

INNOVACIONES ORGANIZATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: LÍNEAS DE FUTURO

Pedro Valdés Larrañaga

Comunicación presentada en las XI Jornadas de Medicina de Familia y Comunitaria.
Organizadas por Osatzen en Vitoria-Gasteiz, 14-15 de mayo de 2009

Resumen:

Se prevé un gran incremento de las enfermedades crónicas fundamentalmente debido a las previsiones demográficas según las cuales nos consolidaremos como una de las poblaciones más envejecidas del mundo. El sistema sanitario sigue organizado de forma alejada de los cambios demográficos y epidemiológicos habidos en los últimos años. Se están generando movimientos que proponen reconfigurar el modelo de atención según otros esquemas. Sería necesario construir un sistema planificado con un enfoque proactivo, con una visión de conjunto enfocada a la salud poblacional, apoyado con sistemas de información y herramientas de ayuda a la decisión clínica robustos, con mayor continuidad entre las diferentes estructuras que prestan servicios, e invirtiendo en educación sanitaria y dando soporte al autocuidado por parte de los propios pacientes. En la actualidad la atención integrada y los modelos de atención a pacientes crónicos están abriendo paso a una nueva era de modelos de gestión e innovaciones organizativas en los servicios de salud. Si el Ente Público Osakidetza ambiciona constituirse como “referente en innovación social, tecnológica y organizativa”, deberá impulsar la transformación del modelo de asistencia sanitaria al igual que lo han hecho otras organizaciones sanitarias innovadoras desde finales de la década de los noventa.

Estas XI Jornadas de Medicina de Familia y Comunitaria organizadas por Osatzen con el título “Por la Innovación” son especialmente pertinentes, dado que precisamente el Parlamento y el Consejo Europeos declararon al 2009 “Año Internacional de la Creatividad y la Innovación”. La celebración de este Año Europeo es una excelente oportunidad para situar la innovación en la agenda diaria de nuestro país, fomentar el debate político, aumentar el interés de las organizaciones por el cambio, y consolidar la imagen de la innovación como actividad generadora de desarrollo y calidad de vida

Experiencias anteriores en innovaciones organizativas

Los sistemas sanitarios forman parte de los llamados “sistemas adaptativos complejos” y constituyen uno de los ejemplos de sociedades humanas más intrincadas. Se basan en reglas internas a menudo implícitas y presentan límites difuminados. Se organizan y van evolucionando como resultado de los requerimientos y presiones que actúan sobre ellos, y la interacción conduce continuamente a nuevas conductas emergentes de resultados a veces difícilmente previsibles. Los agentes y el sistema se adaptan mutuamente con tensiones y paradojas que no siempre pueden ser resueltos. El impacto de los diferentes factores y la respuesta en cada sistema sanitario son propios de cada época y, en general, forman parte de amplias corrientes internacionales. La innovación, en este contexto, reside en la capacidad que tienen los servicios de identificar y responder a los cambios que se producen en el entorno, adaptándose para poder producir programas asistenciales que respondan a estas modificaciones. Podemos tener la certeza de que nuestro sistema deberá enfrentarse en el futuro a graves problemas y estará sometido a importantes presiones a las que inevitablemente deberá hacer frente.

La mayoría de nosotros ya hemos comprobado que son frecuentes las circunstancias en que la respuesta de los servicios a las necesidades es inadecuada o insuficiente, y que los cambios organizativos no son una tarea sencilla. No existen recetas para garantizar el éxito de la innovación en cualquier circunstancia. Como resultado de la coyuntura histórica, hemos vivido anteriormente innovaciones organizativas. Podemos recordar la etapa de la llamada “primera reforma” en los años ochenta, inspirada en los principios de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, e impulsada por amplios sectores profesionales. Pretendió modificar una situación previa de escasez de recursos, orientación a la enfermedad, eficacia limitada, desprestigio social y profesional y falta de legitimidad política. En esa época se produjo una gran innovación tanto de la Atención Primaria (AP) como de la Especializada (AE). Fueron creados los Centros de

Salud y los Equipos de Atención Primaria dotados de nuevos estamentos y diseñados bajo una base territorial (Zonas de Salud). Fue creada la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la modalidad de Enfermería de AP y se publicó la Ley 14/1986 General de Sanidad. Se produjo también la innovación organizativa de la AE vinculando jerárquica y funcionalmente los servicios extrahospitalarios especializados con los hospitales de las Áreas de Salud. Recordamos también de forma agrídice la época de los intentos vacilantes de programación sanitaria, los diagnósticos de salud, el desarrollo de los programas de atención, etc. Hay que subrayar que en aquella reforma estaba especialmente acentuado el valor de la cooperación entre los agentes (trabajo en equipo, coordinación, multidisciplinaridad,...). Fue a principios de los noventa, tras la transferencia de los servicios sanitarios del INSALUD, cuando fueron realizadas modificaciones importantes que hoy nos parecen evidentes, como la Cita Previa, la Universalización de la asistencia, el Programa Dental Infantil, la Carta de Derechos y Deberes, la Tarjeta Individual Sanitaria, etc.

Vivimos posteriormente a mediados de los noventa, otro gran intento de innovación organizativa: la llamada “segunda reforma”, tras la publicación del Proyecto de Reforma del Sistema Nacional de Salud, el llamado “documento Abril”. Un proyecto inspirado en las corrientes neoliberales de la época que en el País Vasco, tras la publicación de la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi, tomó características particulares con el nombre de “Osasuna Zainduz”. Proponía consolidar un sistema cuyos objetivos eran la Universalidad, la Solidaridad, la Equidad y la Calidad, aunque el fin primordial se desvirtuó, realizando en la práctica la Eficiencia como valor fundamental, intentando contener el gasto sanitario sin atentar contra los otros objetivos, al menos intencionadamente. En este caso se apostó por la introducción de importantes cambios en la organización. Un cambio de roles, intentando la separación de funciones entre el regulador-financiador-comprador (Gobierno), y los agentes proveedores (Organizaciones de Servicios públicos y privados), el intento de crear un teórico “mercado interno regulado”, y la contratación como instrumento para establecer relaciones entre los diferentes agentes, que deberían competir por obtener contratos con los que financiarse. Ha sido en este marco y en las diferentes Comunidades Autónomas en donde han florecido nuevas experiencias y modalidades jurídicas y organizativas de escasa fundamentación científica en general, dando pie a la aparición de múltiples formas nuevas de gestión: Entes y Empresas públicas de derecho privado, Consorcios, Institutos y Fundaciones, Agencias, Cooperativas, Entidades de Base Asociativa, etc.

