

# **INNOVACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
OP-OSASUN PUBLIKOAREN ALDEKO ELKARTEA  
ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA  
NOVIEMBRE 1999**

## INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Caracterización de la Atención Primaria .....</b>   | <b>2</b>  |
| 1.1 La reforma .....  | 2         |
| 1.2 La estructura .....   | 4         |
| 1.3 Los resultados .....  | 8         |
| <b>2. Análisis de los elementos que presionan hacia el cambio .....</b>   | <b>9</b>  |
| 2.1 Cambios en los problemas de salud y en su entorno.....  | 10        |
| 2.2 Restricciones económicas .....  | 13        |
| 2.3 La política .....   | 13        |
| 2.4 El usuario .....  | 15        |
| <b>3. Análisis de aquellas propiedades que deberían caracterizar a la atención primaria para responder a los nuevos retos .....</b> | <b>17</b> |
| 3.1 Cualidades de la atención .....   | 17        |
| 3.2 Calidad .....   | 18        |
| 3.3 Capacidad de sustitución .....  | 20        |
| 3.4 Bioética .....  | 22        |
| <b>4. Estrategias de cambio .....</b>   | <b>25</b> |
| 4.1 Atención Primaria .....   | 27        |
| 4.2 Elementos superestructurales .....  | 29        |
| <b>5. Análisis de las innovaciones emprendidas a nivel institucional y sus limitaciones .....</b>                                   | <b>30</b> |
| 5.1 El caso del País Vasco. La ley de ordenación sanitaria de Euskadi (LOSE) .....  | 32        |
| 5.2 El contrato programa .....  | 35        |
| 5.3 La autonomía de gestión .....   | 37        |
| 5.4 Médicos gestores de fondos .....  | 39        |

## **INNOVACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

### **1.- CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

(E. Etxegarai)

#### **1.1.- LA REFORMA**

*“Cuando un cambio rápido y radical se basa en la ideología, sin haber previsto cuidadosamente el impacto de las estrategias escogidas, puede no resultar ni política, ni técnicamente sostenible”.*

A raíz de la llegada del PSOE al gobierno se inició una reforma de los servicios sanitarios que giraba en torno a varios ejes que someramente podríamos resumir en:

- Constitución de un sistema de salud que integrase a las diferentes redes ó subsistemas que venían funcionando autónomamente.
- Descentralización del Sistema mediante la trasferencia de competencias a las Comunidades autónomas.
- La potenciación y reestructuración de la Red de Salud mental.
- La modificación de la Red especializada ambulatoria con la jerarquización.
- La configuración de una nueva red de A. Primaria desde la perspectiva de la mejora de la salud de la población.

Haciéndose eco de un amplio movimiento internacional (para algunos sólo fue el desembarco de profesionales salubristas formados en Cuba y América Latina) y siguiendo las orientaciones de la OMS, se configura, tomando como sistema de conocimientos y base ideológica a la Salud Pública, un modelo de abordaje centrado en la A.P. que requería para su implementación profundos cambios en el S.S., en su conjunto, en cuanto a recursos, cultura, orientación y formas de trabajo. Se intenta redefinir la misión global del Sistema, colocando a la A.P. como eje básico de todo él. Así se emprende un fuerte cambio del que sólo vamos a recordar una de las definiciones utilizadas para caracterizar a la A.P. (Martín Zurro): “A.P.S. dirigida a la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación de la Comunidad”.

A partir de esa nueva conceptualización, se considera que la defensa y el mantenimiento del nivel de salud no es un problema a resolver únicamente por los profesionales sanitarios, sino por todos los sectores sociales y económicos implicados en la calidad de vida, debiéndose por tanto trascender de un modelo centrado en el medio hospitalario, en la acción curativa y en la

tecnología a otro que coloque la práctica asistencial en un segundo plano, introduciendo métodos de trabajo extraños a la actividad tradicional de la profesión sanitaria. Se da entrada a un modelo novedoso donde la prevención y la promoción de la salud son prioritarios, y en el que la asistencia es sólo una parte del producto. Para su consecución se propone también una negociación de los roles ó papeles de los distintos profesionales implicados, sin garantizar la hegemonía de los médicos.

Al mismo tiempo, la formulación de la reforma se realiza con una gran dosis de abstracción y con unos objetivos de orden muy general, muy globalizadores, dejando en manos de los ejecutores la interpretación y la implementación de los mismos.

De esta forma, ocurrió que cada Centro de Salud se organizó y configuró de una manera diferente, nada homogénea, siendo en la actualidad imposible intentar caracterizar a los grupos de una forma sistemática, sintetizando en conjunto sus propiedades fundamentales. Así lo definían unos profesionales en una entrevista mantenida por la OPE: “El desarrollo de los Equipos se ha producido a criterio de sus miembros; las decisiones fundamentales que han caracterizado a cada uno de los centros no han dependido de la Administración, sino que han sido decisiones propias, ya de carácter colectivo, ya de carácter individual, persona a persona. Como consecuencia, actualmente hay una gran diversidad en la situación y características de los grupos, atañendo éstas a las actividades que se realizan y, por tanto, a las prestaciones que se ofrecen, a los registros, a la formación continuada, etc.”

Desde esta perspectiva se entiende la publicación de D.J. Gervás en Cuadernos de gestión de A.P. donde intenta sistematizar los pros y contras de la reforma del PSOE. El citado artículo se compone de tres apartados, dos de los cuales relatan extensamente las actitudes de los profesionales que se han derivado de las transformaciones de la A.P., sirviendo como ejemplo los siguientes párrafos: “existe la falsa impresión de que los médicos dedican siete horas al trabajo clínico, pero las consultas a demanda siguen siendo de dos horas y los horarios se incumplen con frecuencia” ó “han dejado sin rol a las enfermeras que, no debiendo ser secretarias, prefieren dedicarse a tareas sin paralelo a las enfermeras europeas”. Todo lo que describe puede ser cierto, pero no sabemos hasta qué punto puede ser representativo del conjunto de los centros de salud. Él mismo comienza con una nota aclaratoria donde comenta que su centro y otros que él conoce están muy por encima de la media. ¿De qué media?

Teniendo en cuenta todo lo comentado, los médicos de familia ven en este contexto la oportunidad de consolidar su posición en la A.P. y de adquirir hegemonía. Reinterpretan la reforma propuesta y se adaptan al modelo médico imperante socialmente que es el modelo especializado, manteniendo además aquello que saben realizar correctamente y que constituye lo esencial de las profesiones médicas: el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Utilizando la coartada de la consulta a demanda, que es la que no admite demora en la práctica diaria, van organizando el trabajo al margen del aparato burocrático que se ve incapaz de penetrar en las decisiones diarias que van

dibujando la realidad de la reforma. Va configurándose así un modelo distinto al propuesto originalmente que consolida el abordaje individual de la enfermedad como objetivo central del trabajo a desarrollar, que afianza y reconoce el poder de los profesionales médicos en la caracterización de la actividad sanitaria, dejando a la Administración fuera del ámbito de lo cotidiano y, por tanto, de las decisiones que constituyen los puntos críticos de los productos y servicios de este nivel de atención.

## 1.2.- LA ESTRUCTURA

*“Yo trabajo en una organización profesional y probablemente lo decidí así en un principio porque es el único lugar del mundo donde se puede actuar como si fuera un trabajador autónomo y, al mismo tiempo, recibir un salario regularmente”.*

Con este párrafo comienza Mintzberg su exposición sobre la organización profesional, comentando en estas sencillas frases sus características fundamentales. Un profesional, tras un período de preparación teórico-práctica relativamente largo, adquiere una serie de conocimientos y habilidades que le posibilitan abordar correctamente la relación con sus pacientes. Tratará de acoplar los problemas planteados a la base de información de que dispone poniéndolos en contacto. Intentará realizar un diagnóstico para, una vez efectuado, poder aplicar las normas correspondientes al caso concreto de que se trate.

A pesar de la standarización de los conocimientos, este proceso no es automático, sino que necesita una aportación individual importante. El profesional tiene que efectuar una interpretación, selección y elaboración de la información producida por el paciente y realizar un buen número de juicios que le serán característicos y propios y que le irán posibilitando la toma de decisiones a través de un sistema lógico. Estas valoraciones son propias de cada profesional, es lo que diferencia a unos de otros.

En la realización de este proceso se goza de gran libertad, pues la relación se establece directamente entre paciente y sanitario, disponiendo este último de un buen control sobre su propio trabajo, pero también de un gran peso sobre las decisiones administrativas que le atañen. Ahora bien, esta libertad no es completa, se controla a través de los ámbitos profesionales. Se deja bajo la responsabilidad individual la práctica de actividades que deben estar ajustadas a los conocimientos aceptados por el conjunto de este cuerpo, produciéndose una especie de tutelaje que actúa de guardián de la buena práctica profesional.

Esta modalidad organizacional funciona muy bien en condiciones de estabilidad pero, al trabajar los profesionales de una forma tan disgregada, en pequeñas unidades, tiene muchas dificultades y resistencias para establecer nuevas relaciones y modificar sus contenidos de trabajo. También encuentra dificultades con los profesionales que no son competentes o hacen mal uso de

su libertad y tratan de forma inadecuada a sus pacientes, así como con los que ignoran las necesidades de la organización que les da de comer.

Por otra parte, la organización profesional anteriormente descrita se muestra en unas condiciones concretas según el lugar del que se trate. En este país el régimen que regula las condiciones de trabajo es el estatutario, el cual produce bastantes dosis de comodidad, pudiendo amparar privilegios y aportar beneficios colectivos respecto a otro tipo de profesiones o trabajos:

- Plaza fija para toda la vida
- Régimen laboral de funcionario
- Régimen disciplinario que no se aplica
- Salarios mayores que en el sector privado
- Jornada laboral cómoda y compatible con otros trabajos
- Ausencia de evaluación de los resultados (hace poco tiempo que se ha comenzado con intentos de evaluar la actividad realizada)

Esta regulación laboral coloca a los profesionales en una posición desahogada, de falta de riesgos y exigencia, excluidos de cualquier control social a excepción de la vía judicial. Deja como elemento fundamental de motivación la satisfacción personal que se origina por la buena práctica y el reconocimiento de sus pares, dependiendo su adhesión a la empresa, a sus fines, estrategias y limitaciones, de su propia ideología y percepción de la realidad.

Según Mintzberg, la organización tiene varios componentes; uno de ellos es la ideología que la envuelve como una especie de halo y se dispone alrededor de todo el Sistema. Son sus tradiciones, sus creencias, una especie de cosmovisión o imagen que poseen los trabajadores en base a los conocimientos que tienen y a las relaciones que establecen con ella. Es lo que da vida al esqueleto de su estructura. No puede confundirse con otra capa que también rodea a la organización y que es mucho más superficial, más en consonancia con las coyunturas y dependiente de las modas del momento. Es la expresión de los paradigmas propios de cada época que, a veces, se extiende de forma paralela al lugar donde se desarrollan los procesos sin ni siquiera llegar a tocarlos, quedando como referente simbólico. Por debajo de esta apariencia, existe todo un conjunto de relaciones y valores que impregnan todo el Sistema de arriba a abajo y que no resulta tan evidente ni público.

Fruto de las dinámicas que se han generado a lo largo de la historia, diferentes personas que trabajan en el interior de la organización, que toman decisiones y realizan actividades, se van agrupando conformando unas coaliciones internas que pueden transformarse en grupos influyentes. Estos rivalizan entre sí para determinar la distribución del poder. Con el tiempo pueden adquirir una cierta estabilidad y equilibrio entre ellos al controlar cada uno una cierta parte, a veces considerable, de los puntos críticos que dan lugar al producto sanitario. Todos comparten los fines de la organización, pero ello no impide que la utilicen en beneficio de sus propios intereses y objetivos. En demasiadas ocasiones éstos se anteponen a los propósitos del S.S. Así:

- Cuando se habla de la profesionalización de los gestores y se valora la lealtad a la ideología de los máximos responsables como fundamental en los nombramientos.
- Cuando se otorgan plazas a personas cuyo curriculum no se ajusta a baremos establecidos por la propia empresa.
- Cuando se utilizan las listas de espera para mejorar las consultas privadas
- Cuando se defiende la antigüedad como criterio para la asignación de una tarea ó un puesto de trabajo independientemente de la capacitación.
- Cuando se utiliza como criterio para organizar la comodidad de los trabajadores
- Cuando se defienden los privilegios por encima de los servicios
- Cuando se ejecutan acciones con fines electorales.

Este tipo de conductas tiene varias consecuencias para la organización. Las peores podrían ser tres: la primera sería la legitimación, en todos los niveles e instancias, de las actitudes que buscan el propio beneficio aunque causen trastornos de diversa consideración a los servicios; la segunda, la dificultad para resolver conflictos, ya que muchas veces se precisaría romper los equilibrios existentes y afrontar el reto que supone la pérdida de los espacios conquistados y la recolocación de los actores en función de criterios de funcionamiento distintos; y la tercera, la desvinculación entre el ámbito administrativo y el profesional por una pérdida mutua de la confianza en la honradez del otro.

Por último, después de haber comentado algunas de las características más generales del Sistema Sanitario, realizaremos algunas anotaciones sobre el funcionamiento de los grupos de la Atención Primaria a los cuales podemos incluir en todo lo relatado con anterioridad.

Como hemos dicho en el apartado de la reforma, los centros de salud se organizan en torno a la consulta a demanda, dejando el resto de actividades con un bajo grado de definición, pendientes de ser concretadas en épocas de mayor madurez y cuando la presión asistencial pudiera estar mejor controlada. Así, la estructura de los centros se aplanan, se horizontaliza, al estar constituida por pequeñas unidades de actividad clínica que funcionan más aisladas de otras, sin ninguna jerarquización, difuminándose la autoridad tanto local como profesional.

Al constituirse la consulta como núcleo de operaciones del centro, es decir, instituirse la actividad clínica individual como actividad fundamental, la epidemiología y la planificación, que habían sido las ciencias básicas en el abordaje del nuevo modelo de atención, se desplazan y quedan como marginales respecto a las ciencias médicas, perdiendo su papel director en la organización y en la toma de decisiones. Así mismo, los programas, instrumento fundamental de la planificación para determinar las actividades, definir las tareas, evaluar, etc., se transforman en protocolos que pretenden sistematizar la conducta a seguir frente a un paciente individual.

