradicionales dificultades de definición de funciones y asignación de recursos entre los niveles asistenciales deben reconducirse para basarse en la evaluación y no en la rentabilidad política ni en el racionamiento. Se necesita un modelo que, con visión de área, integralidad y autogestión, adecue la cartera de servicios en atención primaria a la sociedad actual, a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, y al progreso legítimo de los profesionales. Un modelo con una nueva asignación de recursos, que facilite una mayor capacidad resolutoria en atención primaria y de esta forma mejorar la eficiencia en el área. Por equidad, por economías de escala, corresponde al Consejo Interterritorial, como representación de las comunidades autónomas, establecer el cuaderno de bitácora; el apoyo de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías, Instituto de Información Sanitaria, Guía Salud y la participación de la sociedad civil en sus múltiples formas, pueden aportar el conocimiento y la experiencia para diseñar, implantar y evaluar actuaciones dirigidas tanto para mejorar la práctica asistencial como la infraestructura organizativa y económica necesaria para sustentarla.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The health basket in primary care: an emperor without clothes. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

Despite the apparent stagnation, the development of primary care in response to social changes in recent decades is undeniable, both in figures and in the perception of those providing or using primary care. The traditional difficulties of defining roles and allocating resources among levels of care should be reassessed. A model is required that adjusts the health basket in primary care to today's society, to citizen's new needs and demands, and to the legitimate progress of health professionals, while maintaining the comprehensiveness of this level of care. A model with new resource allocation would increase decision-making in primary health care, thereby improving efficiency in this setting. With a view to equity, because of economies of scale, these changes should be agreed on by the Interregional Council, as the representative of the autonomous communities. The support of the Network of Agencies for Health Technology Assessment, the Institute for Health Information, the GuíaSalud Project and the participation of civil society in its many forms, can offer knowledge and experience for the design, implementation and evaluation of actions designed both to improve clinical practice and enhance the organizational and economic infrastructure necessary to support it.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Cuéntame qué pasó desde Alma-Ata

Recordando lo que hemos vivido. La población en España aumentó un 20% a expensas de los hijos del *baby-boom*, de la inmigración y de nuestra destacable longevidad. Cambiaron los números (producto interior bruto, renta per cápita, matriculación de coches,

instalaciones en las viviendas, escolarización) y cambiaron nuestra visión del mundo y nuestras formas de relación: de la televisión en blanco y negro a Internet, del coche al avión o las redes. Nos urbanizamos y nos internacionalizamos. Se pluralizaron las voces con la incorporación de diferentes colectivos (mujeres, jóvenes, ancianos, discapacitados, pacientes...), manteniendo nuestros fuertes componentes familiar y amistoso en lo individual.

Las transformaciones del sistema sanitario no podían ser menores¹ con el acompañamiento de las tensiones para frenar o para avanzar, con la inevitable desazón de los profesionales y de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: anaclaveriaf@gmail.com (A. Clavería).

Puntos clave

- En Europa, las prestaciones y la cartera de servicios presentan una variabilidad espacial, tanto dentro de los estados como entre ellos, fruto de su modelo sanitario y de la mayor o menor descentralización. Puede observarse, en paralelo, una variabilidad temporal en su contenido y en la incorporación de los cambios, como resultado de evaluaciones técnicas o del consenso social en mayor o menor grado.
- La cartera de servicios que los ciudadanos efectivamente reciben está modulada no sólo por el marco legislativo sino también por aspectos de organización y gestión, protocolos clínicos, comportamiento de profesionales y pacientes. Su análisis incluye responder a qué, a cuánto, a quién y cómo.
- A pesar de la evolución en la atención primaria de España en las últimas décadas, tanto en infraestructura como resultados, no ha ocurrido lo mismo con el modelo de financiación, que exceptuando experiencias aisladas es rígido, obsoleto, con compartimentos estancos alejados de las políticas de coordinación requeridas.
- Necesitamos un modelo que, con visión de área, integralidad y autogestión, permita generar un marco organizativo y de gestión de la atención primaria capaz de adaptarse a la sociedad, a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, y al progreso legítimo de los profesionales. Corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sus órganos técnicos y la sociedad civil, modelizar y consensuar estos cambios. Y debemos conseguir que tengan reflejo en los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, en las comunidades autónomas y, finalmente, en la ciudadanía.

la ciudadanía. Ya no nacemos en casa, y sí morimos en el hospital; somos el país europeo con más consultas por habitante, con un gasto farmacéutico disparatado, y con una ruta del colesterol en cada ayuntamiento. Teníamos la cartilla de la Seguridad Social y nos convertimos en un Sistema Nacional de Salud, financiado con impuestos; pronto el sistema se reformuló con las 17 transferencias autonómicas, seguido del pacto de financiación del cual la sanidad es una parte no diferenciada, con un diseño global del nuevo modelo a posteriori. Mejoraron infraestructuras y plantillas, atención primaria es la entrada del sistema, pero no puede acceder a las pruebas realizadas en el hospital².

La cartera de servicios en tiempos revueltos

Perspectiva europea

En la revisión de la literatura destaca el proyecto HealthBASKET³. En él se pone de manifiesto una clara tendencia a definir más explícitamente las prestaciones (*health basket*) y la cartera de servicios (*benefit catalogues*). También se constata la tendencia a introducir criterios de coste-efectividad para las nuevas incorporaciones, con una transparencia variable según el servicio o el país considerados. Este proyecto realizó un importante esfuerzo para comparar taxonomías, ámbito geográfico, actores involucrados, criterios de inclusión y exclusión, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio. Incluso sugieren, en el marco del «Método abierto de coordinación», la posibilidad de la existencia de un catálogo de mínimos europeo, al estilo de Italia y España, que pudiera ser más amplio en cada estado, reflejando las diferencias en salud, riqueza o preferencias sociales (tabla 1); sin olvidar las complejidades de la descentralización para cada uno de ellos y las lecciones para el ámbito europeo⁴.

Como participantes de este proyecto, Planas et al⁵ analizan la evolución y los aspectos principales de la cartera de servicios en España. Entre los elementos esenciales señalan la vaguedad de muchas definiciones, que dejan en manos del profesional su interpretación, con la consiguiente volatilidad del gasto, así como la necesidad de una mayor transparencia en los criterios de inclusión y exclusión, y la necesaria incorporación de criterios de coste-efectividad y participación ciudadana.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III⁶ revisó la definición de cartera de servicios y los sistemas de priorización para su financiación en los países desarrollados. La definición suele ser explícita en los países basados en seguros sociales o pago por acto, mientras que suele ser implícita en los sistemas nacionales de salud.

Otro término de búsqueda en el análisis internacional, no desde la economía sino desde la medicina de familia, es *comprehensive approach*, para la WONCA uno de los componentes esenciales para la medicina general/medicina de familia. Kringos et al⁷ realizan una revisión sistemática de la literatura y proponen un instrumento de monitorización multidimensional para atención primaria en Europa con este enfoque. En la Agenda Europea de Investigación para Atención Primaria propuesta por la European General Practice Research Network⁸ se señalan las dificultades para identificar evidencias en este componente esencial de atención primaria, y se hacen propuestas de investigación.

Perspectiva en España

En España podemos seguir la definición y la evolución de la cartera de servicios en la literatura, muchas veces gris, de las comunidades autónomas, elaborada comparativamente por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁹ (tabla 2), y analizada críticamente por el Consejo Económico y Social¹⁰.

Más allá de la planificación o de la normalización promovidas por el estado y las comunidades autónomas, es innegable que la mayor influencia en el contenido real, es decir, lo que se hace en las consultas de atención primaria, viene determinada por el contenido del elaborado programa formativo de la especialidad de medicina de familia y los diversos modelos de desarrollo profesional propuestos por las sociedades científicas (SEMFyC, SEMERGEN). La gran ventaja de esta situación es que combina el consenso social reflejado en la legislación, de medio-largo plazo, con la flexibilidad que la práctica asistencial requiere por la permanente evolución del conocimiento y las guías de práctica clínica.

Esperamos (y necesitamos) que el desarrollo de la especialidad de enfermería comunitaria suponga el mismo revulsivo que tuvo la medicina de familia entre los facultativos. Para otros profesionales (farmacéuticos, odontólogos, matronas, etc.), aunque no se justifique una especialidad, el espacio de atención primaria en el pregrado o posgrado es muy inferior a lo deseable, y obliga a un aprendizaje autodidacta o en el mismo puesto de trabajo.

La centralidad en el paciente de atención primaria supone también la atención a múltiples situaciones de carácter administrativo, entre las que no faltan propuestas racionalizadoras para la medicina de familia (visado¹¹, incapacidad laboral¹², receta electrónica) y para el área administrativa¹³, aunque con resultados desiguales e insuficientes hasta ahora.

A propósito de un caso: la capacidad resolutoria

La capilaridad en el acceso a la cartera de servicios es requisito para la equidad. A continuación se repasan brevemente los múltiples componentes implicados, desde la consulta al sistema, utilizando el diagnóstico como ejemplo. Para mayor profundidad académica, véase el reciente informe de la King's Fund¹⁴.

Tabla 1
Catálogos de beneficios o elementos sustitutivos para pacientes ambulatorios

País	Nombre de la taxonomía	Zona geográfica donde es de aplicación	Taxonomía (y criterios de agrupación)	Actores implicados en la toma de decisiones	Criterios para la inclusión/exclusión de los beneficios	Procedimientos excluidos específicamente de los beneficios
Dinamarca	Programa de devolución de gastos de asistencia sanitaria Programa de tasas	Nacional	Los servicios se agrupan, tanto en función de la especialidad médica como para los médicos de cabecera, en servicios básicos, complementarios, de laboratorio y varios. A cada servicio se le asigna un número de referencia, en virtud del decreto legislativo correspondiente, especificando el beneficio, determinados productos, procedimientos o, en casos excepcionales, indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> Nivel nacional (leyes y marco general) Ministerio de Interior y Sanidad (aprobación) Condados (presupuestos, plan de asistencia sanitaria) Comité de negociación para la devolución de los gastos de asistencia sanitaria y asociaciones de profesionales sanitarios (negociación del catálogo) 	Necesidad	Terapias alternativas
Francia	Clasificación común de procedimientos médicos (CCAM)	Nacional	Recoge todos los procedimientos médicos para los que se puede obtener la devolución de los costes, así como aquellos excluidos. Criterios de agrupación: clasificación anatómica y especialidades médicas	<ul style="list-style-type: none"> Nivel nacional (leyes y marco general) Ministerio de Sanidad (aprobación) Unión Nacional de Fondos de Aseguramiento Sanitario (inclusión y exclusión de servicios) Autoridad sanitaria máxima (organismo asesor de cara a la inclusión o exclusión de servicios) Nivel nacional (leyes y marco general) Comité Federal Conjunto (aprobación de nuevos beneficios) Comité de Evaluación (negociación del EBM) Comité de Evaluación Dental (negociación de los programas BEMA y BEL-II) 	Efectividad, seguridad	Tratamientos en balnearios; cirugía cosmética
Alemania	SHI-EBM, SHI-BEMA, SHI-BEL-II	Nacional	Los servicios se agrupan en función de la especialidad médica autorizada para la prestación del servicio. A cada servicio se le asigna un código numérico, de acuerdo con la sujeción del catálogo	<ul style="list-style-type: none"> Legislación de ámbito nacional (leyes, marco general y presupuesto) Ministerio de Bienestar Social (decretos, aprobación) Fondo de Aseguramiento Sanitario Nacional Administración, en particular (preparación de decisiones) Comité de Revisión de los Códigos de Pago (catálogos de devolución de gastos) 	Diagnóstico y conveniencia terapéutica, necesidad médica y aspectos económicos	Servicios ortopédicos para personas mayores de 18 años
Hungría	Decretos gubernamentales y catálogos de devolución de gastos	Nacional	Los servicios similares se incluyen en grupos. Los decretos gubernamentales tratan distintas áreas de la asistencia sanitaria (p. ej., odontología o servicios especializados). Los elementos se incluyen en los catálogos de devolución de gastos junto con su correspondiente código ICPM y un valor de puntuación	<ul style="list-style-type: none"> Gobierno nacional (promulgación del decreto, negociación del contrato) Representantes de los médicos de medicina general (negociación del contrato) Ministerio de Sanidad (traslado del contrato a las disposiciones legales) Gobiernos regionales (negociación de contratos adicionales) 	Costes, efectividad	-
Italia	Contrato nacional de atención primaria; decreto sobre servicios a pacientes ambulatorios por parte de especialistas	Conjunto de beneficios de ámbito nacional; las regiones ofrecen servicios adicionales	El contrato de atención primaria describe las obligaciones de los médicos de medicina general. Los servicios individuales no se desglosan en mayor medida. El decreto sobre servicios a pacientes ambulatorios por parte de especialistas agrupa los servicios en tres secciones: servicios disponibles; servicios con disponibilidad limitada en función de indicaciones específicas y servicios excluidos	<ul style="list-style-type: none"> Gobierno nacional (promulgación del decreto, negociación del contrato) Representantes de los médicos de medicina general (negociación del contrato) Ministerio de Sanidad (traslado del contrato a las disposiciones legales) Gobiernos regionales (negociación de contratos adicionales) 	Efectividad, costes	Tratamientos no convencionales (p. ej., acupuntura o fitoterapia); vacunación del viajero

Tabla 1 (Continuación)

