

CAPÍTULO 19

SITUACIÓN ACTUAL Y FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Sergio Minué Lorenzo
Esteban de Manuel Keenoy
Olga Solas Gaspar

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

1. Introducción

El capítulo analiza la Atención Primaria (AP) en España a la luz del papel que debe desempeñar en un sistema sanitario. Se comparan los puntos críticos existentes con las tendencias demográficas, económicas, tecnológicas y sociopolíticas. Se describen las estrategias esperables ante cuatro escenarios alternativos: expansión, retirada, resistencia o diversificación. Finalmente se proponen líneas de intervención en relación a los puntos críticos detectados y los atributos elementales de la AP.

1.1. La atención primaria en el sistema sanitario

La hipótesis de la existencia de asociación entre la eficiencia del sistema sanitario y una atención primaria «fuerte» ha sido sólidamente argumentada en diferentes trabajos (1, 2). Sin embargo, siguiendo a Starfield, el grado de «fortaleza» del primer nivel no depende de su existencia sino del desarrollo de cuatro atributos claves: accesibilidad, globalidad o integralidad de cuidados (la gama de servicios diagnósticos y terapéuticos y su calidad), coordinación de la atención y longitudinalidad (atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto).

La función de la Atención Primaria excede la de ser «filtro» al tener la responsabilidad de decidir en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención ante un problema de salud (3). Utilizando recursos tan elementales y a la vez tan complejos como el conocimiento de la biografía del paciente y un juicioso uso del «tiempo» (el empleo del «esperar y ver» ante problemas todavía no bien definidos), aumenta la prevalencia de ciertas patologías en el momento de ser atendidas por el especialista (evitándole a éste la valoración de pacientes que no debería atender) y protege a la vez al paciente de sufrir exploraciones o tratamientos inne-

cesarios.

El médico de familia es, a la vez, agente del paciente y de la sociedad. El conflicto ético que aparece cuando los intereses de uno y otro no son compatibles pone de manifiesto la complejidad de la función de la AP (4).

1.2. La reforma de la atención primaria en España

En los 20 años transcurridos desde la puesta en marcha de los primeros centros de salud (5) la reforma se ha centrado en el cambio de organización y dotación de los recursos humanos, así como de sus instalaciones y equipamientos.

En comparaciones internacionales (6), el sistema sanitario español presenta unos razonables niveles de eficiencia. Sin embargo, no existe una evaluación rigurosa sobre la influencia que la reforma ha tenido en ello, sino únicamente valoraciones parciales a menudo contrapuestas (7-18).

El ejercicio de análisis más global fue realizado por la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, en 1991 (19). Los problemas detectados siguen existiendo (Cuadro 1).

Cuadro 1 **Principales problemas pendientes en Atención Primaria**

Falta de orientación al servicio
La gestión actual del sistema como obstáculo para su desarrollo
Falta de implicación de los profesionales
La descoordinación con el nivel de especialidades
Indefinición de las prestaciones
La sanidad rural
Indefinición del papel de los servicios privados
Coexistencia del modelo tradicional y el nuevo

Fuente: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 1991.

La reforma se ha realizado en diferente proporción y ritmo: mientras que en Navarra el porcentaje llega al 100% (20), hay otras comunidades (Cantabria, País Vasco o Cataluña) donde persiste un importante porcentaje de población atendido por el modelo de cupos. Las causas de ello son múltiples: financiación irregular, implicación variable de los diferentes actores políticos, existencia de profesionales titulares del antiguo modelo poco inclinados a su integración en el modelo

reformado, etc.

2. Puntos clave

- a) La utilidad de la atención primaria en un sistema sanitario depende de su capacidad de ser accesible, dar cuidados integrales, atender a los pacientes a lo largo de toda su vida (longitudinalidad) y garantizar la coordinación de los cuidados prestados a diferentes niveles. Tras veinte años de reforma del primer nivel se observan deficiencias importantes en dichos atributos esenciales.
- b) El importante papel que debería jugar la Atención Primaria en nuestro país no se corresponde con el peso real que tiene: ni la financiación, ni el porcentaje de médicos que trabajan como generalistas, ni la atracción que la especialidad de Medicina Familiar tiene para los estudiantes son los esperables en un sistema sanitario orientado hacia el primer nivel asistencial.
- c) La desmotivación creciente de los profesionales que trabajan en primaria es responsable de la retirada de los profesionales más capacitados de los puestos de decisión y de cierto conformismo en todos los protagonistas. No parece existir ningún proyecto de futuro capaz de despertar similares expectativas a las que creó la reforma.
- d) Los instrumentos utilizados para mejorar la gestión muestran signos de agotamiento, aun reconociendo los avances realizados en la última década. Las propuestas en boga hace diez años (Informe Abril) se han llevado a cabo en muy escasa medida y siguen siendo adecuadas en su mayor parte.
- e) La distancia entre gestores y asistenciales es cada vez mayor: las preocupaciones, los valores y los objetivos no son comunes.
- f) En un sistema sanitario tan descentralizado como el español no se dispone de suficiente información que permita conocer cuáles son los objetivos generales del mismo, en qué grado se alcanzan o qué posibilidades de comparación existen entre los diferentes proveedores.
- g) Los cambios que inevitablemente se producirán en los próximos años aportarán instrumentos de mejora evidentes, pero también expectativas y exigencias sociales crecientes sobre el sistema sanitario.
- h) La aplicación en atención primaria de herramientas de mejora de la organización utilizadas en otros entornos (desde la gestión de personal hasta el uso de nuevas tecnologías o la mejora de la calidad) pueden ser útiles para abordar

los problemas planteados.

- i) La complejidad de ciertos problemas (el modelo de relación laboral, las ineficiencias de gestión y su abordaje, las incesantes necesidades de la sociedad y su limitación explícita) obligan a tomar decisiones que pueden tener un cierto coste social.

3. Identificación de puntos críticos en la situación actual

Se agrupan los aspectos con mayor repercusión en primaria en siete categorías. Se define «punto crítico» como aquellas características que resultan esenciales para el funcionamiento eficiente de los servicios, ya sea por ser «cuello de botella» o condicionante para el desarrollo de determinadas funciones (Tabla 1).

Tabla 1
Puntos críticos en Atención Primaria

Categoría	Punto crítico
Estructura	
Financiación	Falta de adecuación de la Presupuestación en AP a su peso teórico en el sistema sanitario
Personal	
Tipo y número de profesionales	Adecuación del número y funciones de los profesionales Falta de prestigio social de la medicina de familia
Relación laboral	Marco laboral preconstitucional. Desmotivación creciente
Instalaciones y Tecnologías	
Prescripción farmacéutica	Control insuficiente del gasto farmacéutico
Tecnologías médicas	Acceso limitado a tecnologías diagnósticas
Sistemas de información.	Implantación insuficiente de la informatización de consultas
Gestión de servicios	
Modelo de gestión	Ausencia de flexibilidad gestora
Relación gestores/clínicos	Distanciamiento creciente entre ambos.
Organización interna	
	Longitudinalidad insuficiente. Sobrecarga asistencial Falta de adaptación de la organización al paciente
Proceso	
Utilización de servicios	Limitada capacidad de resolución
Calidad del proceso asistencial	Realización de prácticas inefectivas Ausencia de continuidad asistencial

Modificado de Starfield, B. (ref. 6).

3.1. La financiación

La reforma de la atención primaria ha supuesto un incremento muy moderado del gasto, en cualquier caso menor que el producido en otras partes del sistema. Así, mientras el gasto sanitario público creció un 40% entre 1991 y 1996 (un 11,4% en pesetas constantes), el porcentaje del gasto en atención primaria sobre el total disminuyó ligeramente de 16,9% a 16,2% (Ministerio de Sanidad y Consumo 1999). En pesetas constantes, el gasto por habitante en atención primaria pasó de 16.240,2 pesetas en 1996 a 17.186,5 en 1996 (un incremento de 5,8%). En ese mismo periodo el incremento del conjunto del gasto sanitario público por habitante fue de un 10,4% (21).

Por otro lado, el gasto público en pacientes ambulatorios en España (incluyendo el gasto en consultas externas) es muy inferior a otros países de la Unión Europea: 24.310 pesetas (143 dólares) frente a 75.410 pesetas (442 dólares) en Alemania en 1996, con un crecimiento aún menor en los últimos años (Gráfico 1). No parece que este aumento tan pequeño haya influido en el crecimiento del seguro privado, que ha pasado en esos años de 5.270 a 7.170 por habitante en pesetas constantes, incremento equiparable al habido en el Reino Unido y muy inferior al de Alemania o Países Bajos (de 40 a 60 dólares ajustados por paridad adquisitiva) (Gráfico 2).

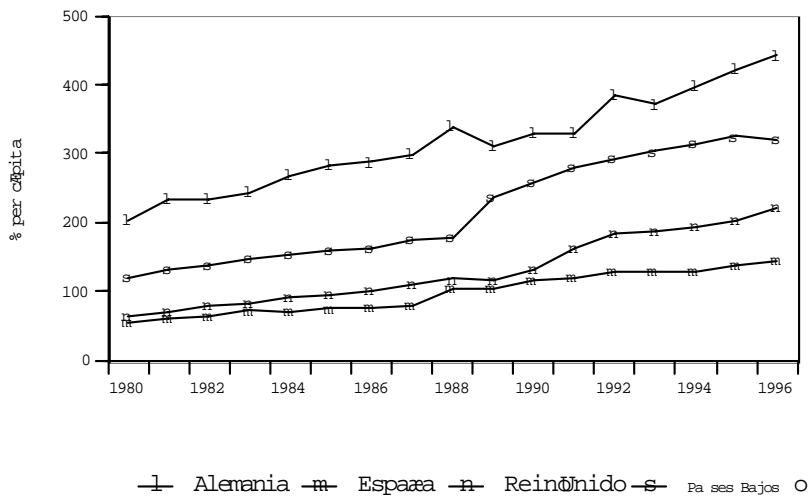


Gráfico 1
Gasto público ambulatorio

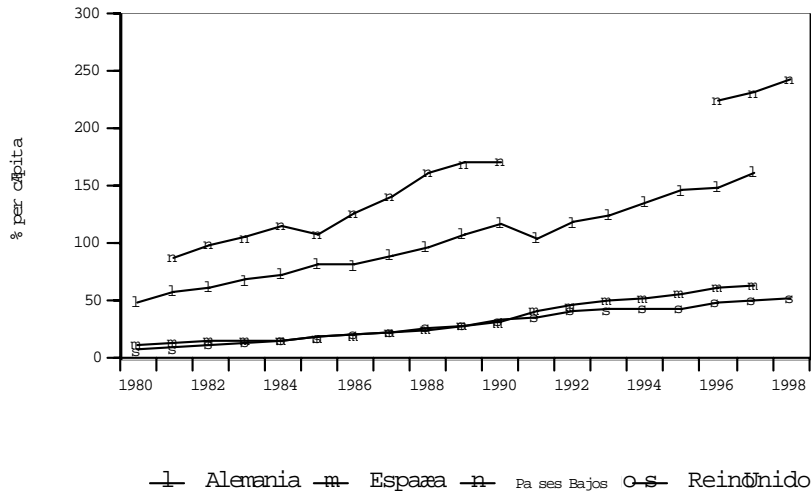


Gráfico 2
Evolución del seguro privado

Durante este periodo se han producido diferencias significativas en la financiación entre comunidades: el gasto capítativo en sanidad en 1996 era de 94.477 pesetas en Andalucía, 96.152 pesetas en Insalud Gestión Directa, 98.768 pesetas en Cataluña y 110.291 pesetas en el País Vasco (22). No disponemos de datos comparativos entre áreas o equipos de atención primaria, aunque las diferencias de desarrollo de la reforma y de dotación de personal permiten suponer que no son similares.