Al perderse el sentido de lo colectivo, los equipos de trabajo que encuentran su sentido en los objetivos comunes, en la participación de todos

los componentes, en el establecimiento de responsabilidades concretas, en la distribución de tareas y en la evaluación del trabajo realizado, se transforman en foros donde se comparten experiencias, se ponen en común diferentes cuestiones, donde se habla de la Administración para diferenciarse de ella, dando la sensación de un espacio igualitario. Al constituirse como núcleo central del trabajo la restitución de la salud perdida, la actividad profesional del médico se transforma en la fundamental, disponiendo al resto de profesionales a su alrededor para poder situarse en la mejor de las condiciones para dar las respuestas más adecuadas en cada circunstancia, adquiriendo, de este modo, un gran poder sobre el colectivo de trabajadores.

Esta adaptación se realiza con muchos conflictos, pues todos los miembros buscan su propia autonomía laboral y su propia capacidad para controlar los servicios que se ofrecen a la población. Las reuniones se ven incapaces para resolverlos. Al no poder adquirir compromisos por encima de los intereses de cada uno, las decisiones se van tomando de manera más sutil, más informal, en las agrupaciones que van surgiendo en torno a la categoría profesional de cada miembro, imponiéndose por la fuerza de las circunstancias con sangre, sudor y lágrimas, en ocasiones.

La jerarquización de las relaciones entre los diferentes grupos crea situaciones que conducen a algunos de los componentes del equipo a instalarse en posiciones de desinterés y rutina, a eludir responsabilidades, a actitudes de burocratización con peticiones de formalización del comportamiento, instrucciones operativas, descripciones del puesto de trabajo, etc. y, en algunos casos, como en el de la enfermería, a la búsqueda de espacios propios, con mayor preocupación por delimitar un territorio que por la mejora del modelo global del centro de salud.

Tampoco la figura del coordinador consigue aunar intereses a pesar de ser elegida por todo el Equipo como autoridad y líder. De forma rápida se convierte en un chico para los recados, procurando información, diluyendo las decisiones entre todos y sirviendo como transmisor con respecto a la Administración. En pocos centros sirve para tomar decisiones y resolver conflictos. Aún después del tiempo pasado, es una figura rodeada de una gran polémica y, aunque casi todos los debates se han centrado sobre si debe ser nombrado por la Administración ó mediante elección de los Equipos, parece que sigue sin ser una necesidad y una preocupación para estos últimos. Más bien da la impresión de ser una necesidad de la Administración para vincular a otros niveles de decisión del Sistema con la Atención Primaria y para articular formas de resolución de conflictos allí donde se generan. La forma que adquiere, siguiendo el aire de los tiempos actuales, sería la de una figura con gusto por el riesgo, habilidades para la comunicación, emprendedora, con visión del Sistema y, sobre todo, con capacidad para modificar conductas sin hacer uso de la autoridad. Todas ellas son cualidades propias de los líderes, descansando en estos valores, blandos, el empuje fundamental de cambio para la innovación en los centros de salud.

### 1.3.- LOS RESULTADOS

*“La tarea diagnóstica del especialista es reducir la incertidumbre, explorar lo posible y marginalizar el error. Contrasta abiertamente con la del médico general, la de éste es aceptar la incertidumbre, explorar lo probable y marginalizar el peligro” (Marinker).*

Algunos profesionales de la A.P. contemplan este nivel de atención como un saco sin fondo, como un lugar donde las áreas de trabajo que se pueden desarrollar son infinitas, al igual que la intensidad del esfuerzo que se le puede dedicar. En la actualidad se trabaja, sobre todo, en el domicilio y en el centro, y se realizan actividades preventivas y curativas. Junto a causas banales de consulta con una pequeña prevalencia de trastornos graves, existe un porcentaje de procesos que hay que seleccionar cuidadosamente para tratarlos de acuerdo a su trascendencia. Además, se atiende a pacientes crónicos y pluripatológicos con alto nivel de complejidad a los que hay que saber ofrecer una perspectiva sistémica que no dan los especialistas implicados en su seguimiento.

Una de las propiedades que caracteriza a las actuaciones es la incertidumbre que se deriva como consecuencia de la precocidad, de las fases tan iniciales en las que se presentan los problemas. Se dificulta así su identificación y sistematización, estando poco comprobadas las estrategias diagnósticas que se siguen y que, en general, están tomadas de otros niveles asistenciales.

Otra característica importante es el desconocimiento sobre algunas de las situaciones que se presentan como problemas de salud y que, en realidad, no se sabe si constituyen entidades patológicas y si su abordaje es adecuado, ó si realmente su atención y la multiplicidad de actos que se les dedica contribuyen en algo a mejorar la calidad de vida, la salud, etc.

Por último, hay que destacar la importancia de la consulta a demanda por ser el lugar donde se realizan la mayor parte de las actuaciones profesionales y el que condiciona, por su volumen y peculiaridades, gran parte de la organización de los centros, de las actividades que se realizan y el tipo de respuestas que se dan. También se utiliza como la gran coartada para justificar casi todas las demandas y actitudes de elusión de responsabilidades frente a la Administración, pero que, al mismo tiempo, parece razonable mantener dentro de unos límites mínimos para asegurar una prevalencia básica que garantice la competencia de los profesionales.

Aunque de forma un poco extensa, toda la descripción realizada sobre la Atención Primaria sólo tiene el propósito de poner en evidencia la diversidad de situaciones que se producen y la dificultad para sistematizar y medir las respuestas que día a día se van efectuando, para poder por fin concretar en qué medida este nivel de atención está contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población.

La indefinición de los productos que surgen mantiene latente el debate sobre el papel y la importancia de la A.P. en el conjunto de los servicios de

salud, lo cual ha dado lugar, hace relativamente poco tiempo, a una estrategia que la ha situado en el centro del sistema y, en la actualidad, a múltiples discusiones sobre su trascendencia en la mejora global de la eficiencia del mismo.

Para la evaluación de los resultados se utilizan mediciones en torno a la accesibilidad, cambios probables en la sintomatología, mejorías en la capacidad funcional, la calidad de vida ó la supervivencia, pero vamos a transcribir parte de los comentarios finales del trabajo de I.Larizgoitia titulado "Una reflexión sobre la A.P. y su relación con la necesidad sanitaria, demanda y utilización", por tratarse de una revisión de la información producida sobre este tema estos últimos años: "A lo largo de la exposición, se han sugerido limitaciones en la satisfacción de necesidades sanitarias por posibles defectos en la idoneidad de la atención, en la coordinación de servicios ó en el rango de la oferta; quizá de manera especial entre las personas con mayor nivel de necesidad ó mayor desventaja social. También se han sugerido elementos de insatisfacción de la demanda con relación a la accesibilidad percibida por algunos grupos de población, y desigualdades en la oferta según el modelo de atención (reformado ó cupo). Finalmente, se ha sugerido una falta de acercamiento a la perspectiva del paciente que probablemente tendría repercusiones negativas en la satisfacción de las necesidades y de demanda de este último. Todos estos problemas, por otra parte, se producirían en un contexto de crecientes mejoras estructurales, tanto en términos de accesibilidad, como de oferta de recursos más variados y conducentes a mejoras substanciales de la calidad técnica. Se hace necesario valorar el alcance de todas estas limitaciones para ofrecer una perspectiva más equilibrada".

## **2.- ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS QUE PRESIONAN HACIA EL CAMBIO** (E. Etxegarai)

El debate sobre las reformas de los sistemas sanitarios y, en relación a él, las diversas exposiciones sobre innovaciones no son un ejercicio académico. Como todos sabemos, en la sociedad actual, cuando hacemos referencia al análisis de empresa, el ámbito organizativo emerge como un elemento de importancia sobre los demás, por reflejar, de forma relativamente diáfana, el proceso de adaptación de los sistemas a su entorno.

La afirmación de que una organización que permanece estable y no cambia tiende al declive y al deterioro hay que tomarla con la importancia que merece. Dos de las propiedades más sobresalientes de las sociedades posindustriales son la aceleración y la envergadura que han caracterizado a los cambios del ambiente que rodea, entre otros, a los sistemas sanitarios, con el establecimiento de grandes exigencias a los mismos, que sólo pueden abordarse ofreciendo servicios nuevos ó soluciones que se adapten a los retos planteados dentro de un marco que garantice la solidaridad, la equidad y la igualdad en el acceso de una forma socialmente satisfactoria.

Todos los sistemas sanitarios y los servicios que estos han ido ofreciendo son fruto de la evolución histórica que han sufrido como consecuencia del impacto que diferentes factores han tenido sobre ellos; según cuáles hayan sido estas fuerzas y la capacidad de presión de cada una de ellas, han adquirido una configuración característica. Este conjunto de requerimientos y presiones que han actuado a lo largo de la historia son propios de cada época y, en general, forman parte de amplios movimientos que rebasan los límites de los países instituidos, aún guardando en cada uno propiedades concretas y propias. En estos últimos años, pueden identificarse en toda la región europea, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda una serie de elementos cuyo valor está determinando las tendencias de los sistemas sanitarios y cuyo contenido vamos a pasar a analizar a continuación.

### 2.1.- CAMBIOS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD Y EN SU ENTORNO

Siguiendo el hilo de lo comentado, hay que constatar cómo el estado de salud de la población es uno de los motores de la transformación de los servicios sanitarios. Históricamente los cambios en el patrón epidemiológico de la enfermedad han sido factores decisivos para la modificación de los servicios y el establecimiento de mecanismos de respuesta adecuados, con formulación de las estrategias de intervención más convenientes.

Como clásicamente se viene mencionando, la morbimortalidad ha evolucionado y lo sigue haciendo. Ya no existe un predominio de las enfermedades infecciosas, sino que las más frecuentes son las crónicas y las de carácter degenerativo, más en relación con los estilos de vida, con la exposición a factores de riesgo y, como cada vez se conoce mejor, con la posición social y el status socioeconómico.

Las tasas de natalidad siguen su camino descendente y persiste la tendencia al envejecimiento de la población; la gente se muere más tardíamente, aunque entre los jóvenes causen estragos algunos procesos como el SIDA y los accidentes de tráfico.

Se están produciendo cambios en los hábitos y costumbres, y las personas viajan mucho e intercambian bastante más que información, conocimientos y experiencia. También la familia y la mujer han cambiado en cierta medida su papel social en torno al cuidado de las personas, enfermos y ancianos.

La crisis industrial y el deterioro económico que conlleva, con acentuación de las diferencias de los niveles de renta, parece que están modificando los indicadores por la trascendencia que tienen para la salud de los ciudadanos afectados. A ello se añade, recientemente, la aparición de situaciones inéditas de riesgo para la salud, generadas por una aplicación irresponsable ó poco escrupulosa de los avances tecnológicos, cuyo tratamiento por la prensa es frecuentemente sensacionalista y poco riguroso: las encefalitis esponjiformes en relación a las vacas locas, los piensos contaminados con dioxinas, etc.

También se han producido fenómenos de carácter epidémico, como el SIDA, que a muchos niveles (investigación biomédica, medidas preventivas, adaptación de los dispositivos asistenciales, etc.) han puesto en evidencia las limitaciones existentes para poder adoptar medidas efectivas.

Pero los cambios que se están produciendo no afectan sólo a los problemas de salud y a sus manifestaciones, sino que también se están efectuando importantes transformaciones en sus formas de atención y abordaje, como resultado de los nuevos conocimientos derivados de la investigación y de algunas circunstancias peculiares, de las que vamos a destacar las siguientes:

- el impacto de ciertos procedimientos asistenciales, que originan cambios en las estructuras y organizaciones de los servicios como consecuencia de la efectividad derivada de su aplicación en la resolución de problemas,
- la gran envergadura de la innovación tecnológica en lo que han venido en llamarse “tecnologías intermedias”, que son las que se definen como aquella área en la que existe posibilidad de contrarrestar los efectos nocivos de la enfermedad ó de retrasar la muerte, pero debido al conocimiento insuficiente del mecanismo de la enfermedad no se accede a una cura completa (ej.: enfermedades de carácter crónico: diabetes, cáncer, etc.)
- las perspectivas en el ámbito de la investigación, que podrían tener gran trascendencia cuando sus resultados puedan tener carácter aplicativo, como los mecanismos genéticos de la producción de enfermedades, etc. (biología molecular, clonación).
- la alta velocidad de renovación de los productos y servicios, que condiciona que procedimientos reconocidos como válidos hasta ahora deban de ser sustituidos por otros al quedar anticuados con relativa rapidez.

Como consecuencia de los factores enumerados se están generando tensiones muy importantes en los servicios sanitarios, que hacen que sus mecanismos chirrien al enfrentarse la necesidad de innovación y la inercia que lleva su movimiento habitual.

Este ruido, inusualmente agudo, tiene que ver con las ineficiencias en la resolución de los conflictos generados, que son causa, a su vez, de múltiples carencias en el núcleo de funcionamiento del Sistema. Entre ellas, podemos comentar algunas destacables por su significación:

1. La necesidad de consolidar sistemas de vigilancia epidemiológica para observar el curso de los procesos y detectar nuevos problemas ó amenazas. También habría que garantizar su conexión con las redes asistenciales y otras, pues no sólo se ha demostrado que la validez de las medidas es importante, sino también la capacidad para ponerlas en práctica y la rapidez, es decir, la oportunidad de su implementación tiene que ver con la trascendencia que un problema puede adquirir en su presentación.

2. Mejorar la capacidad de renovación y cambio de los servicios asistenciales en función de las nuevas necesidades. En muchas ocasiones, las viejas estructuras diseñadas para patrones distintos, propios de épocas pasadas, amenazan y atrapan a los servicios sin permitir su adaptación a los nuevos problemas.
3. Evaluación de la tecnología que se aplica en la actualidad y de las innovaciones que constantemente se producen, antes de introducirlas en la práctica clínica habitual. Parece cada vez más necesario destruir el mito que existe, tanto entre profesionales como entre usuarios, de que todo lo derivado de la medicina moderna es bueno, y que nivel científico y sofisticación técnica son iguales. Por ser éste un aspecto de los de mayor trascendencia en el costo de los servicios, se han creado las agencias de evaluación de tecnología sanitaria como contribución institucional a la valoración de si las novedades propuestas tienen una base científicamente fundamentada ó responden a presiones, sean comerciales u otras.
4. La mejora de la calidad de las decisiones clínicas. Como consecuencia de las investigaciones realizadas sobre la eficacia de los procedimientos que se utilizan cotidianamente, se ha comprobado que en muchas ocasiones se produce una infrautilización de intervenciones efectivas y, en cambio, se están sobreutilizando otras que son inefectivas. Ello ha provocado una revisión de los procesos de toma de decisiones y de las fuentes de información que utilizan habitualmente los profesionales. Esta revisión crítica ha puesto en evidencia que muchas veces las formas de actualización no son las mejores, estando basadas en la opinión de expertos, en el comportamiento de los servicios especializados y menos en la revisión bibliográfica y la lectura de textos seleccionados. La sobreabundancia de información existente en la actualidad dificulta, en gran medida, la transmisión de aquella que es más adecuada por el gran ruido añadido que produce. Resulta cada vez más necesario garantizar de una forma efectiva el intercambio y la difusión del conocimiento científico entre el ámbito de los investigadores y el de los profesionales situados en la práctica clínica.