Países Bajos	Decreto sobre aseguramiento sanitario (tratamiento y servicios); Diagnose Behandelings Combinaties (DBC; similar al sistema DRG); enero de 2005	Nacional	Los servicios de los médicos de medicina general se regulan de forma genérica exclusivamente por decreto. En el catálogo DBC (que incluye 111.527 elementos) se combina información sobre diagnóstico y tratamiento para los especialistas médicos. Los DBC se agrupan en tres listas diferentes que determinan las condiciones para la negociación de las tasas o la exclusión de los DBC del conjunto de beneficios. Criterios de agrupación: especialidad médica y grupo de productos	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación de ámbito nacional (leyes y marco general) • Ministerio de Sanidad (decretos) • Organización para el mantenimiento del DBC (sistema DBC) • Médicos (establecimiento de prioridades) 	Costes, efectividad	-
Polonia	Decretos gubernamentales y catálogo de beneficios	Nacional	El catálogo recoge todos los servicios cubiertos por el programa de aseguramiento sanitario social. Dichos servicios se vinculan a la normativa y las leyes correspondientes. Criterios de agrupación: área de asistencia sanitaria y especialidad médica	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación de ámbito nacional (leyes y marco general) • Ministerio de Sanidad (reglamentos) • Fondo Sanitario Nacional (catálogo) 	-	Vacunación; acupuntura, salvo que esté incluida en un tratamiento para los dolores crónicos
España	Real Decreto 63/1995	Nacional, con aspectos regionales específicos	Los servicios se recogen explícitamente en el decreto. En determinados casos, los servicios se limitan a grupos de pacientes específicos. El decreto agrupa los servicios en cinco áreas de asistencia sanitaria (p. ej., atención primaria, asistencia especializada y asistencia farmacéutica), que posteriormente se subdividen.	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación de ámbito nacional (leyes y marco general) • Gobierno de la nación (decreto) • Consejo Interterritorial y Consejo de Estado (inclusión de nuevos beneficios) • Profesionales médicos (prestación de servicios en función de las competencias definidas en el decreto) 	Seguridad, eficacia y eficiencia	Cirugía cosmética (trasplante de pelo y uñas); cambio de sexo
Inglaterra	<ul style="list-style-type: none"> • Marco Nacional de Servicios • Contrato General de Servicios Médicos • Directrices clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Nacional • Nacional, con posibles variaciones en los Consorcios de Atención Primaria (PCT) 	Los grupos de recursos sanitarios (HRG) se vinculan a los procedimientos. En la actualidad sólo se encuentran en uso 48 HRG. Las directrices recomiendan los servicios a utilizar ante determinadas indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Poder legislativo de ámbito nacional (leyes y marco general) • Confederación NHS y Comité de Médicos de Medicina General (negociación del contrato) • Consorcios de Atención Primaria (PCT) (negociación de contratos adicionales) • NICE (directrices clínicas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad, eficacia • Necesidad, costes • Necesidad, costes y efectividad 	Tratamientos odontológicos cosméticos

La capacidad diagnóstica del médico

Todo pasa por manos del médico, quien decide si hay salud, enfermedad o factor de riesgo, y si precisa "encadenarse" al sistema sanitario. La medicalización no es un proceso inocente, arrastra a personas sanas y enfermas a los excesos de la medicina y de los medicamentos. Se inventan enfermedades y se amplían sus límites (p. ej., prediabetes, prehipertensión, predepresión), o se reducen los márgenes de la normalidad (p. ej. las cifras normales de colesterol en sangre). Incluso se asusta a las poblaciones hasta el punto de producir pánico, como con la temida pandemia de gripe A de 2009/2010.

La capacidad diagnóstica del médico de atención primaria puede basarse en criterios de inclusión explícitos y en general basados en la realización de una actividad (p. ej., vacunación antigripal), o en parámetros objetivos (valores de tensión arterial, glucemia, etc.). En ocasiones el criterio de inclusión no se basa en datos tan "duros", y entonces la inclusión es más subjetiva (p. ej., paciente inmovilizado). Esta capacidad exige no pasarse, por exceso ni por defecto, en la utilización de pruebas diagnósticas, y es uno de los aspectos diferenciales entre la atención primaria y la hospitalaria. En la población general, la prevalencia de enfermedad es mucho menor que en la población hospitalaria, y por tanto la rentabilidad y la fiabilidad de las pruebas diagnósticas y su intensidad de uso también. Al médico de atención primaria corresponde hacer un uso prudente de las pruebas diagnósticas, máxime en un marco de incertidumbre, falta de evidencia científica e indefinición de la mejor forma de uso de muchas de las pruebas disponibles, cuyo papel en la mejora de la calidad es relativa¹⁵.

Las actividades preventivas son uno de los componentes fundamentales de la cartera de servicios y han ido teniendo cada vez más peso en atención primaria, no siempre de forma justificada, con frecuencia a expensas de la actividad asistencial. El nivel a partir del cual una persona es considerada "enferma" y necesita tratamiento cada vez es más bajo, al igual que los objetivos terapéuticos a alcanzar, lo que contribuye a la medicalización de amplios grupos poblacionales, sin que haya un fundamento científico sólido que lo sustente¹⁶.

En atención primaria no siempre se trabaja con diagnósticos específicos. En situaciones de reciente comienzo (agudas) es frecuente la inespecificidad. Ante ellas puede ser suficiente la valoración de la gravedad («no tiene mala pinta»), la tranquilización, el uso prudente del «esperar y ver», y de diversos recursos terapéuticos, pero dependerá del grado de tolerancia a la incertidumbre del médico y del paciente (relacionado con la percepción de posible gravedad, el conocimiento previo, la continuidad de la atención y la confianza mutua). Otro problema frecuente es la realización de pruebas diagnósticas como elemento para tranquilizar al paciente o satisfacer sus demandas (p. ej., análisis para ver cómo está o por estar un poco cansado, radiografía por cualquier dolor osteoarticular, o mejor una resonancia magnética, etc.). La disponibilidad, la relativa accesibilidad, el coste asumible y las escasas molestias de muchas de las pruebas diagnósticas influyen en su mayor utilización, sin tener en cuenta la falta de evidencia científica respecto a su uso¹⁷⁻¹⁹.

La capacidad resolutoria de atención primaria

La capacidad diagnóstica debe reflejarse en la gestión, como cumplimiento del consenso social que la cartera de servicios significa. Por ello, algunas restricciones en la petición de pruebas diagnósticas desde atención primaria deberían ser revisadas². Para que atención primaria sea la verdadera gestora de la atención sanitaria de la población, encontramos en todas las comunidades autónomas, con mayor o menor implantación, mecanismos favorecedores de ello²⁰, como la historia clínica electrónica o la

telemedicina²¹. Pero además, la realización de pruebas y exploraciones complementarias debe estar determinada por la patología del paciente, solicitada por el profesional que la precise en cada momento, indiferente de que la solicitud sea de atención primaria o especializada, con la misma lista de espera orientada por prioridades similares para ambos niveles²², evitando duplicidades y, si fuese el caso, estableciendo el cronograma de su realización.

Un anillo para unirlos a todos: la financiación

¿Sabemos cuánto y cómo se financia la atención primaria en España?

Para responder es necesario aproximarnos, primero a nivel macro, al gasto sanitario actual en atención primaria. Ante el discurso recurrente, inoperativamente victimista de si es adecuado, mucho o poco el gasto sanitario en atención primaria, habrá que contestar «depende»: de qué pretendamos hacer con él y de cómo lo midamos.

Algo en apariencia tan sencillo como conocer el gasto real en atención primaria, en el contexto del gasto total sanitario en el Sistema Nacional de Salud, se convierte en una labor académicamente desalentadora por:

- Los discordantes datos de las diversas fuentes de datos estadísticos.
- La persistencia arbitraria de una división funcional y orgánica de dos ámbitos asistenciales necesariamente abocados a entenderse mediante diferentes fórmulas de integración necesaria en el perímetro organizativo y la gestión integral del área.
- La falta de rigor en la inclusión de elementos importantes del gasto en atención primaria; por ejemplo, no se incluyen como gastos de atención primaria los generados por la demanda a la atención especializada de pruebas complementarias o estudios de imagen. De igual forma, se excluye la totalidad del gasto farmacéutico, cuando es conocido que en gran parte se genera desde este nivel.
- Las diferencias notables entre comunidades autónomas, en lo que se incluye o no como elemento de gasto en atención primaria. Hay servicios de salud que se incluyen en este nivel, por ejemplo los equipos de salud mental, los centros de orientación familiar, la fisioterapia, etc.

El análisis se complica si nos acercamos a la mesogestión. En el Informe del Sistema Nacional de Salud 2009 en elaboración²³, todas las comunidades autónomas contestaron a la encuesta remitida por el Observatorio. Entre otros aspectos, se solicitó información sobre cuáles eran los criterios para asignar el presupuesto en las áreas de atención primaria o, en su caso, en las gerencias o áreas integradas. De acuerdo con la información facilitada, pueden establecerse tres tipos de criterios para la asignación en las áreas:

- 1) Según el presupuesto histórico, sistema por el cual se financia la atención primaria en cinco comunidades autónomas.
- 2) Mixto: parte de la asignación se realiza según el presupuesto histórico y parte teniendo en cuenta la cápita ajustada según tramos de edad (por tarjeta sanitaria individual), la dispersión geográfica, los objetivos asistenciales y su grado de complejidad. En este caso se encuentran la mayoría de las comunidades autónomas (ocho) y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla). Es frecuente que la financiación para el capítulo de farmacia se haga teniendo en cuenta la cápita ajustada por tramos de edad. En este sistema de asignación mixto, algunas comunidades autónomas se encuentran en plena transición hacia un presupuesto de horizonte capitativo.

3) Según la cápita: cuatro comunidades autónomas financian la atención primaria según la cápita, en su mayoría corregida y ajustada según tramos de edad y teniendo en cuenta el factor de dispersión geográfica. En algún caso, complementariamente a la financiación de base capitativa, algunos servicios se financian según costes (docencia, investigación, atención al cliente).

Se aprecia que el componente histórico tiene un peso muy importante en la mayoría de las comunidades autónomas, siendo en ocasiones el único criterio que se contempla. La pregunta clave es si una asignación basada fundamentalmente en el presupuesto histórico garantiza la equidad y la transparencia, si es más eficiente y si permite mejorar la gestión; o si, por el contrario, ya es tiempo para un modelo de financiación que sea un poderoso instrumento de modernización y de mejora de la calidad y de la eficiencia de la atención primaria. Son tres, al menos, los problemas del sistema tradicional de la asignación de recursos²⁴:

- Falta de incentivos a la eficiencia, en la medida en que los ahorros conseguidos supondrían un menor presupuesto en el periodo siguiente.
- Recursos orientados a la oferta, a la situación actual en recursos humanos e infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o de la demanda real de la población.
- Percepción del riesgo como inexistente, ya que finalmente los costes acaban siendo asumidos de forma colectiva.

Por otra parte, los intentos de avanzar en modelos alternativos se han visto en buena parte truncados, sea por problemas de diseño, por no haberlos aplicado con rigor o por los problemas derivados de introducir elementos de gestión y cierta transferencia del riesgo en un sector determinado por un entorno burocrático y rígido²⁴.

Experiencias de otros países, como la capacidad de reinventarse^{25,26} en Estados Unidos (tabla 3), el federalismo canadiense²⁷, la autocrítica en los modelos Bismarck²⁸ o Beveridge¹⁴, son aportaciones para una política sanitaria basada en la evaluación y no en la rentabilidad política o el racionamiento.

Un nuevo modelo de asignación de recursos en atención primaria

Necesitamos un modelo que, con visión de área e integralidad, permita generar un nuevo marco organizativo y de gestión de la atención primaria que se adapte a la sociedad actual, a las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos, y al progreso legítimo de los profesionales. Un modelo que permita una mayor eficiencia y capacidad resolutoria de este nivel esencial. Esto requiere:

- Una nueva conceptualización del nivel de atención primaria y de su papel en el área.
- La definición rigurosa de la cartera de servicios.
- La valoración del coste real del servicio.
- La definición de los diferentes proveedores de los servicios y su forma de relación con el comprador inteligente o área.
- La definición precisa de objetivos con criterios de rigor y los mecanismos de su evaluación.
- Un sistema de incentivos, con las restricciones legales y éticas propias de un modelo público, independientemente del operador: solidaridad, equidad, integración de cuidados y ética, que promuevan la eficiencia y la participación de los ciudadanos y los profesionales²⁹.

A partir de aquí podremos entrar en el debate de cómo financiar este gasto en atención primaria. Es necesario, pues, articular un modelo de financiación integrado orientado al área con varios subsistemas relacionados: la asignación de recursos en el área, el subsistema de asignación de recursos a la atención primaria y el

subsistema de asignación de recursos a los centros, unidades y dispositivos de atención primaria de cada área.

Para desarrollar este nuevo modelo es preciso definir sus componentes esenciales^{30,31}, y para cada uno de ellos las variables y los indicadores a cuantificar. En la revisión de la abundante bibliografía nacional e internacional que existe sobre el tema, podemos encontrar elementos comunes y principales:

- 1) La cápita, expresión de la necesidad, se consolida en todos los trabajos como la variable principal de cualquier modelo de financiación de la atención primaria. Una cápita que, partiendo del gasto real por persona, debe ajustarse a la estructura demográfica, la dispersión geográfica, las necesidades en salud (morbilidad, ajuste por último año de vida, nivel educativo, privación...), la cartera de servicios que se presta y su grado de complejidad, y la estructura instalada, entre otros.
- 2) En cada unidad funcional del ámbito de la atención primaria se establecerán objetivos de gestión y de gestión clínica ligados a la capacidad de resolución, la calidad, la eficiencia de la asistencia con los medios dispuestos, y el grado de satisfacción del usuario. Sería deseable que se ajustara a un modelo de gestión con evaluación externa (EFQM, ISO, acreditación de unidades de gestión clínica), más allá de los vaivenes políticos³² y los indicadores coyunturales.
- 3) Un sistema retributivo orientado a la buena y eficiente práctica de los profesionales y al cumplimiento de los objetivos operativos e institucionales. En España puede ser un excelente referente la experiencia de los denominados QOF (The Quality and Outcomes Framework)³³ del National Health Service, que forman parte de un complejo sistema de definición de indicadores, evaluación y mejora, en el cual los resultados constatables importan.

La definición de las variables a tener en cuenta en la financiación y su ponderación debe ser común para todo el estado y ser fruto de una reflexión sosegada en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud¹⁰. El siguiente peldaño es su adaptación intracomunitaria, de forma que en cada comunidad autónoma actúe como un instrumento para su financiación solidaria y sostenible. En España, un análisis experto y cabal de Cabasés et al³⁴ de la financiación del gasto sanitario ofrece múltiples sugerencias para la asignación de recursos dentro de las comunidades autónomas, tanto por sus claves para el modelo de financiación como por las estimaciones de necesidad relativa y su impacto en la equidad.