Por qué es necesaria la innovación

Como ya se ha dicho, existe una complejidad intrínseca al propio sistema sanitario. Un sistema abierto que debe planificar, establecer prioridades en salud, ofertar los servicios y garantizar el control presupuestario en un marco de ambigüedad, de inestabilidad, de contradicciones cambiantes e incluso de irracionalidad. No es difícil ilustrarlo. Podemos citar, por ejemplo, cómo el establecimiento formal de la cartera de servicios en el nivel estratégico con frecuencia no se corresponde en el encaje táctico con la práctica asistencial, que supera en la realidad los límites normativos. Cómo, y especialmente en la AP, existe una notable dificultad para definir el producto de la atención o precisar el propio proceso asistencial, lo que complica la gestión adecuada de la calidad. Cómo la acelerada renovación por obsolescencia de los equipos o el impacto que los cambios tecnológicos provocan modificaciones de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no siempre son consecuentes con los dictámenes de los Servicios de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Cómo existen presiones permanentes de los diferentes agentes dentro y fuera del sistema que impiden alcanzar una adecuación organizacional y profesional estables. O cómo, sin agotar aquí los ejemplos, los servicios públicos continuamente soportan la repercusión de costes del sector privado por la selección adversa de riesgos, inducción de prescripciones, etc.

Simultáneamente a todo ello, se está produciendo un cambio drástico en la condición del propio cliente de los servicios. Podemos decir que Euskadi, según nuestro patrón demográfico, es y será un país para viejos. Contamos con una tasa de natalidad que está en la cola de los países europeos UE-27, y con un envejecimiento poblacional acelerado que alcanzaba en 2006 un promedio en la esperanza de vida de 80,8 años (78,3 años en el caso de los varones y 85,6 en el caso de las mujeres). Nos consolidamos como una de las poblaciones más envejecidas del mundo donde las mujeres superan ya la esperanza de vida de los 27 países de la UE según los datos hechos públicos por el Instituto Vasco de Estadística. Paralelamente contamos con una cobertura sanitaria altísima, casi totalmente universalizada.

Por otra parte, las necesidades de salud han ido cambiando. Se han producido cambios en la morbilidad atendida: aparición de nuevos procesos, reactivación de otros, modificaciones de la historia natural de las enfermedades, incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como nuevas epidemias. Si hace un siglo el objetivo prioritario de atención eran las enfermedades infecciosas, y entre 1950-2000 la atención se enfocó prioritariamente al abordaje de los “episodios” demandados, en el presente siglo XXI la prevalencia de enfermedades crónicas y las necesidades de atención derivadas de este hecho están aumentando de forma destacada.

Las expectativas y exigencias de los ciudadanos también han cambiado. Por una parte cada vez se exige más flexibilidad, rapidez y comodidad de acceso, tiempo suficiente de dedicación, garantía de una efectiva libertad de elección de médico y mantenimiento de relaciones continuadas con los profesionales. Por otra parte, el modelo de relación se ha hecho más horizontal, con los ciudadanos más informados y exigentes buscando un marco más participativo con mejora en las capacidades de elección. Se exige respeto a la autonomía del paciente, con oferta de información, opinión y lealtad profesional. Además los ciudadanos demandan a los profesionales un papel de orientación y gestoría de sus problemas de salud, así como de coordinación entre niveles, y reclaman continuidad y seguridad en la atención en todo el sistema socio-sanitario. Igualmente desean estándares de calidad técnica más elevados, cuidados adecuados a sus necesidades y una buena gestión de sus problemas de salud cuando sobreviene la enfermedad. Nuestro sistema debe adoptar, también, estrategias adecuadas para hacer frente a los perfiles sanitarios de las crecientes poblaciones inmigrantes, procedentes de diferentes países, lenguas y culturas, con muy distintas expectativas respecto al sistema sanitario, y en general de menos recursos.

Por otra parte, con frecuencia los ciudadanos se hacen eco tanto de la información y propaganda pública como de las estrategias del sector privado. En ambos casos se transmiten mensajes inductores de consumo de servicios a veces imprudentes, creando expectativas desproporcionadas, ofreciendo un abanico de promesas que crece de forma ilimitada, extendiendo la impresión de infalibilidad respecto al poder de la ciencia y la medicina, inventando nuevas enfermedades o pre-enfermedades, medicalizando situaciones connaturales de la vida humana, o garantizando situaciones utópicas (prolongamiento de la vida, rechazo a la enfermedad y la muerte, juventud, felicidad, supremacía de la tecnología y de la medicina...). Y la Sanidad como sucedáneo del “Parque temático”: *vivir la experiencia de montarse en todas las atracciones*. Hay que destacar asimismo la percepción de nuevas amenazas para la sostenibilidad y legitimidad del sistema público que deriva en la necesidad de satisfacción de las clases medias, a veces de forma dudosamente racional, para evitar su fuga al sector privado.

En lo referente a la morbilidad, se prevé un gran incremento de la patología crónica fundamentalmente debido a las previsiones demográficas. Sirvan como ejemplos la prevalencia de la Diabetes Mellitus, que prácticamente se ha doblado en los últimos diez años, pasando de un 6% a un 12%. La Insuficiencia Cardíaca, que va en aumento debido al envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de los pacientes con función ventricular alterada tras un IAM, suponiendo en la actualidad el 6,8% en mayores de 45 años y se eleva al 16% en los mayores de 75. El Ictus, que constituye un problema de salud pública de primer orden en la actualidad, cuya prevalencia en población mayor de 65 años puede estimarse cercano al 7%, siendo la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta. O la cronificación de múltiples patologías que anteriormente representaban una alta letalidad y que en la actualidad, mediante los formidables avances diagnósticos y terapéuticos, permiten la supervivencia de muchas personas que precisarán cuidados de forma indefinida (neoplasias, malformaciones y trastornos congénitos, enfermedades neurológicas, degenerativas, infecciosas, etc.)