## 2.2.- RESTRICCIONES ECONÓMICAS

La contención del gasto sanitario es uno de los temas que más controversias ha suscitado, tanto sobre su volumen (¿es adecuado lo que se gasta?), como sobre su reparto (¿está bien distribuido?), así como sobre las medidas que serían adecuadas para frenar su crecimiento (¿en la oferta?, ¿en la demanda?). Este debate ha generado un gran conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, derivado de la necesidad de identificar las principales propiedades de los mismos, como estructura, relaciones, entorno, estímulos, etc. Se ha convertido en el impulso fundamental que subyace en la última reforma del siglo XX.

La perentoriedad que se produce para alcanzar la eficiencia viene de la necesidad imperiosa de descargar "lastre público" que tiene el Estado. La respuesta habitual del gobierno frente al aumento del consumo medio por

persona, es decir, al aumento que se deriva de la mejora en el número y en la calidad de los servicios y procedimientos que cada persona recibe, ha sido el incremento de la dotación económica, lo que ha conducido al Sistema Sanitario a una insuficiencia financiera crónica. Además, el tratado de Maastrich impone unas restricciones al gasto para mantener el déficit público dentro de unos límites. Todo ello amenaza la viabilidad económica del Sistema y le obliga a buscar formas de mejora de la eficiencia macroeconómica.

Por otra parte, se ha constatado que la mayor parte del gasto viene determinada por las decisiones que toman los clínicos, quienes tienden a minimizar su importancia y a no utilizarlo como criterio a la hora de manejar los recursos disponibles. Además, se ha comprobado que una parte importante de los servicios que se prestan (entre el 20 y 30%) carecen de eficacia, y que ello tiene que ver con la gran variabilidad que se produce a la hora de seleccionar las pruebas diagnósticas y de determinar la conducta terapéutica, todo lo cual ha generado un movimiento en busca de la eficiencia microeconómica.

Por último, la observación de que los servicios asistenciales no son el determinante principal en la configuración de los problemas fundamentales de la salud de la población y de que existen otros como la base genética, el estilo de vida, el status socioeconómico y la situación medioambiental con un gran peso en la misma, han hecho relativizar la importancia y, por tanto, la ganancia que supone la inversión en este tipo de servicios.

### 2.3.- LA POLÍTICA

La escasez de los recursos económicos está obligando a la clase política a tomar decisiones en torno a la distribución del dinero y a su reparto. El Estado se encuentra ante disyuntivas importantes que le imponen la apertura de amplios debates sociales sobre cuánto y dónde invertir.

Hasta ahora, la respuesta a los problemas de salud siempre se ha ido produciendo a posteriori, de una forma reactiva, pero escasamente se ha tratado de modificar la presentación y las tendencias de las principales enfermedades. Para conseguirlo, habrá que actuar sobre los problemas más importantes que subyacen por debajo de las causas fundamentales que justifican el patrón epidemiológico actual. Si no se realiza, los gastos derivados de la atención a la enfermedad pondrán en peligro la consecución de otros objetivos sociales, por impedir la inversión en otras áreas productivas.

A este panorama de contención económica se añade, además, la existencia dentro de la propia red asistencial de campos totalmente deficitarios que en algún momento habrá que abordar, como la salud laboral, la actividad socio-sanitaria, etc., lo cual añade peso a la importancia de tomar decisiones sobre la totalidad de los servicios para determinar cuáles son los más necesarios, cuáles se van a ofrecer, a quiénes se la va a atender, etc., es decir, a priorizar.

Tradicionalmente esta función de priorización se había delegado en manos de los profesionales, que eran los agentes del racionamiento por diversas vías, sin valorar la trascendencia de esta situación. Hoy, sin embargo, se juzga como poco ético, pues se reconoce que son decisiones de carácter fundamentalmente político, ya que se trata de establecer una multitud de juicios de valor. Para la configuración definitiva de las prioridades de atención habrá que establecer criterios claros y transparentes que ayuden a valorar las consecuencias de su aplicación y, además, determinar quiénes van a participar en su elaboración (personas, instituciones, expertos, etc.).

Pero el gobierno no sólo va a decidir qué servicios se brindarán, en qué medida y a qué población, sino también deberá buscar mejoras en la eficiencia del Sistema. Tendrá que definir en qué tipo de estado quiere convertirse, facilitador ó paternalista (según terminología de R. Bengoa), manteniendo sus estructuras de autoridad y su papel central dentro de la organización de los servicios sanitarios ó transformándose, descentralizando parte de sus atribuciones. Además, tendrá que aclarar qué funciones va a realizar (financiar, planificar, regular, proveer, etc.) y, por último, hacer una mención especial sobre el papel que va a atribuir a los recursos privados en el campo de la atención sanitaria.

También la búsqueda de la microeficiencia exige a la autoridad política una serie de formulaciones sobre las medidas a implementar con respecto a los propios servicios, con el fin de posibilitar su reforma y adecuarlos a las nuevas necesidades. Todas las disposiciones que el Estado vaya tomando van a tener dos condicionantes fundamentales. El primero se refiere a la aceptabilidad social de las medidas emprendidas, que deberán ir en consonancia con los grandes valores existentes a nivel social si se quiere evitar situaciones de enfrentamiento significativo como ocurrió con la propuesta de la Comisión Abril Martorell. El segundo tiene relación con el ámbito electoral, pues las decisiones de la clase política están muy mediatizadas por el impacto que tienen sobre los votos, tanto por los grupos sociales a los que afectan (escaso poder jubilados,..), como por la trascendencia que sobre los mismos tienen las medidas seleccionadas, es decir, por el coste político.

#### 2.4.- EL USUARIO

Desde que A. Donabedian publicó su libro sobre la calidad en la práctica asistencial, se incorporó "la satisfacción del paciente" como uno de los elementos constituyentes de la misma en la atención clínica y, a partir de este momento, se introdujo este término como propio del vocabulario específico de la Asistencia Sanitaria. Aún así, para muchos profesionales sigue teniendo escaso valor y lo verdaderamente importante, en el intercambio profesional-paciente, sigue siendo la adecuación del diagnóstico y tratamiento emitidos. Aunque toda la medicina moderna reconoce la importancia de la contribución del paciente para el mantenimiento y reparación de su propia salud, el concepto de calidad sigue siendo para algunos la respuesta estándar a un problema biológico, sin tener en cuenta el conjunto de la relación que se establece en torno al planteamiento del problema y su solución.

El paciente quiere permanecer como individuo peculiar, manteniendo sus propias características, pero el profesional debe prescindir de las propiedades concretas de cada individuo (formas de expresión, inquietudes, etc.) y reformular en términos técnicos la demanda establecida para poder acoplarla a elementos más generales, de carácter más abstracto, que forman parte de un sistema de conocimientos que podríamos llamar epidemiológico. Por ello, la respuesta tiende a ser en serie, independiente de las consecuencias que produzca en la persona concreta que la recibe, en la modificación de sus hábitos de vida, capacidad de comprensión, aceptación de la misma, etc.

Por otra parte, los profesionales tienen una percepción sólo de aquella parcela en la que se encuentran, sin tener en cuenta cómo funciona el conjunto de los acontecimientos y procesos que se suceden en la asistencia al paciente, como pueden ser el horario, la información recibida, el trato con otras personas de los centros, las demoras, la limpieza, etc.; el usuario, en cambio, juzga el funcionamiento de los servicios y la atención recibida desde el conjunto de intervenciones que se han realizado sobre él.

El usuario propio de la sociedad de consumo actúa igual en todos los lados, no establece diferencias ni según el sitio donde se encuentre, ni según los servicios que utilice. Sus prácticas sociales son siempre las mismas, independientemente de los lugares donde se produzcan. Está en disposición de consumir según su propio criterio, y acostumbrado a utilizar aquellos servicios que mejor se lo permiten; los quiere rápidos, confortables y que se ajusten a patrones de moda. Su forma de utilización tiene que ver con su valoración sobre lo que es la calidad y el estilo de vida que practica.

En el ámbito sanitario, quiere ser mayor de edad y tomar sus propias decisiones con la ayuda del profesional con el que consulta. Llega en ocasiones, incluso, a valorar aspectos de su vida que no quiere ceder a los sanitarios en ninguna medida (belleza, trabajo, sexualidad,...); ha tomado una decisión y necesita del servicio sanitario para ponerla en práctica, pero no quiere ni siquiera negociarla: tomar un medicamento, acudir a un especialista, realizar un acto quirúrgico, etc.

También existe otro tipo de usuario que no responde a este patrón de clase media, aunque no por ello es menos conflictivo en las prácticas asistenciales. Es aquel que utiliza los servicios sanitarios para obtener cosas y trasladar demandas en relación con problemas más globales, y cuyo patrón cultural no le permite conectar con las respuestas emitidas, quedando separados sin llegar a acoplarse de una forma efectiva para la solución de su problema de salud.

A nivel micro, el paciente es una fuente de presión muy importante sobre todo en la Atención Primaria donde, al no estar condicionado por la minusvalía y la angustia que produce la enfermedad de carácter grave, existe una relación más igualitaria. Esta presión tiene dos características: una, el nivel de exigencia que plantea para modificar la práctica asistencial, y otra, la dificultad de adaptación que presenta el profesional ante la heterogeneidad existente en

el comportamiento de los diferentes grupos de personas que acuden a las consultas.

Pero el usuario no sólo presiona al profesional, sino que también establece requerimientos a la Administración fundamentalmente a través de dos mecanismos. El primero está relacionado con la capacidad que tiene la población para legitimar al Sistema Público, por lo que su adhesión resulta imprescindible para el gobierno. Éste, al percibir a través de la prensa y otros medios cierto malestar y descontento, ha intentado que el “paradigma del cliente” adquiera peso dentro de la organización, reorientando los servicios en función de las nuevas necesidades y expectativas, para ofrecer una multitud de productos diferenciados, según el usuario de que se trate, personalizando las respuestas. El segundo tiene que ver con el aumento del consumo derivado de la formulación por la Constitución y la Ley General de Sanidad de la salud como derecho de todos los ciudadanos con igualdad en el acceso a los servicios. Gracias a ella, la población se concibe como dueña de una parte de esos servicios y tiende a consumir en exceso, pide todo para todos con la máxima calidad. También le permite, al no sufrir las consecuencias económicas que podrían resultar de sus decisiones, la expresión de demandas que pueden estar en contra de la salud y de la buena práctica clínica.

Por otro lado, el alto grado de variabilidad que se produce en las decisiones sobre las diferentes modalidades asistenciales, tomadas por los profesionales sanitarios, conduce a una gran incertidumbre y desconfianza a los ciudadanos quienes, para compensarlo, solicitan la realización de pruebas y consultas más sofisticadas haciendo realidad el lema ya comentado de cuanto más nivel tecnológico más calidad asistencial.

### **3.-ANÁLISIS DE AQUELLAS PROPIEDADES QUE DEBERÍAN CARACTERIZAR A LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA RESPONDER A LOS NUEVOS RETOS**

(E. Etxegarai)

#### **3.1.- CUALIDADES DE LA ATENCIÓN**

Al hablar de innovaciones en el campo de los servicios sanitarios, lo que sí es posible comentar es que es difícil encontrar evidencias que demuestren la absoluta bondad de las mismas tras su aplicación práctica. Es posible que lo que con más claridad se obtenga sean unos resultados que sirvan como elementos para debatir puntos de análisis que, en muchos casos, tienen marcado carácter ideológico. Hasta tal punto es cierto lo comentado que, en la Atención Primaria, la mayor parte de las propiedades que damos por supuesto que constituyen cualidades innatas, esenciales de la misma, las mencionó una a una B. Starfield, en una charla que ofreció en las “Jornadas Técnicas de Reserca en A.P.”, como áreas que deberían ser prioritarias para la investigación en este nivel. Así : el trabajo en equipo, libre elección de médico, A.P. orientada a la comunidad, etc. todas ellas pilares del modelo.

Todo ello está muy condicionado por las características de la investigación de servicios sanitarios, y la ciencia de la salud pública muy endeble como tal, pues se genera sobre todo para fundamentar decisiones, siendo por tanto de marcado carácter aplicativo, con un objeto mal delimitado que se constituye en la conjunción de fenómenos de diferente naturaleza (sociológicos, económicos, médicos, ...), sujeto a mediciones cualitativas y con un cuerpo teórico de carácter interdisciplinario.

A pesar de todo el lenguaje que ha rodeado a las últimas reformas emprendidas, “una astuta pantalla retórica”, la necesidad de contener gastos ha sido el objetivo primordial perseguido, por lo que se ha colocado a la eficiencia como valor de primer orden a obtener por los cambios emprendidos. Pero ¿no es adecuado colocar a la eficiencia como propósito del Sistema ?, ¿no es necesario perseguir la eficiencia cuando se busca el buen funcionamiento de los servicios ?. Parece que la respuesta es sí, debe ser siempre colocada como objetivo puesto que los recursos son limitados. Hacerlo, por tanto, es sensato y juicioso ya que se trata, como definió M. Simón, de “la elección de la alternativa que produce el mayor resultado para una aplicación de recursos dados”. O bien, para algunos del Pentágono en los años 60, en un tono más simpático “el máximo ruido obtenido por un dólar”.