Tendencias

El mayor nivel cultural, económico y participativo de nuestra sociedad empujará la evolución de atención primaria, incrementando la accesibilidad y la complejidad de su cartera de servicios. En el ámbito profesional, continuarán las fuerzas para introducir innovaciones y, en contra o en paralelo, las fuerzas para implantarlas con la evaluación pertinente, ya sea farmacológica, tecnológica, organizativa o participativa³⁵.

Por ser el foro de las comunidades autónomas, corresponde al Consejo Interterritorial establecer el cuaderno de bitácora para definir elementos, indicadores y criterios que permitan medir recursos y resultados orientados a la salud, a la satisfacción y a corregir desigualdades. Esto requiere que sus acuerdos tengan carácter vinculante y que participe en la materialización y la evolución del Acuerdo 6/2009 del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Es necesario profundizar en las políticas de equidad (Ley 16/2003), y la financiación sanitaria deberá ser transparente, tanto la del estado como la de las comunidades autónomas, cuando no finalista.

Redes de conocimiento lideradas por el Instituto de Información Sanitaria, Guía Salud, las Agencias de Evaluación de Tecnologías,

Tabla 3
Reformas y estrategias en el pago a proveedores en Estados Unidos

	Centro médico de atención primaria (primary care) Medical Home	Pagos agrupados (bundled payments)	Capitación parcial (partial capitation)	Capitación total (full capitation)	Organización asistencial responsable con ahorro compartido (Accountable Care Organization with share savings, ACO)
Fortalezas y debilidades generales	Hace que los proveedores asuman los costes totales per cápita y no exige la asignación fija de los pacientes. Esta opción se ve reforzada a través de otras reformas que fomentan una asistencia sanitaria coordinada y más económica	Respalda nuevos esfuerzos por parte de los médicos de atención primaria para coordinar la asistencia sanitaria, pero no asume los costes totales per cápita	Fomenta la eficiencia y la coordinación de la asistencia sanitaria dentro de un episodio, pero no asume los costes totales per cápita	Aporta pagos por adelantado que pueden utilizarse para mejorar las infraestructuras y los procesos, pero sólo se hace cargo de aquellos servicios/proveedores incluidos en la capitación parcial, y muchos proveedores/pacientes podrían considerar esta opción demasiado arriesgada	Aporta pagos por adelantado para la mejora de las infraestructuras y los procesos, y hace que los proveedores asuman los costes per cápita, pero requiere la asignación fija de los pacientes y muchos proveedores/pacientes podrían considerar esta opción demasiado arriesgada
Refuerza la atención primaria de manera directa o indirecta	Sí; aporta incentivos para centrarse en el tratamiento de las enfermedades dentro del campo de la atención primaria. Puede reforzarse mediante un centro médico o la capitación parcial de los médicos de atención primaria	Sí; cambia el modelo de prestación asistencial para los médicos de atención primaria, permitiendo mejorar la coordinación de la asistencia sanitaria y el tratamiento de las enfermedades	Sí/no; sólo en el caso de los pagos agrupados que conlleven un mayor respaldo de los médicos de atención primaria	Sí; asumiendo que los servicios de atención primaria se incluyen en el modelo de capitación parcial, esto permite mejorar las infraestructuras y los procesos y desarrollar un nuevo modelo de prestación asistencial	Sí; aporta pagos por adelantado a los proveedores y modifica el modelo de prestación asistencial para los médicos de atención primaria
Fomenta la coordinación entre todos los proveedores participantes	Sí; introduce un importante incentivo de cara a la coordinación entre los proveedores participantes	No; no se ofrecen incentivos a los especialistas, los hospitales y el resto de proveedores para que participen en la coordinación de la asistencia sanitaria	Sí (para aquellas partes incluidas en la agrupación); en función de la estructura de pagos, puede mejorar la coordinación de la asistencia sanitaria	Sí; supone un importante incentivo de cara a la coordinación y a tomar otras medidas para reducir los costes globales	Sí; supone un importante incentivo de cara a la coordinación y a tomar otras medidas para reducir los costes globales
Elimina los incentivos de pago por aumentar el volumen	Sí; añade un incentivo en función de la calidad, no del volumen	No; no existe ningún incentivo de reducción de volumen para el centro médico	No, fuera de la agrupación; existen importantes incentivos para aumentar el número de agrupaciones y externalizar los costes	Sí/no; existen importantes incentivos en función de la eficiencia para aquellos servicios incluidos en el modelo de capitación parcial	Sí; existen incentivos muy importantes en función de la eficiencia
Fomenta que se asuman los costes per cápita totales	Sí; en la forma de ahorros compartidos en función de los costes per cápita totales	No; los incentivos no se aplican a toda la estructura del proveedor; no existe responsabilidad global	No, fuera de la agrupación; no se asumen los costes per cápita totales	Sí/no; existen importantes incentivos en función de la eficiencia para aquellos servicios incluidos en el modelo de capitación parcial	Sí; existen incentivos muy importantes en función de la eficiencia
Requiere que los proveedores asuman los riesgos asociados a posibles costes adicionales	No; aunque los riesgos pueden compartirse en algunos modelos, el modelo no tiene por qué incluir obligatoriamente riesgos para los proveedores	No; no existe riesgo para aquellos proveedores que continúan aumentando el volumen y la intensidad	Sí; dentro de un episodio; los proveedores reciben un pago fijo por episodio y asumen el riesgo de los costes que superen dicho pago asociados a dicho episodio	Sí; sólo para los servicios incluidos en el modelo de capitación parcial	Sí; los proveedores asumen los costes que superen el pago recibido
Requiere la asignación fija de los pacientes a proveedores específicos	No; la asignación de los pacientes puede realizarse en función de las pautas de asistencia sanitaria previas, pero incluye incentivos para que los servicios sean prestados por los proveedores participantes	Sí; para realizar a los proveedores un pago por mes y persona (PMPM), por sus siglas en inglés) resulta necesario efectuar la asignación de los pacientes	No; los pagos agrupados se realizan para periodos o procedimientos determinados, y no requieren la asignación fija de los pacientes fuera del episodio	Sí (en algunos casos); en función del modelo, es posible que los pacientes deban asignarse a un médico de atención primaria	Sí; debe efectuarse la asignación de los pacientes para poder calcular los pagos correspondientes

entre otros, y la participación de la sociedad civil en sus múltiples formas, pueden aportar el saber y la experiencia para diseñar, implantar y evaluar actuaciones dirigidas tanto a mejorar la práctica asistencial como la infraestructura organizativa y económica necesaria para sustentarla.

Contribuciones de autoría

El diseño del trabajo y la aprobación de la versión final fueron realizados por todos los autores. A. Clavería contribuyó sustancialmente a la concepción del artículo y a los dos primeros apartados; M. Ripoll y J. Rey al tercer apartado; y A. López y C. Rodríguez al cuarto apartado.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
- Instituto de Información Sanitaria. Oferta de servicios en atención primaria. Procedimientos diagnósticos. Procedimientos terapéuticos. Acceso a pruebas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. (Consultado el 2/3/2011.) Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Schreyögg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, et al. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. *The European Journal of Health Economics*. 2005;6:2-10.
- The European Observatory on Health Systems and Policies. *Euro Observer*. Vol. 13, N° 1, Spring 2011. (Consultado el 4/5/2011.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf.file/0007/135664/EuroObserver13_1.pdf
- Planas-Miret I, Tur-Prats A, Puig-Junoy J. Spanish health benefits for services of curative care. *The European Journal of Health Economics*. 2005;6:66-72.
- Imaz Iglesia I, González Enríquez J, Navalpotro Fuster L, et al. Definición y actualización de las prestaciones sanitarias en países con sistemas sanitarios avanzados. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Madrid: Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación; 2008.
- Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, et al. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*. 2010;11:81.
- Hummers-Pradier E, et al. Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. En: *European General Practice Research Network EGPRN*. 2009.
- Instituto de Información Sanitaria. Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, usos y contenido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Consejo Económico y Social. Informe sobre desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario (propuesta). Sesión ordinaria del Pleno de 20 de octubre de 2010. Madrid: Consejo Económico y Social; 2010.
- SEMFYC. Visado de inspección en España: situación actual desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Informe preliminar de resultados v.04. 2010.
- Álvarez-Blázquez Fernández F, director. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
- VVAA, Servicio Galego de Saúde. Instruções de traballo da área administrativa. 2011. (Consultado el 5/5/2011.) Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3.T01.aspx?IdPaxina=50378
- Baker R. King's Fund report on improving the quality of care in general practice. *BMJ*. 2011;342:1932.
- Ripoll MA. ¿Es eficiente la cartera de servicios como herramienta de mejora de calidad? *Med General*. 2000;27:794-6.
- Miguel F, Montero MJ, Merino A, et al. Las cifras mágicas en la prevención farmacológica de la enfermedad cardiovascular y de fracturas, Una valoración crítica. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2009;17:49-63.
- Van den Cruel ACI, Aertgeerts B, Ramaekers D, et al. The evaluation of diagnostic tests: evidence on technical and diagnostic accuracy, impact on patient outcome and cost-effectiveness is needed. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:1116-22.
- Lumbreras B, Hernández-Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. *Gac Sanit*. 2008;22 Suppl 1:216-22.
- Gérvas J, Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En: Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1.º de Mayo y Ediciones GPS; 2010. p. 243-59.
- Subdirección Xeral de Calidade e Programas Asistenciais, Servizo Galego de Saúde. Propostas de transformación de la atención primaria en Galicia. Informe técnico. Santiago: Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS). 2009. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransatencionprimariaGal.pdf>
- Ekeland AG, Bowes A, Flottorp S. Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International Journal of Medical Informatics*. 2010;79:736-71.
- Needham G, Grimshaw J. Guidelines for healthcare professionals who prescribe imaging investigations involving ionising radiation. Update Mars 2008. Final report to the European Commission for Grant Agreement SUBV99/134996. Directorate-General for Energy and Transport. Directorate H – Nuclear Energy. Unit H.4 – Radiation Protection. 2007. (Consultado el 2/3/2011.) Disponible en: http://ec.europa.eu/energy/nuclear/radioprotection/publication/doc/118_update.en.pdf
- Observatorio del SNS. Informe del Sistema Nacional de Salud. (Consultado el 2/3/2011.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>
- Rodríguez Jiménez E. Asignación de recursos a áreas de salud. Entre las propuestas, lo posible y lo necesario. *Gestión*. 2006;14:55-61.
- Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, et al. Accountability measures – using measurement to promote quality improvement. *New Engl J Med*. 2010;363:683-8.
- Engelberg Center for Health Care Reform and the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Reforming provider payment: moving toward accountability for quality and value. *Brookings*. 2009 (Consultado el 7/5/2011.) Disponible en: <http://www.brookings.edu/events/2009/0311.aco.aspx>
- The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology. The health of Canadians - the federal role. Volume 6: recommendations for reform. Final report on the state of the health care system in Canada: Parliament of Canadá; 2002. Disponible en: <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/soci/rep/repoct02vol6-e.pdf>
- van de Ven WPM, Beck K, Van de Voorde C, et al. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*. 2007;83:162-79.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto atención primaria-21. Estrategias para la mejora de la atención primaria. Análisis de situación de la atención primaria. Madrid; 2007.
- Klassen A, Miller A, Anderson N, et al. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010;22:44-69.
- Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 1:S3-32.
- Roland M, Rosen R. English NHS embarks on controversial and risky market-style reforms in health care. *New Engl J Med*. 2011;364:1360-6.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The NICE QoF indicator programme. (Consultado el 2/3/2011.) Disponible en: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>
- Cabasés Hita JM, director. La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Informes 2010. Economía y Sociedad: Fundación BBVA. 2010. Disponible en: <http://www.fbbva.es/TLFU/dat/valoracion%20financiacion%20gasto%20sanitario.web.pdf>
- Servicio Canario de la Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Consulta a la sociedad para la elaboración del I Plan de Salud de Canarias (1997-2001). Perspectiva de los ciudadanos sobre priorización de problemas de salud. Problemas de salud prioritarios para la sociedad, profesionales sanitarios y líderes de opinión de Canarias (Documento 3). Plan de Salud de la Comunidad Canaria. 1996.

Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPS. Informe SESPAS 2012

Carlos Brotons^{a,b,c,*}, Núria Soriano^a, Irene Moral^{a,b}, Fernando Rodríguez-Artalejo^d,
José Ramón Banegas^d y José María Martín-Moreno^e

^a Unidad de Investigación, EAP Sardenya. Instituto de Investigaciones Biomédicas Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

^b European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice/Family Medicine (EUROPREV)

^c Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), semFYC, España

^d Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^e Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de febrero de 2011

Aceptado el 24 de octubre de 2011

On-line el 23 de enero de 2012

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Actividades preventivas

Promoción de la salud

R E S U M E N

Objetivos: El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) puso en marcha a finales de la década de 1980, tiene como objetivo la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas en las consultas de atención primaria. Se pretende conocer el grado de cumplimentación del PAPPS en atención primaria.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el PAPPS con el fin de evaluar su implementación y el impacto sus programas.

Resultados: Las evaluaciones periódicas que se han ido realizando desde su inicio muestran que tanto el cumplimiento como el registro de las actividades preventivas han ido mejorando progresivamente hasta las últimas evaluaciones. El PAPPS es evaluado de forma positiva tanto por los profesionales como por los pacientes. En España, el médico de familia realiza actividades de prevención y promoción de la salud en un mayor porcentaje que el global de Europa.

Conclusiones: El PAPPS sigue vigente 24 años después de su puesta en marcha, aunque es necesario un proceso de adaptación al actual escenario sanitario español. Las propuestas de cambio se centran en mejorar la accesibilidad y en ofrecer respuestas más ágiles a los usuarios. En los pacientes ancianos es importante valorar la esperanza de vida y priorizar las intervenciones preventivas basándose en ésta.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prevention in primary care. The example of the Program for Prevention and Health Promotion. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

Keywords:

Primary health care

Preventive and health promotion activities

Interventions in the primary care setting

Objectives: The Program for Prevention and Health Promotion (PPHP) of the Spanish Society of Family and Community Medicine was launched at the end of the 1980s and its main objective is to integrate preventive and health promotion activities in daily clinical practice in primary care. The aim of the present study was to determine the level of compliance with the preventive activities of the PPHP.