3.2. El personal

Tanto el número y tipo de profesionales como el modelo de relaciones laborales existentes, influyen significativamente en la situación actual.

3.2.1. El número y tipo de profesionales

España tenía en 1998 la tasa más alta de médicos por 1.000 habitantes de Europa (excepción hecha de Italia) (23) y una de las más bajas de enfermeras (solo supera-

da por Italia, Portugal y Grecia).

Sin embargo, el exceso de facultativos es tributario del número de especialistas, ya que el porcentaje de generalistas es uno de los más bajos de la Comunidad Europea (24).

Las dotaciones de médicos generales por 100.000 habitantes son mayores en las comunidades de gestión directa por Insalud (63,9 por cien mil frente a 49,5 en Andalucía).

No existe una política formativa de profesionales sanitarios en función de las necesidades previsibles para los próximos años; en el estudio de Maynard, et al., se calcula en 14.750 la sobrecarga adicional de médicos para el sistema en los próximos 5 años y de 47.121 en los próximos veinte. Por ello, las posibilidades laborales de los estudiantes y médicos en periodo de formación son bastante limitadas, en especial al aprobarse la ley que estabiliza la situación de los profesionales eventuales, todo ello sin entrar en que pone en entredicho los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso a puestos de trabajo dependientes de administraciones públicas (25).

A pesar de la creación de la especialidad en Medicina Familiar y de la aplicación de nuevas competencias en el trabajo de los profesionales de enfermería, persisten los conflictos sobre los respectivos roles (26, 27) de manera especial respecto a la función que debe realizar enfermería en los equipos de atención primaria (28, 29).

La medicina de familia sigue siendo poco atractiva como especialidad para los médicos en proceso de formación, veinte años después de su creación, a diferencia de otros países de similares características. No se ha realizado política alguna (ni en la carrera ni en el postgrado) para invertir esta tendencia.

3.2.2. Las relaciones laborales

La gestión de personal está regulada por una normativa pre-constitucional (estatutos jurídicos de personal de características «cuasi-funcionariales»). El marco genera fuertes disfunciones, siendo casi imposible el despido, la sanción o la movilidad funcional; tampoco es fácil el desarrollo de sistemas retributivos incentivos orientados a resultados o mecanismos que impulsen significativamente la eficiencia.

Cualquier prestación o actividad nueva tiene que efectuarse con recursos adicionales, dadas las dificultades existentes para la movilidad del personal. Gran parte de

los acuerdos laborales se firman por las cúpulas de los sindicatos a nivel central (jornada, pagas extras, bolsa de trabajo, criterios de selección, productividad variable). En la práctica la situación es de una rigidez creciente, ya que los tribunales hacen una interpretación aún más restrictiva de estos asuntos.

Se ha mantenido la inestabilidad laboral del personal incorporado durante los últimos años, dada la ausencia regular de convocatorias para la cobertura de plazas vacantes y la escasez de concursos de traslados para personal titular. La insatisfacción del personal (propietario o interino, aunque por diferentes razones) ha sido inevitable.

Existen diferencias significativas entre las formas de retribución de los médicos de familia según las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo en todas ellas es común la garantía salarial independiente del trabajo realizado («café para todos»).

Se han realizado algunos intentos de relacionar la evaluación del desempeño con la compensación por parte de la institución a través del establecimiento de sistemas de incentivos (30, 31, 32, 33). Éstos han tenido efectos controvertidos (34, 35, 36, 37, 38), siendo cuestionados por diversas razones: la objetividad del sistema de evaluación del desempeño, la capacidad real del profesional de intervenir sobre los objetivos a alcanzar, etc.

Recientemente se han realizado experiencias interesantes de evaluación voluntaria de la competencia clínica de los médicos de familia (39, 40), que focalizan la revalidación en la maestría clínica, aspecto esencial de la consulta (41). Dado el ámbito restringido de esta experiencia, no puede hablarse de proyectos de desarrollo de una carrera profesional en el estado. En palabras de un médico de familia «el máximo nivel al que puede aspirar un profesional de primaria es a una plaza en propiedad, de mañana, cerca de casa. Más allá de eso no hay nada».

Por todo lo anterior, no es extraño el grado creciente de desmotivación de los profesionales (42, 43). Aunque está también presente en otros sistemas sanitarios, es llamativo en un colectivo con muchos años de vida productiva por delante, dada la baja edad media de los profesionales de AP. Aunque parte de la responsabilidad recae directamente en las administraciones, hay que resaltar la «retirada» (unas veces voluntaria y otras no tanto) de una parte importante de los referentes más capacitados de la primaria en España. Diferentes factores influyen en ello (44): la sobrecarga de trabajo, la ausencia de carrera profesional (45, 46), la falta de retos, el escaso reconocimiento social, la insuficiencia retributiva, los cambios continuos

de planes y proyectos, etc.

3.3. Los recursos materiales y la tecnología

La mejora de infraestructuras y la incorporación de tecnología son cambios visibles de la reforma de la atención primaria, a lo que hay que añadir el formidable «arsenal» terapéutico que tienen a su disposición los médicos de familia.

3.3.1. Las instalaciones y el equipamiento

La construcción de centros (o reforma de los preexistentes) tiene por objeto agrupar servicios como medicina de familia, enfermería, urgencias, apoyo administrativo y otros como rehabilitación o radiología. Sin embargo, después de una primera fase expansiva, las inversiones pasaron del 4,5% del total del gasto sanitario en 1991, al 2,7% en 1996 (MSC 1999). No se ha terminado la reforma 20 años después de su inicio. Además, no siempre se ha tenido en cuenta la necesaria dotación para el mantenimiento de las instalaciones, con el deterioro consiguiente.

La adquisición de aparataje no está reglada (47) como recomiendan las Agencias de Evaluación de Tecnología (48); a menudo su compra se debe a excedentes presupuestarios en el marco de la política de incentivos de la institución, o bien a acuerdos no formales con la industria farmacéutica. Pese a ello ha aumentado la capacidad de acceso a pruebas diagnósticas de los profesionales de atención primaria gracias a la adquisición de determinados instrumentos (oftalmoscopios, otoscopios, electrocardiógrafos, espirómetros, etc.). Siguen sin estar accesibles de forma rutinaria procedimientos diagnósticos habituales en la consulta de médicos de familia de países de nuestro entorno como ecografías (49), endoscopias (50) o tecnologías de imagen (51).

La informatización de centros y consultas ha avanzado con dificultad y no siempre de acuerdo a las recomendaciones de expertos (52, 53, 54). Por ello se han producido fracasos significativos (SICAP, TAIR) junto a avances importantes. En este momento las aplicaciones de mayor implantación en el territorio (TASS en Andalucía, OMI-AP en Cataluña e Insalud o SIAP-WIN en este último también) han simplificado la realización de procedimientos comunes en atención primaria: gestión de agendas, emisión de recetas o petición de pruebas diagnósticas, cumplimentación de registro clínico electrónico, etc. Queda pendiente la generalización de la informatización o la compatibilidad con las aplicaciones hospitalarias (permitiendo el acceso bidireccional a información relevante como, por ejemplo, los resultados de pruebas analíticas).

3.3.2. La prescripción farmacéutica

El porcentaje del gasto en farmacia sobre el total del gasto sanitario ha aumentado del 16,8% en 1991 al 19,5% en 1996. Dicho porcentaje es muy superior al de otros países de nuestro entorno. Las causas son múltiples (55, 56, 57): inversión de la industria y su influencia sobre PNB y creación de empleo, autorización y financiación de nuevos fármacos, influencia de los especialistas de la prescripción en AP (58, 59, 60, 61), existencia de incentivos perversos (62), etc. Existe también una significativa ineficiencia en el uso de medicamentos en atención primaria debido a la realización de prácticas no efectivas (63, 64).

Casi todos los servicios regionales han ido implantando diferentes tipos de intervenciones para el control del gasto: contratación de farmacéuticos de AP, sesiones educativas (65, 66), edición de boletines farmacoterapéuticos (67), perfiles de prescripción (68, 69), entrevistas personales con médicos de perfiles extremos, etc. Su efectividad para controlar el gasto es controvertida.

3.4. La gestión de los servicios

Las diferentes alternativas ensayadas en la gestión de los servicios sanitarios han influido en la evolución de la AP de nuestro país. De la misma forma, es interesante analizar el modelo de relación entre gestores y clínicos.

3.4.1. El modelo de gestión

No ha habido cambios sustanciales en la naturaleza jurídica ni en los principios organizativos básicos. La atención primaria se sigue caracterizando por un importante grado de integración de la financiación y la provisión de servicios, estando regida por el principio de jerarquía, sometida al Derecho Público en todos sus ámbitos y sujeta a un significativo proceso de centralización en la toma de decisiones. Está regulada con vocación garantista, que prioriza la legalidad frente a la eficiencia. Esto alcanza a las principales materias de contenido laboral o económico (el régimen presupuestario y de contratación, la tesorería), por lo que los gerentes se encuentran con dificultades para dar respuesta a las necesidades cambiantes que se les plantea en su gestión diaria.

Únicamente en Cataluña (70, 71, 72, 73) se han realizado ensayos de nuevas formas de desarrollo y articulación de la AP. Ejemplos de ello son las entidades de

base asociativa (74) o los modelos de gestión integrada de los niveles primario y especializado de la misma área (75, 76), en ocasiones bajo la gestión de mutuas (77, 78). Pese a existir interesantes propuestas sobre comparación de proveedores diferentes de atención primaria (79, 80), no se ha realizado una evaluación rigurosa de las diferencias entre estos modelos.

En el resto del país no se han creado formas jurídicas y organizativas de gestión diferentes, pese a existir alternativas al respecto (81) (consorcios, fundaciones, cooperativas de profesionales...). Aun así han existido intentos meritorios de desarrollo de autogestión dentro del marco de la administración pública (82).

En suma, sólo se han aplicado ciertos instrumentos para la mejora de la gestión de las áreas/distritos y equipos, los principales de los cuales se resumen en la Tabla 3. Un problema añadido ha sido el frecuente cambio de línea estratégica (a menudo y coincidiendo con la alternancia de gobiernos), que ha impedido desarrollar mínimamente ciertas innovaciones y evaluar sus resultados.