A pesar de que esta búsqueda resulta irreprochable desde el punto de vista teórico, es necesario realizar algunas matizaciones para valorar su peligro cuando se plantea como propósito, pues hay cosas que se miden mejor que otras, y esto de la eficiencia exige una medida precisa de lo que estamos valorando. Se puede decir, por ejemplo, que es mucho más fácil conocer los costes en los que se incurre para ofrecer un determinado servicio que valorar los beneficios sobre la salud de la población ; asimismo, muchos de los resultados obtenidos a través de algunas actuaciones son claramente medibles, mientras que otros son más ambiguos (educación para la salud), casi siempre aquellos que afectan al ámbito social. De esta forma, los más perceptibles desplazan la importancia a los más intangibles que quedan relegados. Se configura así un concepto sobre la eficiencia que la asocia a un sistema de valores que pone por encima de todos al valor económico.

El problema surge cuando tras la aplicación en la práctica de innovaciones centradas en la búsqueda de la eficiencia, se han producido consecuencias que, sin haberlas buscado, chocan contra la equidad ó la solidaridad, sobre todo cuando estos valores forman parte de las aspiraciones sociales de los ciudadanos y expresan una preocupación colectiva por la justicia en el ámbito de la salud. Pero la escasa fundamentación científica de las innovaciones, las “sorpresas” que ofrece la valoración de sus resultados y las consecuencias indeseables que pueden producir socialmente, no pueden detener la marcha de los cambios, máxime en la situación de estos últimos años donde se ha producido una fractura entre el funcionamiento del Sistema y las fuerzas que obligan a modificarlo. Es necesario proseguir y, por tanto, pasamos a comentar algunas de las cualidades que deberían poseer las organizaciones sanitarias de hoy día para poder responder a los requerimientos de los tiempos actuales.

### 3.2.- CALIDAD

Para empezar hay que comentar que la asistencia sanitaria se concibe como un conjunto de actividades encaminadas a la atención de la enfermedad, valorada ésta como un proceso y no como un conjunto de episodios aislados que precisan de intervenciones concretas realizadas por diferentes partes del sistema. Por ello, no es posible seguir manteniendo unos servicios que ofrecen una serie de actuaciones fragmentadas y descoordinadas con fuertes sesgos hacia los episodios agudos, con mucha debilidad en los seguimientos, menosprecio de la actividad preventiva y el mantenimiento de tratamientos inadecuados. Además, debido a que los trabajadores sanitarios lo son por cuenta ajena, es necesario plantear como poco ético la despreocupación por el gasto y el uso de los servicios, haciendo realidad el dicho de “todo por un paciente cueste lo que cueste”. Por todo ello, la situación actual exige una estrecha relación entre la gestión asistencial orientada hacia la calidad y la gestión económica orientada a la correcta utilización de los recursos disponibles para poder integrar el coste en la toma de decisiones.

El “White paper working for patients” (documento que dio pie a la reforma del Sistema sanitario inglés) señalaba que el coste medio del tratamiento de pacientes agudos hospitalarios variaba hasta un 50% entre diferentes distritos sanitarios y hablaba de grandes variaciones en los hábitos de prescripción de los médicos generales ya que, en algunos sitios, los costes de farmacia por habitante eran el doble que en otros y, como situación extrema, la variabilidad en el ratio de derivación hospitalaria se podía clasificar en veinte grupos distintos. Esta importante variabilidad, puesta de manifiesto por el documento, resulta difícil de explicar aunque parece que puede surgir de dos tipos de elementos: el primero está derivado de circunstancias ajenas a la práctica asistencial, como la prevalencia o incidencia de algunas enfermedades, las desigualdades en la oferta de servicios (más expendistas, más medios diagnósticos,...), etc.; el segundo, en cambio, está más en relación con la actividad misma, como por ejemplo: la ignorancia del profesional, la decisión que toma un paciente bien informado ante varias posibilidades ó la existencia de varias alternativas sin orden de prelación.

Todo este conjunto de argumentos no consiguen justificar esta gran variabilidad en la actuación sanitaria y no explican correctamente la aparición de este fenómeno que para algunos alcanza a producir entre un 20-30% de procedimientos inefectivos. Esta situación tiene importantes consecuencias de las que podríamos resaltar, sobre todo, dos. Por un parte, que la calidad derivada de la aplicación de la ciencia médica que se está ofreciendo no es la que se podría ofrecer y, por tanto, que sería mejorable. Por otra parte, que si se dejaran de producir servicios ineficaces ó su tasa se redujese, mejoraría la eficiencia del Sistema. Ambas abren un camino ó línea de trabajo que trataría de realizar una reducción de los procedimientos ó comportamientos ineficaces, de aquellos que no mejoran la salud, disminuyendo el consumo de recursos que se utilizan de forma inapropiada.

Estas consideraciones están generando movimientos que se plantean la reorientación de todo el comportamiento de los servicios hacia los resultados,

hacia el estudio de los procesos que están en relación con ellos, y en torno a la medición de la calidad como paso intermedio para garantizar que los mismos se ajusten a prácticas científicas y no a opiniones de expertos ó a experiencias derivadas de la práctica profesional, casi siempre sesgada por la casuística de cada uno.

Este movimiento obliga a las autoridades sanitarias y a los profesionales a dirigirse desde la gestión de las estructuras hacia la gestión de los procesos asistenciales. Obliga, por tanto, a la reflexión y a la mirada hacia adentro para tratar de analizar el conjunto de actividades que se desarrollan, valorando cuántas de ellas añaden valor al producto final y en qué medida se fundamentan en evidencias científicas. Pero la tarea no termina aquí, sino que comprende asimismo la revisión sistemática de los temas científicos fundamentales, la divulgación de aquello que se sabe que es efectivo, la creación de áreas de investigación de lo que no se conoce bien y la valoración de los procesos realizados y de los resultados obtenidos. Es decir, supone un cambio radical en la forma de funcionamiento y en el desarrollo de la información que sustente todo lo comentado.

Varios podrían ser los beneficios derivados de este cambio, entre los que cabría destacar los siguientes: en primer lugar, la mejora obtenida en la toma de decisiones a nivel profesional, al conocer mejor el valor de las intervenciones ; en segundo lugar, la mejora también a nivel de la información a ofrecer a los pacientes, para que ellos puedan decidir al conocer las repercusiones sobre su calidad de vida, etc. ; y, por último, las ventajas que aportaría a los financiadores sanitarios al permitirles relacionar el consumo de recursos con los resultados de salud de la población.

En cuanto a la calidad directamente, cada vez se considera en mayor medida una obligación ética de los clínicos y una responsabilidad de la Administración. La preocupación por este tema tan importante obliga a abandonar los mitos en los que tradicionalmente se asociaba nivel científico-técnico con complejidad de las actuaciones, es decir, nivel hospitalario/especializado con calidad asistencial. Hoy sabemos que hay que dar a los ciudadanos aquello que necesitan, en el momento en que lo precisan y en el lugar que más barato se les puede ofrecer. También sabemos que, en torno a ello, no sólo actúan los servicios clínicos, sino toda una serie de servicios de soporte, que también actúan sobre los pacientes y que sirven para que los anteriores funcionen en las mejores condiciones posibles.

La búsqueda de la calidad supone un cambio esencial en la cultura y en la estrategia de la organización, motivo por el que cada vez se pone mayor énfasis en que ésta sea acogida en el contexto de las reformas. Para muchos profesionales sanitarios la evaluación de la calidad es una obligación legal, y para otros muchos también forma parte de la rutina de su trabajo, siendo una obligación contractual.

### 3.3.- CAPACIDAD DE SUSTITUCIÓN

En los últimos años hemos ido observando cómo actividades que se realizaban únicamente en el medio hospitalario han pasado a efectuarse en el medio ambulatorio, ó bien en el domicilio del paciente directamente. También hemos visto que a veces han pasado a ser ejecutadas por trabajadores de diferentes capacitaciones como ocurre, por ejemplo, en el caso de la enfermería y los auxiliares administrativos y los celadores. Fruto de los nuevos conocimientos, de los cambios de la morbilidad, de las nuevas formas de atención, y de la valoración de su efectividad y eficiencia, gran parte de las tareas que se realizan en el ámbito sanitario están sujetas a una recomposición constante.

Uno de los mecanismos que utiliza el Sistema sanitario, para su adaptación a las diferentes presiones que recibe, es el proceso de sustitución (Informe Dukker-Holanda 1988), definido como “el continuo reagrupamiento de los recursos entre los distintos entornos asistenciales, para explotar las mejores soluciones y menos costosas ante las necesidades y demandas cambiantes”. En otras palabras, “el sector del personal sanitario, las cualificaciones, el equipamiento, la información y las instalaciones pueden reorganizarse al objeto de conseguir mejores resultados clínicos, financieros y aspectos relacionados con los pacientes”.

Bajo la categoría de sustitución pueden incluirse multitud de desplazamientos en los patrones terapéuticos, procedimentales y organizativos. Existen tres tipos de sustitución : trasladar la asistencia de lugar, introducir nuevas tecnologías y modificar la mezcla de personal y de cualificaciones.

En la A.P. suelen producirse muchos procesos de sustitución ; últimamente se ha puesto especial énfasis en la realización de ecografías, en la práctica de cirugía menor y en el control del embarazo sin riesgo. Desde la reforma de la A.P. los reagrupamientos de actividades han sido múltiples y diversos ; la necesidad de actuar de puerta de entrada cualificada y la persecución de la continuidad e integralidad de los ciudadanos han producido que el médico, dependiendo de su formación e inquietudes, haya asumido unas tareas u otras, unas responsabilidades u otras.

También en el interior de los equipos, en su organización, se han recibido importantes presiones hacia los cambios. Al entrar en crisis los roles de cada profesional se ha producido una división del trabajo que, según los grupos implicados, han supuesto pérdidas ó ganancias de poder respecto a épocas anteriores. Como consecuencia de estos debates y por la gran cantidad de conflictos derivados, fruto de los diferentes intereses en conflicto, la reclamación y exigencia fundamental para su resolución práctica ha sido la formalización : la definición de tareas, el establecimiento de relaciones de jerarquía y la existencia de comunicaciones escritas para todo; frente a lo complejo, la burocratización de la actividad. Esta actitud, apoyada por los sindicatos como defensa ante posibles abusos de la Administración, no es correcta, no sólo por lo que atenta contra la función de sustitución, sino también porque empeora aún más la capacidad para resolver conflictos al

deslegitimar a los equipos para tomar decisiones sobre el papel de cada miembro y el establecimiento de responsabilidades.

Los roles que desarrollan los diferentes profesionales sanitarios no son los mismos en todo el mundo. Aquí el rol tradicional del médico de A.P., incluida la reformada, comprende todos los procesos de valoración, diagnóstico y tratamiento. Esta circunstancia, unida al gran consumismo existente y a la medicalización extrema de la sociedad, produce que la consulta a demanda tenga un mínimo grado de especialización, con las importantes repercusiones que esto tiene en la calidad del trabajo médico. La tendencia debería ser intentar establecer correspondencias entre las funciones y el personal, según sea su nivel de cualificación.

Tampoco el papel de la enfermería es homogéneo a lo largo del mundo; en algunos lugares, toma decisiones sobre la asistencia, emite algunos diagnósticos, propone tratamientos y deriva pacientes a otros niveles. Aquí consiste, fundamentalmente, en ejecutar las órdenes médicas, teniendo en lo cotidiano poca independencia en la práctica asistencial. Por otra parte, cada vez está más presionada para demostrar su rentabilidad y para medir el resultado de sus intervenciones. Aún así, la naturaleza del trabajo de enfermería en relación con la del médico es desconocida, según mantiene B. Starfield, faltando información que ayude a planificar una enseñanza y despliegue racional de los profesionales sanitarios.

### 3.4.- BIOÉTICA

(A. Ortego, M. González)

En los últimos años los aspectos éticos están adquiriendo una creciente relevancia en la toma de decisiones sanitarias, con una trascendencia cada vez mayor en cuanto al control de los medios científico-técnicos en expansión, el respeto a los valores y decisiones del individuo, y el adecuado reparto de unos recursos económicos y sanitarios limitados.

Por una parte, la tecnificación de la medicina, el aumento de la esperanza de vida y el gran incremento de los costes han dado lugar a que en los sistemas sanitarios públicos se introduzca la preocupación por una distribución adecuada y justa de los recursos. Cuando se trata de políticas de atención a la salud ó de reformas del sistema de atención a la salud, distribuir recursos escasos supone un problema que debe resolverse con criterios médicos y económicos, pero también con criterios éticos. Dentro de la adjudicación de recursos, el asignarlos a un fin ó a una persona supone negarlos a otros fines ó personas. La eficiencia es un principio importante, pero de rango inferior al principio de justicia.

Sin embargo, las diferentes interpretaciones del concepto de justicia han dado lugar a diferentes sistemas sanitarios. Las distintas teorías existentes, entre las que podemos destacar las libertarianas, igualitaristas, utilitaristas y socialistas, coinciden en cuanto a fórmulas abstractas como las clásicas “cuique suum” (dar a cada cual lo suyo) ó “tratar los casos iguales de la misma manera”. Sin embargo, esas fórmulas convencionales no dan respuestas

concretas a qué es realmente lo que se debe dar ó en qué sentido son iguales los casos ó las personas.

Asimismo, el médico toma todos los días decisiones que suponen asignación de recursos. Es muy comprometido para un médico, que ha sido preparado siempre para hacer lo máximo por un paciente, reconocer que ya no puede cumplir con este principio por falta de medios. El conflicto está entre lo que se hace por el bien del individuo y lo que es bueno para la sociedad. La cuestión es si debe ó no tener en cuenta el coste de sus decisiones, es decir, si debe tratar asuntos de justicia distributiva ó exclusivamente lo que atañe a la beneficencia y a la autonomía. El argumento para no tener en cuenta los problemas de coste es que el médico defiende los intereses del paciente y, por lo tanto, tomará decisiones que le beneficien, independientemente de su coste. El argumento para tener en cuenta los costes es que la decisión explícita de asignar recursos a un paciente conlleva la decisión implícita de detraerlo a otros pacientes.

Casi todo el mundo reconoce que ninguna teoría puede adecuarse a la complejidad de un sistema justo de prestación de servicios de salud, de modo que es preciso crear un clima de compromiso y de respeto ante las diversas perspectivas, haciendo frente a las insuficiencias de cualquiera que sea el sistema y reflexionando de forma continua sobre lo que es correcto ó justo. Las decisiones no deben tomarse con criterios económico-utilitaristas, sino teniendo en cuenta los procedimientos de decisión en bioética clínica.