Methods: We performed a comprehensive literature search of PPHP publications to assess the implementation and impact of the program.

Results: The distinct evaluations carried out since the beginning of the program show that both compliance and registration of preventive activities have improved over time. The PPHP has been positively evaluated by both health professionals and patients. Family physicians in Spain carry out preventive activities more often than other European family physicians.

Conclusions: The PPHP continues to operate 24 years after its initiation. However, some adaptations are needed since the Spanish health system is changing. Proposed modifications are related to accessibility and to providing a more effective response to users. In elderly patients, life expectancy should be assessed and priorities for preventive interventions should be set accordingly.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevención es uno de los componentes de la atención primaria que ha demostrado tener un impacto positivo sobre la salud de la población¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cbrotons@eapsardenya.cat (C. Brotons).

Puntos clave

- El PAPPS sigue vigente 24 años después de su puesta en marcha. No obstante, es necesario un proceso de adaptación al actual escenario sanitario español, mejorando la accesibilidad y ofreciendo respuestas más ágiles a los usuarios.
- Es importante hacer evaluaciones de cualquier programa de salud que se esté implementando en la población o en la práctica clínica, como es el PAPPS en el ámbito de la atención primaria.
- Los resultados de la evaluación de la implementación del PAPPS muestran que el cumplimiento de algunas actividades preventivas ha ido aumentando con el tiempo.
- El grado de registro de las actividades preventivas ha ido mejorando a lo largo de las diferentes evaluaciones. En la primera evaluación, realizada en el año 1990, el rango de infraregistro oscilaba entre un 40% y un 90% dependiendo de la actividad preventiva de que se tratara, mientras que en la última evaluación disponible, del año 2003, oscilaba entre un 2% y un 50%.
- De los resultados de las encuestas a pacientes y profesionales es obvio que el PAPPS está valorado muy positivamente tanto por unos como por otros, aspecto éste muy importante para conseguir una implantación efectiva.
- En los pacientes ancianos es importante valorar la esperanza de vida y priorizar las intervenciones preventivas basándose en ésta. La comorbilidad y la politerapia, la capacidad funcional y la calidad de vida, son factores a considerar al introducir nuevas actividades como las preventivas.
- Hay que evitar las actividades preventivas innecesarias, *primum non nocere*, para suprimir o limitar el daño que causan algunas actividades sanitarias.

Es una realidad que en una gran mayoría de los centros de salud españoles la integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud se ha realizado de una manera sistemática con las propias actividades asistenciales en el trabajo cotidiano de los equipos de atención primaria, incluyendo médicos, personal de enfermería e incluso personal no sanitario.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Perspectiva histórica

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) está avalado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y comenzó su andadura a finales de 1988, con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- Estimular la calidad asistencial en los centros de atención primaria mediante la integración de un programa de actividades preventivas.
- Detectar las dificultades que genera su implantación e identificar las necesidades de personal e infraestructuras para llevarlo a la práctica.
- Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos basados en la evidencia científica, en los datos de morbimortalidad, en los recursos disponibles y en los resultados de las evaluaciones del PAPPS.
- Promover la formación y la investigación sobre la prevención en atención primaria mediante la realización de proyectos de investigación.

Los grupos de trabajo del PAPPS están constituidos por expertos que se responsabilizan de la revisión y la actualización de las

recomendaciones. La relación actual de los grupos de trabajo es la siguiente:

- Prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- Prevención del cáncer.
- Prevención de las enfermedades infecciosas.
- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Prevención de los trastornos de la salud mental.
- Prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia.
- Prevención en el anciano.
- Evaluación.

Actualmente existen en España 675 centros de salud adscritos al PAPPS.

Impacto científico del PAPPS

Durante todos estos años de implantación del PAPPS se ha generado un volumen de información científica importante, en especial en lo relativo a los grados de cumplimiento de actividades preventivas y a la efectividad en el grado de control de los factores de riesgo.

Para conocer de una manera más objetiva el impacto científico del PAPPS se ha realizado una revisión narrativa mediante búsqueda bibliográfica de las publicaciones relacionadas con el PAPPS en la base de datos MEDLINE. Como palabras clave se han utilizado "PAPPS", "Health Prevention and Promotion Activities Program" & "Spain" y "programa actividades preventivas". Se encontraron 153 referencias, 94 de ellas relacionadas con el PAPPS, desde 1990 hasta la actualidad. De éstas, presentaremos resultados de las que aportaban información sobre cumplimiento y efectividad del PAPPS.

Evaluación del PAPPS

El PAPPS, a diferencia de los programas preventivos norteamericanos (US Task Force, Canadian Task Force), incluye entre sus objetivos una estrategia de implantación de las actividades y unos mecanismos de evaluación periódica². El grupo de evaluación del PAPPS ha coordinado estudios con el objetivo de conocer tanto el grado de utilización del programa por parte de los profesionales como la percepción de los pacientes o la de los propios expertos.

A continuación mostramos de una manera resumida los resultados de las diferentes evaluaciones que se han realizado desde el inicio del programa.

En la tabla 1 puede verse la evolución temporal del cumplimiento de las recomendaciones del PAPPS, desde 1990 hasta 2003. Las actividades preventivas que más han aumentado son la detección de la hipercolesterolemia (del 27,4% al 58,6%), la vacunación antitetánica (del 8,1% al 46,9%) y la práctica de mamografías (del 2,8% al 45,8%). Sin embargo, el porcentaje de cumplimiento de otras actividades preventivas (hipertensión arterial, tabaquismo o consumo de alcohol) ha disminuido ligeramente en el tiempo. Estos datos deben valorarse con cautela, ya que su registro en la historia clínica al inicio del programa era muy bajo y ha ido aumentando progresivamente hasta las últimas evaluaciones disponibles^{2,3}.

Los datos de un estudio sobre la efectividad de las medidas preventivas del PAPPS han permitido evidenciar el impacto del programa en los centros de salud adscritos a él durante el periodo de 1995 a 1997. En concreto, se observó que la participación de los centros en el PAPPS permitió detectar un 7,2% más de fumadores, un 1,5% más de bebedores de riesgo y un 5,8% más de hipertensos^{4,5}. Este estudio mostró que la implantación del PAPPS en los centros de salud permitía detectar pacientes en riesgo, que de otro modo serían inadvertidos o se detectarían más tarde en el tiempo.

Tabla 1Evolución temporal de las recomendaciones PAPPS (subprograma del adulto; porcentaje de historias auditadas en las cuales figura el dato)²

	1990	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2003
<i>Hipertensión arterial</i>								
No consta	40,1	32,2	24,6	16,6	21,0	29,6	20,7	22,1
Hace más de lo recomendado	8,7	11,0	10,8	10,9	12,4	4,1	12,8	17,0
Correcto	39,8	47,2	44,8	50,0	45,6	43,0	42,0	36,2
Hipertenso	11,5	9,6	19,8	22,5	21,0	23,2	24,5	21,6
<i>Tabaquismo</i>								
No consta	41,1	29,6	27,9	19,7	24,3	24,7	23,8	26,5
Hace más de lo recomendado	7,8	11,4	15,0	19,2	21,6	19,1	5,0	25,4
Correcto	27,4	30,9	31,8	33,0	28,8	30,3	47,6	23,6
Fumador	23,6	28,1	25,3	28,1	25,3	25,8	23,6	24,4
<i>Consumo de alcohol</i>								
No consta	47,6	34,3	32,1	24,5	28,7	29,2	29,1	30,0
Hace más de lo recomendado	10,2	15,7	18,9	24,9	27,9	25,6	7,3	30,1
Correcto	36,0	43,7	41,1	42,6	36,5	38,5	58,2	27,3
Bebedor excesivo	6,3	6,3	7,9	7,9	6,9	6,7	5,4	12,6
<i>Detección de hipercolesterolemia</i>								
No consta	49,4	29,6	34,5	11,7	12,9	41,5	26,4	2,2
Hace más de lo recomendado	7,8	11,4	1,5	0,7	1,1	2,9	1,8	11,9
Correcto	27,4	30,9	43,5	61,8	64,8	37,9	50,7	58,6
Hipercolesterolemia	23,6	28,1	20,6	25,8	21,2	17,7	21,1	27,3
<i>Vacunación antitetánica</i>								
No/No consta/Incorrecta	91,5	82,9	79,8	70,5	63,5	59,2	57,8	52,2
Correcta	8,1	16,9	20,0	29,0	34,8	39,1	41,5	46,9
Contraindicada	0,4	0,2	0,2	0,4	1,7	1,7	0,7	0,9
<i>Mamografía</i>								
No consta	93,9	88,5	86,0	78,8	67,1	81,7	51,4	11,0
Hace más de lo recomendado	0,3	1,9	6,5	4,7	10,1	5,2	–	42,3
Correcto	2,8	9,6	7,5	14,6	20,5	12,3	48,6	45,8
Alto riesgo/Mastectomizada	–	–	–	1,8	2,3	0,8	0,0	0,0

Hace más de lo recomendado: actividad preventiva realizada con mayor periodicidad de la recomendada en el PAPPS.

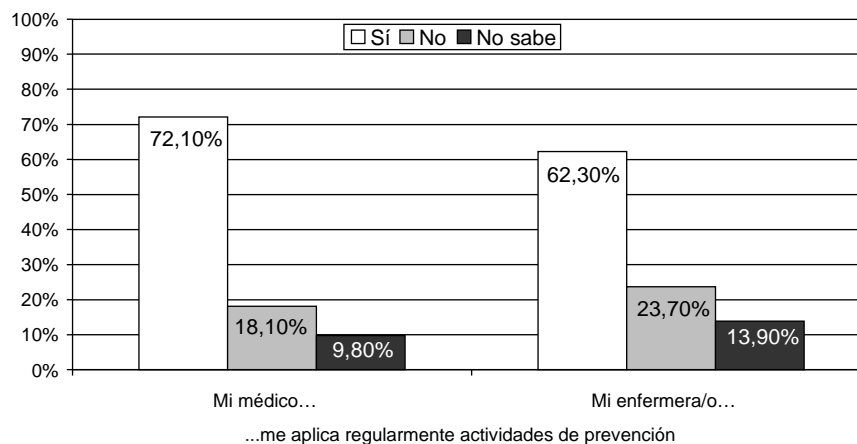
Correcto: se ajusta a la periodicidad recomendada por el PAPPS.

En la figura 1 se muestran los resultados de la encuesta realizada a la población para valorar el conocimiento y la percepción sobre las actividades preventivas que llevaban a cabo los profesionales sanitarios que los atendían en su centro de salud. La mayoría de los pacientes refería que tanto el médico (72,10%) como la enfermera (62,30%) le realizaban regularmente actividades preventivas⁶.

Los resultados de un estudio cualicuantitativo en que se obtuvo información de un grupo de expertos y responsables del PAPPS a través de un cuestionario y de entrevistas⁷ muestran el tiempo en minutos estimado por los expertos para la realización de cada actividad preventiva recomendada por el PAPPS (fig. 2). Las actividades de prevención que requieren más tiempo son la de análisis del colesterol y la de comunicación de resultados (8 min), y la de cuantificación del consumo de alcohol y el test de dependencia en

los mayores de 14 años (7,86 min). Las actividades que requieren menos tiempo son la de medir el peso y la talla en los mayores de 20 años (3,9 min), y la de la toma de la presión arterial en los de 15 a 40 años de edad (4,53 min). Los autores concluían que, a pesar de las diferencias en las respuestas, un aspecto en el cual todos coincidían es la necesidad de disponer de más tiempo en las consultas para poder realizar las actividades preventivas.

La figura 3 muestra las opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del PAPPS en la atención primaria. Es de destacar la buena impresión que tienen los profesionales sobre el PAPPS y como éste ha contribuido al desarrollo de la atención primaria, la percepción de la alta calidad de las recomendaciones y su influencia positiva en la práctica profesional al inculcar una cultura de prevención que anteriormente no existía⁸.

**Figura 1.** Aplicación regular de las actividades de prevención desde medicina de familia y enfermería⁶.

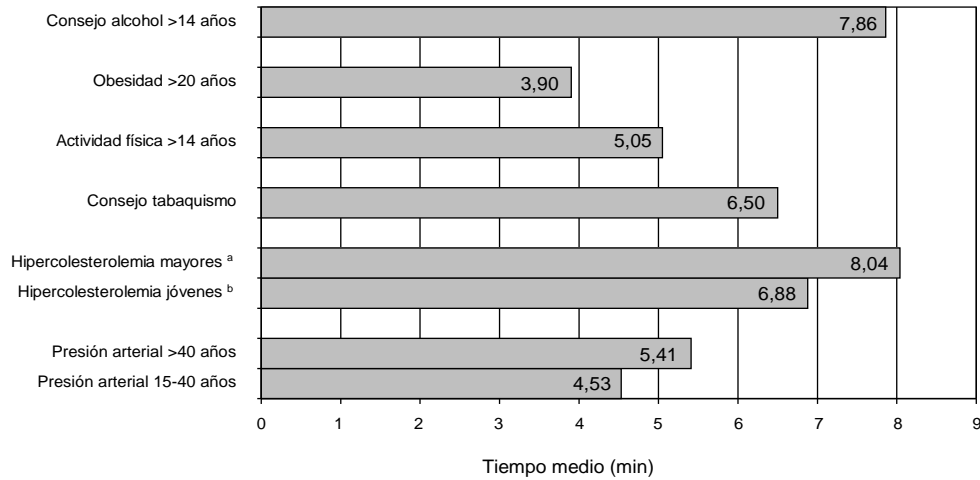


Figura 2. Tiempo estimado para la realización de cada actividad preventiva (n = 215)⁷. ^aHipercolesterolemia en mayores: hombres 36-75 años/mujeres 46-75 años. ^bHipercolesterolemia en jóvenes: hombres 15-35 años/mujeres 15-45 años.