Pero merece la pena resaltar aquí que las dos enfermedades más prevalentes en el futuro próximo no serán ninguna de las patologías crónicas más conocidas (diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC,...) sino las nuevas entidades derivadas de dos circunstancias generales: la comorbilidad y la yatrogenia (B. Starfield). En las personas de más edad la comorbilidad es una regla más que una excepción. El envejecimiento poblacional implica inevitablemente el aumento de la morbilidad, y también la coexistencia en una misma persona de varias enfermedades. En Europa los estudios indican que más de la mitad de los adultos padecen al menos una enfermedad crónica, siendo habitual el perfil del paciente con dos o más enfermedades. Y la expresión en forma de

morbilidad, disfuncionalidad y discapacidad resultantes son la manifestación no sólo de la suma de las condiciones médicas específicas, sino de una gran variedad de circunstancias médicas y sociales que interaccionan entre sí. Este fenómeno debería abordarse como un proceso complejo de nueva naturaleza que exigiría por nuestra parte una atención diferente.

Por otra parte, la yatrogenia es el resultante de la intervención sobre una población envejecida y con comorbilidad, a lo que se añade la presión social creciente para la intervención de los sistemas sanitarios sobre los ciudadanos. El efecto cascada de la tecnología diagnóstica está bien documentado pero pobremente reconocido. Existe un peligro creciente en el aumento de efectos adversos producidos por intervenciones médicas y las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, incluyendo las farmacéuticas.

Aún reconociendo los espléndidos avances en asistencia sanitaria y la incuestionable ganancia de salud observada en las diferentes clases sociales, el sistema sanitario en grandes líneas sigue organizado y desarrollado de forma desacoplada con los cambios demográficos y epidemiológicos habidos en los últimos años, y es patente que muchos pacientes no están recibiendo la atención que precisan. Por mencionar algunos datos, en nuestro medio, las personas de la clase social más baja tienen una probabilidad tres veces mayor de percibir una mala salud que las de la más alta. En los varones menores de 65 años la mortalidad sigue un gradiente social de manera que la mortalidad en los grupos más desfavorecidos es un 56% mayor que en los más favorecidos. Con relación al programa de detección precoz del cáncer de mama, a pesar de que la tasa de participación es excelente (79,1%), persisten diferencias sociales relevantes en la realización de la mamografía: las mujeres de las clases más desfavorecidas siguen siendo las que refieren menor conocimiento del programa y una menor frecuencia en la realización de la exploración. Según la evaluación del Contrato-Programa (evaluación del PAP), en los pacientes diabéticos atendidos en el conjunto de Osakidetza el buen control de HbA1C (un prudente HbA1C <7,5%) se limitaba al 40% aproximadamente en 2006 y 2007. El buen control de la presión arterial en estos pacientes (objetivo conservador de 140/90 mmHg) era del 29% y se había realizado una revisión del fondo de ojo sólo el 33,2%. Como sabemos las enfermedades crónicas no terminan en su curación, pero deben ser prevenidas en la medida de lo posible, y deben cuidarse con eficacia, ya que con atención adecuada la vida de muchos pacientes podría ser prácticamente normal.

Simultáneamente, en estudios recientes se indica que el 75% de los reingresos dentro de los 30 días tras el alta hospitalaria podrían ser evitables con intervenciones para disminuir las complicaciones, mejorando la comunicación y educación durante el ingreso, ejerciendo una participación activa de los pacientes para promover una monitorización más estrecha, o mejorando la comunicación y colaboración con la AP después del alta. Esto significa un 13% de los ingresos en un hospital actual, siendo un alto porcentaje de estos pacientes enfermos crónicos que reingresan continuamente. Destinamos un presupuesto creciente al consumo de recursos cuyo impacto en la salud individual y colectiva es desalentador. El 80% de las consultas en AP tienen relación con las enfermedades crónicas, representando el 60% de los ingresos hospitalarios y el 70% del gasto sanitario.

No es posible resolver los problemas de hoy con las soluciones de ayer

Es indudable que nuestro sistema de salud no está orientado a este tipo de problemas. Está diseñado para una medicina de agudos, dirigido a las urgencias, al paciente indomable, a la reagudización o, en todo caso, a la asistencia del paciente crónico sólo en la medida en que éste tome la iniciativa de requerir atención a sus problemas. Presenta un enfoque meramente reactivo, con efectividad muy mejorable y gran variabilidad en la respuesta sanitaria. En la práctica el sistema sanitario (y el socio-sanitario) presenta carencias de comunicación, de continuidad, de coordinación e integración. Está demasiado fragmentado en estructuras y departamentos estancos que desencadenan duplicidades, demoras, ineficiencia, intervenciones inapropiadas, errores e insatisfacción.

Aquellos pacientes que precisan una atención por problemas complejos, los pacientes crónicos o discapacitados, los ancianos con limitaciones funcionales que cada vez más frecuentemente viven solos, las personas que generalmente más necesitan los servicios sanitarios, a menudo están forzados a “navegar” de forma insegura por un sistema que requiere que ellos

mismos coordinen pacientemente la respuesta asistencial de unos servicios que no están razonablemente organizados en torno a sus necesidades. En estas condiciones la AP se encuentra con demasiada frecuencia sesgada hacia la respuesta automática a la demanda espontánea y los tratamientos agudos, desatendiendo su compromiso con las funciones preventivas y de fomento, eludiendo su trabajo comunitario, empantanada en la banalidad y a la burocracia, y en donde el valor concreto que aporta al producto sanitario está mal identificado o no se conoce. Si a ello sumamos los múltiples problemas de uso inapropiado de servicios por infra y sobreutilización, en realidad estamos bastante alejados de la proclamada “excelencia”.