Tabla 2
Modificaciones introducidas en la gestión de los servicios sanitarios en AP
dentro del marco jurídico tradicional

Dirección	Instrumento
Planificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración de planes estratégicos 2. Modelos de dirección participativa por objetivos 3. Zonificación sanitaria
Organización	<ol style="list-style-type: none"> 4. Creación de dispositivos específicos de gestión (distritos o áreas de AP) con su dotación correspondiente 5. Aumento de las competencias de «mandos Intermedios» (coordinadores o directores de centro)
Control	<ol style="list-style-type: none"> 6. Desarrollo de los contratos programa y herramientas de gestión relacionadas: <ul style="list-style-type: none"> – Contabilidad analítica – Sistemas de imputación de costes – Implantación de tarjeta sanitaria individual – Desarrollo de sistemas de información – Evaluación de las carteras de servicios

De todas las medidas ensayadas destacaríamos dos: los contratos programa (o de gestión) y el papel de los coordinadores o directores de centro.

- a) La más importante ha sido el contrato-programa (83, 84, 85). Puede definirse como un instrumento de relación con los centros sanitarios que vincula objetivos, fundamentalmente de actividad –medida con frecuencia a través de las llamadas «carteras de servicios» (86)–, al presupuesto asignado a cada centro (87, 88). Jurídicamente son una ficción legal y semántica que esconde una estrategia de dirección por objetivos.

Los contratos programa han modernizado la cultura de gestión de los directivos y mejorado los sistemas de información; sin embargo, presentan limitaciones importantes:

- No se han establecido objetivos generales de salud (a diferencia de otros sistemas) (89), ni se han relacionado éstos con los pactos entre teóricos financiadores y provisosores (90).
 - Tampoco se ha definido un conjunto común de indicadores básicos relativos a datos contables, utilización de servicios o recursos que permitan la comparación y el conocimiento de las inequidades e ineficiencias del sistema (91).
 - El ajuste de la asignación presupuestaria, la variabilidad de la práctica o la actividad realizada al perfil de morbilidad de la población atendida (92) no ha pasado de estudios de investigación de gran interés (93, 94).
 - Tampoco se ha avanzado en la definición del producto (95, 96) aunque existen experiencias interesantes aún por desarrollar (97).
- b) La creación de gestores a nivel intermedio (coordinadores de equipo o directores de centros de salud) ha permitido delegar cierto número de tareas en ellos y ha aumentado la concienciación de los profesionales sobre la repercusión económica de sus decisiones, pero todavía siguen sin estar adecuadamente definidas sus funciones, competencias y responsabilidades (98, 99, 100, 101, 102).

3.4.2. La relación entre gestores y clínicos

Los médicos asignan la mayor parte de los recursos del sector sanitario (103) y seguirá siendo así. No se han trasladado riesgos ni obligaciones presupuestarias a los profesionales, a pesar de algunas experiencias de «gestión clínica» (104, 105, 106). Estas han creado expectativas entre los profesionales pero no se han desarrollado lo suficiente como para sacar conclusiones. Podrían ser útiles si contribu-

yen a establecer unas «reglas de juego» compartidas por gestores y clínicos, lo que es necesario dado el distanciamiento creciente entre ambos.

Múltiples factores contribuyen a ello: la intromisión política en cuestiones técnicas, la falta de profesionalización de la gestión sanitaria en España, el escaso prestigio profesional que ha tenido la gestión entre los profesionales asistenciales, la discrepancia entre los problemas fundamentales que hay que resolver y los valores esenciales para ambos grupos (107).

Existe la percepción por parte de los clínicos de la existencia de un «doble rasero»: mientras los médicos deberían justificar sus decisiones con pruebas científicas («Medicina Basada en la Evidencia»), los gestores no parecen tener más obligación que justificar sus decisiones en «órdenes superiores», pese al creciente campo de conocimientos existente sobre «evidencias o pruebas» en gestión sanitaria (108, 109, 110, 111).

3.5. La organización

La facilidad con la que el usuario recorre el trayecto que va desde la petición de atención al momento de recibirla influye en gran medida en su satisfacción final.

El modelo de organización está basado en los Equipos de Atención Primaria. Pero, pese a establecerse una zonificación sanitaria («mapas de atención primaria para cada EAP»), la unidad de prestación básica sigue siendo el cupo de pacientes asignado a cada médico de familia:

El cupo debería permitir asegurar la longitudinalidad de la atención. El número de pacientes por médico de familia aumentó un 30% entre 1992 y 1996 (de 1.460 a 1.867) estabilizándose después. La variedad entre zonas urbanas y rurales es grande. Así, en Castilla y León la media apenas supera los 1.000 pacientes por médico mientras en Cataluña es de 2.200 (112).

Sin embargo, la longitudinalidad se ha deteriorado por la inestabilidad laboral –con cambios frecuentes de personal eventual– y por los traslados de personal propietario, si bien es cierto que la frecuencia de los mismos ha sido escasa. Por ello se ha convertido en excepcional algo que antes era habitual: tener el mismo médico y la misma enfermera durante mucho tiempo.

La libertad de elección de médico de familia está restringida. Aunque no hay límites dentro de la zona básica, las trabas burocráticas, la vinculación de otros recursos sanitarios o la ausencia de incentivos reales para los médicos de ser elegidos, hace que su efecto práctico sea mínimo.

La nueva organización del trabajo en los equipos tiene luces y sombras:

- a) Cita previa. Los sistemas de cita previa racionalizaron el acceso de los pacientes a las consultas, paliando esperas de horas en salas de espera masificadas.
- b) Oferta horaria. El aumento de la oferta horaria con el mismo médico (al trabajar siete horas diarias en vez de dos y media) mejora el acceso sobre el papel, al igual que las consultas en turno de tarde, sobre todo en zonas urbanas. Sin embargo, el paciente no siempre lo percibe, si continúa esperando mucho para ser atendido. La comprensible mejora de las condiciones laborales de los profesionales en el medio rural ha significado una disminución de la banda horaria previamente existente en éste.
- c) Tipos de consulta. Aparecieron «nuevos tipos de consulta» (demanda, programada, urgente, administrativa): una buena idea, la de adaptar la organización al contenido de la consulta en un intento de gestionar más eficientemente el tiempo se ha convertido a veces en una barrera para los pacientes perdidos en un «baile de nombres» (113), si se les ha hecho explícito algo que debería ser de orden interno: la forma de organizarse.
- d) Trabajo en equipo. Aunque se forme parte de un grupo, el trabajo en equipo no siempre es real: la falta de acuerdo sobre las respectivas competencias o los diferentes valores de la cultura organizacional (114) son algunas de las causas.
- e) Sobrecarga asistencial. Uno de los problemas más importantes para los médicos que trabajan en primaria es la sobrecarga: la presión asistencial se considera excesiva y creciente (115); esta situación no es exclusiva de España (116). En ciertas ocasiones se debe a insuficiente dotación de profesionales (fundamentalmente médicos), pero también existen deficiencias organizativas en la gestión de las consultas y en el reparto del trabajo entre los profesionales que son causa principal de la misma (117, 118, 119).

El resultado final es «el juego del ratón y el gato»: los administradores no aceptan ningún tipo de «limitación» al acceso (en primaria un médico debe atender tantos pacientes como soliciten ser vistos por él en el día) y los profesionales responden con «medidas organizativas» que acaban produciendo listas de espera encubiertas.

- f) Información sanitaria. Respecto al registro de la información sanitaria, la utilización sistemática de la historia clínica es cada vez más habitual, al igual que el uso de sistemas de registro que permiten tener cierto conocimiento de las acti-

vidades realizadas. Sin embargo, siguen sin modificarse normas relativas a la cumplimentación de documentos de prestación farmacéutica y de incapacidad laboral (otra recomendación Abril) con lo que no ha disminuido el número de actos médicos no generados por necesidad clínica.

3.6. La utilización de los servicios

El que un paciente «utilice» unos servicios concretos viene determinado por la oferta de servicios de la organización y también por el grado en que se adecuan a sus necesidades y expectativas.

Las prestaciones de atención primaria están definidas legalmente (120), pero no se han definido ni la cartera mínima de prestaciones ni tampoco las que serían optativas. En cualquier caso, se ha producido un aumento progresivo de la cartera de servicios ofertada (121, 122, 123), aunque la provisión de cirugía menor, planificación familiar, atención al embarazo, uso de determinadas pruebas diagnósticas, rehabilitación o atención familiar varía significativamente de unas zonas a otras. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) favoreció la introducción de la prevención en la consulta (124, 125).

La utilización de la AP por parte de los pacientes ha aumentado: el número de consultas médicas en atención primaria en España supera los 220 millones, con una frecuentación de 5,4 consultas por habitante y año. De ellas se resuelven en primaria un alto porcentaje: sólo el 5% de los pacientes se derivan a consulta con un especialista (fundamentalmente oftalmólogo, traumatólogo, ginecólogo, ORL y dermatólogo). Lo que implica en la mejora de la efectividad de los especialistas ya se ha comentado (126).

Por el contrario, la capacidad de respuesta al proceso integral de atención (si éste es complejo) es a menudo lenta. El tiempo total desde que un paciente acude por primera vez a su médico de familia hasta que recibe el diagnóstico y tratamiento correspondiente es muy largo. En gran medida es motivado por las deficiencias en el funcionamiento del sistema: dificultades para la realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas en el centro de salud, listas de espera en las consultas especializadas o para la realización de pruebas de laboratorio o de imagen, burocracia, etc.

3.7. La calidad del proceso asistencial

¿Puede considerarse la práctica clínica en primaria en el año 2000 mejor que la

prestada en 1980? ¿Qué información tenemos sobre ello? ¿Qué factores pueden haber influido en el cambio, si es que se ha producido?

La mejora de la formación de los profesionales –de forma principal el desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria– ha debido contribuir a ello; pero tampoco existen evaluaciones definitivas.

Conocemos algo sobre la morbilidad atendida en atención primaria (127, 128), pero estamos lejos de lo que se sabe en otros sistemas (NHS por ejemplo) (129).

Se han implantando progresivamente las auditorías de historias clínicas, a menudo mediante la evaluación de las «carteras de servicios» (evaluaciones de registro), pero sigue existiendo una amplia variabilidad en la práctica clínica (130) y, por ello, un margen de mejora en la calidad de la atención. Basten como ejemplo las cifras de frecuentación con oscilaciones entre 5,2 y 9,8 consultas por habitante y año (131), la variabilidad en las tasas de derivación con variaciones de hasta 56 veces entre la tasa más baja y más alta (132), o el registro en la historia clínica de pacientes diabéticos de la hemoglobina glicosilada, de 5,5 a 52% (133).

La aplicación de algunos instrumentos que pudieran ser útiles para su reducción (han tenido éxito limitado, como los programas, protocolos, planes de cuidados, vías clínicas (134) y las guías de práctica clínica (135, 136). Tiene mucho que ver con las dificultades inherentes a su implementación (137), pero también a la escasa calidad de algunos de los instrumentos (138), además de dedicar un número elevado de profesionales a repetir el mismo trabajo.