El estudio EUROPREVIEW⁹ fue una encuesta internacional realizada en el año 2008 a pacientes entre 30 y 70 años de edad seleccionados que acudían a las consultas de atención primaria de 22 países europeos participantes en la red europea EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion in GP/Family Medicine). Los resultados mostraron que los participantes españoles estaban interesados en recibir asesoramiento por parte de su médico de familia en mayor porcentaje que el global de Europa (incluyendo España) en cuestiones como estilos de vida (alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol, control de peso), y en las mujeres en cuestiones relacionadas con el cribado del cáncer, como la realización de citologías y mamografías (tabla 2). Por el contrario, no se observaron diferencias respecto al deseo de recibir asesoramiento sobre el consumo de tabaco, el control del colesterol, de la glucemia y de la presión arterial, ni sobre la vacunación de la gripe, aunque sí se observó un mayor número de individuos en quienes regularmente se realizaban estas actividades preventivas. También se vio que en España el médico de familia realiza actividades de prevención y promoción de la salud en mayor porcentaje que el global de Europa, ya que al preguntar al paciente

si su médico de familia había tratado en la consulta temas relacionados con la prevención y la promoción de la salud se obtuvieron mayores porcentajes en España que en el global de Europa (tabla 3). Estos datos sugieren que, en España, la población atendida en atención primaria está más concienciada que la población de otros países europeos sobre aspectos relacionados con la prevención y la promoción de la salud, y que las actividades preventivas están integradas en las consultas de atención primaria (mayor número de individuos con actividades correctamente realizadas y mayor porcentaje que han tratado dichos temas con su médico de familia). Estos resultados probablemente reflejan el impacto positivo que ha tenido el PAPPS en las consultas de atención primaria en España.

En la última actualización del PAPPS se ha hecho evidente la necesidad de realizar una serie de modificaciones para que el programa pueda adaptarse a los tiempos actuales, ya que el escenario sanitario español ha cambiado en diversos aspectos. Las propuestas de cambio se centran en mejorar la accesibilidad y en ofrecer respuestas más ágiles a los usuarios del programa (profesionales, administración sanitaria y población)¹⁰. Relacionado con esta

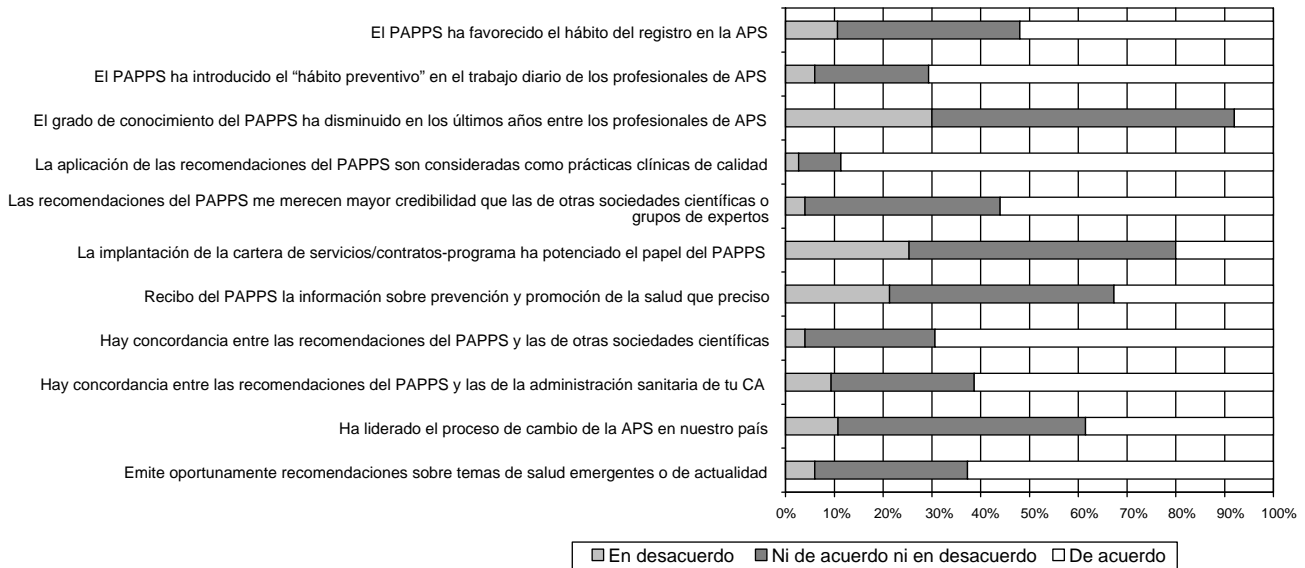


Figura 3. Opiniones sobre el impacto y el papel del PAPPS en atención primaria de salud (APS)⁸.

Tabla 2Opiniones de los pacientes sobre las actividades de prevención y promoción de la salud por parte del médico en España y Europa. Estudio EUROPREVIEW⁹

Le gustaría recibir asesoramiento de su médico para	España (n = 366) % (IC95%)	Europa (n = 7947) % (IC95%)
<i>Mejorar hábitos alimentarios</i>		
Sí	45,8% (38,9-53,0)	35,3% (33,3-37,3)
Hábitos correctos	37,4% (31,0-44,3)	36,5% (34,3-38,7)
<i>Aumentar el ejercicio físico</i>		
Sí	35,4% (32,5-38,3)	29,6% (27,7-31,7)
Ejercicio correcto	38,6% (33,6-43,9)	35,4% (33,1-37,9)
<i>Alcanzar un peso normal</i>		
Sí	41,0% (36,4-45,7)	34,5% (32,5-36,5)
Peso normal	40,0% (35,2-44,9)	37,7% (35,8-39,7)
<i>Dejar de fumar</i>		
Sí	15,8% (12,4-19,8)	14,6% (13,1-16,2)
No fumador, ex fumador	63,3% (57,9-68,4)	62,9% (60,5-65,2)
<i>Reducir el consumo de alcohol</i>		
Sí	9,3% (7,2-11,9)	6,6% (5,7-7,7)
No bebedor o esporádico	71,6% (67,0-75,7)	73,3% (71,2-75,3)
<i>Realizar análisis de colesterol</i>		
Sí	34,5% (29,6-39,9)	43,2% (40,9-45,5)
Realizado regularmente	52,8% (48,4-57,1)	38,0% (35,5-40,5)
<i>Realizar análisis de azúcar</i>		
Sí	33,1% (27,2-39,7)	42,7% (40,4-45,1)
Realizado regularmente	48,8% (43,9-53,7)	37,0% (34,5-39,6)
<i>Tomar la presión arterial</i>		
Sí	32,2% (27,0-37,9)	42,8% (40,4-45,3)
Realizado regularmente	52,8% (47,6-57,9)	41,4% (38,9-44,0)
<i>Vacunar contra la gripe</i>		
Sí	14,9% (11,3-19,4)	23,3% (21,5-25,1)
Realizado regularmente	28,0% (20,0-37,7)	20,0% (17,9-22,2)
Mujeres	(n = 184)	(n = 4147)
<i>Solicitar una citología</i>		
Sí	40,9% (31,5-51,0)	36,2% (32,8-39,9)
Realizado regularmente	44,2% (34,1-54,8)	46,5% (43,2-49,9)
<i>Solicitar una mamografía</i>		
Sí	47,7% (37,8-57,8)	40,1% (37,0-43,3)
Realizado regularmente	38,5% (29,0-48,8)	38,3% (35,0-41,7)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

necesidad de mejora en la acceso a la información, en un estudio reciente que evaluó la práctica de las recomendaciones del PAPPs por parte de los residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria se observó que la realización de las actividades por parte de los residentes es muy escasa, a pesar de que esta práctica se incluye dentro de los objetivos docentes de la especialidad¹¹.

La prevención vista a los 80 años. Una reflexión

Prevenir es evitar males futuros mediante actividades realizadas en el presente. Una cuestión fundamental es el tiempo hasta obtener los beneficios de la prevención. En general, los beneficios a largo plazo se valoran menos que los obtenidos a corto o medio plazo.

Tabla 3Aplicación de las actividades de prevención desde atención primaria. Estudio EUROPREVIEW⁹

Su médico de familia/equipo médico ha tenido la iniciativa de comentar con usted alguna vez	España (n = 366) % (IC95%)	Europa (n = 7947) % (IC95%)
Sus hábitos alimentarios	61,1% (57,1-64,9)	50,9% (48,4-53,5)
El ejercicio físico que usted realiza	64,4% (59,5-69,1)	52,9% (50,3-55,5)
Su peso	60,2% (53,7-66,4)	49,8% (46,9-52,8)
Su hábito de fumar	47,3% (40,4-54,3)	37,6% (34,9-40,4)
Su consumo de alcohol	39,8% (31,9-48,2)	27,9% (25,5-30,4)
Su colesterol	61,0% (54,6-67,1)	57,1% (54,1-60,1)
Su azúcar	53,4% (44,9-61,8)	52,8% (49,9-55,8)
Su tensión arterial	65,7% (55,0-75,0)	63,5% (60,3-66,6)
La necesidad de vacunarse contra la gripe	42,4% (33,3-52,0)	37,6% (34,6-40,7)
Mujeres	(n = 184)	(n = 4147)
La necesidad de realizarse una citología	57,1% (44,9-68,4)	52,8% (49,2-56,5)
La necesidad de realizarse una mamografía	50,2% (40,8-59,6)	46,5% (43,0-50,1)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Por eso es tan difícil convencer a los jóvenes de las bondades de la prevención formuladas como «vivir sano augura una vejez mejor». También por eso la mayoría de las actividades preventivas se han dirigido a personas de edad media, para prevenir enfermedades a medio plazo (5 a 20 años). Éste es el caso, por ejemplo, del cribado de los factores de riesgo cardiovascular acompañado de tratamiento farmacológico. Pero cuando se tienen 80 años, no es probable vivir 20 más¹². Por otro lado, los ancianos suelen tener enfermedades y les interesa más resolver o encauzar los problemas que ya tienen que evitar los futuros. Por todo ello, las actividades preventivas suponen retos específicos en las personas muy mayores.

La variación en el estado de salud aumenta con la edad; en concreto, el estado de salud de los chicos de 16 años es mucho más homogéneo que el de las personas de 85 años, entre quienes es relativamente frecuente ver tanto enfermos terminales como personas con excelente estado funcional y gran integración social. Por eso, la «regla de oro» es individualizar las decisiones preventivas según criterios que atiendan no sólo a la edad. A continuación se describen algunos retos de la prevención en los mayores de 80 años y las posibles vías de progreso para individualizar la prevención:

1. Los mayores de 80 años tienen una esperanza de vida relativamente corta, por lo que las actividades preventivas deben funcionar con rapidez. No obstante, la duración de la vida puede variar mucho de unas personas a otras según su comorbilidad y su estado funcional. Por ello, deben desarrollarse instrumentos de valoración de la esperanza de vida que tengan en cuenta estas variables, y usarlos para estratificar las intervenciones preventivas y el resto de la asistencia según la esperanza de vida¹²⁻¹⁴. Por ejemplo, el control de la hipertensión arterial tiene sentido en las personas con una esperanza superior a 1 a 2 años, porque las curvas de supervivencia tardan 1 a 2 años en separarse¹⁵. Sin embargo, es sensato prevenir a corto plazo las caídas en los ancianos con buen estado de salud que, sin embargo, tengan mal equilibrio corporal y deterioro de la marcha.
2. Hay pocas evidencias de la eficacia y la seguridad de las actividades preventivas en los mayores de 80 años, y para las que existen (p. ej., cribado y control de la hipertensión) suelen corresponder sólo a personas con buen estado funcional¹⁵. También es notable la escasa investigación sobre el límite de edad para cesar intervenciones eficaces en las edades medias de la vida, y sobre la frecuencia con que deben realizarse en los mayores. Esto ilustra la necesidad de incluir a los muy mayores en los ensayos clínicos con intervenciones preventivas. Hasta que se disponga de evidencia directa, habrá que extrapolar con prudencia la obtenida en edades más jóvenes. Para facilitar esta tarea e individualizar las intervenciones debe reanalizarse la información disponible según la situación funcional y la comorbilidad¹⁵. Por ejemplo, pueden recomendarse intervenciones que han demostrado su eficacia en personas razonablemente sanas a pacientes de 90 años de edad con un excelente estado funcional, y proponer intervenciones eficaces en situaciones de mal estado funcional a pacientes de 65 años con mucha comorbilidad y gran deterioro funcional.
3. La comorbilidad y la limitación funcional son frecuentes. Esto puede reducir la efectividad de las intervenciones respecto a la observada en personas de edad media. Además, la comorbilidad y la avanzada edad aumentan la probabilidad de falsos positivos en las pruebas de diagnóstico por la imagen (los llamados «incidentalomas»)¹⁶. La comorbilidad también lleva a la polifarmacia, que aumenta el riesgo de acontecimientos adversos cuando se añaden nuevos fármacos con fines preventivos. Por último, la mayor comorbilidad hace que los ancianos deban dedicar ya bastante tiempo a sus cuidados de salud, tanto en casa como en los centros sanitarios. La incorporación de cuidados preventivos puede competir con los cuidados más relevantes dirigidos al tratamiento de las enfermedades existentes, y reducir la adherencia al tratamiento. Para hacer frente a estos retos son posibles varios cursos de acción. Primero, reducir la politerapia lo máximo posible; a menudo se observará una mejoría clínica, por la reducción de los efectos adversos de la medicación. Segundo, en algunos casos con gran comorbilidad y si el estado funcional es malo, la sobrecarga de cuidados recibidos y la competencia entre ellos puede hacer que «el mejor abordaje preventivo en el anciano frágil sea hacer menos y no más»¹⁷. La prioridad será atender a los problemas de salud y sociales que más preocupan y molestan al paciente¹⁸. Cuando es posible la prevención, parece que debe dirigirse a los llamados síndromes geriátricos (inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, depresión, pérdida de audición y de visión. . .) que aceleran el declive funcional y de calidad de vida. Cada síndrome geriátrico resulta de la acción de varios factores de riesgo y enfermedades (p. ej., las caídas pueden resultar de un mal control glucémico que conduce a pérdida de visión en los diabéticos o a hipoglucemia, de una hipotensión ortostática derivada de la medicación y de una mala regulación autonómica, etc.). Considerar los síndromes geriátricos facilita el cribado mediante cuestionarios sencillos que no requieren ser pasados por el médico¹², y reduce la sobrecarga asistencial porque la prevención se concentra en un número menor de trastornos de salud. Cuando sea necesario mantener la prevención orientada por patologías, las recomendaciones de varias de ellas podrán agruparse en una sola guía. Así, la US Preventive Services Task Force pretende agrupar las recomendaciones sobre suplementación de vitamina D y calcio, el cribado de la osteoporosis y la prevención de las caídas en una sola guía de prevención de fracturas óseas¹⁹.
4. La mayoría de las intervenciones preventivas se han valorado por su capacidad para reducir la morbimortalidad. Sin embargo, mantener la calidad de vida, reducir el deterioro funcional y preservar la independencia son variables de resultado muy relevantes en los ancianos. Por ello, según avanza la edad, la gente puede preferir las intervenciones que mejoren estas variables frente a las que reducen el riesgo de morbimortalidad (de hecho, la mayoría de los muy ancianos tienen una o varias enfermedades, y suelen considerar la muerte un hecho inevitable que aceptan progresivamente). La mayor relevancia del estado funcional y de la calidad de vida sugiere que deben incluirse como variables de resultado en las evaluaciones de la prevención en las personas mayores. La denominada «fragilidad» es un nuevo síndrome geriátrico que predice la aparición de discapacidad, y se está trabajando mucho en su caracterización conceptual y diagnóstica. Es posible que, en el futuro, la identificación de la fragilidad permita reducir el deterioro funcional y la discapacidad en los ancianos. Hasta ahora, sólo la actividad física ha demostrado cierta utilidad en el control de la fragilidad²⁰⁻²².
5. Por razones históricas, en España el nivel educativo de los muy ancianos es menor que el de la población de edad media. Ello, junto a cierto deterioro cognitivo asociado a la edad, hace más difícil comprender los pros y los contras de las intervenciones preventivas. En el futuro deberá valorarse en los pacientes la llamada *health literacy* (capacidad para comprender información sobre la salud y usarla para tomar decisiones correctas respecto a la salud y la asistencia sanitaria)²³, y tenerla en cuenta en los procesos de comunicación médica. Además, deberá priorizarse la investigación sobre intervenciones que mejoren los resultados de salud en las personas con baja comprensión²⁴. Aun así, será necesario dedicar más tiempo y un seguimiento más estrecho