Además el problema puede haberse agravado cuando la aplicación de innovaciones centradas en la búsqueda de la eficiencia ha 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. Algunos autores señalan que las corrientes descentralizadoras incontroladas y la introducción de elementos de mercado en muchos de los procesos de reforma de los sistemas de salud de finales del siglo pasado en el ámbito internacional, han podido contribuir a una mayor fragmentación, o al menos a hacer más notorias las deficiencias en materia de coordinación.

Hay un aforismo que predice que los sistemas están diseñados para obtener el resultado que realmente alcanzan. Con el actual sistema no estamos consiguiendo aumentar suficientemente la efectividad de nuestras intervenciones y paralelamente los trabajadores sanitarios se sienten frustrados con crecientes sobrecargas de trabajo y tareas burocráticas o administrativas que van en detrimento del tiempo dedicado al paciente. Existen evidencias, aunque sean parciales, de la existencia de la llamada “ley de los rendimientos marginales decrecientes”. Cuando en países desarrollados se sobrepasa un determinado nivel de gasto sanitario, la inversión adicional no se traduce directamente en incrementos en salud y bienestar. En términos agregados, a partir de un punto el dinero destinado a la asistencia sanitaria se acompaña progresivamente de menores resultados al situarse en la llamada “parte plana de la curva”. En este nivel, se acentúa el impacto de la paradójica “Ley de cuidados inversos de la atención sanitaria” de *Tudor Hart*: *“el acceso a la atención médica de calidad se oferta en proporción inversa a su necesidad en la población, y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más fuertes”*. Por lo tanto, es indudable el interés en garantizar que el esfuerzo inversor, tanto en lo referente a tecnología médica o farmacéutica, como en la propia innovación organizativa de los servicios sanitarios, contribuya a la productividad y eficiencia del sistema, a fin de potenciar el estado de salud global.

Características de un nuevo modelo

Todas estas consideraciones están generando movimientos que proponen reconfigurar el modelo de atención según otros esquemas. En el actual modelo organizativo la fragmentación en sus componentes (hospitales, centros de AP, servicios sociales, familias y personas) subyace una lógica de gestión por estructuras en lugar de una gestión del “sistema” que lo hace incompatible con una buena atención al paciente crónico.. Hay una máxima que lo sintetiza: *“la vida todos los días te hace nuevas preguntas; tus respuestas no pueden ser siempre las mismas”*.

Sería necesario construir un sistema planificado con un enfoque proactivo, con una visión de conjunto enfocada a la salud poblacional, buscando resultados también cualitativos en el ámbito de las mejoras de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional, evitación de riesgos, etc. Un sistema fundado en mayor medida en la evidencia, y apoyado con sistemas de información y comunicación robustos, así como herramientas de ayuda a la decisión clínica, que garanticen la calidad y la seguridad del paciente. Aprovechando las potencialidades del trabajo en equipo multidisciplinar, con mayor continuidad entre las diferentes estructuras que prestan servicios, incluyendo el nivel intersectorial y con desarrollo de nuevos perfiles en las funciones asistenciales de los profesionales. Un sistema que sea evaluado y repensado continuamente, que identifique precozmente las “sorpresas” en la valoración de sus resultados y consecuencias indeseables que descubren con demasiada frecuencia las investigaciones en servicios de salud. Y, así mismo, invirtiendo considerablemente en educación sanitaria para conseguir la mejora de la salud de la población y dando soporte al autocuidado y una mayor participación en el control de su enfermedad por parte de los propios pacientes.

Pues bien, según algunos autores, cualquier modelo concebido de esta forma debería contemplar, al menos, las características que a continuación se describen de forma abreviada:

1. **Emprender un cambio del modelo organizativo y asistencial en todos los niveles**
2. **Establecer sistemas de información clínica y apoyos para la toma de decisiones**
3. **Promover relaciones con la comunidad y apoyo del autocuidado**

Cambio del modelo organizativo y asistencial

Existen una serie de elementos que implícita o explícitamente aparecen en casi todas las propuestas: visión sistémica de la organización, énfasis en la coordinación de servicios, enfoque hacia la salud poblacional y no a la exclusiva producción de “actividad sanitaria”, referencia a la atención centrada en el paciente y la continuidad de la atención, y la orientación a los resultados. Para todo ello se sugiere como una solución prometedora el desarrollo de una **integración de los servicios** que evite la fragmentación del sistema.

Sin embargo el concepto de “Atención Integrada” no es unívoco y en muchos debates la integración no está bien definida. Las experiencias que existen no han sido suficientemente estudiadas puesto que la mayor parte han sido evaluadas con una metodología de análisis económico etiquetado como débil, se ha centrado en medidas de proceso más que en medidas de resultado, y se han centrado, sobre todo, en la experiencia americana. Existe, en fin, incertidumbre sobre la escala necesaria para lograr una integración eficaz, pero, en general, los autores relacionan la integración asistencial con la eficacia y eficiencia de los sistemas sanitarios.

Existen lógicamente, diferentes niveles de integración de servicios. En el nivel organizacional estratégico (*macro-nivel*), puede consistir en fusiones “formales” de estructuras y procesos organizativos, o también en integraciones “virtuales” a través de redes, respaldadas por contratos o acuerdos menos formales, que vinculan entre sí a los diferentes estructuras proveedoras de atención sanitaria e incluso a la asistencia social. En ambos casos se comparten los valores esenciales de las organizaciones y los procesos de planificación estratégica. Con frecuencia se aproximan los marcos de relación, el sistema de pago y reconocimiento, los incentivos de calidad, las prioridades, y se apoyan en el desarrollo de la atención sanitaria.