La aparición del movimiento de «Medicina Basada en la Evidencia» (139) mejoró mucho las oportunidades de conocer las pruebas científicas que sustentan las decisiones clínicas (140). Sin embargo, conocemos aún poco sobre los determinantes de la decisión clínica de los médicos de primaria (141) y existen múltiples factores que lo condicionan, entre ellos la influencia de la propia profesión médica (142). La contradicción entre la existencia de fuentes de información actualmente accesibles y solventes por un lado, y el uso de intervenciones médicas inefectivas por otro, pone de manifiesto la complejidad del problema.

Sí que han mejorado la calidad los avances experimentados en la realización de la entrevista clínica (143). Los trabajos del grupo de F. Borrell sobre un nuevo modelo de acto clínico que integre la anamnesis con la exploración física (144) –más adecuados en la práctica de la atención primaria– abre interesantes posibilidades de desarrollo de lo que podría ser la consulta en el futuro.

Poco se ha avanzado con respecto a la continuidad de la atención entre niveles

asistenciales: reuniones de trabajo, protocolos y objetivos de cumplimentación del informe de interconsulta (145), que siguen siendo deficientes (146, 147, 148). Las carencias en la continuidad de la atención indudablemente influyen sobre la calidad de la atención prestada.

Por último, aunque hay estudios interesantes (149, 150, 151), se ha avanzado poco en la evaluación de resultados en salud y su relación con la prestación de la atención sanitaria en el primer nivel.

4. Los escenarios de futuro de la Atención Primaria

Las recomendaciones propuestas por el *Informe Abril* para atención primaria (Cuadro 2) se han aplicado escasamente, con lo que los problemas han persistido o se han agravado.

Cuadro 2
Recomendaciones para Atención Primaria

-
- Desarrollar los servicios orientándolos hacia el usuario.
 - Definir la cartera mínima de prestaciones y las optativas, ofertados por los servicios de atención primaria.
 - Dotar de autonomía de gestión (personalidad jurídica) a las estructuras gestoras de nivel de área / sector.
 - Modificar en profundidad la política de personal, flexibilizando el tipo de vinculación de los profesionales y estableciendo incentivos al desempeño.
 - Transformar con prontitud la red de cupo en equipos de atención primaria.
 - Impedir el deterioro de la red de atención primaria no reformada.
 - Modificar las normas relativas a los procedimientos de prestación farmacéutica y de incapacidad laboral de forma que no inflacionen el número de actos médicos no generados por necesidad clínica.
 - Mejorar la coordinación entre todos los elementos del sistema sanitario e introducir el concepto de atención al área de salud / sector en los esquemas de organización y gestión de la asistencia especializada.
 - Impulsar la formación de los profesionales de la atención primaria tanto niveles de pregrado como postgrado.
 - Definir un conjunto de indicadores básicos relativos a datos contables, que utilización de servicios y de recursos existentes, que permitan la comparación y el adecuado conocimiento de las inequidades e ineficiencias del sistema.
 - Introducir progresivamente una separación de las funciones de financiación, compra y provisión de los servicios en el sistema sanitario.

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. 1991.

Aunque las encuestas de satisfacción son a menudo optimistas, España es, junto a Estados Unidos e Italia, uno de los países donde los ciudadanos están menos satisfechos con su sistema de salud: sólo un 35,6% de los españoles se declaraban muy satisfechos frente a un 65,1% de los franceses, o un 72,8% de los holandeses, aunque los índices superaban a griegos (18,4) o italianos (16,3) (152). Un 77% de los ciudadanos opinaban que el sistema precisa cambios fundamentales o una reestructuración completa (153, 154).

Toda organización tiene la obligación de adaptarse continuamente al cambio (155). O cambia o la cambian. La cuestión es saber o elegir en qué dirección.

4.1. Tendencias del entorno

Los cambios demográficos, la economía, los avances tecnológicos o los procesos sociopolíticos afectan a los sistemas sanitarios: algunas de estas influencias se exponen a continuación.

4.1.1. Demográficas

Los cambios demográficos van a influir sobre el coste de los servicios, sobre las necesidades de salud y sobre la demanda y preferencia de los ciudadanos.

La edad media de la población española aumenta sin pausa. Dos apuntes: España será el país con mayor porcentaje de población anciana en el 2050. En la misma línea, se prevé que el número de personas mayores de 65 aumente en más de 2 millones en los próximos 25 años.

El envejecimiento de la población supone siempre una mayor demanda de servicios: con la edad aumenta la incidencia de enfermedades crónicas. La comorbilidad (la coexistencia de diferentes enfermedades) y la yatrogenia (secundaria a la intervención sobre la anterior) serán probablemente las enfermedades más prevalentes en las próximas décadas (156).

Pero, además, se necesita un tipo muy determinado de servicios, mayoritariamente públicos y que respondan a exigencias crecientes: no hay que olvidar que los mayores de 65 años en el 2020 van a ser personas con un nivel adquisitivo más alto y, por tanto, con una mayor influencia social.

El creciente número de extranjeros residentes en España implicará demandas específicas de cuidados, como lo ha hecho en otros países; no sólo desde el punto de vista médico sino también de adaptación cultural. Aunque en la actualidad la mayor parte de los residentes extranjeros son menores de 44 años, cabe esperar que a medida que envejezcan, sus necesidades aumenten.

4.1.2. Económicas

Se prevé un crecimiento lento del producto interior bruto, manteniéndose una limitación presupuestaria global del gasto sanitario. La evolución de los indicadores macroeconómicos va a marcar la disponibilidad del país de financiar el sistema de salud: las previsiones son de un crecimiento del producto interior bruto del 3,3% anual entre el 2000 y el 2005, menor que Irlanda (6%) o Grecia (4%), pero en la media de crecimiento de la Unión Europea y Estados Unidos. La crisis desatada por los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 ha modificado a la baja estas previsiones.

Si consideramos que el incremento del gasto sanitario siempre ha ido por encima del aumento del producto interior bruto (en un 1,5% anual aproximadamente), cabe preguntarse cuál va a ser la capacidad real de financiar el crecimiento. Con un 80% de ese gasto público, será la voluntad de los ciudadanos expresada en sus preferencias políticas la que lo determine.

4.1.3. Tecnológicas

La nueva sociedad de la información, la telemedicina, las aplicaciones tecnológicas en medicina (electromedicina y robótica, biotecnología) o la genómica están incidiendo ya en atención primaria.

La información sanitaria dejó de ser exclusiva de los profesionales (157): los portales de salud (158) permiten el acceso a información sobre enfermedades o problemas médicos. En Yahoo! se contabilizan más de 19.000 sitios *web* y 24 millones de páginas *web* de salud; cabe reseñar que dos de las mejores páginas sobre salud españolas, proceden de iniciativas individuales desde la atención primaria (159, 160). El porcentaje de población con acceso a Internet en España ha pasado del 6% en octubre de 1999 al 15,7% en octubre de 2000. Pero además, el acceso se puede realizar casi desde cualquier parte: ordenador personal, teléfono móvil, «computadoras manuales», etc.

Internet ha permitido conocer el interés de los usuarios de salud por las medicinas alternativas a la occidental: en EEUU actualmente se consultan más las *web* sobre homeopatía, acupuntura y demás remedios que las de medicina propiamente dicha (161).

El modelo tradicional de relación entre médicos y pacientes cambia: disminuye la asimetría de información y el papel de agencia del primero. Es posible realizar consultas virtuales con especialistas de prestigio de cualquier lugar del mundo (162). Al ser mayoritaria la información de baja calidad en esta avalancha de información, se necesita una nueva competencia de los profesionales sanitarios, la de asesoría o selección de la información encontrada por el paciente (163). Habrá cada vez más pacientes que toman una intervención activa en las decisiones sobre su salud. En definitiva, ¿será el paciente el médico general del futuro? (Richardson 2001).

La información sanitaria se transmitirá de forma electrónica, pudiendo intercambiar datos clínicos o de imagen (telemedicina) (164), pero permitirá también la existencia de registros electrónicos cada vez más completos de la biografía sanitaria, propiedad del paciente y a disposición de cualquier profesional que él decida y desde cualquier punto geográfico. Tal vez esto refuerce la longitudinalidad amenazada.

Se esperan cambios en la forma de practicar la medicina, en los medios de diagnóstico y tratamiento, en la prevención:

- La obtención y diferenciación de células madre permitirá desarrollar nuevos tejidos y órganos, potenciando de forma espectacular la posibilidad de trasplantes. La capacidad de estimular para funciones vitales las células madre implicaría la capacidad de producir insulina, establecer conexiones sinápticas, metabolizar grasa o desintoxicar.
- Los desarrollos en el estudio del genoma humano (165) van a permitir avances importantes en el diagnóstico genético, en la producción de vacunas y en la terapia genética.

Se necesita un nuevo profesional de atención primaria: alguien capaz de «seleccionar» información, asesorar al paciente, ayudarlo a tomar decisiones, realizar consejo genético y un desconocido abanico de nuevas habilidades.

4.1.4. Sociopolíticas

Las modificaciones de la estructura familiar, la educación, el avance del consumismo, la integración europea o la transferencia sanitaria a las CCAA van a incidir en los servicios de salud.

Con respecto a la estructura familiar, el acceso de la mujer al mundo del trabajo, el aumento del número de familias monoparentales, la desaparición de las redes de familia o la disminución del número de hijos, modifican la capacidad de la sociedad de cuidar a sus enfermos y, por lo tanto, la demanda sobre los servicios. Se exigen nuevos horarios de atención, mayor rapidez, más cuidados y servicios de apoyo.

El nivel de educación junto con el acceso a la información aumenta las exigencias de los ciudadanos, aumentando el consumismo, es decir, la demanda de que los servicios se adapten a las expectativas.

El desarrollo de la Unión Europea modificará los sistemas de los países miembros. Pese a que los tratados de Maastricht, Amsterdam o Niza no incluyen a los sistemas de salud dentro de las competencias de la Comisión Europea, determinadas políticas sí la están influyendo: la libre circulación de bienes y servicios (art. 28, 49 y 50) y de personas (art. 18, 39, 42 y 43), el funcionamiento del mercado interno (art. 95), la competencia (art. 85 y 86), la coordinación de políticas económicas (art. 99), la cooperación entre estados miembros en las acciones de protección social (art. 140), la protección de los consumidores (art. 129), la salud pública (art. 152) o la investigación y desarrollo tecnológico (Título XVIII).

El desarrollo de la política comunitaria en materia de salud, que se está discutiendo actualmente en el Parlamento Europeo, hace mención por primera vez a niveles mínimos de calidad de los servicios.

Todo apunta, en resumen, hacia una homogeneización de los diferentes roles que los ciudadanos europeos tienen con respecto a los sistemas de salud (el de paciente, consumidor, sujeto fiscal y votante), ahora muy diferentes en cada país.

Las transferencias de las competencias de gestión sanitaria a las comunidades autónomas pueden provocar diferencias notables en la prestación de servicios, en la organización o en la financiación entre áreas o equipos. Para evitar su posible amenaza a la equidad del sistema es preciso reforzar las funciones de información y evaluación de las diferentes administraciones, tanto centrales como autonómicas.

En definitiva, se va a producir una exigencia creciente de los pacientes y la sociedad sobre el sistema sanitario en un contexto global (en el mejor de los casos) de

estabilización de recursos.