a las personas de menor nivel educativo y económico. Es una forma más de ejercer una medicina compasiva, en la cual los profesionales sanitarios proporcionan más atención a los que más la necesitan.

Conclusión

El PAPPs sigue vigente 24 años después de su puesta en marcha. No obstante, es necesario un proceso de adaptación al actual escenario sanitario español, mejorando la accesibilidad y ofreciendo respuestas más ágiles a los usuarios. Es importante seguir realizando evaluaciones periódicas sobre su implementación, el grado de cumplimiento de sus recomendaciones y la valoración de los profesionales y de los usuarios.

Contribuciones de autoría

C. Brotons, N. Soriano e I. Moral han elaborado la parte del capítulo correspondiente al PAPPs. F. Rodríguez Artalejo, J.R. Banegas y J.M. Martín Moreno han elaborado la parte del capítulo correspondiente a la prevención en los mayores de 80 años. C. Brotons, N. Soriano e I. Moral han integrado ambas partes y han elaborado las conclusiones. La versión final fue leída y comentada por todos los autores.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, et al. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract.* 2006;23:308-16.
- Brotons C, Iglesias M, Martín Zurro A, et al., on behalf of the Coordinating Group for Prevention and Health Promotion in Primary Care in Spain. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract.* 1996;13:144-51.
- Martín Zurro A, Gené Badía J, Subías Loren P. Actividades preventivas y de promoción de la salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- Subías Loren PJ, Bauzá Nicolay K, Casanovas Cuquet E, et al. Estudio de la efectividad del PAPPs (1998) y resultados preliminares de la evaluación del PAPPs (1999). *Grupo de evaluación del PAPPs. Aten Primaria.* 1999;24 Suppl 1: 11-7.
- Subías Loren PJ, García-Mata JR, Pérula de Torres L. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPs) de la semFYC. *Aten Primaria.* 2000;25:35-51.
- Subías Lorén PJ, Pérula de Torres L, Moreno Martín J, et al. Encuesta a la población para valoración y conocimiento de su percepción sobre actividades preventivas. *Aten Primaria.* 2003;32 Suppl 2:5-14.
- Pérula de la Torre LA, Iglesias-Rodal M, Bauza-Nicolay K, et al. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el PAPPs en la población adulta. *Aten Primaria.* 2005;36 Suppl 2:5-10.
- Pérula de Torres LA, Alonso Arias S, Bauzá Nicolay K, et al. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la influencia del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) en atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39 Suppl 3:5-14.
- Brotons C, Bulc M, Sammut MR, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views primary care patients in Europe The EUROPREVIEW patients study. *Fam Pract.* 2012. En prensa.
- Martín-Rabadán Muro M, Subías P, Iglesias Rodal M, et al. Proyecto de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. Actualización 2009. PAPPs-semFYC. Barcelona. 2009. (Consultado el 11/1/11.) Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/Editorial%20PAPPs.pdf>
- Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, et al. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en las consultas de atención primaria. *Aten Primaria.* 2010;42:514-9.
- Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years". *JAMA.* 2009;302:2686-94.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, et al. Prevención de la dependencia en las personas Mayres. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Suppl 2: 15-56.
- Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al., HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med.* 2008;358: 1887-98.
- Balboa-Castillo T, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, et al. Physical activity and mortality related to obesity and functional status in older adults in Spain. *Am J Prev Med.* 2011;40:39-46.
- Stone JH. Incidentalomas - clinical correlation and translational science required. *N Engl J Med.* 2006;354:2748-9.
- Clarfield AM. Screening in frail older people: an ounce of prevention or a pound of trouble? *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:2016-21.
- Gérvás J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008;372:1997-9.
- Leipzig RM, Whitlock EP, Wolff TA, et al., for the U.S. Preventive Services Task Force Geriatric Workgroup. Reconsidering the approach to prevention recommendations for older adults. *Ann Intern Med.* 2010;153:809-14.
- Luque Santiago A, Canto de Hoyos Alonso M, Gorroñoigoitia Iturbe A, et al. Actividades preventivas en los mayores. SEMFYC - Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. (Consultado el 11/1/11.) Disponible en: http://www.papps.org/suplemento_ap.09.php
- García-García FJ, Alfaro Acha A. Fragilidad: de la epidemiología a la clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:250-1.
- Abizanda Soler P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, et al. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc).* 2010;135:713-9.
- Medline Plus. Health literacy Basics. (Consultado el 11/1/11.) Disponible en: <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsbasic.htm>
- Pignone M, DeWalt DA, Sheridan S, et al. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *J Gen Intern Med.* 2005;20:185-92.

Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012

Ainhoa Ruiz-Azarola^{a,*} y Lilisbeth Perestelo-Pérez^{b,c}

^a Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, Tenerife, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de enero de 2011

Aceptado el 19 de octubre de 2011

On-line el 23 de enero de 2012

Palabras clave:

Participación de pacientes

Paciente experto

Toma de decisiones compartidas

Seguridad del paciente

Información

Formación

R E S U M E N

Durante las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, y son el nuevo rol del paciente, como agente activo, gestor y generador de su salud, y el paradigma de la atención centrada en el paciente, algunos de los hitos más importantes en la mejora continua de la atención sanitaria. La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias. El aumento de la esperanza de vida y la consecuente prevalencia de enfermedades crónicas, que suponen ya un 80% de las consultas de atención primaria, son factores fundamentales del cambio de papel en los pacientes. El lugar que ocupaban tradicionalmente la consulta y el profesional sanitario ante cualquier síntoma o signo de alarma, lo comienza a tener hoy día el autocuidado y otros recursos de información y formación sanitaria al alcance de los pacientes y la ciudadanía. El acceso a Internet se constituye como fuente inagotable de recursos de información sanitaria dirigida a pacientes y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. La consideración de que los pacientes pueden ser expertos en su propia enfermedad posibilita una opción de participación real en salud, y de esta manera se acepta que adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud, como ocurre en la toma de decisiones compartida, así como formando parte de iniciativas y de evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Citizens' participation in health: education and shared decision-making. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

In recent decades, citizen's participation has become increasingly important in the field of public health, with the new role of the patient as an active agent, manager and producer of his or her own health, and the paradigm of patient-centered care. These changes have represented some of the most important milestones in the continuous improvement of healthcare. The involvement of patients is a new way of understanding the relationship between patients, health professionals and health systems, not only in terms of knowledge management and patients' control of their own health, individually or collectively, but also in terms of the influence that patients may have in health policy planning. Increased life expectancy and the consequent rise in the prevalence of chronic diseases, which already account for 80% of primary care consultations, is one of the key factors changing the role of patients. The place traditionally occupied by professional consultations given any symptoms or signs of alarm is beginning to be occupied by self-care and information and health education resources within the reach of patients and citizens. Internet access is an inexhaustible source of health information resources aimed at patients and provides participation tools. Social networks are places to exchange information and practical advice among patients, families and health professionals. Patients may be experts in their own illnesses and may thus take a more active role in decisions about their health, such as in shared decision making, as part of initiatives, and as part of evaluation of public health activities and health services.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Patient participation

Expert patient

Patient involvement

Shared decision making

Patient safety

Information

Training

Introducción

Pacientes más informados, formados y activos en su proceso de salud forman parte de un continuo cambio en su papel dentro de los sistemas sanitarios. Desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ainhoa.ruiz.easp@juntadeandalucia.es (A. Ruiz-Azarola).

Puntos clave

- Pacientes más informados, formados y activos en su proceso de salud forman parte de un continuo cambio en su papel dentro de los sistemas sanitarios.
- Los pacientes participan en salud de manera tanto individual, en su propio proceso de salud, como colectivamente, en iniciativas y evaluaciones de acciones en salud pública y servicios sanitarios.
- Los programas de paciente experto y educación entre iguales comienzan a estar en las agendas de los centros sanitarios y en las políticas de salud pública.
- Los temas en que pacientes y ciudadanía se forman e informan van desde enfermedades crónicas hasta cuidados a personas dependientes, cuidados paliativos, seguridad del paciente o hábitos de vida saludables.
- El modelo de toma de decisiones compartida supone un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada por los servicios sanitarios, en especial en aquellas situaciones en que hay incertidumbre y la evidencia científica informa de un balance entre beneficios y riesgos que resulta similar para dos o más opciones terapéuticas.
- La participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica entre profesionales y pacientes, que parece adecuado para el proceso terapéutico.
- Las estrategias de salud pública pueden verse reforzadas con el desarrollo y la implementación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida que favorezcan la participación de los pacientes en las decisiones relacionadas con su salud.

participación tanto individual como colectiva en la salud. En Europa, el Libro Blanco reitera la importancia de la participación tanto en los procesos de salud individuales como de ámbito colectivo en contextos más locales y regionales. En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) incorpora, mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen».

Bajo el amparo de las políticas de salud pública, entre las iniciativas de la propia ciudadanía, de manera individual u organizada, encontramos experiencias que van desde aspectos más organizativos que tratan de involucrarse en las decisiones de planificación, implantación y gestión de los sistemas sanitarios, hasta otros más individuales de autogestión de la propia salud.

La participación colectiva de los pacientes se realiza tradicionalmente mediante asociaciones, consejos de salud, foros de pacientes o acuerdos o declaraciones derivadas de trabajos comunes¹. Así se impulsan iniciativas de participación ciudadana en las cuales se abren vías de consulta, información y grupos de trabajo que participan, en mayor o menor medida, en la elaboración y la implantación de políticas sanitarias. En este sentido concurren experiencias como consultas de opinión y expectativas dirigidas a pacientes y ciudadanía, foros de participación regionales o consejos asesores de pacientes, junto con un tejido asociativo cada vez más influyente que se acentúa con agrupaciones como el Foro Europeo o el Foro Español de Pacientes. El espacio compartido y legalmente reconocido para disponer de una mayor facilidad de transmisión de necesidades hacia la administración pública constituye una de las expectativas prioritarias de los representantes asociativos¹.

En los últimos años también han emergido documentos de consenso en formato de declaración, en las cuales los propios pacientes abogan y se comprometen a participar en el ámbito sanitario, como

la Declaración de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, el manifiesto *150 Million reasons to act* del Foro Europeo de Pacientes, la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, o la Declaración y Compromiso de los Pacientes por la Seguridad en el SNS.

Por otro lado, se entiende la participación en su propio proceso de salud en lo que se refiere a prevención, manejo y control de la salud propia, buscando información, formándose, dando su consentimiento de manera informada a las intervenciones y tratamientos, o tomando decisiones junto con los profesionales. Cabe destacar que cualquier forma de participación ha de basarse en un código ético, en el cual ha de declararse de forma explícita cualquier posible conflicto de intereses.

Toma de decisiones compartida, en la consulta y en la sociedad

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan habitualmente a situaciones en que deben tomar decisiones relacionadas con la elección de uno u otro procedimiento diagnóstico o terapéutico. En muchas ocasiones estas decisiones se toman con importantes grados de incertidumbre, en especial por parte del paciente, pero también a veces por parte de los profesionales sanitarios.

Precisamente en estas situaciones de incertidumbre, en las que pudiera haber procedimientos de efectividad similar pero con diferentes riesgos o efectos adversos para el paciente, o cuando el éxito de un tratamiento pudiera depender de la comprensión y la valoración que el paciente haga de las diferentes opciones, o si las diferentes alternativas terapéuticas presentan incertidumbre científica en cuanto a su eficacia y efectividad, es de especial importancia la participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones relacionadas con su salud².

En este contexto, y en conjunción con un creciente interés por la promoción y la protección de los derechos del usuario, en la década de 1980 se acuña por primera vez el término «toma de decisiones compartida³». Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada^{4,5}, se acepta que la toma de decisiones compartida implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos técnicos sobre la condición de salud y el balance riesgo-beneficio de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, y el paciente aporta sus valores, preferencias y preocupaciones respecto a su experiencia con la condición de salud, así como las características que más le importan (beneficios, riesgos y demás implicaciones) de las intervenciones.