Por otra parte, el paciente-usuario ha pasado a tener un status diferente al de sujeto pasivo, limitado física y moralmente por la enfermedad que le atribuía la medicina tradicional. El sanitario, y el médico en particular, ha visto cómo su papel tradicional se modificaba; el modelo del médico paternalista ha entrado en crisis. La sociedad no pide ya al médico que cure ó atienda según su propio criterio, sino que exige que se tengan en cuenta otros factores relacionados con el derecho de autonomía de los pacientes, como son el respeto a sus valores ó el derecho a participar en la toma de decisiones clínicas.

La introducción de la noción “Derechos de los pacientes” ha traído como consecuencia una profunda modificación de los modos tradicionales de la relación médico-paciente. La defensa de dichos derechos surge por primera vez a finales de los 60, en EEUU, en el marco de los movimientos de defensa de los consumidores y alcanza su expresión paradigmática en 1973 en la “Carta de los derechos de los pacientes”, promulgada por la Asociación Americana de Hospitales. Sus doce puntos pueden entenderse como especificaciones del derecho general al consentimiento informado. Esta primera carta ha servido de modelo para cartas similares en otros países, incluido el nuestro.

En el País Vasco, por medio del Decreto 175/1989 de 18 de julio, se aprueba la “Carta de derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios”. En ella se recogen derechos cada vez más reclamados por la sociedad como son, entre otros, el derecho a:

- ser atendido con el máximo respeto, con corrección y comprensión y de forma individual y personalizada
- disponer de una red de servicios adecuada a las necesidades sanitarias de la población, con accesibilidad, efectividad y eficiente uso de los recursos sanitarios públicos, y con mecanismos profesionales de garantía de calidad asistencial
- recibir la información que precise sobre su estado de salud, así como respecto a las implicaciones en el mismo de cualquier intervención ó terapéutica a la que debe ser sometido...
- asegurar la confidencialidad de su historia clínica....
- no ser sometido a procedimientos diagnósticos ó terapéuticos de efectividad no comprobada

Cada artículo de la carta lleva implícita, cuando no explícitamente, la obligación que el derecho reconocido supone para el sanitario. La conculcación de sus derechos ha motivado quejas y demandas jurídicas por parte del usuario, inicialmente por negligencia, "errores médicos", mala praxis y, cada vez más, por cuestiones relacionadas con su derecho a decidir sobre su cuerpo, en relación con su salud. Esta irrupción del sistema judicial en la relación médico-paciente ha supuesto la adopción de actitudes defensivas por parte de los sanitarios que, además de no resolver adecuadamente el problema, han supuesto en ocasiones, un incremento del gasto sanitario con una mala utilización de recursos y la aplicación de pautas diagnósticas y/o terapéuticas de eficacia no demostrada y no exentas de potencial yatrogénico.

El profesional sanitario reacciona con extrañeza ante cambios para los que no ha sido preparado. En la práctica diaria se enfrenta a problemas clínicos, para cuya resolución se siente capacitado gracias a los conocimientos y habilidades adquiridos en la Universidad y en el Hospital. Sin embargo, no sabe cómo resolver problemas éticos, cómo dilucidar entre conflictos de valores, cómo conjugar hechos clínicos y valores éticos.

Existe el peligro de que el sanitario entre en una dinámica legalista: que actúe presionado por posibles demandas judiciales, que solicite el consentimiento informado sin ningún criterio como si blandiera un escudo ante el paciente....

Uno de los retos actuales es el de reconducir la información al paciente, entendiendo el consentimiento informado como el enunciado de una nueva relación clínica, en la que se exige un mayor respeto a las personas. Ya no se trata de imponer el bien al enfermo, sino de descubrir cuáles son sus expectativas y preferencias, y de adaptarnos a ellas con lealtad poniendo a su disposición nuestros conocimientos y posibilidades. Así entendido el C.I. es una nueva cultura y una culminación en el desarrollo de la relación clínica, de la misma manera que los derechos humanos lo son de las relaciones humanas en general.

Toda persona, aunque esté enferma, debe ser considerada, en principio, libre y competente para decidir sobre su integridad y su futuro y, por tanto,

debe poder intervenir en las decisiones clínicas que le atañen; esto conlleva poder aceptar ó denegar lo que se le propone después de tener una información suficiente para ello. A través de la ley, la sociedad ha querido garantizar este derecho, pero éste es un principio ético antes que jurídico. La ley no asegura que la relación clínica sea satisfactoria, ni garantiza que la información haya sido correcta, ni que su comprensión haya sido suficiente. Un papel firmado no puede sustituir a un proceso dialógico, respetuoso y adecuado. Si los sanitarios no alcanzan a ver que lo que está ocurriendo no es sino la transición del poder sanitario que lógicamente sucede a toda transición del poder político, lo pasarán mal, porque la sociedad no hace sino reivindicar algo con un respaldo ético y legal más potente que las razones aducidas por los sanitarios, fundamentalmente históricas.

La situación implica una reflexión sobre el nuevo horizonte ético de las relaciones sanitarias y una transformación de las mismas, dotándolas de estructuras que permitan la participación del paciente, garantizando así una mayor calidad moral, legal y técnica, y una mayor calidez humana. En definitiva, respetar los derechos y valores de los pacientes, y hacer valer los principios éticos en la relación asistencial son algunas de las pautas de comportamiento que deben regir en el funcionamiento de cualquier servicio sanitario.

#### **4.- ESTRATEGIAS DE CAMBIO**

(E. Etxegarai)

La innovación, en definitiva, no es más que la capacidad que tienen los servicios de identificar y responder a los cambios que se producen en el entorno, adaptando sus estructuras para poder producir programas asistenciales que respondan a estas modificaciones. Pero ésta no es una tarea sencilla ; así Oteo Ochoa y J. F. Fernández en su capítulo sobre rediseño en/de organizaciones sanitarias escriben que: “La asistencia sanitaria es un producto variable, técnicamente complejo y sujeto a juicio profesional que desafía los esfuerzos de normalización, coordinación y control que están en la base de cualquier proceso de rediseño organizacional”.

Como ya hemos comentado en otras partes de este escrito, el fin fundamental, aunque no el único, de las innovaciones de este fin de siglo ha sido la contención del gasto sanitario. Para ello se ha situado a la eficiencia como valor fundamental a conseguir, sin atentar, al menos intencionadamente, contra los valores fundamentales imperantes a nivel social, y teniendo como base a la ideología neoliberal.

Tres han sido los objetivos concretos que se han formulado para su consecución:

##### *1.- La gestión del decrecimiento, de la disminución.*

La adaptación a los tiempos actuales exige muchas veces la destrucción y desaparición de algunos servicios y la reforma de otros. La falta de utilidad de

las tareas que han quedado obsoletas con las nuevas formas de diagnóstico y tratamiento, los profesionales o las unidades que hay que sustituir para ser eficaces, etc... deben de valorarse desde el punto de vista de la eficacia y la eficiencia para decidir si deben de ser sujetos de reconversión. Todos tenemos experiencias de este tipo y de lo conflictivas y dolorosas que resultan, pero en este caso se trataría de que no fuera traumático al ser un imperativo del mercado y no la decisión de ningún responsable. Se buscaría en definitiva que estos fenómenos tuvieran el menor coste político.

### *2.- La gestión del crecimiento o de los incrementos presupuestarios.*

Hasta ahora lo que las autoridades sanitarias han hecho, fundamentalmente, ha sido pagar facturas según éstas se iban generando, utilizando los aumentos presupuestarios de una forma indiscriminada (a veces también resultado de intrigas palaciegas ó habilidades cortesanías) a excepción de aquellas áreas dedicadas a inversiones e infraestructura. A partir de ahora se propone dedicarlo únicamente a aquellos aspectos mas rentables y eficientes. Se espera así generar una gran fuerza dinamizadora para la utilización de los recursos actuales al obligar a los centros a renovarse, a aceptar condiciones de calidad distintas, y a considerar nuevas proposiciones que antes hubieran sido rechazadas.

### *3.- La gestión del cambio.*

Uno de los motivos que impulsó ideológicamente la reforma del NHS fue la consideración de que en la actualidad los servicios estatales son ofrecidos en relación al interés de los proveedores y no del cliente. Desde este punto de partida se ha tratado de reforzar el poder del usuario generando un movimiento que se ha representado a través de la famosa frase "el dinero que sigue al paciente". Se ha intentado acabar con el dominio de los proveedores e imponer el dominio de los usuarios a través de sus agentes compradores (autoridades sanitarias y médicos Fund-holders) que representarían las necesidades, demandas y preferencias de la población.

Para la consecución de estos tres objetivos se han utilizado estrategias similares en casi todos los países, habiendo diferencias sobre todo en cuanto a velocidad del cambio y a la envergadura del mismo (todo el conjunto del sistema o pilotajes a nivel municipal, comarcal...). Estas han sido: la creación de mercados, los contratos y la gestión clínica.

\* *La creación de mercados*, cuasi mercados o mercados regulados se sostiene básicamente en la competencia como motor de las transformaciones, por la presión que genera sobre los proveedores sanitarios. Se crean con la intención de preservar las ventajas de lo público incorporando el dinamismo de determinados incentivos como productividad, movilidad de recursos ante el cambio de problemas, etc.. propios del mercado, precisando dos condiciones para su funcionamiento: la separación entre compradores y proveedores y la autonomía de gestión o descentralización gestora de los centros. Ambos conceptos van muy unidos, pues no puede darse una auténtica separación si

el “que compra sigue siendo el que paga”. Por tanto, los centros deben volar libres de la jaula del sistema burocrático y poder tomar decisiones que cambien estructuras y funcionamiento con el fin de ser más competitivos. Tras analizar las necesidades, la Administración o los médicos detentadores de presupuestos descodificarán estas últimas en términos de compra de servicios y acudirían a un mercado de proveedores que compiten entre sí para ofrecer los menores precios con igualdad de calidad en el producto. De esta forma, se harían coincidir la eficiencia asignativa y la eficiencia productiva.

\* *Los contratos* representan la formalización de la relación entre compradores y proveedores. Se intenta, por tanto, que la asignación de recursos esté más en relación con las actividades producidas y los costes que con los gastos históricos de cada institución. Los contratos dan por supuesto que existe una limitación económica y tratan de hacerla explícita en una serie de cláusulas y concreciones, es decir, intentan manejar el racionamiento estableciendo una serie de condiciones y características a la compra de servicios. Según Flynn los contratos pueden establecer, entre los diversos grupos, vínculos de diferente carácter según sea su formulación. Pueden ser “adversariales” o duros cuando se contemplan como relaciones puramente comerciales, donde prevalece el autointerés y el regateo, o pueden ser contempladas como formas de colaboración entre entidades distintas que tienen un mismo interés en servir a la población y que entienden que puede producirse un beneficio mutuo secundariamente. Cuando pertenecen a esta segunda modalidad, los denomina “relacionales” o blandos y podrían servir para explicitar y formalizar los proyectos comunes, y tratar de eliminar los obstáculos estructurales que impedirían el avance.

\* *La gestión clínica.* Hasta ahora casi todas las reformas han intentado buscar la eficiencia macroeconómica del sistema pues la suficiencia financiera del mismo no estaba asegurada. En parte esto es debido a la imposibilidad de trasladar al médico restricciones presupuestarias, siendo éste el que determina aproximadamente el 70% del gasto total realizado. Como consecuencia de lo comentado, los intentos de influencia, en la actualidad, se proponen en torno a la actividad de los profesionales para intentar mediatizar ese conjunto de decisiones diagnósticas y terapéuticas que se producen diariamente. A partir de ahora, se trata de actuar en el lugar donde se decide la mayor parte del gasto, se produce la calidad asistencial y se trabaja teniendo en cuenta la satisfacción del cliente. Habitualmente los profesionales se manifiestan en pro de que se les permita utilizar sus habilidades sin restricciones, para que todo salga bien. Consideran, además, que su trabajo es el propio paciente, llegando con él hasta donde sus conocimientos les permiten, pero sin que el resto de circunstancias formen parte de sus responsabilidades. Así pierden de vista los objetivos del propio sistema sanitario, no pudiendo identificarse con ellos. Se trataría, por tanto, de superar por fin la tradicional separación entre el área de gestión y el área de la asistencia.

También aquí hay formas duras y blandas. Las duras están representadas por el Managed Care de los E.E.U.U., donde se modifica por completo la relación entre el financiador y el proveedor al transformarse el primero en un participante activo en la toma de decisiones, con influencia en la programación

y el proceso de los servicios a través de varios procedimientos como son: la selección de profesionales, la utilización de incentivos y guías, y el control del uso de los servicios. Los blandos, o acciones de influencia blanda sobre los clínicos, están representados, por ejemplo, por los contratos-programa o por la constitución de unidades de gestión clínica que intentan agrupar a todos los profesionales relacionados con determinados procesos. Estas unidades establecen acuerdos con la dirección de cada centro para responsabilizarse de toda la gestión e intentar que la financiación tenga relación con la actividad a realizar.

#### 4.1.- ATENCIÓN PRIMARIA

Aunque sea sólo un inciso dentro del desarrollo de este punto sobre estrategias de cambio, no me resisto a realizar unos pequeños comentarios sobre la situación de la A.P. con respecto a los mismos.

Da la impresión de que los E.A.P. han llegado organizativamente a su techo ; su capacidad para transformar el curso de su funcionamiento y poder renovarse parece haberse agotado. Si bien es verdad que el paso del tiempo les ha traído mayor sensatez, una visión mas real y práctica de lo que es y podría ser la A.P., también ha asentado rutinas, distribución de tareas y responsabilidades que se originaron, al inicio de su andadura, no sólo para ofrecer la mejor asistencia posible, sino también para superar los conflictos que se generaron como manifestación de los diferentes intereses de sus miembros. La madurez también ha traído, sin duda, perfeccionamiento y mayor capacitación para la realización de las actividades por lo que, probablemente, la calidad ofrecida a la población sea mayor que en épocas anteriores.

El valor concreto que la A.P. aporta al producto sanitario no se conoce y, en general, está mal identificado teniendo en cuenta, sobre todo, que en la actualidad los resultados en el ámbito de la salud tienen que ver con la mejora de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional, evitación de riesgos, años perdidos, etc.. En los pocos estudios que se han realizado sobre ellos (es necesario enfatizar la gran pérdida que ha sido no haber diseñado un sistema de evaluación cuando se realizó la reforma) en este ámbito asistencial, tal como mencionábamos en la primera parte de este trabajo, los resultados analizados no parecen satisfactorios, por lo que es necesario proseguir hacia adelante y romper con el inmovilismo.