Por otra parte, la integración del sistema asistencial en el nivel intermedio (*meso-nivel*) implica a estructuras y procesos organizativos o clínicos diseñados para permitir a los equipos y/o organizaciones trabajar en colaboración hacia objetivos comunes. Por ejemplo equipos de trabajo integrados con perfiles multidisciplinarios, redes de profesionales unidas y bien conectadas, Guías de Práctica Clínica conjuntas entre AP y AE, escenarios clínicos y tecnologías de la información compartidas, sistemas de administración de datos que apoyan el intercambio de procesos o de información, Gestión Clínica integrada entre niveles, etc. todo ello apoyado por la tecnología y la informática. También existen experiencias en el desarrollo de programas compartidos de “gestión de enfermedades” (disease management) aunque, en la práctica, el engarce organizativo matricial entre la organización de la AP y los otros niveles presenta múltiples interrogantes aún no resueltos.

Los efectos de la integración en los niveles superiores son propagados en cascada al lugar donde se vive la experiencia individual con el paciente. En el nivel operativo (*micro-nivel*) la integración se basa en la estrecha colaboración entre los diferentes profesionales y equipos necesarios para ofrecer una intervención efectiva y de alta calidad. Diversos autores y organizaciones encuentran una sólida asociación entre el afianzamiento de un sistema sanitario eficaz y eficiente con la profundización en una Atención Primaria “fuerte”. Hay estudios que demuestran que en los países con una AP más consolidada tienen menos costos y generalmente poblaciones más sanas según diversas medidas, así como menores desigualdades en la salud de sus poblaciones tanto a escala supranacional como regionalmente dentro de cada país.

Éste hecho se ha interpretado a menudo (y sobre todo en el nivel especializado) en el sentido de que lo realmente determinante es el papel de “filtro” de la AP. En modo gráfico, en el primer nivel se seleccionarían los casos de forma que sólo algunos pacientes tendrían el desdichado “mérito” de ser atendidos por un especialista hospitalario. Los casos más simples o banales serían resueltos en el primer nivel, y, gracias a ello, los especialistas pueden dedicarse a los casos más

complejos y severos. Este sería el esquema que aportaría la eficiencia al sistema. Un esquema que se ha demostrado demasiado mecánico y simple.

Gracias a diferentes autores (Barbara Starfield o Vicente Ortún entre otros) sabemos que la contribución del primer nivel a la “fortaleza” del sistema no depende exclusivamente de su existencia como mero “filtro”. La AP tiene la capacidad y la responsabilidad de coordinar una respuesta integral en todos los niveles. Decide en qué lugar del sistema sanitario debe realizarse la atención a un problema de salud, ofreciendo una respuesta a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y un extenso rango de patologías e intervenciones sanitarias. Pero para ser efectiva y eficiente en esa labor debe desarrollar adecuadamente al menos cuatro atributos claves: la **accesibilidad**, la **longitudinalidad** (atención regular a lo largo de toda la biografía del sujeto), la **integralidad de cuidados** (el catálogo y la calidad de los servicios), y la máxima **coordinación de la atención**, tanto a nivel horizontal, como con el nivel especializado. La coordinación, por lo demás, supone una armonía en las acciones comunes, la disponibilidad de información acerca de los problemas y los servicios ofrecidos y es esencial para lograr la integralidad de la atención y la consecución de los demás componentes. Las innovaciones que logren potenciar estos atributos fortalecerán la AP y al conjunto del sistema.

En el nivel operativo no es raro que como consecuencia de nuevos conocimientos, de los cambios en la morbilidad y en la demanda, así como de la valoración de la efectividad y eficiencia de las nuevas formas de atención, las tareas en el ámbito sanitario estén sujetas a una reflexión constante. En este nivel la mayoría de las innovaciones corresponden a las fronteras o interfaces asistenciales entre AP y AE, o entre la asistencia sanitaria y la socio-comunitaria. Un mecanismo de innovación destacado para la adaptación a las necesidades se basa en el **proceso de sustitución**, realizando cambios en las habilidades y roles profesionales mediante el relevo o reagrupamiento tanto funcional como de los recursos entre los distintos entornos asistenciales. La necesidad de actuar de puerta de entrada cualificada y la persecución de la continuidad e integralidad de los cuidados ha suscitado que se hayan venido produciendo diversos procesos de reagrupamientos de actividades. Algunas de ellas que se realizaban únicamente en el medio hospitalario han pasado a efectuarse en el medio ambulatorio, ó bien directamente en el domicilio del paciente. Bajo la categoría de “sustitución” pueden incluirse multitud de desplazamientos y reorganizaciones en la interfase AP y AE, en los patrones organizativos, terapéuticos, procedimentales, las cualificaciones profesionales, el equipamiento, la información, o en las propias instalaciones.

Muchas de las experiencias en el ámbito especializado se relacionan con el establecimiento de nuevos servicios acercando la asistencia a la comunidad, bajo la convicción de que será más costo-efectiva y más aceptable para el público que los patrones actuales de provisión de servicios hospitalarios (hay que decir que es una suposición no siempre confirmada). Por ejemplo: hospitalización domiciliaria, desarrollo de planes de alta precoz, planes de atención especializada desplazados a la comunidad,...). Los países en donde las reformas han avanzado más, se han desarrollado una serie de métodos para englobar la atención de salud compartida por parte de la AP y de la Especializada, el establecimiento de redes de colaboración horizontal, así como algún grado de integración vertical de servicios.

Por otra parte, las experiencias en el fortalecimiento de la AP se desarrollan en direcciones diversas: aumento de la oferta de servicios de AP, la incorporación de nuevos perfiles profesionales, el incremento del poder de la AP (por ejemplo mediante la capacidad de compra de servicios comunitario o especializados), o la asunción total o compartida de servicios y prestaciones que venía prestando la atención especializada o social. Los modelos de enfermería con nuevas responsabilidades están en el núcleo de muchas de las experiencias de atención integrada y con frecuencia asumen tareas expresas de coordinación entre niveles y continuidad de la atención, actuando como enfermeras de enlace o gestoras de casos. También se desarrollan nuevos perfiles profesionales con funciones educativas en AP, agentes comunitarios en salud, gestores de casos socio-sanitarios, coordinadores de cuidados, consejeros de salud para grupos de inmigrantes o minorías étnicas, etc. En este sentido, algunos estudios han demostrado que las intervenciones sobre procesos crónicos más satisfactorias incluyen un mayor papel del personal de enfermería, lo que no debe suponer una reproducción mimética del modelo médico.