Con el objetivo de favorecer este proceso, se ha iniciado el desarrollo de intervenciones (herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida) que contribuyen a informar a los pacientes, a partir de la integración de la mejor evidencia científica. Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida son una medida complementaria de asesoramiento proporcionado por los profesionales sanitarios, y tienen como objetivo ayudar a las personas a deliberar sobre sus opciones de tratamiento, ya sea de forma independiente o en colaboración con otros, considerando todos los atributos relevantes que puedan ayudar a prever cómo se sentirá la persona a corto, medio y largo plazo. De este modo se tiene en cuenta la situación particular de cada individuo con el fin de poner de manifiesto sus preferencias en relación con las diferentes opciones disponibles y facilitar así el proceso de toma de decisiones⁶.

Los ensayos clínicos que han evaluado la eficacia de estas intervenciones frente a la práctica habitual⁷ han mostrado que estas herramientas producen un aumento del conocimiento, disminuyen

el conflicto de la decisión relacionado con el hecho de no sentirse informado y con el sentimiento de no tener claros los valores personales, reducen la proporción de personas pasivas en el proceso de toma de decisiones y disminuyen el número de personas que permanecen indecisas. Además, se ha observado que cuando los pacientes son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los menos invasivos y a iniciar los tratamientos más precozmente, y pueden alcanzar decisiones de mejor calidad.

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida son un campo en clara expansión en la literatura científica, y se dispone de gran número de ellas, sobre todo en algunas áreas (cáncer de próstata, de mama y colorrectal, diabetes, asma, etc.)⁷. Su desarrollo está motivado, entre otros factores, por el uso apropiado de los recursos y la reducción de costes innecesarios, y la expansión de los criterios de mejora de la calidad de la atención en salud, al incluir la satisfacción de las personas con el asesoramiento acerca de las opciones disponibles.

En España, el desarrollo de estas herramientas y la promoción de la toma de decisiones compartida está siendo impulsada desde algunos servicios autonómicos de salud (Andalucía, Canarias, Madrid) e incorporada en sus carteras de servicios con el fin de favorecer la capacitación y el fortalecimiento de los usuarios. En esta línea, durante los últimos 5 años la Agencia de Calidad del SNS ha financiado la elaboración y la validación de varias herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida por los Servicios y Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Canarias (SESCS) y Madrid (Laín Entralgo)⁸⁻¹².

Otras experiencias en el desarrollo y la evaluación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida para el cribado de cáncer de próstata¹³⁻¹⁵ y el tratamiento del cáncer de mama¹⁶ coinciden en recomendarlas para fomentar la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. No obstante, los resultados de estos estudios también señalan que la aplicación de este nuevo modelo de atención sanitaria implica un conjunto de dificultades para su implementación en la práctica diaria, tanto para los pacientes como para los profesionales (p. ej., capacidad de comprensión de los pacientes, familiaridad y disposición de los profesionales con la toma de decisiones compartida, falta de tiempo y recursos, presión asistencial, acceso a información actualizada, etc.).

También algunos autores se han preocupado por explorar los estilos comunicativos que favorecen el modelo de toma de decisiones compartidas (shared decisions making) en la consulta¹⁷, por la evaluación formal de los procesos comunicativos en el encuentro clínico¹⁸, así como por el entrenamiento de los profesionales en un estilo de atención asistencial centrado en el paciente¹⁹.

El paciente experto y los programas de educación en autocuidados

Adicionalmente, en esta línea también comienzan a desarrollarse programas de formación dirigidos a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanía en general, interesados en temas de salud y sanidad. Los programas de paciente experto son exponentes de la participación de los pacientes en su proceso de salud. Se consideran pioneros del modelo de paciente experto la Universidad de Stanford (Estados Unidos) con el Chronic Disease Self-Management Programme, el Servicio Nacional de Salud Británico con su implementación a través del Expert Patients Programme, y el Chronic Disease Self-Management Programme de Canadá.

En España, el Programa Paciente Experto se ha adaptado en la Fundación Educación Salud y Sociedad, en el programa de paciente experto del Instituto Catalán de la Salud y en la Universidad de Pacientes en Cataluña. Otros exponentes de programas que incluyen educación sanitaria para pacientes son

impulsados por diferentes servicios autonómicos de salud, como la Escuela de Pacientes del SSPA, la Escuela de Salud y Cuidados del SESCAM y la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos del SERGAS.

Los objetivos de estos programas van dirigidos a que los pacientes y los familiares tengan un mayor conocimiento sobre sus enfermedades concretas (fibromialgia, diabetes, insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de colon y de mama, tratamiento anticoagulante oral, etc.), facilitando así la autogestión del paciente respecto a su enfermedad. Temas más generales, como la formación en cuidados a personas dependientes, cuidados paliativos, seguridad del paciente o hábitos de vida saludables, también ocupan algunos planes de formación. En estos programas, normalmente la metodología de formación suele diferenciarse en una primera fase, en la cual algunos pacientes son formados, y una segunda en la cual éstos replican la formación con más pacientes, familiares y ciudadanía.

Todas estas iniciativas se complementan con los programas de educación en autocuidados, bajo el prisma del nuevo paradigma en educación sanitaria y manejo de enfermedades crónicas²⁰. La atención primaria es el contexto principal de estos programas, como primera receptora de las personas con una enfermedad crónica.

Según los resultados de las evaluaciones realizadas sobre estas experiencias, destacan el aumento en la confianza del paciente para autocuidarse, las mejoras en la calidad de vida y en el bienestar psicológico, y el incremento de la autoestima y de la actividad^{21,22}. Potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas, sobre todo en el contexto de atención primaria, utilizando programas tipo «paciente experto», podría suponer una disminución del gasto asociado al consumo de medicamentos²³. En un metaanálisis que evalúa intervenciones utilizadas en los programas de control de enfermedades para pacientes con enfermedades crónicas, la formación de los pacientes y la utilización de recordatorios o signos de alerta se han asociado con una notable mejora en el control de las enfermedades²¹. Los resultados clínicos también ponen de manifiesto la relevancia de las intervenciones directas con pacientes. Intervenciones educativas de autocuidado realizadas con niños con asma reflejan que aumenta la capacidad pulmonar y baja sustancialmente el absentismo escolar. El entrenamiento de adultos con diabetes mellitus de tipo 2 fue efectivo para reducir la glucemia en ayunas, la hemoglobina glucosilada y la necesidad de medicación para la diabetes²². Estos y otros estudios demuestran que la educación de los pacientes mejora la participación en el cuidado de sus enfermedades, y esto a su vez mejora el control de la enfermedad y disminuye la demanda asistencial de estos pacientes. Tales resultados se contraponen a la innecesaria o excesiva actividad clínica del sistema sanitario, catalogada también como efecto patógeno o productor de daños, dando lugar a la prevención cuaternaria²⁴.

Junto a la actividad educativa en patología crónica, principalmente, concurre la participación de la ciudadanía y los pacientes en temas relacionados con su seguridad. Saturno²⁵ resume las estrategias y acciones que en la actualidad, en el ámbito internacional, contribuyen a la participación del paciente en la mejora de la seguridad clínica. Este autor divide las acciones de los pacientes en pro de su seguridad, la promoción de la participación activa en la prevención de incidentes de seguridad, y por último en aquellas que responden a la estrategia de solicitar y utilizar información relevante de pacientes.

En el contexto español, en el año 2006 la administración sanitaria impulsó una línea de trabajo con pacientes y ciudadanía²⁶. El Plan de Calidad del SNS²⁷, marco de esta iniciativa, mantiene su estrategia de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS, y centra un objetivo en la participación de los pacientes en la estrategia de su seguridad. Se impulsa la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente, acción

formativa en la cual personas formadas en seguridad del paciente forman a otras en clave de prácticas, en las que la participación de los pacientes es fundamental (p. ej., preparación de la visita médica).

Tendencias, conclusiones y recomendaciones

Los programas y las acciones de información y formación sanitaria, que tradicionalmente excluían a los pacientes y la ciudadanía, hoy los toman como corresponsables. La formación de pacientes expertos y la formación entre iguales son estrategias que cada vez se incorporan más a las agendas políticas de salud pública.

Íntimamente relacionado, la atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida constituyen un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada a los usuarios. La participación activa del paciente supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica, respetuosa con los derechos del paciente y potencialmente beneficiosa para el proceso terapéutico.

Aunque Segura²⁸ señala que «la motivación primaria para participar depende verosímelmente de la obtención de algún beneficio tangible», cuando se trata de participar en salud parece que hay más factores que evidencian estas diferencias. En los pacientes influirá el nivel de educación sanitaria y el grado de conocimiento, la confianza en las propias capacidades, el tipo de toma de decisiones requerida, los resultados que están en juego, el tipo de enfermedad y comorbilidad, el uso de medicinas alternativas y factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el origen étnico. También influyen la especialidad del profesional sanitario que les atiende y la aceptación de su nuevo rol, siendo este último uno de los factores que más influyen, junto con el bajo nivel de formación o educación sanitaria y el escaso conocimiento del problema de salud en cuestión.

También los profesionales tienen dificultades de aceptación del nuevo rol de los pacientes, por lo que supone de abandono del papel tradicional y de delegación de poder. Otros aspectos, como la falta de tiempo, las creencias personales o el tipo de problema, han sido definidos por los profesionales como barreras que dificultan la participación de los pacientes. Cabe destacar que los profesionales de atención primaria son más proclives a la participación de los pacientes que los de atención especializada, y que la educación de los profesionales sanitarios en la mejora de la comunicación con los pacientes también beneficia a la participación de estos últimos²⁹.

A pesar de las iniciativas crecientes del SNS, de otras instituciones, de grupos de profesionales y de usuarios que fomentan la capacitación y el fortalecimiento de los usuarios, sigue siendo evidente la necesidad de llevar a cabo estudios primarios y programas de formación continua que favorezcan la implantación de este nuevo modelo de atención sanitaria en España.

Contribuciones de autoría

El artículo fue concebido, escrito, revisado y aprobado por las dos autoras en pie de igualdad.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Las autoras agradecen los comentarios y sugerencias de los revisores y del equipo editorial de la revista.

Bibliografía

- García-Sempere A, Artells JJ. Organization, functioning and expectations of patient organizations, Survey of key informers. *Gac Sanit.* 2005;19:120-6.
- Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ.* 1999;318:318-22.
- Braddock C. The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. *Med Decis Making.* 2010;30:5S-7S.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1999;49:651-61.
- Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ.* 1999;319:766-77.
- Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, et al. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Med Decis Making.* 2010;30:701-11.
- O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009. Art. No.: CD001431.
- Hermosilla-Gago T, Vidal-Serrano S, Buzón-Barrera ML. Herramienta de ayuda a la toma de decisiones (HATD) para pacientes con fibrilación auricular no valvular. Sevilla: AETSA; Madrid: MSC; 2008.
- Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Pérez-Ramos J, et al. Shared decision making in Spain: current state and future perspectives. *Z Evid Fortbil Qual Desundhwe.* 2011;105:289-95.
- Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, González-Lorenzo M, et al. Decision aids for patients facing health treatment decisions in Spain: preliminary results. *Patient Educ Couns.* 2010;80:364-71.
- Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, et al. Toma de decisiones compartida en oncología. *Psicooncología.* 2010;7:233-41.
- Izquierdo F, Gracia J, Guerra M, et al. Health technology assessment-based development of a Spanish breast patient decision aid. *In J Technol Assess Health Care.* 2011;27:363-8.
- Fabregas M, Guix L, Aragonès R, et al., por el grupo DECIDIU-PSA. ¿Conocen los varones de 50-70 años la efectividad, los beneficios y los riesgos del cribado del cáncer de próstata? *Aten Primaria.* 2008;40:357-61.
- Fernández de Sammamed Santos MJ, Ballester Torrens M, Ariza González F, et al. Comprensión de un documento que informa a los ciudadanos sobre los beneficios y los riesgos del cribado para el cáncer de próstata. Estudio mediante entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:289-305.
- Pérez C, Baena V, Alonso E, et al. Diseño del instrumento de ayuda para la toma de decisiones: «Alternativas de tratamiento para el cáncer de próstata: ¿qué opción prefiero?». *Psicooncología.* 2010;7:389-99.
- Pérez C, Acebal MM, Alonso E, et al. Diseño del instrumento de ayuda para la toma de decisiones: «Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama: ¿qué opción prefiero?». *Psicooncología.* 2010;7:375-88.
- Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, et al. La información al paciente y la participación de éste en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2004;33:361-4.
- Ruiz Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, et al. Physician patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns.* 2006;64:242-8.
- Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, et al. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient centred consultation style. *Fam Pract.* 2001;18:60-3.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469-75.
- Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007. Art. No.: CD005108.
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med.* 2005;143:427-38.
- Pastor Mira MA, Lledó Boyer A, López-Roig S, et al. Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia. *Psicothema.* 2010;22:549-55.
- Gervas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria.* 2006;20 (Suppl 3):66-71.
- Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial.* 2009;24:124-30.
- Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Medicina Clínica Monográfico (Barc).* 2008;131 Suppl 3.
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Publicación Web 2010. (Consultado el 13/12/10.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. (Consultado el 25/03/11.) Disponible en: <http://www.iiss.es/gcs/gestion44.pdf>
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010;85:53-62. (Consultado el 28/03/11.) Disponible en: <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/85/1/53.full.pdf+html>

Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012

Conclusions and recommendations. SESPAS report 2012

“¿Quién quiere una Atención Primaria mejor? Seguramente sabemos quiénes deberían desearla, pero el problema es que la mayoría interesada aún no se ha enterado. Y entre su silencioso desconocimiento sólo se escucha la voz de la Atención Primaria y sus descontentos.”

Ricard Meneu y Salvador Peiró

La refundación de la Atención Primaria¹

La atención primaria tiene una especial relación con la Salud Pública. Por ejemplo, como se señala específicamente en este Informe, por el impacto del consumo masivo de medicamentos (con sus reacciones adversas) que se prescriben en ese nivel; o por el conocimiento de los pacientes y comunidades que facilita ofrecer actividades apropiadas a la idiosincrasia y cultura local; o por su interacción con la comunidad y la capacidad de implicarla en la resolución de problemas de salud. Por todo ello, era necesario un Informe SESPAS sobre atención primaria.