Es claro que formalmente la A.P. no puede competir con la atención especializada en importancia social ni en peso presupuestario y, por tanto, tampoco en poder, pero lo que sí parece evidente es que, aunque de forma mucho menos llamativa, puede añadir cualidades a la asistencia que la enriquecerían por el aporte de valor suplementario que supondrían. Estas son viejas conocidas de todos que, a base de repetirlas, han quedado como estribillo: la integralidad, la continuidad y la longitudinalidad entendida en el sentido de B.Starfield como la "relación contractual explícita o implícita por la que el paciente reconoce a un determinado profesional o grupo como su proveedor habitual de servicios sanitarios".

Aunque los principios del modelo de Alma Ata no se han aplicado, han quedado como universo simbólico en los equipos y forman parte innegable de la cultura de los mismos. Por ello, todas aquellas medidas que tiendan a orientarlos hacia el refuerzo de las propiedades mencionadas no resultan ajenas ni contrarias al funcionamiento de los grupos. Así, en relación a este aspecto, la creación de los Funds Holders en el NHS o médicos detentadores de presupuestos nace de la suposición de que los mejores agentes del paciente y, por tanto, los que mejor representan sus intereses y aspiraciones son los médicos de A.P.

Para terminar hay que comentar, que las necesidades y los problemas de la población concreta que interactúa con un grupo de trabajo, al igual que el principio de racionalidad, influyen en pequeña medida en el funcionamiento del mismo. Por tanto, las innovaciones deben de plantearse de arriba a abajo adquiriendo el ligerazgo una importancia capital. Además, para que se acepte un modelo organizativo con criterios de eficiencia, debe establecerse un sistema de incentivos alineados con los objetivos que se pretenden alcanzar.

#### 4.2.- ELEMENTOS SUPERESTRUCTURALES

Un aspecto importante de las reformas es el compromiso del Estado con determinados valores sociales y el peso que éstos poseen a la hora de formular políticas sectoriales; por ello, la mayor o menor envergadura de los cambios va a estar determinada por factores ajenos al sector sanitario y, en parte, condicionados por su impacto sobre los valores mencionados. No sucede así con las innovaciones mismas, las cuales dependen fundamentalmente del propio sector.

La formulación de políticas y su aplicación presentan ciertos riesgos que también es necesario mencionar para poder completar este paisaje abigarrado y complejo. Uno de ellos es la copia o importación de políticas o corrientes de pensamiento de otros países escasamente analizados con respecto a la realidad concreta del lugar donde se quieran aplicar. Otro es el hecho de que se pongan en práctica políticas pobremente elaboradas por lo que, en su aplicación, se crean vacíos que pueden ser utilizados por grupos oportunistas para reorientar las reformas a un terreno más favorable para ellos. Un tercer tipo de problema suele producirse cuando los políticos presentan los cambios de una forma aceptable para la población, incluso atractiva por las ventajas que pueden aportar, con un lenguaje que carece de cualquier precisión cuando se analiza su significado. En éstas circunstancias resulta de mucha importancia la formulación de objetivos concretos, pues son estos los que ayudan a la comprensión de los auténticos fines perseguidos que pueden quedar ocultos en ese nivel aparente (detrás del escaparate lleno de luces) en el que se formula la reforma.

Pero no sólo esta fase tiene problemas, sino que también la puesta en práctica puede conllevar unos riesgos de los que sólo mencionaremos dos: el primero tiene que ver con el conjunto de cambios institucionales que deben

producirse para favorecer la innovación organizativa, pues hay que tener en cuenta el peligro que supone la desregulación cuando no se ha marcado, por parte de la autoridad sanitaria, qué se puede hacer y qué no, cuáles son los objetivos (disminuir las desigualdades, la productividad económica...); el segundo y último se refiere a países como éste, donde el marco organizativo e institucional tiene una tremenda capacidad de deglutir e inutilizar los cambios que se introducen. Gracias a ella puede pasar que las reformas se circunscriban a unos pocos centros sin que lleguen a generalizarse a la mayoría, quedando como excepciones en el conjunto de los mismos.

Las reformas no han sido sólo un paquete de medidas a implementar; han traído también una nueva cultura en consonancia con las modas del momento en todo lo que es el ámbito empresarial. Como ya hemos comentado, la cultura de una organización es lo que da vida a su estructura, es todo el sistema de valores que la impregna; es tan importante que pesa sobre el comportamiento de los individuos que la componen y hace que estos se comporten de acuerdo a ella aunque no compartan sus mismas creencias. De un modelo burocrático, jerarquizado, disciplinado, con gran rigidez estructural y una dirección por órdenes hemos pasado a un modelo managerial, reticular, con interacción entre diferentes entidades, flexible y plástico, con énfasis en el liderazgo y en el mérito individual, pero también con un lenguaje muy comercial (competición, mercados, contratos...) de grandes riesgos, pues pudiera alentar a los profesionales a olvidarse del impacto social y sanitario de sus actos, y dejar en manos de la Administración la preocupación por los asuntos poblacionales (necesidades y problemas). Cuando se establecen cambios es necesario prestar atención a aspectos intangibles que pueden determinar el comportamiento de los agentes. Incentivos como la productividad variable, la autoconcertación..., tienden a fragmentar la actividad y relacionar las mejoras de la productividad con el incremento en la financiación de los servicios. Podría todo ello suponer, de alguna forma, una ruptura de la cultura del servicio público, que ha sido una de las características del sistema sanitario.

¿Pero dónde quedan los profesionales en todo esto?. Siguen pidiendo independencia para poder trabajar, confianza tanto al usuario como a la Administración para desarrollar su trabajo de acuerdo a su capacitación, que no se entorpezcan su libertad clínica, y que se les permita cierta holgura económica para trabajar en entornos de menor presión. Todas ellas parecen pretensiones razonables siempre que los que las formulan asuman que existe una responsabilidad en la gestión del gasto, y que no se puede solicitar poder sin ajustarse a unos sistemas de evaluación que garanticen la excelencia de la actuación, sin tener que utilizar argumentos corporativos que pidan su aceptación alegando la producción de un bien público.

Aunque la ideología no está de moda y parece que los aspectos comerciales penetran con mucha fuerza en todos los campos de la actividad (investigación, publicaciones, actividades asistenciales, congresos...), terminaremos con una frase que, a pesar de los tiempos, podemos compartir buena parte de los que trabajamos en el Sistema Sanitario: "lo que más importa de todo es la ética y el compromiso social del médico; allá donde los

estándares a este respecto sean bajos, no habrá estructura financiera capaz de inducirles a ser lo que no son” (Abel Smith, B & Mossialos).

## **5.- ANÁLISIS DE LAS INNOVACIONES EMPRENDIDAS A NIVEL INSTITUCIONAL Y SUS LIMITACIONES**

(P. Valdés)

La innovación debería ser una herramienta al servicio de los objetivos organizacionales dentro de las estrategias generales, impulsando la mejora y dotándolas de los instrumentos adecuados para ponerlas al día para la supervivencia. La universalidad y la solidaridad, la búsqueda de mayor equidad, de más eficacia, calidad y satisfacción de los usuarios, o la mejora general de la eficiencia representan algunas finalidades que han guiado estrategias de cambio en el pasado. Sin embargo, los agentes con poder pueden utilizar la carga emocional positiva que lleva aparejada (innovación como progreso, avance, vanguardia, modernidad), para satisfacer objetivos personales que no aportan valor a los productos finales de la organización. Por lo tanto, no todo cambio supone una innovación positiva.

Las innovaciones legislativas que se han venido haciendo los últimos años han pretendido orientar y flexibilizar el sistema, para permitir (que no determinar) innovaciones en los servicios. En una organización sanitaria, el producto final depende, en gran medida, de las actitudes y comportamientos profesionales, y éstos se encuentran influidos en gran medida por la cultura organizacional. Por lo tanto, si los cambios se centran exclusivamente en los reglamentos, organigramas, funciones, y macro-mecanismos de regulación, se corre el riesgo de simplificar la organización reduciéndola a términos de estructura lo que podría limitar la profundidad y trascendencia de las innovaciones, y burocratizar el funcionamiento del sistema.

El desarrollo de nuevas formas jurídicas y organizativas en los servicios sanitarios viene precedido por las tendencias internacionales de nuestro entorno. En estos países se ha modificado el estatus jurídico de algunas instituciones (sobre todo hospitalarias), se han redefinido las funciones de los diferentes agentes (financiación, regulación, compra, provisión) dándose mayor autonomía a los proveedores, se han introducido sistemas de competencia gestionada para forzar la mejora de la eficiencia, y existe un énfasis en la orientación de los servicios hacia los usuarios, la mejora de la calidad y de la efectividad de las intervenciones y el desarrollo de la gestión clínica. En algún caso, como en el Reino Unido, se ha situado a la Atención Primaria en el centro del sistema, dotándola de mayor relevancia y capacidad de autogestión, así como de suficiencia financiera para la compra de servicios especializados y sociales, actuando en un papel de "agencia" en representación del paciente según sus necesidades de salud.

En nuestro Sistema Nacional de Salud, la legislación, permite la constitución de cualquier entidad de titularidad pública admitida en Derecho, garantizando en todo caso su condición de Servicio Público. Existe así la posibilidad de establecer variadas formas jurídicas, que pueden estar sujetas

tanto a Derecho público como a privado, con diferentes órganos de dirección, y con régimen de personal laboral o funcional. En resumen, se pueden conformar por un lado como Organismos Públicos y por otro en Sociedades Mercantiles. Entre los primeros, los Organismos Autónomos del Estado y las Entidades Públicas. Entre los segundos los Consorcios, Fundaciones, Cooperativas, Sociedades Anónimas Públicas o las Sociedades de Responsabilidad Limitada.

Actualmente el Gobierno ha elaborado el proyecto de Real Decreto sobre el Reglamento de las Fundaciones Sanitarias, que regulará la nueva fórmula de gestión por la que ha optado el Ministerio de Sanidad. Aunque inicialmente se dirigirá a la conversión de los hospitales, en el futuro se supone que también afectaría a los servicios de Atención Primaria. La consulta previa preceptiva a los colegios profesionales, órganos de representación sindical y asociaciones profesionales, ha dado pie a un debate en el que el bajo grado de acuerdo sindical, y algunas pretensiones de los colegios de médicos, que irían en contra de los intereses de otros colectivos, hará muy difícil el consenso. Por otra parte, el riesgo de fragmentación del sistema y la posible introducción de intereses privados, mercantilizando la sanidad pública, ha concitado el rechazo de las fuerzas políticas de izquierda.

Merece la pena reflexionar sobre un hecho que, hasta ahora, no ha despertado interés en el debate. La disposición adicional sexta del proyecto establece las condiciones para la conversión de los actuales centros sanitarios del área INSALUD en Fundaciones Públicas Sanitarias. El punto uno estipula "se realizará con carácter voluntario, previa petición de los mismos y una vez superado el proceso de conversión regulado en el punto siguiente". El punto dos indica el proceso de desarrollo, el cual se iniciaría por una solicitud de la Gerencia del Centro Sanitario, acompañada del acuerdo favorable de la Comisión de Dirección del centro, del Plan Estratégico aprobado por la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, y el informe (no vinculante) de los órganos de representación y participación del ámbito correspondiente. Basándose en éste, una Comisión de Homologación del INSALUD dictaminará sobre la suficiencia de consenso interno para dar el paso hacia la constitución de la nueva forma de gestión.

En resumen, el procedimiento descrito consiste en evitar, ante todo, los riesgos políticos del conflicto, a costa de la factibilidad de un proyecto que, por otra parte, el gobierno defiende como imprescindible para la supervivencia del sistema. Si la reforma es necesaria, estaría legitimado para exigir el cambio aun a costa de soportar la lógica conflictividad. ¿Cómo se permite un margen para el fracaso tan amplio de una reforma política tan importante?. Nos preguntamos si la forma de conseguir apoyo interno no va a consistir en recabar el acuerdo con las organizaciones médicas, a costa de las demás, lo cual no garantiza el consenso con todos los agentes, pero sí el control del colectivo profesional con más poder.

Por otra parte, tampoco se aprecia el interés que tiene que el procedimiento se inicie mediante una solicitud del gerente del centro. ¿Podría un gerente hipotecar un proyecto político no elevando la solicitud, cuando así lo

deseen el Ministro de Sanidad y la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, y seguir después siendo gerente?. Más bien parece tratarse de un intento de dilución política de compromiso con su propio proyecto.

### 5.1.- EL CASO DEL PAÍS VASCO. LA LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA DE EUSKADI (LOSE)

La LOSE (1997) es el instrumento normativo principal para la innovación del modelo de gestión en el País Vasco. Pretende vencer la inflexibilidad que produce la pérdida de identidad de "lo sanitario" dentro del corsé de la "Función Pública", introduciendo mayor autonomía de gestión a la organización mediante la creación de un Ente Público sujeto al Derecho Privado, con personalidad jurídica propia. Los Centros adquirirían así una configuración más empresarial, lo que les permitiría adaptarse ágilmente a las necesidades de la población a la que asisten, ofreciendo mayor eficacia guiados por el Plan de Salud, mejoras en la calidad y satisfacción de los usuarios por medio de una nueva cultura de orientación al cliente, y una mejora general de la eficiencia con la introducción de competencia en un nuevo mercado interno regulado, delegando poder en los profesionales y dotando a la organización de nuevos instrumentos de gestión más flexibles.

Esta reforma fue presentada como la única "técnicamente correcta". El poco debate público y parlamentario que se ha suscitado se ha desviado hacia una discusión técnica sobre herramientas de gestión y fórmulas de "modernización" organizativa ("los verdaderos contenidos de la reforma sanitaria; el debate auténticamente importante"), considerando etéreo e inútil entrar en el campo ideológico. Se pasó de puntillas sobre el riesgo de utilizar esta reforma para la creación de mayores espacios para la sanidad privada, la posibilidad de competencia desleal con prácticas de selección adversa de riesgos, la necesidad solidaria de que el servicio público sea apoyado por amplias capas sociales, la idoneidad de aplicar el mercado como fuerza externa para generar cambios, o el liderazgo político y la capacidad de control del proceso de cambio.

El Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud tiene ahora una nueva configuración de la contabilidad, un control más lejano de la actividad económica por el Departamento de Hacienda no existiendo la intervención previa, flexibilidad en el manejo del presupuesto con posibilidad de movilidad entre partidas (aunque la mayoría de los epígrafes ya estaban vinculados en Osakidetza bajo el régimen administrativo), una gestión económica más autónoma, con tesorería propia y pagos a proveedores directamente desde los Centros de Gasto. Es decir, menor control externo sobre las decisiones en aras de una mejora en la eficiencia y eficacia. Los directivos pueden jugar en parte a ser empresarios.

No todas las propuestas respondían al principio de realidad, y algunos aspectos se mitificaron, en parte de forma interesada para vencer las resistencias:

\* Inicialmente se pretendió establecer un "holding" de empresas públicas autónomas sujetas al derecho privado. Este "Holding Osakidetza" estaría constituido por decenas de Hospitales y Comarcas de Atención Primaria (lo que serían las gerencias y centros de gasto correspondientes a las Áreas de Salud en el territorio INSALUD), cada una de ellas con personalidad jurídica propia, coordinados mediante un rol mínimamente jerárquico por unos Servicios Centrales subdesarrollados. Actualmente se ha constituido un solo Ente Público, y, al desaparecer orgánicamente las Direcciones territoriales, todos los Centros dependen directamente de la Dirección General, por lo que ésta se ve reforzada en su papel directivo.

\* Para poder ejercer una dirección de personal con mayores márgenes de flexibilidad, se pretendió modificar el régimen de relación jurídica del personal, estableciendo una relación bajo el Estatuto de los Trabajadores para toda la plantilla. La Ley finalmente ha establecido la consolidación de los Estatutos Jurídicos del personal de la Seguridad Social. Sin despreciar la influencia que hayan podido ejercer otros órganos de la Administración o las Organizaciones Sindicales, en opinión de algunos juristas esta innovación hubiera podido aumentar la inseguridad jurídica del Organismo, puesto que en la práctica los jueces tienden a dar la razón al trabajador en las demandas de régimen laboral y a la Administración cuando se trata de régimen funcional.

\* Las relaciones entre Osakidetza y el Departamento de Sanidad se establecen mediante los llamados "Contratos-programa", pero las relaciones con la Administración General del Gobierno Vasco (Hacienda, Función Pública) siguen estando a lo que disponga la legislación sobre Régimen Presupuestario, Control Económico y Contabilidad, tal y como venía siendo bajo el régimen de Organismo Autónomo.

\* No existe el concepto de ahorro. Las reversiones son potestad del Director General. Del déficit se hace cargo el Ente o, subsidiariamente, el Gobierno, puesto que los Centros no tienen la posibilidad de endeudarse. Tampoco pueden disponer de patrimonio puesto que la titular de los bienes sigue siendo la dirección de Patrimonio del Departamento de Hacienda, y muchos de ellos se encuentran en régimen de cesión de uso por la Administración General del Estado o de la Tesorería General de la Seguridad Social. Los Centros prácticamente no tienen riesgo financiero.

\* Aunque ahora no se llaman "concursos públicos", la contratación externa de bienes y servicios está sujeta a la legislación sobre Contratación de las Administraciones Públicas (garantizando, como es preceptivo, los principios de publicidad, concurrencia, delimitación del objeto contractual, etc.). En cualquier caso, Osakidetza no podría conceder servicios sanitarios a empresas privadas externas (sería el Departamento de Sanidad a través de Concursos).

En relación con la polémica suscitada sobre la contratación externa de la gestión privada de documentación sanitaria (el Hospital de Basurto la inició ya en el año 1995), lo que el Gobierno debería hacer público no es su confianza en el buen hacer de las empresas contratadas, sino explicar los medios que

pone para la tutela efectiva de la salvaguarda de la confidencialidad y las otras garantías que la ley establece.

\* La reforma ha pretendido introducir la competencia entre los Centros. Pero la dificultad que supone la regulación de un mercado artificial en el sector sanitario y la falta de rigor en su diseño ha generado "opacidades" y disfunciones. En la práctica no existe el "mercado" sino la "retórica" del mercado. Si a ello se suma la autonomía de los gestores y la indefinición ideológica (que no quiere decir que no exista implícitamente), a veces ha conducido a culturas gerenciales irresponsables.

\* El Departamento de Sanidad tiene la facultad de elegir entre proveedores mediante contratos-programa o mediante conciertos, si bien la Ley establece el carácter complementario de la provisión privada. Ahora bien, a veces da la sensación de que para justificar la concertación de servicios privados, cuya necesidad se establece por otras vías, se mantiene la ineficiencia en algunos servicios públicos.

### 5.2.- EL CONTRATO PROGRAMA

Una innovación en los sistemas sanitarios ha sido la introducción de un nuevo sistema de contratación. El Estado mantiene su función de aseguramiento y contrata a través de fórmulas de diferente naturaleza jurídica, convenios, conciertos, y también mediante contratos-programa. Las reglas de juego establecen la generación de competencia entre los centros creando un "mercado interno regulado". El papel regulador y financiador lo cumple el Gobierno (el Departamento de Sanidad en el caso del País Vasco), directamente o a través de sus delegaciones territoriales, y los proveedores de servicios compiten por obtener contratos. Estos se formalizan en los contratos-programa, documentos en donde se estipulan la naturaleza, condiciones y precio de los servicios.

En Atención Primaria del País Vasco vienen existiendo Contratos-Programa desde hace cuatro años. Es indudable que al principio ejercen cierto estímulo, puesto que polarizan la organización (sobre todo a la cúspide) hacia los indicadores por donde se mide el contrato. Las evaluaciones realizadas se refieren, sobre todo, al ámbito hospitalario, y los resultados se valoran en términos de costes. La experiencia en el ámbito del País Vasco parece decir que se trata de un impulso débil y su capacidad incentivadora se va reduciendo con los sucesivos ejercicios debido a varios factores:

\* El contrato-programa tiene poca trascendencia en los profesionales. Se trata, básicamente, de un juego entre los directivos. El modelo prevé incentivar la adhesión de los profesionales a los objetivos pactados en el Contrato-Programa a través de los llamados "Contratos de Gestión Clínica", que se firmarían entre los Centros de Salud y sus Direcciones. En éstos se desarrollarían los aspectos locales de la gestión y de las relaciones internas entre la gerencia y los profesionales. Sin embargo, el poco desarrollo que han tenido hace crecer la sospecha de que, más que un interés en un proyecto que

podría ser muy interesante, se trata de una mera utilización legitimadora de la retórica de la Gestión Clínica, sin mayor contenido.

\* Un aspecto importante que limita el funcionamiento del Contrato-programa es que las relaciones entre los agentes son de "gana-pierde". La regulación del mercado interno debería ser lo suficientemente objetiva para generar competencia real. En la práctica, el comprador puede romper las reglas cuando conviene a sus intereses, y el margen de negociación real se encuentra muy influido por el hecho de que agente contratador mantiene de facto una superioridad jerárquica con respecto al contratado (proveedor). Existe una miscelánea de anécdotas que apuntan a este hecho: desdichos frecuentes en las condiciones firmadas, cambios continuos en la valoración económica del contrato-programa durante el mismo ejercicio o resultados económicos favorables nunca recompensados.

\* Un tercer aspecto es que realmente no existe una "visión" del modelo funcionando en los servicios de Atención Primaria y menos aún en las zonas rurales. En contraposición con la Ley General de Sanidad (LGS), que se basaba en la cooperación entre instituciones estableciendo relaciones de complementariedad, coordinación y mutua dependencia, la LOSE pretendería generar los cambios a través de la competencia entre centros. Pero existen dudas razonables acerca de la idoneidad de esta estrategia en el caso de la Atención Primaria. Se crea competencia donde se puede, no donde se quiere. El "mercado" se encuentra muy condicionado por la accesibilidad geográfica y el monopolio que cada centro ejerce sobre su Zona de Salud. Pero, además, existe una escasa diferenciación de servicios entre los centros de Atención Primaria. Y el modelo de competencia por los clientes (y los contratos), máxime cuando paga un tercero, exigiría el desarrollo incrementalista del catálogo actual de servicios (¿Hasta qué punto entra en contradicción con el propósito implícito de limitar la oferta pública?). La introducción de mecanismos de competencia, tal como se está realizando, ensalza el papel preponderante y director de los hospitales y se establece "de facto" un papel secundario de los servicios de AP.

\* En cuarto lugar, y es uno de los aspectos más trascendentales, la tendencia a buscar soluciones sencillas para problemas complejos. Una solución sencilla consiste en que en la compra de los servicios prime únicamente el costo económico (que no la eficiencia), minusvalorando otros aspectos, como son las orientaciones del Plan de Salud. La "mecánica" del mercado, la competencia y los contratos-programa se pueden mantener, pero tanto los compradores como los proveedores tienen menos problemas si se obvian las implicaciones que suponen la orientación de los servicios a las necesidades y prioridades, la efectividad de las intervenciones, la cooperación intersectorial en el marco socio-sanitario, o las opiniones de los ciudadanos. Todo ello hace complejo el proceso porque exige un sofisticado sistema de información, un esfuerzo presupuestario, un complejísimo desarrollo técnico, y una gran madurez personal y organizativa. Mientras tanto, las prioridades en los Contratos-Programa de Atención Primaria parecen encontrarse en el cumplimiento del presupuesto farmacéutico y de sustituciones del personal.

\* En quinto lugar, la confección del presupuesto de los centros no ha variado en gran medida. El volumen de las partidas presupuestarias prácticamente vienen obligadas por dos motivos: por un lado, el peso que suponen los gastos fijos y las tendencias históricas, y por el otro, el hecho de que los Centros no podrían sobrevivir sin los contratos-programa y el Gobierno no podría encontrar alternativas para la provisión de servicios. Por lo tanto no se trata de "medir el tamaño del sombrero" sino más bien de "buscar la percha en donde colgar un sombrero que ya tenemos en la mano".

Gran parte del presupuesto se realiza en bloque, según un criterio caputivo. El establecimiento de un presupuesto adicional según el logro de objetivos de la "cartera preferente" se realiza asignando un precio a un baremo de puntos de tal forma que, para el conjunto del sistema, la suma total no sería mayor que el presupuesto histórico. Pero si fuera deficitario, la diferencia también se compensa mediante un concepto colchón llamado déficit por estructura. A la larga, las exigencias incorporadas en los contratos tienden a ser menos discriminativas y la subvención a los gastos estructurales ineficientes o injustificables se sostiene diluyéndose en el conjunto.

\* Tampoco ha habido una modernización de instrumentos acorde con la nueva cultura organizativa. Al contrario que en los hospitales, en la Atención Primaria los sistemas de información para la gestión se han deteriorado y, en muchos casos, no se han introducido sistemas de incentivos. La introducción cuasi experimental de la informatización de en las Consultas no ha sido generalizada, y, como ya se ha mencionado, la Gestión Clínica es únicamente un argumento retórico.

### 5.3.- LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN

La introducción de elementos de participación de los profesionales sanitarios en la gestión responsable de los recursos es un elemento considerado imprescindible en cualquier propuesta de reforma. La mayoría de las innovaciones organizativas que se están desarrollando las diferentes Comunidades Autónomas tienen una tendencia descentralizadora hacia la llamada "autonomía de gestión". Dado que es en el nivel más operativo en donde residen los conocimientos específicos para ofrecer servicios profesionales con calidad y eficiencia, y dado que gran parte del gasto se decide en este nivel, se trata de agrupar y delegar a los profesionales la capacidad de decisión y control sobre los aspectos clínicos y profesionales. Paralelamente, la descentralización de la gestión debería permitir a la organización mejorar la toma de decisiones, liberando a la alta dirección de actividades rutinarias y teniendo así más campo para tareas estratégicas.

Aunque la descentralización y la autonomía son conceptos que "a priori" tienen consideración positiva, puesto que forman parte de los valores que consideramos deseables, la motivación principal que ha impulsado las reformas de todos los países ha sido la preocupación por la escalada de costes sanitarios. En este marco, la autonomía de gestión no se entiende como la satisfacción de una necesidad humana. Se trata, más bien, de un

instrumento para facilitar la competencia de los centros en un mercado regulado. Por lo menos en parte, lo que se espera de la reforma es que sirva para controlar el gasto. Es verdad que, además, se espera que contribuya a mejorar la eficiencia, la calidad, la motivación profesional, y, finalmente, la salud pública. Pero, básicamente, los cambios no los han provocado estos motivos.

No conocemos en qué medida la contención del gasto puede derivar en problemas de equidad o de calidad, y cómo afectaría al nivel de salud de las clases sociales más desfavorecidas, como ya han señalado algunos estudios en otros ámbitos. Aunque las evidencias son ciertamente controvertidas, no por ello ha de dejar de señalarse que el riesgo existe, y que la autonomía de gestión no debería implicar el repliegue de la Alta Dirección y las Gerencias de los centros públicos de la salvaguarda de aquellos fines que no son de orden estrictamente económico. La responsabilidad pública no se debería descentralizar.

Una autonomía de gestión responsable requiere el acercamiento de las culturas clínicas y de gestión. La llamada "Gestión Clínica" es el instrumento que permitiría realizar el proceso de forma controlada, facilitando la introducción de nuevos métodos de trabajo basados en una aplicación más rigurosa del conocimiento científico y del trabajo en equipo. Pero esto conlleva gran complejidad.

En primer lugar, la Gestión Clínica exige el desarrollo de una tecnoestructura que sostenga un sistema de información sofisticado e intensivo, que, más allá de los costes y la actividad, garantice la pertinencia de la información necesaria para los profesionales. En segundo lugar, se necesita que el Sistema introduzca mecanismos de reconocimiento profesional incentivadores de los resultados deseables, evitando recompensar de forma estereotipada (a menudo por hacer lo contrario de los que se desea). Y, finalmente, es necesario un estilo de gestión comprometido, que renuncie a estilos manipuladores o autocráticos, que apoye realmente esa descentralización de poder, desarrollando lealtad hacia los fines de la organización por parte de los profesionales, y que prescinda de la utilización retórica del lenguaje propio del "Management Care" con intención meramente legitimadora.