4.2. Estrategias de desarrollo

A continuación resumimos alternativas en cuatro escenarios. Las medidas especificadas no son exclusivas de cada uno, pudiendo desarrollarse, en mayor o menor medida, en el resto (Tabla 3).

	Expansiva	Retirada	Resistencia	Diversificación
Escenarios de evolución en Atención Primaria				
Característica	Potenciación del modelo	Reducción de costes	Estrategias de mejora de la eficiencia en la gestión dentro del marco vigente	Adaptación de la organización a las diferentes necesidades de la población
Gasto Personal	Aumento Expansión	Estabilización Consolidación	Estabilización Consolidación	¿? Alternativas de relación laboral
Calidad de servicios Sector privado	Similar Añadido (en ciertas clases sociales)	Disminución Sustitutorio	Similar Complementario	Aumento Integrado
Gestión	Integración vertical	Integración vertical	Introducción de instrumentos de mejora de la eficiencia	Introducción de instrumentos de mejora de la eficiencia
Nuevas formas jurídicas	No	No	Posibles ensayos	Sí
Herramientas de mejora (MBE, GPC, Gestión de calidad total...)	Sí	No prioritarias	Prioritarias	Sí
Riesgos	Aumento de déficit o de impuestos	Privatización	Desembocar en estrategia de retirada	Resultados inciertos

4.2.1. Expansiva

Similar a la adoptada entre mediados de los 80 y de los 90. Se trataría de continuar el desarrollo del modelo de atención primaria tal como existe actualmente:

más centros, nuevos profesionales. Cualquier prestación o actividad nueva debe efectuarse con recursos adicionales dadas las enormes dificultades para la movilidad del personal. Algún sindicato ha llegado a proponer la dotación de personal facultativo en función de un tiempo mínimo por consulta, diez minutos, que llevaría a establecer cupos médicos no superiores a 1.200 pacientes.

Se mantendría la integración vertical y el principio de jerarquía, sometida al Derecho Público.

Podrían aparecer nuevas formas de provisión (fundamentalmente de carácter privado) añadidas a las existentes para atender las demandas de las clases medias y altas, no del todo satisfechas en el sistema público.

Para todo ello se necesita un aumento significativo de la financiación sanitaria (a la manera de la producida recientemente en el Reino Unido), mediante el aumento de impuestos o del porcentaje de PIB destinado a gastos sanitarios.

El riesgo que tiene es el de aumentar el déficit presupuestario. Por esta razón, es poco probable que esta estrategia –que a algunos políticos y profesionales sanitarios puede parecer atractiva– se realice.

4.2.2. Retirada

El objetivo último en este marco es producir un cambio radical en el sistema en el que la competencia entre proveedores pasa a ser dominante. La estrategia puede consistir en la reducción de la financiación en atención primaria de provisión pública y, como consecuencia, la disminución de la calidad de los servicios públicos. Ello podría realizarse de forma explícita (menos probable) o de manera larvada, manteniendo los «puntos críticos» del sistema y justificando la necesidad urgente de cambios en las deficiencias existentes.

Podría mantenerse inicialmente el número de facultativos lo que, junto a la estabilización de los profesionales en situación eventual, limitaría a medio plazo las posibilidades de renovación e innovación que supondría la incorporación de los actuales estudiantes y médicos en periodo de formación. La protección de los derechos adquiridos, la presión sindical y la posible resistencia al cambio seguiría impidiendo modificar la regulación laboral (300.000 personas en el sector sanitario pueden ejercer mucha presión social y política). En un marco de regulación laboral que garantiza rentas y seguridad con independencia de la cantidad y calidad del trabajo realizado, ¿por qué habrían de aceptarse cambios que cuestionaran este hecho central?

El deterioro previsible podría llevar a medio plazo a una reforma mucho más radical, con la aparición de un sector privado sustitutivo con nuevos agentes: compañías aseguradoras españolas o foráneas, empresas farmacéuticas, empresas orientadas a la gestión de enfermedades (*Disease Management*) o a cuidados domiciliarios, empresas de sectores no sanitarios interesadas en el mercado de la salud (166) que ocuparían los espacios abandonados por el sector público. El crecimiento del seguro privado, tendría que equipararse al producido en Alemania o en los Países Bajos.

El coste político que tendría en nuestro entorno una apuesta clara por modelos de cambio radical del sistema (la temida «privatización») sólo permitiría una estrategia de retirada lenta, manteniendo el *status quo* actual.

4.2.3. Resistencia

Supone la estabilidad del marco actual, apurando todas las posibilidades que aún tienen los instrumentos orientados a mejorar la eficiencia en la gestión, sin entrar en alternativas de cierto coste político o social («mucho más de lo mismo»):

- Se mantendría el uso de los contratos-programa, subsanando sus carencias actuales: modificación de la lógica retrospectiva e incremental de los presupuestos sanitarios públicos aproximándose a presupuestos globales de tipo prospectivo, asignación de presupuestos individualizados con criterios explícitos y equitativos (167, 168, 169, 170), ajuste de la financiación y de la actividad por casuística, o vinculación a objetivos en salud.
- Podrían incluirse acuerdos sobre control del gasto farmacéutico, pero deberían tenerse en cuenta los múltiples factores que intervienen en él. También podrían mantenerse los «pactos de consumo entre niveles», aunque el énfasis debería hacerse en la adecuación de derivaciones y no tanto en su reducción a cualquier precio: la derivación es un proceso complejo en el que es difícil establecer la tasa adecuada y en donde las intervenciones para disminuir la sobreutilización deben acompañarse de otras para aumentar la infrautilización (171), lo que podría de nuevo aumentar el coste.
- Fomentar las experiencias de gestión clínica con el fin de mejorar la calidad de los servicios (énfasis en la efectividad), con un adecuado control de los recursos asignados (énfasis en la eficiencia), trasladando poco margen de riesgo y reforzando los sistemas de incentivos ligados a la productividad. Deberían

acompañarse de aumento en la capacidad de autogestión por los propios profesionales. Los instrumentos para su desarrollo ya existen: desde las estrategias de diseminación de Medicina Basada en la Evidencia (para la mejora de la efectividad) a los sistemas de ajuste de la financiación a la casuística atendida (para mejorar la eficiencia), pasando por las guías de práctica (para disminuir la variabilidad).

- Se observan grandes esperanzas en las políticas de mejora continua de calidad. El éxito obtenido en otros entornos (industrial o empresarial) ha llevado a su importación al sistema sanitario. Entre los proyectos existentes destacarían:
 - Las estrategias de rediseño organizativo; un ejemplo de ello podrían ser las propuestas de mejora de la gestión de agendas de consultas (172, 173, 174).
 - El desarrollo de modelos de mejora continua a través de la Gestión de Procesos, como en Osakidetza (175) o Andalucía (176).
 - La adaptación en nuestro entorno de modelos de referencia externos como el modelo de «Clinical Governance» dentro de la estrategia de gestión de la calidad en el NHS (177, 178), tal y como desarrolla el modelo de Dirección Clínica de SCS (179).
 - Los procedimientos de acreditación de centros (EFQM, Joint Commission, normas ISO) no han tenido en primaria el mismo desarrollo que en hospitales: únicamente podría destacarse la reciente experiencia de acreditación de un Área Básica de Salud mediante JCAHO (Vandellós, SAGESSA, Tarragona), algún ejercicio de certificación por normas ISO en unidades de atención al usuario en Osakidetza (180), así como ejercicios de autoevaluación EFQM en algunos centros de Cataluña y País Vasco (181).
- Dentro de la gestión de recursos humanos es posible aplicar herramientas interesantes. La definición de competencias profesionales, la aplicación de criterios explícitos de selección y valoración del desempeño o el diseño de una cierta carrera profesional son factibles en un sistema como el actual. Hay que insistir en las posibilidades que brindan las estrategias de motivación de los profesionales, no necesariamente ligadas a los incentivos económicos. Los interesantes trabajos sobre motivación individual y estructura compensatoria de las organizaciones sanitarias realizadas por el grupo de P. Lázaro (182) ponen de manifiesto un importante margen de intervención de éstas últimas en los aspectos relacionados con la motivación intrínseca y trascendente.

– El acceso rápido desde primaria a tecnologías de apoyo (desde la informática a Internet pasando por el diagnóstico por imagen o los procedimientos diagnósticos de alta capacidad de resolución), podrían ser un acicate para la buena práctica clínica además de aumentar la eficiencia de ser usados con juicio. En cualquier caso, debería estudiarse dónde y quién podría realizar las citadas técnicas (183) para asegurar la mejora en la efectividad de la atención, la comodidad para el paciente y la eficiencia económica (184).

Los criterios de compra de tecnología deberían hacerse explícitos (Briones, et al.). El objetivo sería disminuir los tiempos totales de respuesta para la atención completa a los procesos de los pacientes, aumentando la eficiencia (asignativa) del sistema y evitando, entre otras cosas, el uso inadecuado de las urgencias o de las consultas externas hospitalarias. Podría resultar interesante avanzar en el conocimiento de las derivaciones evitables (185): los trabajos sobre hospitalizaciones evitables (186), especialmente los realizados en pediatría (187), muestran una interesante senda de trabajo.

En este marco de «resistencia» donde no hay financiación adicional (como en el expansivo), ni reducción de gasto (retirada): ¿cómo se controla el gasto? Si no se quiere entrar en déficit, parece inevitable establecer criterios explícitos de racionamiento (prestaciones, consultas, etc.) o aceptar listas de espera.

Por ello su riesgo es el de acabar en una estrategia de retirada ante las tendencias de futuro señaladas que supondrán una carga adicional para el sistema: aumento de las necesidades y de las demandas de la población, tecnologías más costosas y financiación limitada.

4.2.4. Diversificación

La estrategia de diversificación buscaría dar una respuesta variada a los problemas actuales de la atención primaria y a los retos que plantea el futuro. Tendría como objetivo último el de adecuar la oferta a segmentos diferentes de la población diurna (clases medias, jubilados, amas de casa, trabajadores, población en edad escolar, inmigrantes pertenecientes a otras culturas) manteniendo los principios básicos de nuestro sistema, pero sin renunciar a cambios de relevancia, pese a su posible coste político.

Tres grandes líneas podrían englobar las propuestas: los modelos «inestables» de organización, las nuevas formas jurídicas (gestión privada en el sistema público) y

Clínicos Randomizados (ECR) que demuestran similar efectividad del personal de enfermería al realizar funciones tradicionalmente realizadas por médicos generales (192).

- Las posibilidades de reorganización entre AP y la atención especializada son múltiples (ver Gráfico 3). Entre ellas son especialmente sugerentes las unidades de cuidados compartidos (*Shared Care*), en las que la coordinación entre AP y el hospital a través de sistemas de citación e información sistematizados parecen mejorar los resultados en salud de pacientes crónicos (193, 194).

b) Se podrían crear nuevas formas jurídicas y organizativas de gestión (195, 196):

- Los modelos de gestión integrada de área por proveedores privados o públicos; en ellas, podrían ser útiles referencias como los «Primary Care Trust» (197) o las experiencias de gestión de enfermedades (198, 199). La clave del proceso estaría determinada por el «lugar del sistema» desde el que se dirige la integración, dado el peligro que encierra la «asimilación de la AP» en el medio hospitalario si desde ahí se realiza la gestión de fondos (200).