Hemos querido transmitir en estas páginas una visión general de la atención primaria enfocada a sus propias características, pero también a la salud pública. Se tratan todos los problemas importantes y se consideran todos los profesionales. Hay un mayor énfasis acerca de la formación del médico, por su importancia en el equipo de atención primaria y en la sociedad.

Se ha pretendido un punto de vista ecuánime, pero la tarea es difícil cuando la administración tiene un discurso retórico, y se dice una cosa y se practica la contraria, especialmente en los presupuestos. En eso también están hermanadas la atención primaria y la salud pública. La respuesta a tal discurso no ha de ser la queja, que hemos evitado, sino la capacidad de autocrítica y de generar soluciones factibles. En todos los textos se proponen ideas e iniciativas que facilitan la solución de los problemas examinados. También hemos promovido la presentación de ejemplos, que sirvan de acicate.

Los editores hemos propuesto temas y, con el inestimable trabajo de los autores, hemos intentado realizar una fotografía del primer nivel asistencial y de sus relaciones con la salud pública. Aunque no haya una división formal, se diferencian en el Informe cuatro bloques: uno más relacionado con políticas sanitarias, otro con la profesión, otro más vinculado a la gestión de centros y áreas de salud, y el cuarto sobre cuestiones de microgestión.

La intención última del Informe es ayudar en la toma de decisiones para lograr una atención primaria incardinada en el Sistema Nacional de Salud, tanto con salud pública, como con la atención especializada y con otros servicios y sectores sociosanitarios.

Creemos en una atención primaria capaz de ofrecer servicios según necesidad y de dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. La atención primaria española no es perfecta, ni de lejos, pero en el día a día cumple con esas dos condiciones.

Describir y considerar todos los ámbitos y cuestiones es un imposible, y más con 17 servicios regionales de salud. Queda, pues,

mucho por analizar y debatir, como podrá observar el inteligente lector. En nuestro descargo, nunca pretendimos ser exhaustivos sino imprescindibles.

La combinación de cuatro atributos: la marca de la eficiencia

La calidad de la atención primaria se basa en combinar primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Sin accesibilidad no hay nada que ofrecer. Si hay accesibilidad, que sea para ofrecer mucho y necesario. Si se hace accesible y se ofrece mucho y necesario, conviene el seguimiento a lo largo de años. Por último, siendo accesible y ofreciendo mucho y necesario, a lo largo de años, es imprescindible coordinar los servicios dentro y más allá de la atención primaria.

Cuando se cumplen los cuatro atributos se logra menor mortalidad, mayor equidad, distribución más equitativa de los servicios de salud y menos hospitalizaciones. Los datos soportan estas conclusiones tanto para países desarrollados como en desarrollo, por lo que la atención primaria es parte esencial de los sistemas sanitarios, y de su papel como determinante de salud, y como componente del estado de bienestar. Además, la consecución de, por ejemplo, la longitudinalidad, da prestigio a los profesionales sanitarios, que resuelven problemas de salud (o ayudan a evitarlos, o paliar el sufrimiento anejo, al menos) al tiempo que colaboran para llevar lo mejor de la salud pública a las comunidades y pacientes que tan bien conocen.

Sin embargo, nos enfrentamos a hechos que dificultan esta política y que alimentan un círculo vicioso de difícil solución.

En la consulta se estimula la aversión a la incertidumbre, pues el estudiante (de medicina, enfermería, odontología, psicología, etc.) se expone en el grado a patología compleja, de baja prevalencia e intensiva en tecnología, con el paradigma biológico impregnando la formación curricular y la consecuente carencia formativa en, por ejemplo, desigualdades sociales, promoción de la salud y salud comunitaria, prevención cuaternaria, salud sexual y otras áreas. Se forma a los profesionales en la aversión a la incertidumbre, bajo la “tiranía del diagnóstico”, muy alejados de la comunidad y de sus valores y capacidades, y con una hipertrofia preventiva que vicia las respuestas clínicas en detrimento de las de salud pública.

En lo que respecta a los médicos, viven una crisis de identidad de la medicina de familia, deterioro progresivo en la convocatoria MIR, huida a oportunidades laborales de otros países y renuncia a la propia especialidad y la selección de otras, o de las urgencias. Si ésta última logra también la especialidad, puede hundir más aún al primer nivel. La participación masiva de extranjeros conlleva también problemas específicos, no considerados en la planificación de necesidades. Como aspecto positivo, la especialización de enfermeras y pediatras en atención primaria.

La situación se complica si consideramos el discurso teórico mantenido 25 años de énfasis sobre la atención primaria como eje del Sistema Nacional de Salud y su puerta de entrada, y sobre el

trabajo en equipo y la capacidad de resolución de problemas. En la práctica se traduce en una insuficiencia presupuestaria que lleva a un gasto sanitario privado ambulatorio de los más altos de los 22 países de Europa de la OCDE, una atención cada vez menos universal y menos utilizada por los más influyentes, y al abandono del afán de superación entre políticos, gestores y profesionales.

La atención primaria española es pro-pobre, pero las desigualdades sociales en salud (diferencias en salud que son injustas y evitables en un sistema sanitario universal y gratuito) se perpetúan en parte gracias a una atención primaria poco organizada y desbordada -percepción errónea de la frecuentación como exógena-, con escasos recursos, que no incorpora variables sociales en la historia clínica y con una preparación biológica de los profesionales que orienta hacia la respuesta automática clínica todos los problemas de salud y los factores de riesgo. Es una atención que dista de ser la más efectiva, ya que difícilmente se puede prestar un buen cuidado si se obvian los determinantes sociales de salud y el reparto de tareas con la salud pública y los servicios sociosanitarios. Tales dificultades se hacen más evidentes en algunos campos concretos, como la atención a la dependencia, o a los marginados y excluidos.

Reforma pro-contenido y pro-coordinación, e integración

La reforma de la atención primaria mejoró el contenido de la misma, desde la especialización en medicina de familia a la construcción y dotación de los centros de salud. Falta ampliar campos que hagan más atractivo el trabajo, el desarrollo de una carrera profesional propiamente dicha, y el fomento de la investigación. A todo ello se pueden aplicar incentivos, tanto personales como grupales; por ejemplo, la ponderación del pago por capitación según la "carga de morbilidad" de los pacientes. La mejora de la prescripción es tarea clave, en lo que respecta a la sobremedicación y a la inframedicación, sin olvidar las responsabilidades de los gestores y políticos, por ejemplo, para reducir el papel de la industria farmacéutica en la formación continuada y para ajustar financiación pública a coste-efectividad demostrada. Este campo es uno más entre los muchos que contribuyen al abismo que separa la efectividad de la eficacia, que conviene ir rellenando sin pausa. De nuevo, precisamos investigación, sobre todo para integrar la mejor información científica, clínica y de salud comunitaria, en el trabajo diario.

Se echa de menos una reforma pro-coordinación, que dé autonomía a los profesionales, y poder a los médicos para asignar presupuestos y responder de dicha capacidad de gasto. Cabría ampliar las experiencias de autonomía de gestión (conservando el salario y el régimen de funcionario) y de autogestión (la contratación con los propios profesionales como autónomos e independientes), especialmente en lo que supone la libre elección entre los miembros del equipo. Existen experiencias de integración sanitaria, como las OSI catalanas, que conviene difundir.

Hay déficit claros en la atención a domicilio, y oportunidades para avanzar en la responsabilidad compartida del espacio socio-sanitario con especial atención a la dependencia. Las proyecciones de población dependiente van al alza y partimos de un gasto en cuidados crónicos, gasto en personas mayores y gasto en discapacidad de menor cuantía que nuestros homólogos de la UE-27. Si a esto le unimos la presumible escasa recaudación tributaria en época de crisis y la ausencia de financiación específica, el pronóstico de la sostenibilidad financiera del sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia parece sombrío. Ahí tienen un papel clave enfermería, junto a servicios sociales, pero eso requiere "dejar de hacer para hacer", todo un cambio.

La preferencia por recibir cuidados en el hogar en lugar de institucionalizar señala a la atención primaria como principal valedor, recalando aquello de máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología adecuada y lo más cerca del paciente posible. Conviene

explorar los efectos secundarios del diseño de prestaciones: la sustitución de cuidadores formales (fuente de empleo) por informales (claudicación). Si bien la evidencia de los beneficios en integración sociosanitaria es todavía escasa, algunos estudios señalan ahorros en costes. La atención a pacientes cada vez más complejos y con múltiples necesidades hace imprescindible la participación de múltiples profesionales. En el centro de salud se deben integrar sus diferentes enfoques y funciones, poniéndolas al servicio de los resultados.

La coordinación entre niveles es muy defectuosa, y el paso de atención primaria a especializada, y viceversa, constituye un paso peligroso. Cabe pensar en las tecnologías de la información, o en el desarrollo de guías, o en el trabajo específico sobre esta cuestión, o incluso en gerencias únicas, pero las soluciones no son fáciles, y más si no se analizan y siguen sin demostrar beneficios, daños y costes. Entre los dos niveles conviene no olvidar la existencia de servicios de urgencia extrahospitalarios, que atienden millones de consultas pero reciben escasa atención.

De sistema nacional de enfermedad a sistema nacional de salud

Salud en todas las políticas, del informe SESPAS 2010, es un ejemplo de actuación en la salud desde fuera de los servicios sanitarios y de reducción de desigualdades en salud. Si los mayores determinantes de salud son sociales, así deben ser las soluciones asumiendo el sistema sanitario su influencia parcial sobre la dimensión colectiva de la salud. Esto no impide que la atención primaria trabaje la atención individual con orientación familiar y comunitaria, y se pueda establecer una alianza del primer nivel con los servicios de salud pública sanitarios y sociosanitarios, y la comunidad participe activamente en la promoción de la salud.

Necesitamos indicadores normalizados y constantes, sobre los que mejorar la información que ya proporciona el SIAP. Sobre todo, precisamos saber sobre estructura y proceso, pero también sobre costes y resultados.

Para el Sistema Nacional de Salud es tan importante la situación de los pacientes que consultan como la de la población no utilizadora de servicios. Por ello necesitamos una fotografía precisa de la situación de salud con indicadores *ad hoc*, que debería proceder también de fuentes cualitativas, y aprovechar los activos en salud de la comunidad para transferir conocimiento a todos los agentes. Se trata de pedir a la atención primaria lo que debe dar, al tiempo que se reorienta el sistema sanitario a un modelo promotor de salud, eliminando actividades preventivas poco o nada eficientes y la excesiva medicalización de la vida.

La simplicidad del sistema se hace obvia cuando se pretende dar respuesta a pacientes complejos, por ejemplo con enfermedades crónicas que se suman entre sí, y a las agudas. Ni siquiera podemos hablar, pues, de un sistema nacional "de enfermedad", a no ser que se entienda por tal el que responde a problemas simples, de uno en uno. Si se busca un sistema nacional de salud necesitamos una atención primaria polivalente y resolutive, capaz de nadar como pez en el agua en el mar de la colectividad, y al tiempo competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto, y que por ello coopere con otros servicios, sociosanitarios y extrasanitarios.

Algunas soluciones

A lo largo de este comentario se han ido desgranando posibles respuestas a los problemas, y en cada artículo se trata en profundidad este apartado. Pero conviene insistir en que se precisa más énfasis de la medicina de familia durante el grado, como materia longitudinal y transversal, con departamentos de la especialidad,

con un cuerpo docente propio que empape al estudiante de conceptos básicos (tipo “esperar y ver”, longitudinalidad y demás), y que incluya el estudio de cuestiones sobre, por ejemplo, equidad y su repercusión en la salud. En el MIR y en la formación especializada de enfermería y otros profesionales, hay que capacitar para el trabajo en atención primaria, con el control de la incertidumbre y de los tiempos, y el salto natural de la consulta a la comunidad. Tras la especialización, la calidad diaria se mantiene con políticas apropiadas de personal y con incentivos financieros y profesionales. La investigación puede ayudar si se cuenta con un equipo de apoyo, y con líneas prioritarias. La carrera profesional debe cambiar para no equiparar productividad a antigüedad, y para reducir la diferencia en las condiciones laborales de los profesionales entre asistencia especializada y atención primaria. La autonomía es clave, y cabe incrementarla incluso manteniendo el sistema de salario y funcionario.

El presupuesto puede aumentar, si la atención primaria es capaz de sustituir a la atención especializada. La función de filtro del médico de cabecera puede mejorar la eficiencia del sistema, siempre que tal función cumpla su objetivo de “dejar pasar” según necesidad de recursos y conocimientos; con ello los especialistas pasarían a ser consultores que prestan atención esporádica, salvo excepciones. La asignación de recursos entre comunidades autónomas, áreas de salud o niveles asistenciales deben ser coherentes entre sí y con los objetivos del sistema.

Una atención primaria eficiente, que colabore con la salud pública y se coordine con la atención especializada y otros servicios sociosanitarios y extrasanitarios puede ayudar a lograr el uso apropiado de los recursos y a mejorar la equidad en salud.

Conflicto de intereses

Los editores del presente informe declaran total independencia en la elaboración de sus contenidos, así como no haber recibido ningún tipo de remuneración de las entidades que han colaborado en su patrocinio.

Agradecimientos

A los autores por su dedicación y contribución desinteresada. También a los revisores por la implicación. A Soledad Márquez Calderón y Carlos Álvarez Dardet por las sugerencias y paciencia a lo largo del todo el proceso.

Bibliografía

1. *La refundación de la atención primaria*. Ortún V, director Barcelona: Springer Healthcare, 2011.

Francisco Hernansanz Iglesias^{a,*}, Juan Gervas Camacho^b
y Ana Clavería Fontán^c

^a *Medicina General, Equipo de Atención Primaria Nord. Sabadell, Barcelona, España*

^b *Medicina General, Equipo CESCA, Madrid, España*

^c *Departamento de Saúde, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Vigo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fhi2002@comz.org (F. Hernansanz Iglesias).