En toda organización los diferentes agentes y partes ejercen presión según sus intereses, y eso produce tensiones centralizadoras y descentralizadoras. El grado de descentralización depende del resultado de las distintas fuerzas. Como consecuencia de la imposibilidad de que la mecánica administrativa, por sí sola, tenga capacidad para conseguir los cambios que las innovaciones organizativas pretenden, hace falta personas que lideren (empujando más que guiando) a la organización. De esta forma se han incorporado al mundo de la gestión pública instrumentos y, sobre todo, valores de la empresa privada, dotando a los directivos de mayor autonomía y más arbitrariedad y poder de decisión. De esta forma se pierde cierta transparencia, ampliando la confianza en el buen hacer de los gestores, pretendiendo alejar la gestión técnica de la política, en aras de una mejora general de la eficiencia.

Pero, paradójicamente, la tendencia habitual de un modelo de gestión empresarial es básicamente centralizador, puesto que la alta dirección se esfuerza en garantizar la dirección y el control, y necesita supervisar directamente muchas decisiones, fundamentalmente las de trascendencia económica. Además, la gestión pública se encuentra muy influida por el nivel político, por lo que se incentivan los resultados a corto plazo y se buscan actitudes preventivas ante las consecuencias públicas que pueden tener las iniciativas innovadoras. Y el poder que ganan unos suele ser a costa de los otros.

Este análisis llevaría a pensar que, si no se ejerce un fuerte control estratégico de los cambios, podrían existir contradicciones en las innovaciones organizativas que se han emprendido. Se pretende que, en una organización con un estilo de dirección empresarial (gerencialista), los profesionales reciban mayor poder de decisión. Para ello se crearía un poderoso equipo de tecnoestructura que sostenga sistemas de información y rutinas protocolizadas según modelos de Case-Mix y de Gestión Clínica. Los directivos intermedios ganarían también poder para poder así competir entre ellos en un mercado artificial, que a su vez estaría regulado y controlado por una cúspide estratégica que en gran parte está dominada por el interés político. Y todo ello para ofertar mejores servicios al ciudadano. Sobre el papel todos los agentes ganarían. ¿Es esto factible?

#### 5.4.- MÉDICOS GESTORES DE FONDOS

Aunque no parece que por el momento vaya a desarrollarse en nuestro país, uno de los mecanismos de delegación de poder más innovadores es el desarrollado en el Reino Unido a través de la creación de los médicos gestores de fondos (G.P. Fund Holders), semejante en algunos aspectos a los HMO (Health Maintenance Organizations) de EEUU. En resumen, se trataría de asignar al médico general (o a un grupo de médicos generalistas) el papel de comprador de servicios. La Atención Primaria se constituiría así en el eje sobre el que gira el sistema.

Este modelo asigna un nuevo papel central a los médicos generales, puesto que se convierten en agentes de los pacientes a su cuidado y en la práctica son los garantes de la atención sanitaria, tanto para el ciudadano como para la administración sanitaria. El médico coordina y gestiona los servicios que necesitan sus pacientes en función de sus necesidades. En el caso de los EEUU se limita la discrecionalidad del paciente, y también la del médico, en función de los límites impuestos por el sistema o seguro. Los servicios especializados (e incluso los servicios sociales) deben competir así por conseguir los contratos con los médicos generales, ofreciendo mejores condiciones para los pacientes y para aquellos, diversificando y mejorando la oferta (listas de espera, capacidad de absorción de nuevos casos, acceso a medios diagnósticos, información clínica, formación...). De esta forma, la Atención Primaria maneja mucho más volumen presupuestario, adquiere mayor autonomía de gestión y, también, mucha influencia.

Sin embargo, de la misma forma que se descentraliza poder, también se traslada riesgo. Estas reformas se vienen realizando buscando mejoras en la eficiencia general de los sistemas, para lo que se asigna a la Atención Primaria un papel central en la contención de costes. Como consecuencia, en la literatura se han descrito dos importantes efectos indeseables

Por un lado, como ya se ha dicho, la Atención Primaria adquiere un nuevo papel de control de costes. El médico asume riesgos mediante la sujeción a un contrato que estipula un pago capitolativo o por cuota fija. Debido a ésta limitación y al hecho de que las consecuencias económicas son repercutidas sobre la nómina del médico, la necesidad de reducir costes puede condicionar en gran medida tanto la cantidad como la calidad de los servicios. Ésta situación requeriría un control estrecho de la atención prestada por los médicos generales.

Además, en países como el Reino Unido, donde la reforma no se ha implantado en la totalidad del sistema, la calidad, variedad y oportunidad de la oferta de servicios recibido por el nivel especializado dependen en gran medida del incentivo económico que reciban de su médico generalista. Una vez asegurado el fondo para atender pacientes del modelo tradicional, el cual se encuentra englobado en un presupuesto fijo, se vienen realizando prácticas de selección de casos y se han priorizado ingresos de pacientes atendidos por médicos "fund holders" que atraen ingresos económicos extraordinarios. Ésta situación genera graves desigualdades en la atención prestada a los ciudadanos en función de las características del médico general que los atiende. De la gravedad de este hecho da cuenta la existencia de varias publicaciones donde se aportan resultados de esta iniquidad en términos de salud.

En los países en donde las reformas en este sentido van más avanzadas, existe un movimiento de médicos generales que postula la insuficiencia de los principios del mercado para mejorar la práctica de la Atención Primaria. Para mejorar la oferta sanitaria se ha propuesto el establecimiento de redes de colaboración, así como la integración vertical de servicios con el nivel especializado. Algo que, en nuestro caso, sería congruente con lo dispuesto en el Título III y, específicamente en el artículo 65 de la Ley 14/86, General de Sanidad: cada Área de Salud estará vinculada a un hospital general y, en todo caso, se establecerán las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Mintzberg y la Dirección: Henry Mintzberg. Madrid.Ed. Díaz de Santos. 1991.
2. Repullo Labrador, José R. "Compra de servicios y contratos: balance del experimento del mercado interno británico". Revista de Administración Sanitaria Julio/septiembre 1998; Volumen II, número 7: 39-63.
3. Warren, G. y Duroso, J. "El desarrollo de los médicos generales gestores de presupuesto y el mercado interno en el Reino Unido". Cuadernos de gestión Abril-Junio 1995; Volumen 1, número 3: 45-54.
4. Vicente Ortún- Juan Gervás: Objetivo 28. Atención Primaria de Salud. Documento APSespas.
5. Starfield, B. "Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria". Conferencia presentada en las 1es. Jornades Tècniques de Recerca en Atención Primaria. Sitges, 3-4 julio de 1997. Cuadernos de Gestión Octubre-Diciembre 1997; Vol 3, número 4: 201-210.
6. Ortún Rubio, V. "La atención primaria, clave de la eficiencia del Sistema Sanitario". Jano Extra diciembre 1995; Vol XLIX, número 1148: 1597-1602.
7. Gómez Martínez, J.C. "Managed Care: un nuevo concepto de gestión sanitaria". Cuadernos de gestión Enero-marzo 1999; Volumen 5 número 1: 5-12
8. Prieto Orzanco, A. "Gestión de los equipos de atención primaria". Medifam 1997; 7(1): 31-36
9. Ortún, V. y Gervás, J. "Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria". Med.Clin (Barc)1996; 106: 97-102.
10. Solans, P. y Rodríguez Latre, L.: "La atención compartida entre la atención primaria y el hospital". Cuadernos de gestión Julio-Septiembre 1996; Volumen 2, número 3: 150-158.
11. Corbella, A: Seguimiento del contrato de servicios de Atención Primaria: consideraciones, premisas y propuestas. Cuadernos de gestión, volumen 3, Nº 4, Octubre-Diciembre 1997, 211-216.
12. Gervás, J. y Pérez Fernández, M. "Propuestas para mejorar el modelo español de atención primaria". Cuadernos de gestión Julio-Septiembre 1996; Volumen 2 número 3: 131-139.

13. Segovia Pérez, C. "La cartera de servicios: comparaciones del producto de cobertura". Cuadernos de gestión Julio-Septiembre 1998; Volumen 4 número 3: 132-143
14. García de Ancos, J.L. "¿Nueva atención primaria ó nueva burocracia para el Servicio Nacional de Salud británico?" Cuadernos de gestión Julio-Septiembre 1998; Volumen 4 número 3: 115-118
15. Costa Zamora, P, Cortés Rubio, J.A.: La función directiva en el Centro de Salud: coordinador versus director. Centro de Salud, Marzo 1999, 147-149.
16. López.Casasnovas, G. "Una guía de navegación para ordenar y clarificar el debate sanitario". Gac. Sanit. 1999; 13 (3): 226-232
17. Martínez Olmos, J. "Reformas sanitarias en Europa: elementos comunes y diferencias". Cuadernos de gestión Octubre-Diciembre 1998; Volumen 4, número 4: 173-179.
18. García Olmos, L. y Minué Lorenzo, S. "La medida del producto de atención primaria". Cuadernos de gestión Octubre-Diciembre 1998; Volumen 4, número 4: 191-199.
19. Meneu, R: Capítulo 31: Calidad asistencial y adecuación tecnológica
20. Jiménez Palacios, A. "La productividad variable en atención primaria: la experiencia del área sanitaria 10 de Madrid. Revista de Administración sanitaria Enero/Marzo 1997; Volumen I, nº 1: 59-75
21. Del Llané Señasis, J., Ortún Rubio, V, Martún Moreno, Jose M<sup>a</sup>, Millán Núñez-Cortes, J., Ciené Badía, Joan. Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos
22. Saltman, R., Figueras, Josep. Reforma sanitaria en Europa: Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo.1997.
23. Larizgoitia, Y. "Una reflexión sobre la atención primaria y su relación con la necesidad sanitaria, demanda y utilización". XIX Jornadas de Economía de la salud "Nuevas aproximaciones al problema de la desigualdad", 4-6-99
24. Cebrián, C, Busquet, J, Beltrán, A, Ruiz, J., Burillo, J., Esteban, I., Félez, P y Bendicho, C. "Cogestión ¿etapa ó meta?" Cuadernos de gestión Enero-Marzo 1999; Volumen 5 número 1: 25-30
25. Borrel i Carrió, F. "La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta". Cuadernos de gestión Octubre-diciembre 1996; Volumen 2 número 4: 225-231

26. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo Delphi. Cuadernos de gestión para el profesional de Atención Primaria 1999. Volumen 5 Suplemento 1
27. Aranda Regules, J.M.: Nuevas perspectivas en Atención Primaria de salud Una revisión de la aplicación de los principios de Alma Ata. Ed. Díaz de Santos. 1994.
28. De Manuel Keenoy, E, Oleaga Usategui, J.L. "Los sistemas sanitarios". Manual de Atención Primaria. Edic. Doyma. 2ª Edición 1989: 16-39
29. Martín Zurro, A. "El equipo de Atención Primaria". Manual de Atención Primaria. Edic. Doyma. 2ª Edición 1989: 57-68
30. Cierré Badia, J y Durán Navarro, J. "Gestión en Atención Primaria". Manual de Atención Primaria. Edic. Doyma 2ª Edición 1989: 69-81
31. Larizgoitia Y, Rodríguez, J.R., Granados Alicia ¿Cómo se toman las decisiones clínicas en Atención Primaria? Opinión de los profesionales. Coopers & Lybrand y Agència d'Avaluació de Tecnologia Médica. Barcelona 1997.
32. Gervás, J. La reforma psocialista de la Atención Primaria: una oportunidad perdida. Cuadernos de Gestion. 1996. 232-233.
33. Irigoyen, J. "La crisis del Sistema Sanitario en España"
34. Decreto 175/1989 de 18 de Julio del País Vasco. BOPV nº 149, 4 agosto
35. Broggi Trias, Marc Antoni "¿Consentimiento informado ó desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med. Clínica (Barc) 1999; 112: 95-96
36. Simón Lorda, Pablo "Aplicaciones del consentimiento informado a la práctica diaria". Documento de II Encuentro de Bioética en Atención Primaria. Zaragoza, 29 y 30 de marzo 1998.
37. Simón Lorda, Pablo. "El Consentimiento Informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias". Medifarm 1995; 5 (5): 26-27
38. Gracia, Diego. Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema, 1989
39. Couceiro, Azucena. Bioética para clínicos. Ed. Triacastela, 1999.
40. Gracia, Diego. Planteamiento general de la Bioética.
41. P. Simón Lorda, R. Ines, P. Barrio Cantalejo. "Un marco histórico para una nueva disciplina : la bioética".

42. Drane, James F. "Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud". Bol Of Sanit Panam 108 (586), 1990
43. Drane, James F. "Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud". Bol Of Sanit Panam 108 (586), 1990
44. Larizgoitia, I.: "Algunas notas sobre la Organización de la Atención Primaria en otros Sistemas de Salud". OP-Koadernoak- Cuadernos de Salud Pública Nº 18. Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco. Mayo 1998. p. 8-11
45. Silió, F. y Martín J.: "Reformas en el Sistema Nacional de Salud. La búsqueda de la eficiencia". OP-Koadernoak- Cuadernos de Salud Pública Nº 18. Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco. Mayo 1998. p.12-17
46. Mintzberg, Henry:"El Poder en la Organización". Ariel Economía. Barcelona 1992. p. 317-324
47. Ley 8/1997 de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi.
48. Ortiz, Amaia: "Modificaciones en el régimen jurídico del personal". OP-Koadernoak- Cuadernos de Salud Pública Nº 18. Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco. Mayo 1998. p.36-40
49. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
50. Navarro, Vicente: "El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar, y su relevancia en España". En: Salud 2000. Año X, Nº 55. Febrero 1996. p 5-11.
51. López Casanovas, G.: "Organización y Eficiencia en la producción de los Servicios Sanitarios. En: "Gestión Clínica. Innovaciones y Desafíos". Juan del Llano et al. Ed: Masson S.A. Barcelona, 1999.
52. Ibern, P y Meneu, R.: "Managed Care y Gestión de la utilización". En: "Gestión Clínica. Innovaciones y Desafíos". Juan del Llano et al. Ed: Masson S.A. Barcelona, 1999.
53. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco-Osakidetza/SVS: "Osasuna Zaiduz. Estrategia de Cambio para la Sanidad Vasca". Vitoria-Gasteiz, 1993.
54. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco-Osakidetza/SVS: "Gestión Clínica". Serie Osasuna Zainduz Nº 8. Abril, 1997.
55. Proyecto de RD. sobre Fundaciones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999

56. "Proyecto Plan de Salud. Guía para la contratación territorial de servicios de salud. Serie Osasuna Zainduz nº 4. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 1995.
57. Borrador de Contrato de Gestión Clínica 1999. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Comarca de Bilbao. Enero 1999.