Sistemas de información clínica y apoyos para la toma de decisiones

No vamos a dedicar mucho espacio en subrayar la relevancia que tiene la transferencia de información en la atención sanitaria. La Historia Clínica (HC) y los sistemas de información son los pilares sobre los que se sustenta. La HC constituye el almacén o depósito de memoria primordial para el trabajo clínico de los profesionales, es fuente de información acerca de la calidad de la asistencia prestada proporcionando importantes indicios sobre cómo mejorarla, sirve como instrumento de investigación, fuente de datos con finalidad epidemiológica y es un documento legal de gran importancia. La HC en formato electrónico (HCE) fortalece el conjunto de la organización porque favorece la coordinación entre los niveles asistenciales, facilita los procedimientos rutinarios como la repetición de órdenes de medicación, permite monitorizar la salud de las poblaciones, y es reconocida unánimemente como una de las claves para aumentar la calidad de la atención sanitaria.

La HCE constituye uno de los núcleos privilegiados en todos los ejemplos de innovación de servicios y es uno de los grandes retos de cualquier modelo avanzado. En ella, mediante la digitalización de documentos médicos se reúne la información generada por un paciente a lo largo de su vida, y está disponible de forma inmediata, pudiendo ser compartida por los profesionales de todos los niveles de atención y en diferentes localizaciones mediante la interoperabilidad de los sistemas. Aunque pueda sacrificar ocasionalmente la riqueza cualitativa de la escritura manual, en la mayoría de los aspectos la historia clínica electrónica es más completa y legible que la escrita en forma tradicional.

Las organizaciones sanitarias emplean a personal cada vez mejor formado, y también abundantes medios tecnológicos que facilitan su trabajo. Las organizaciones innovadoras destinan además un gran esfuerzo personal y presupuestario en el desarrollo de la HCE, la automatización, la digitalización y la interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información y otros equipos (electromedicina,..), y al entrenamiento de los profesionales para adecuar sus habilidades en el uso de esta tecnología. En la actualidad el impulso tecnológico y conceptual se está concentrando en:

- El sistema de gestión de accesos para hacer disponible la información clínica del paciente cuando sea necesaria.
- Las funcionalidades de las aplicaciones para garantizar la continuidad asistencial entre AP y AE.
- Las soluciones en la compatibilidad y los paradigmas de la arquitectura de los sistemas de información, dados los múltiples destinos en relación con la creciente movilidad de los ciudadanos, la alta exigencia de personalización de los datos de cada organización y la extensión del “software propietario”, que dificulta interoperabilidad.
- La seguridad de los datos de los pacientes, garantizando su privacidad, veracidad, y recuperación inmediata.
- Los sistemas que soportan la teleconsulta entre profesionales sanitarios.
- El análisis inteligente de los datos para extraer nuevo conocimiento sobre enfermedades y factores de riesgo, decisiones sobre el uso y desarrollo de servicios y medicamentos, docencia e investigación.

Por otra parte, los registros de pacientes crónicos son un elemento central de los sistemas de información. El sistema debe contribuir a salvar la brecha entre la evidencia científica en la práctica cotidiana facilitando la identificación de aquellos pacientes de riesgo que requieren un seguimiento especial o un manejo intensivo, adoptando un enfoque de salud poblacional, ofreciendo recuerdos y advertencias de revisiones o analíticas planificadas, integrando algoritmos de ayuda a la decisión, Guías de Práctica Clínica y protocolos diversos, y sustentando la planificación de los cuidados. Además debe permitir la retroalimentación de los profesionales, posibilitando la monitorización y comparación de resultados. Finalmente también puede integrar sistemas de acceso rápido a especialistas que permitiera un asesoramiento sin requerir una derivación del paciente.

Relaciones con la comunidad y apoyo del autocuidado

Los nexos con la comunidad y la amplia batería de recursos disponibles en la misma son particularmente relevantes para mejorar la atención a pacientes crónicos, discapacitados o en situación de fragilidad. Las organizaciones orientadas a las necesidades de estos pacientes dedican mucho esfuerzo a la coordinación con los servicios sociales, los grupos de autoayuda, los centros de mayores, los programas de ejercicios, etc.

Por otra parte es esencial el fomento del autocuidado ya que en la mayoría de las ocasiones debe ser el propio paciente el principal proveedor de su atención. Capacitar a los pacientes requiere intervenciones por parte de los profesionales dirigidas a educar, informar periódicamente, generar un entorno de confianza, promover las habilidades en el manejo de su dieta, fomentar el ejercicio, generar hábitos, manejar ciertos dispositivos (tensiómetros, glucómetros,...), interpretar los síntomas o monitorizar algunas variables relevantes. Así mismo cooperar con los pacientes en establecer y alcanzar los objetivos de control y mejora y la solución de los problemas que se vayan presentando.

En los lugares en los que el acceso a internet se va extendiendo de forma más universal se siguen ampliando los usos interactivos de esta tecnología, desplazando el centro de atención y añadiendo un enfoque más proactivo. Accesibilidad a servicios educativos, informativos y de asesoría a los pacientes, desarrollo de plataformas para que el propio paciente pueda interactuar con el sistema y acceder a los servicios que éste le quiera ofrecer a través de la web: servicios como la cita-web, sistemas de call-center, sistemas de aviso mediante SMS o la integración de sistemas mediante mensajería electrónica para la petición e incorporación de resultados de órdenes médicas. El desarrollo de perfiles profesionales específicos del tipo “gestores de casos” beneficia la eficacia de esta estrategia. En la actualidad se experimenta con la evolución del acceso electrónico de los ciudadanos a la información contenida en su propia HCE, fuera del entorno del propio proceso asistencial (coyuntura apremiada por la emergencia de los registros personales de salud como *Google Health*, *Keyose* o *Microsoft Health Vault*, accesibles desde cualquier punto de la red).