- Las experiencias de descentralización y autogestión progresiva siempre han parecido atractivas en primaria (201). Se ampliarían los márgenes de gestión para la mejora de la eficiencia, como son la posibilidad de reinversión de beneficios, la existencia de caja propia (lo que les permitiría la negociación de precios) o disponer de un régimen de regulación laboral (selección propia de profesionales, sistema retributivo específico, etc.). Sin embargo, los resultados obtenidos en el Reino Unido por los médicos generales gestores de prepuesto (*GP Fundholder*) no parecen muy favorables (202). Podría aportar información interesante la evaluación de los resultados obtenidos por las entidades de base asociativa (EBA) en Cataluña.

El encendido debate producido en torno a los resultados obtenidos por alguna de ellas (203, 204, 205, 206) muestra que quedan muchas lecciones por aprender al respecto. En 1999 se realizó el principal estudio sobre valores y expectativas de los profesionales de primaria (207); es llamativa la discrepancia entre la aparente predisposición favorable y generalizada en el estado hacia los modelos de autogestión por parte de los profesionales de primaria (reflejada en dicho estudio), y la falta de experiencias al respecto fuera de las existentes en Cataluña.

c) En los próximos años es posible que cambie la forma de atender pacientes. Parece inevitable rediseñar nuestros sistemas, ofertando nuevas formas de con-

sulta, ya sean telefónicas, grupales o por medio del correo electrónico (208). El asesoramiento médico en Internet será una actividad cotidiana en atención primaria. Pueden desarrollarse procedimientos aún incipientes de telemedicina como la teleasistencia, la historia clínica informatizada única o la comunicación electrónica entre profesionales (209). Sin embargo se desconoce el grado en que las nuevas tecnologías modificarán un modelo de interacción (la relación médico-paciente) estable durante tantos años.

Tres aspectos deberían ser claves en este escenario de «diversificación»:

- La realización de experiencias piloto y la evaluación rigurosa de las innovaciones realizadas, puesto que existen posibilidades en evaluación de servicios sanitarios que permiten conocer la efectividad de medidas organizativas sin necesidad de realizar ECR (210). En función de los resultados obtenidos, se posibilitaría su extensión en «mancha de aceite».
- El refuerzo de las funciones de acreditación y monitorización de la calidad por parte de entidades independientes.
- El condicionante financiero; si no es posible la expansión, o se implantan instrumentos efectivos para acabar con la ineficiencia o se genera déficit. Pero tarde o temprano deberán racionarse prestaciones; queda por saber si de forma explícita o implícita.

5. Comentarios finales

Múltiples son los retos que deberá afrontar la Atención Primaria en España los próximos años (Tabla 4).

Tabla 4
Retos futuros de la Atención Primaria

Retos generales	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de la financiación • Planificación de los recursos necesarios • Marco de acuerdo entre gestores y clínicos
Retos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperación del prestigio social • Adaptación de la organización a las necesidades de los pacientes

- Retos urgentes
- Desarrollo de sistemas de información que permitan conocer y comparar
 - Mejorar la continuidad de la atención entre niveles
 - Motivación de los profesionales

- a) La financiación que se asigne dependerá del correspondiente objetivo «político»: si no es previsible un escenario de expansión, debería dotarse a los centros de gasto de instrumentos reales que permitan hacer lo mismo con menos dinero y plantilla (aumentar la eficiencia).
- b) Si la dirección del sistema por la atención primaria es un objetivo real y no teórico, el reparto de fondos entre niveles asistenciales debería mostrar tal orientación.
- c) Queda por aclarar cuál será la fuente de financiación para las nuevas prestaciones que deberá ofrecer primaria en los próximos años (muchas de ellas, por ejemplo la hospitalización a domicilio, realizadas hasta ahora en hospitales): ¿se desplazarán fondos desde los hospitales?, ¿se diferenciarán prestaciones básicas y suplementarias?, ¿tendrán éstas copago?, ¿o seguiremos dejando el racionamiento al tiempo a través de las esperas?
- d) La motivación de los profesionales –importante en el conjunto del sistema– debe acometerse con urgencia en primaria. La reforma despertó grandes expectativas en un gran número de profesionales, protagonistas de un gran esfuerzo por mejorar el sistema sanitario en una de sus áreas de mayor descrédito. A la mayor parte de los profesionales de primaria le quedan muchos años de vida laboral: es responsabilidad de las administraciones sanitarias, pero también de ellos mismos recuperar la ilusión perdida.
- e) Deberían aplicarse políticas de personal que permitieran seleccionar a los mejores, que estimularan el esfuerzo por la mejora continua del ejercicio profesional, que relacionasen el desempeño con la compensación (no sólo, pero también, económica). Ello no evita la urgencia de realizar una planificación ajustada de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, con el correspondiente análisis de necesidades por parte de la Administración y la adecuación de las políticas formativas de profesionales sanitarios a las mismas.
- f) Se ha argumentado ya la utilidad para un sistema sanitario de buenos generalistas, sigue siendo imprescindible la existencia de profesionales con amplios conocimientos de medicina capaces de integrar la información procedente de múltiples proveedores (211, 212), que valoren la información clínica relevante a la luz de la biografía sanitaria relatada por el paciente (213) y que en definiti-

va aseguren la eficiencia asignativa del sistema. La aparición de nuevas competencias profesionales relacionadas con los nuevos hallazgos científicos, la genómica con su necesidad de asesoramiento y consejo (214) o los dilemas éticos relacionados con los anteriores supondrán nuevos retos. Para ello sería importante recuperar el prestigio de la atención primaria y, de forma especial, la especialidad de medicina familiar y comunitaria, para que les resulte atractiva a los mejores estudiantes y médicos recién licenciados. Parafraseando a Lane, «algunos de los mejores cerebros deberían estar en la medicina general puesto que, de todas las ramas de la medicina, es en la que más difícil resulta hacer las cosas bien» (215).

- g) Los profesionales seguirán siendo los últimos decisores del gasto. Por ello, gestores y clínicos deberían avanzar en la modificación de la relación existente entre ellos: acordar valores comunes y cooperar en intereses recíprocos resulta imprescindible. Los objetivos sobre control del gasto o adaptación a las necesidades del paciente de los primeros pueden ser compatibles con las necesidades de reconocimiento profesional, adecuación de las condiciones de trabajo (disponer de un tiempo razonable por paciente por ejemplo) o formación continuada de los segundos.
- h) La asistencia a un amplio espectro de la sociedad favorece un objetivo de cohesión social, desde las clases medias a los más desfavorecidos, en un intento de invertir la ley de cuidados inversos (*Tudor Hart*), de forma que los más necesitados de atención no sean los que menos reciben. Esta función clásica de la atención primaria ha de ampliarse a la de resolver con celeridad los problemas más frecuentes de su población, a la manera de las «consultas únicas» de algunos hospitales.
- i) Es urgente dotar de autonomía real de gestión a los centros de gasto. Lo contrario es mantener una «gestión de manos atadas» cuyos resultados están a la vista. Pero el éxito de las experiencias de gestión que se puedan introducir estará más en el marco de juego en el que se creen (colaborar o competir con los otros equipos de atención primaria públicos) y en la financiación que reciban. El apoyo político que tengan marcará su desarrollo. La separación legal y formal entre financiador y proveedor que supone la personificación jurídica de los equipos se prevé limitada, dado que, tanto el financiador como, a menudo, el propietario de estas nuevas fórmulas de gestión será el mismo: el gobierno regional o un consorcio de administraciones. En todo caso, las consecuencias de un posible fracaso repercutirán directamente en ellos.
- j) Un sistema de salud que presta asistencia a través de múltiples servicios de

salud (que responden a políticas sanitarias diferentes) precisa de sistemas de información comunes que permitan saber y comparar lo que se hace en todo el territorio. De lo contrario, la ausencia de información de un sistema «balcanizado» impedirá enderezar el rumbo desviado.

- k) La mejora en la continuidad de cuidados debe ser una prioridad para atención primaria. Debe liderar el proceso, pese a que el problema afecte al sistema en su conjunto: las mayores amenazas para la fortaleza de la primaria (servicios de primaria dependientes de hospitales, empresas de *Disease Management*, etc.) se justifican por el fracaso de la coordinación asistencial.

- l) Los avances alcanzados en la reforma de la atención primaria en estos veinte años permiten encarar el futuro con cierto optimismo. Sin embargo, si se pretende que la reforma no se convierta en otra experiencia frustrada, deberán abordarse de forma decidida y mantenida los problemas existentes. Las tres partes implicadas (políticos, gestores y profesionales) comparten la responsabilidad.

Agradecimientos

A José Francisco García Gutiérrez, por sus valiosas aportaciones al documento.

Bibliografía

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-1133.
2. Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2001; 19: 131-144.
3. Knottnerus J. Medical decision making by General Practitioners and Specialists. *Fam Pract* 1991; 8: 305-307.
4. Willems DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 25-29.
5. Aranda JM. Perfil profesional del médico de familia. *Jornadas del XX Aniversario del Centro de Salud Cartuja*. Granada. 20 de octubre 2001.
6. Starfield B. Los sistemas sanitarios en los países industrializados occidentales. En: Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001.
7. Laritzgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997; 41: 121-137.
8. Martín A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.

9. Gervás J. Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la atención primaria en España. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 173-176.
10. Borrell F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 225-231.
11. Borrell F. Quince años de medicina familiar, 15 años de la revista ATENCION PRIMARIA (1984-1999). *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl 1): 37-50.
12. Costas-Lombardía E. La mala reforma de la atención primaria. *Tribuna Médica* 1994; 31: 4-6.
13. Durán J, Jódar G, Pociello V, Parellada N, Martín A, Pradas J. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999; 23: 474-478.
14. Ortún V, Gervás J. Objetivo 28. Potenciar la Atención Primaria de salud. En: Álvarez-Dardet C, Peiró S. *Informe SESPAS 2000: la salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: EASP; 2000.
15. Martín J, Manuel E de, Carmona G, Martínez J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: I. El cambio externo. *Gac Sanit* 1990; 4: 157-161.
16. Martín J, Manuel E de, Carmona G, Martínez J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II. El cambio interno. *Gac Sanit* 1990; 4: 162-167.
17. Martín JJ, Manuel E de. Reformas y cambios urgentes en el Sistema Nacional de Salud español. *Papeles de Economía* 1998; 76: 176-190.
18. Aranda JM (ed.). *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
19. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe de la Subcomisión de Atención Primaria*. 1991.
20. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition. Spain 2000*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
21. ECO-SALUD OCDE 2000.
22. Pellisé L, Truyol I, Blanco A, Sánchez F. En López Casanovas G, Rico A. *Evaluación de las Políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomías*. Bilbao: Fundación BBV; 2001.
23. Maynard A, Amaya C, Coronado A., Grau T, Alcaide PL. *El número de médicos en España en el próximo siglo y sus repercusiones laborales*. Madrid: Fundación CESM; 1999.
24. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
25. LEY de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2001: 21 nov.
26. Osca A, Alcázar F, Otero A. Claridad y conflicto de rol en los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 73-82.