Paralelamente, en el nivel estratégico las relaciones con la comunidad en el marco de una ciudadanía más cívica precisa espacios para la participación en la mejora de la sanidad pública. El reto podría suponer la superación del modelo clientelar, es decir, exigencia y evaluación sin participación ni implicación (relación apropiada, por ejemplo, para un servicio de hostelería), para colaborar no sólo en la identificación de los problemas, formulación de opciones, deliberación, sino también en la toma de decisión, implantación, prestación del servicio e incluso en alguna forma de participar en su evaluación.

Modelos en funcionamiento

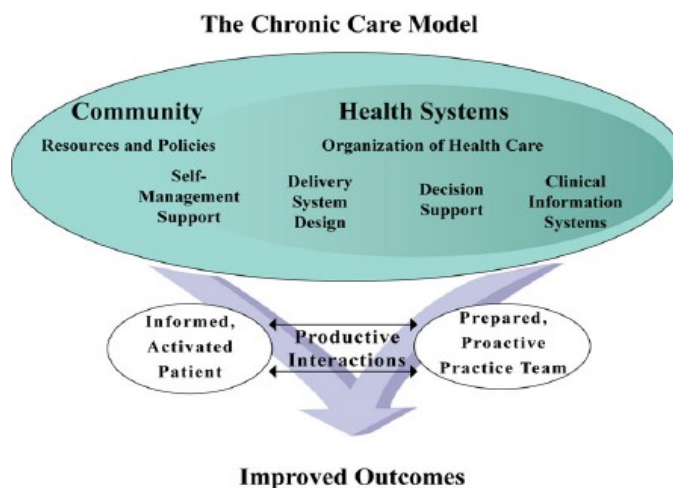
Hay que advertir que el hecho de introducir una innovación organizativa por sí misma no prejuzga su eficacia. Si bien existe una presión creciente para asegurar la efectividad en las intervenciones sanitarias de los profesionales, o se encuentra un gran consenso en aceptar la exigencia de una amplia investigación previa en el caso de la introducción de cualquier medicamento o tecnología sanitaria, en la práctica han venido existiendo muchos menos requisitos para justificar la utilidad de una innovación en el caso en que ésta sea aplicada a una organización. Los modelos organizativos en sanidad con demasiada frecuencia son implementados sin investigación previa alguna, y a veces son exiguamente regulados. En este sentido existe un amplio rango en la incertidumbre: desde la mínima evidencia (como proyectos de atención especializada en el ámbito comunitario), evidencia modesta proveniente de estudios no randomizados (como algunos planes de hospitalización a domicilio), o una buena evidencia con ensayos randomizados (como es el caso de la provisión de cuidados en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria). En cualquier caso, en la actualidad la atención integrada y los modelos de atención a pacientes crónicos están absolutamente en la vanguardia sanitaria y está abriendo paso a una nueva era de modelos de gestión e innovaciones organizativas en los servicios de salud. Existen diversos ejemplos de desarrollo en Europa, EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. En general los modelos no son simples recetarios, sino más bien se trata de marcos multidimensionales para enfocar iniciativas de mejora frente a problemas complejos.

Uno de los más conocidos y con mejor evidencia es el llamado **Chronic Care Model**, en la literatura **CCM** (gráfico 1), desarrollado a mediados de los años 90 por Ed Wagner y colaboradores (MacColl Institute for Healthcare Innovation, Seattle). En la actualidad existe una versión “Extendida” del CCM con un desarrollo mayor de algunos elementos, sobre el que se han publicado evidencias sobre su impacto en mejoras en la calidad de la atención y del uso de recursos. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud ha formulado una modificación del CCM adaptada a países en desarrollo llamado **Innovative Care in Chronic Conditions (ICCC)**, si bien no cuenta aún con tanta evidencia como el anterior.

Básicamente ambos parten de la premisa de que los sistemas sanitarios deben reorganizarse para ofrecer atención de forma más efectiva ante el aumento de pacientes crónicos, y dado que el grueso de la atención a éstos se realiza en AP, es necesario repensar y rediseñar la práctica clínica en este nivel. Propone que los mejores resultados en términos de atención sanitaria (como el mejor control clínico, la calidad de vida de los pacientes o los costos más bajos, etc.) son el producto de una interacción sinérgica e interdependiente entre, por un lado, equipos profesionales multidisciplinarios, proactivos y bien preparados, y por otro, los pacientes, familias y agentes comunitarios informados y con una disposición activa a tomar parte de responsabilidad en la atención de su propia salud. De esta forma, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: el conjunto de la comunidad (con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados), el sistema de salud (con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento) y por último el nivel de la práctica clínica profesional.

El CCM ofrece un enfoque orientado a fortalecer el núcleo duro de la atención sanitaria, esto es, la interacción entre el profesional y paciente. Cuenta, por supuesto con los elementos esenciales que ya hemos mencionado, como la coordinación con los recursos comunitarios, sistemas de autoayuda de los pacientes, la reorganización del sistema de salud, sistemas de ayuda a la decisión, sistemas de información clínica, además de sistema de gestión de la calidad en todos los niveles, búsqueda y corrección sistemática de errores, evaluación del desempeño, etc.

Gráfico1: Chronic Care Model



Otro modelo cada vez con más influencia es el llamado **Kaiser Pyramid Model** (Gráfico 2). Desarrollado por la gran HMO “Kaiser Permanente” radicada en California, provisora de servicios sanitarios a 8,3 millones de usuarios. Su modelo se basa en cinco ideas fuerza: potenciar la capacidad resolutoria de la AP, optimizar el uso de los recursos humanos (“concentrar el trabajo médico en lo que sólo ellos son capaces de hacer”), invertir en lo que marca la diferencia (calidad, innovación, sistemas de información, etc), reducir al mínimo el internamiento hospitalario y promover la atención integrada. Invierten de forma particular en elementos de conectividad del sistema (reducción de tiempos de espera, duplicaciones de servicio, cuellos de botella, y en el la eficiencia del manejo intrahospitalario del paciente: reducción de ingresos inapropiados y de la estancia media.