27. Gervás J, Pérez M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996; 131-139.
28. Pérez C. Aceptación del contrato programa por el personal sanitario de la atención primaria de Madrid: un estudio cualitativo. *Rev San Hig Pub* 1995; 69: 79-88.
29. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25: 214-219.
30. Martín JJ. *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Granada: EASP; 1994.
31. Cunillera R. La incentivaración económica de los profesionales en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 157-165.
32. Jiménez A. La productividad variable en atención primaria. La experiencia del área sanitaria 10 de Madrid. *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1: 59-75.
33. Tamborero G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 16-26.
34. Prieto MA, March JC, Gutiérrez P, Carmona G, et al. Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22: 220-226.
35. Melguizo M, Prados MA, Esquibel R, Bueno JM, Kloppe P, López A, et al. Incentivos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1994; 14: 701-703.
36. Gervás J, Ortún V. Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit* 1995; 10: 34-39.
37. Gené J, Pané O. Comentario a: Propuesta de incentivos para una medicina general por cuenta ajena. *Gac Sanit* 1995; 10: 40-43.
38. Tamborero G, Pomar JM, Pareja A, Pou J, Llobera J, Fuster J. Valoración de un sistema de incentivos por los profesionales de atención primaria de Mallorca. *Aten Primaria* 1997; 19: 301-306.
39. Gené J. La recertificación de la competencia. Experiencia personal. *FMC* 1999; 6: 603-605.
40. Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarès J, Iruela A, Blay C, et al. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Cataluña. *Aten Primaria* 2001; 28: 105-109.
41. McKinley RK, Fraser RC, Baker R. Model for directly assessing and improving clinical competence and performance in revalidation of clinicians. *BMJ* 2001; 322: 712-715.
42. Pablo R de, Superviola JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 580-584.
43. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 313-317.
44. Smith R. Why are doctors unhappy? *BMJ* 2001; 322: 1073-1074.
45. Simó J. La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. *Gac Sanit* 1997; 11: 95-102.

46. Iglesias JM. La carrera profesional del médico de familia. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 58-67.
47. Antoñanzas F. La equidad y la introducción del criterio de la eficiencia en la gestión clínica. *MEDIFAM* 1999; 9: 345-350.
48. Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ. *Guía de adquisición de nuevas tecnologías en los centros sanitarios de Andalucía*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 1999.
49. Robinson L, Potterton J, Owen P. Diagnostic ultrasound: a primary care-led service? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 293-296.
50. Pierzchajlo RPJ, Ackermann RJ, Vogel RL. Colonoscopy Performed by a Family Physician. Acase series of 751 procedures. *J Fam Pract* 1997; 44: 473-480.
51. Chawda SJ, Watura R, Lloyd D. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine: direct access for general practitioners. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 575-576.
52. Pastor R, López-Miras A, Gervás J. Historia clínica informatizada. *Med Clin* 1994; 103: 304-309.
53. Pastor R, López-Miras A, Gervás J. Evaluación de Historias clínicas informatizadas. *Med Clin* 1996; 107: 250-254.
54. Alonso FA, Ruiz A, Guijarro A. Algunas cuestiones básicas para el desarrollo de una aplicación informática que asuma el futuro en Atención Primaria. *MEDIFAM* 1996; 6: 222-224.
55. Abanades JC, Cabedo V, Cunillea R, García JJ, Jolin L, Martín M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 391-398.
56. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 43-48.
57. Benavent J, Pinyol M, Casajuana J, Bordas JM, Botinas M, Diogene E, Vallés JA. El gasto farmacéutico público en atención primaria: asignando responsabilidades, proponiendo soluciones. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 184-200.
58. Induced Prescription in Barcelona's Primary Health Care Study Group. Induced Prescription in Barcelona's Primary Health Care. *Eur J Pub Health* 1999; 5: 49-53.
59. Bradley CP. Induced Prescription: what's in a name? *Eur J Publ Health* 1999; 5: 478.
60. Bordas JM, Casajuana J. Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa. *FMC* 2000; 7: 323-328.
61. Casanova J, Guerrero A. Prescripción inducida. *FMC* 2000; 7: 329-335.
62. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000; 283: 373-380.
63. Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica; 1999.
64. Gómez V, Candas MA, Fidalgo S, Armesto J, Calvo MJ, de Marino MA, et al. Análisis

- del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Aten Primaria* 2000; 25: 618-624.
65. Font M, Madrdejós R, Catalán A, Jiménez J, Argimón JM, Huguet M. Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 201-205.
 66. Soumerai SB, Avorn J. Predictors of physician prescribing change in an educational experiment to improve medication use. *Medical Care* 1987; 25: 210-221.
 67. Bosch M, Arnau JM, Laporte JR. Utilidad de protocolos, formularios y guías terapéuticas para promover la prescripción racional de medicamentos. *Inf Ter Nac Salud* 1996; 20: 41-47.
 68. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ* 1991; 303: 398-342.
 69. Pérez MT, Crusat D, Ibáñez JL, Jiménez J. Impacto de un proceso de *feed-back* informativo sobre la prescripción farmacéutica. *Aten Primaria* 1996; 18: 386-389.
 70. Pané O. ¿Qué son los oligopolios sanitarios? *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 65-68.
 71. Moreu F. El necesario *aggiornamento* de la atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 10-12.
 72. Casajuana J. Las nuevas empresas proveedoras de servicios: ni mejor ni peor, sino todo lo contrario. *FMC* 1996; 3: 319-324.
 73. Violán C. ¿Quién debe garantizar los servicios de atención primaria? *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 56-58.
 74. Ledesma A. Reflexiones en torno a la autogestión. Dos años después de su puesta en marcha. *Aten Primaria* 1999; 23: 393-396.
 75. Bou M, Coderch J. El papel de la atención primaria en una organización integrada de servicios y su contribución a la eficiencia global. *Gac Sanit* 2000; 14: 79-80.
 76. Cunillera R. ¿Mejoran los modelos de gestión alternativos la calidad de la atención? Dos años de experiencia de gestión privada. *FMC* 1996; 3: 312-318.
 77. Grego JM. La contratación y la provisión privada de servicios sanitarios en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1994; enero: 15-18.
 78. Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 97-105.
 79. Villalbí JR, Manzanera R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 128-138.
 80. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintés J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Atención Primaria* 2000; 26: 600-606.
 81. Pané O, María JF. Consorcios, fundaciones y empresas públicas en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 25-31.
 82. Tamborero G, Barceló MA; Bauzá L, Carandell E, Crespi S, Espadas R, et al. *Bases estratégicas del modelo de gestión del centro de salud de Son Pisà*. Palma de Mallorca:

- Gerencia de Atención Primaria; 2000.
83. Martínez C, Martín S. El contrato programa: ¿Qué es?, ¿cuál es su importancia? *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 331-334.
 84. Elola J. Análisis del Sistema Nacional de Salud español y modalidades de financiación de los centros de salud. *Centro de Salud* 1993; abril: 193-198.
 85. Cabasés JM, Martín J. Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: López Casanovas G, Rodríguez Palenzuela D (ed.). *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Civitas. 1997.
 86. Martín S. La calidad de los servicios en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1993; abril: 183-190.
 87. Guerra J. Cartera de servicios y costes en Atención Primaria. *MEDIFAM* 1999; 9: 372-379.
 88. García F, Molins G, Farré J, Martín A, Pané O, Gallego R. La contabilidad de costes en atención primaria: cartera de servicios. *Aten Primaria* 1995; 16: 141-145.
 89. Fulop N, Hunter DJ. The experience of setting health targets in England. *EJPH* 2000; 10 (Suppl 4): 20-24.
 90. Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L. Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. *Eur J Pub Health* 2000; 10 (Suppl 4): 45-50.
 91. Gervás J, Pérez M. Minimum Basic Data Set in General Practice: Definitions and Coding. *Fam Pract* 1992; 9: 349-352.
 92. Majeed A, Bindman AB, Weiner JP. Use of risk adjustment in setting budgets and measuring performance in primary care. *BMJ* 2001; 323: 604-607.
 93. Juncosa S, Carrillo E, Bolívar B, Prados A, Gervás J. Sistemas de clasificación de pacientes en grupos isoconsumo (*case-mix*) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 102-110.
 94. Bolívar B, Juncosa S. Los grupos de atención ambulatoria como sistema de clasificación de pacientes para la atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 25-30.
 95. Ortún V. El producto sanitario: ¿Servicio o salud? *ROL* 175: 14-18.
 96. García L, Minué S. La medida del producto en Atención Primaria. *Cuadernos de Gestión* 1998; 4: 191-200.
 97. Carmona G, Prados A, Sánchez-Cantalejo E. Los grupos de atención ambulatoria. Resultados parciales del proyecto: Evaluación del comportamiento de los Grupos de Atención Ambulatoria en nuestro entorno de Atención Primaria. *Hospitalaria* 1997; 1: 40-45.
 98. Gené J. ¿Dirigir o coordinar? *FMC* 1994; 1: 608-613.
 99. Alcázar F, Otero A, Iglesias F. La figura del coordinador vista por los profesionales del equipo de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 5-12.
 100. Menárguez JF, Saturno PJ. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1998; 22: 636-

- 641.
101. García JM, Arrabal C, Vázquez F, Fuentes T, Sánchez A, Castaño MA, Aranda JM. Descripción de la gestión de los directores de centros de salud. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 141-146.
 102. SEDAP. *Jornadas de Gestión en Atención Primaria*. Coordinador versus director. Octubre 1999.
 103. Ortún V. Gobierno de la sanidad y práctica clínica: ¿las instituciones olvidadas? *Gac Sanit* 1997; 11: 111-113.
 104. Sevilla F. Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Administración Sanitaria* 2000; 4: 63-83.
 105. Martín S, García M, Alonso B. Una forma de entender y desarrollar la Gestión Clínica: hacer correctamente las cosas correctas en una relación transparente e informada entre profesional y usuario, o cómo potenciar el desarrollo de la Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* 2000; 1: 186-192.
 106. Guerra J. De la gestión de la cartera de servicios a la gestión clínica en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 151-159.
 107. Aranda JM. La gestión de los centros de salud desde la perspectiva de los profesionales. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 58-67.
 108. Black N. Evidence based policy: proceed with care. *Br Med J* 2001; 323: 275-279.
 109. Ham C, Hunter DJ, Robinson R. Evidence based policymaking. *BMJ* (ed.) 1995; 310: 71-72.
 110. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy: a case study. *BMJ* 2001; 322: 222-225.
 111. Smith GD, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. *BMJ* 2001; 322: 184-185.
 112. *European Observatory on Health Care Systems. Spain*. Copenhagen: WHO; 2000.
 113. Gérvas J, Pérez M. Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1996; 2: 131-139.
 114. Alonso E, Iglesias F, Otero A. La cultura organizacional en los equipos de atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 136-145.
 115. Grupo de consenso de Atención Primaria. *Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora*. SemFYC, SEMERGEN, CESM; 2000.
 116. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001; 323: 266-268.
 117. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! *Atención Primaria* 2001; 27: 297-298.
 118. Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Atención Primaria* 2001; 27: 343-345.
 119. Ruiz A. *La demanda y la agenda de calidad en la Atención Primaria*. Vitoria: Instituto @pCOM; 1998.

120. Manuel E de. Análisis del proyecto de ordenación y catálogo de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud: Atención Primaria. *Gac Sanit* 1995; 9: 53-57.
121. *Cartera de servicios de Atención Primaria*. Madrid: Insalud; 2000.
122. *Cartera de servicios de Atención Primaria*. Sevilla: SAS; 2000.
123. *Cartera de servicios de Atención Primaria*. Valencia: Servicio Valenciano de Salud; 1997.
124. Antón F, Guerola JV, Catalán JB, Barbas MJ, Durá R, Richart. Efectividad de las actividades preventivas a los 8 años de su introducción en una consulta de medicina general en un centro de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 38-42.
125. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria* 2001; 27: 29-32.
126. Ortún V, Gervás J. Regulación y eficiencia de la atención sanitaria primaria en España. En: Cambios en la regulación sanitaria. *XIV Jornadas de Economía de la Salud*. AES. Barcelona: SG Editores; 1995.
127. Palomo L, García L, Gervás J, García A, López A, Sánchez F. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. *Aten Primaria* 1997; 19: 469-476.
128. García L. Estudios de morbilidad atendida en atención primaria: pacientes *versus* visitas. *Gac Sanit* 1991; 22: 34-38.
129. McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity Statistics from General Practice. 4th National Study 1991-1992.
130. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica clínica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998; 11: 55-58.
131. Rodríguez B, Martín MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23: 110-115.
132. García L, Gervás J, Otero A, Pérez M. La demanda derivada: un estudio de la relación entre médicos generales y especialistas. *Rev San Hig Publ* 1994; 68: 267-78.
133. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Lorenzo S, Palazón I, Orozco D. Variabilidad en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos en función de los estilos de práctica del médico. *Aten Primaria* 1999; 23: 73-81.
134. Dios R de, Franco A, Chamorro L, Navas A, García J. Vías clínicas en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 69-73.
135. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 259-266.
136. García JF, Bravo R. Guías de práctica clínica en Internet. *Aten Primaria* 2001; 28: 74-79.
137. Greenshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.
138. Saura-Llamas J, Saturno PJ, Gascón JJ, López MJ, Gaona JM, et al. Evaluación de la calidad de los denominados protocolos clínicos de atención primaria elaborados en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria* 1999; 23: 204-210.
139. Sackett DL, Rosenberg WM, Muir JA, Haynes BR, Richardson WS. Evidence based

- medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
140. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL, et al. In patient general medicine is evidence based. A team, Nuffield Department of Clinical Medicine. *Lancet* 1995; 346: 407-410.
 141. Larizgoitia I, Rodríguez JR, Granados A, et al. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria; opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1998; 22: 505-513.
 142. López LA, Jiménez JM, Luna J, Solas O, Martínez JI, Pérez MJ, Manuel E de. Sources of influence on medical practice. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 623-630.
 143. Borrell F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Masson; 1989.
 144. Borrell F. Hacia una tecnología del acto clínico: el modelo de motivo racional. En: Libro de ponencias de las *XVI Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Granada: EASP; 2001.
 145. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992; 304: 821-824.
 146. Morera J, Custodi J, Sánchez L, Miaja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre Atención Primaria y Atención Especializada. *MEDIFAM* 1991; 1: 132-140.
 147. Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de Atención Primaria y especializada. *Aten Primaria* 1993; 11: 406-411.
 148. Rivas JC, Pablo R de, Cordero JA, Bonilla J. Coordinación. Medicina general-especializada. Evaluación del área de Burgos. *Aten Primaria* 1997; 19: 257-261.
 149. Villalbí J, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. *Atención Primaria* 1998; 21: 47-54.
 150. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferrán M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.
 151. Colomer J, Ondategui S. La disminución de la mortalidad general en zonas de nivel socioeconómico bajo se asocia al proceso de reforma de la Atención Primaria. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 68.
 152. Mossialos E. Citizens' view on health systems in the 15 Member states of the European Union. *Health Economics* 1997; 6: 109-116.
 153. Blendon R, et al. Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs* 1990; 9 (2): 188-189.
 154. Blendon R, et al. Spain's Citizens Assess Their Health Care System. *Fall* 1991: 216-228.
 155. Miller WL, Crabtree BF, McDaniel R, Stange KC. Understanding change in primary care practice using complexity theory. *J Fam Pract* 1998; 46: 369-376.
 156. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 303-309.

157. Jadad AR, Enkin MW. The new alchemy: transmuting information into knowledge in an electronic age. *JAMC* 2000; 162: 1826-1828.
158. Louro A, González C. Portales sanitarios para la atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 346-350.
159. La *web* médica de Rafa Bravo. Accedida en 20/10/01.
<http://www.infodoctor.org/rafabravo/>
160. Herramientas para la atención primaria de salud. Accedida en 20/01/01.
<http://www.fisterra.com/>
161. Richardson R. Visions of e-Health in 2020. European Health Forum. Gastein. Austria. 2001.
162. www.centromedicovirtual.com
163. Jadad AR, Gagliarde A. Rating health information on the Internet. Navigating to knowledge or to Babel? *JAMA* 1998; 279: 611-614.
164. Wootton R. Telemedicine. *BMJ* 2001; 323: 557-560.
165. Emery J, Watson E, Rose P, Andermann A. A systematic review of the literature exploring the role of primary care in genetic services. *Fam Pract* 1999; 16: 426-445.
166. Smith R. The future of healthcare systems. *BMJ* 1997; 314: 1495-1496.
167. García-Sempere A, Peiró S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001; 15: 32-40.
168. Calvo R, Mataix A, Castaño JC, Alonso E, Millara C, Serrano C. ¿Qué variables deberían tenerse en cuenta al asignarnos el presupuesto de farmacia? *Cuadernos de Gestión* 2001; 7: 54-57.
169. Garjón FJ, Buisán MJ, Aller A. ¿Es la cartera de servicios un instrumento útil para la asignación de recursos farmacéuticos en atención primaria? *Aten Primaria* 2001; 27: 339-342.
170. Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberts D. Derivation of a needs based capitation formula to allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *Br Med J* 2000; 320: 284-288.
171. Roland M, Coulter A. *Hospital referrals*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
172. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Atención Primaria* 1998; 21: 489-498.
173. Ruiz A. La flexibilidad de la consulta en los picos de demanda. *Atención Primaria* 2001; 28: 21-23.
174. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 108-129.
175. Arcelay A, Hernández L, Inclán G, Bacigalupe M, Letona J, González R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidztza mediante el Modelo Europeo de Gestión de Calidad Asistencial. *Rev Cal Asist* 1998; 13: 414-418.

176. Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Sevilla: Junta de Andalucía; 2001
177. Department of Health. *A First Class Service. Quality in the new NHS*. London: Department of Health; 1998.
178. Rosen R. Improving quality in the changing world of primary care. *BMJ* 2000; 321: 551-554.
179. Grupo de trabajo del proyecto de Dirección Clínica de la División de Atención Primaria del Institut Català de la Salut. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Català de la Salut. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7: 65-72.
180. Paino M. ISO 9002 en el área de atención al cliente. Una etapa en la mejora del servicio al cliente. En: *Libro de ponencias de las XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000.
181. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, González-Linares R. De la Gestión de la Calidad hacia la Excelencia en la Gestión a través del modelo de auto-evaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red de centros públicos. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15.
182. P. Lázaro. Motivación, incentivos, eficiencia y ética en los sistemas de salud. *2º Seminario de Gestión de Calidad en Atención Primaria*. Granada: EASP; 2001.
183. Hampton JR, Barlow AR. Open access. (ed.). *Br Med J* 1995; 310: 611-612.
184. Hillman BJ, Joseph CA, Mabry MR, Sunshine JH, Kennedy SD, Noether M. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice. A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. *NEJM* 1990; 323: 1604-1608.
185. Elwyn GJ, Stort NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *BMJ* 1994; 309: 576-578.
186. Caminal J. ¿Qué patologías deberían resolver los equipos de atención primaria? Una aportación a partir de las hospitalizaciones evitables por Ambulatory Care Sensitive Conditions. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 101-105.
187. Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L, Peiró S. Uso inapropiado de la hospitalización en Pediatría. Validación de la versión española del pediatric Appropriateness Evaluation Control. *Gac Sanit* 1999; 13: 303-311.
188. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319: 753-756.
189. Jadad AR. Promoting partnerships: challenges for the internet age. *BMJ* 1999; 319: 761-764.
190. Llanes R, Aragón A, Sillero MI, Martín MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26: 11-15.
191. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la Atención farmacéutica. *Pharm Care Esp* 1999; 1: 35-47.
192. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B. Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ* 2000; 320: 1048-1053.

193. Griffin S. Diabetes Care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *BMJ* 1998; 317: 390-396.
194. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk J Th M van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. Cochrane Review. Cochrane Library, 2, 2001. Oxford.
195. Martín JJ. Cambio e innovación institucional. las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En: Catalá F, Manuel E de. *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
196. Moreu F. Prestaciones privadas en centros públicos. *FMC* 2000; 7: 466-468.
197. Wilkin D, Gillam S, Smith K. Tackling organisational change in the new NHS. *BMJ* 2001; 322: 1464-1467.
198. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar P, Hernández R. Los programas de gestión de enfermedades y su aplicación a la enfermedad cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 705-709.
199. Terol E, Hamby EF, Minué S. Gestión de enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. *MEDIFAM* 2001; 11: 47-54.
200. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998.
201. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN 1996. Autogestión en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 21: 482-488.
202. Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *Eur J Pub Health* 1995; 5: 233-239.
203. Martí LJ, Grenzner V. Modelos de atención primaria en Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5: 116-123.
204. Pané O, Segú JL, Vargas I. Modelos de atención primaria en Cataluña (carta). *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 42-44.
205. Bou M, Codex J. Modelos de atención primaria en Cataluña (carta). *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 45-46.
206. Manzanera R, Villalbí JR, Guarga A, Gil M, Pasarín MI, Sintés J, et al. Modelos de atención primaria en Cataluña (carta). *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 47-48.
207. Artells JJ, Andrés J, et al. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5 (Supl 1).
208. Smith J. Redesigning health care. *BMJ* 2001; 322: 1257-1258.
209. Ávila JF. Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 54-57.
210. Smith KPD. Evidence based management in health care. In: Peckham M. *Scientific bases of Health Services*. London: BMJ books; 1996.
211. Baker R. Will the future GP remain a personal doctor? *Br J Gen Pract* 1997; 47: 831-834.

212. Dixon DM, Sweeney KG, Pereira DJ. The physician healer: naciient magic or modern

science? *Br J Gen Pract* 1999; 49: 309-312.

213. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *BMJ* 1999; 318: 18-30.

214. Emery J, Hayflick S. The challenge of integrating genetic medicine into primary care.

BMJ 2001; 322: 1027-1030.

215. Lane K. *The longest art*. London: George Allen and Unwin; 1969.