El modelo se desarrolla mediante una estratificación de grupos de pacientes con problemas crónicos, discriminando entre aquellos que pueden cuidarse por sí mismos, individuos que

necesitan ayuda para el autocontrol de sus enfermedades, y personas que requieren atención sanitaria más intensiva. La clasificación de la población en esos grupos es complejo, con información incompleta, y con la limitación de que coyunturalmente las personas se van desplazando entre los diferentes niveles de la pirámide. Pero han desarrollado un modelo predictivo sobre la probabilidad de ingreso hospitalario, validado a partir de los datos de varios millones de pacientes.

Gráfico 2: Kaiser Permanente Pyramid Model



El modelo ofrece intervenciones de promoción de salud para toda la población general. Para el 80% que se encuentra en el escalón inferior de la pirámide se enfatizan las actividades de información y consejo, con especial énfasis en programas del tipo “paciente experto”. Este estrato consume el 20% de los recursos. En el segundo nivel, los pacientes de alto riesgo reciben mayor atención profesional y un alto porcentaje son inscritos en programas del tipo “disease management” (gestión de enfermedades), gestionados en general desde dentro del propio sistema (“carve-in”), y no desde la industria farmacéutica (“carve-out”). Finalmente, cerca del 5% de los pacientes asignados al nivel superior con necesidades complejas que requieren intervenciones profesionales muy personalizadas. Los individuos en los niveles dos y tres completan cerca del 20% de los pacientes y emplean el 80% de los recursos.

En conjunto el modelo intenta mejorar la práctica clínica y la organización concentrando el esfuerzo en la prevención de las complicaciones y evitando en lo posible la progresión en la severidad de las enfermedades, fomentando las acciones que revierten la tendencia hacia el deterioro gradual que finalmente deriva en el encuadre del paciente en un nivel superior de la pirámide. Para ello el modelo se apoya en la práctica guiada por GPC basadas en la evidencia, compartidas con los propios pacientes, e integrando los procesos de atención especializada con el primer nivel. Existen evidencias de que este modelo disminuye significativamente los ingresos hospitalarios ofreciendo una atención más integrada.

Existen en otros modelos diseñados para la atención a procesos crónicos que, si bien existen experiencias en la literatura, no son tan amplias ni cuentan todavía con tanta evidencia como los dos anteriores (*Continuity of Care Model*, *Strengths model*, *Veterans affaire*, *Guided Care*, *Pace-“Program of All-Inclusive Care for the Elderly”*, *Evercare* o *Pfizer Community Health Ventures*)

Transformar nuestro sistema

Si observamos la organización del Ente Público Osakidetza podemos advertir progresos relevantes e identificar algunos componentes de los mencionados con los que ya contamos en nuestro sistema, aunque sea de forma imperfecta. Se pueden reconocer mejoras significativas en sistemas de información, en la coordinación entre estructuras asistenciales, la monitorización de pacientes, en el uso de las GPC, en la extensión de la Historia Clínica Electrónica, en la existencia de un sistema de identificación de pacientes crónicos (poblaciones diana), sistema de recordatorios o alarmas automatizado a través de la historia (PAP), correo electrónico en la consulta, acceso a Internet, consulta de GPC en formato electrónico, conectividad de historias clínicas AP-AE (Global

Clinic), cita previa a través de la web... Sin embargo es patente que las mejoras técnicas se van implantando en impulsos, enmarcados en una política de innovación dirigida a la incorporación de nuevas tecnologías, probablemente en una dirección positiva, pero resueltas de forma desconectada, sin una visión de conjunto del sistema como marco integrador, carente quizás de una finalidad posterior: ¿Innovación al servicio de qué?

Según Nicolás Maquiavelo *“no hay nada más difícil de llevar a cabo, ni éxito más dudoso, ni más peligroso de manejar, que iniciar un nuevo orden de cosas”*. Las experiencias internacionales en innovaciones organizativas ponen de relieve, como era previsible, que los ajustes necesarios son extraordinariamente complejos: desarrollo normativo, cambios en la estructura, esfuerzo presupuestario, política de recursos humanos, sistemas de incentivos, nuevas herramientas de gestión, sofisticado sistema de información, circuitos y logística, un complejo desarrollo técnico, interrelación con la comunidad, impulso en la coordinación intersectorial... Cuando repasamos las características que conforman los modelos que hemos mencionado anteriormente podemos sentir una sensación de vértigo ante el desafío que supondría su materialización en nuestro medio y los problemas que habría que afrontar. Sin embargo parece paradójico que el Ente Osakidetza, que ambiciona constituirse como *“referente en innovación social, tecnológica y organizativa”*, no haya impulsado la transformación del modelo de asistencia sanitaria tanto en la agenda institucional interna, como en las agendas política y social, al igual que lo han hecho otras organizaciones sanitarias innovadoras desde finales de la década de los noventa. Se trataría de un cambio con cierto grado de incertidumbre, que requeriría inversiones iniciales y cuyos retornos no se visualizarían a corto plazo. La influencia obstaculizante del nivel político puede despertar recelo, dada la práctica corriente de requerir resultados a corto plazo y las actitudes preventivas ante las consecuencias públicas o los riesgos políticos que pueden tener las iniciativas innovadoras. Sin embargo sería plenamente congruente con el redundante reto estratégico de *“generalizar la cultura de la innovación y su aplicación en todo ámbito de actuación”* (Plan Estratégico 2008-2012).

Como está sobradamente demostrado, ni la titularidad pública de los recursos sanitarios es garantía de la conectividad entre niveles, ni la integración de las estructuras directivas garantiza la integración asistencial. Aunque ningún modelo organizativo garantiza el éxito, algunos pueden llevar directamente al fracaso, y hay ejemplos que dan mucho que pensar. En este sentido es sorprendente la simplicidad y el triunfalismo con que se presentan algunos proyectos de Servicios Regionales de Salud. Los casos del Hospital de La Ribera y el Departamento de Salud de Alzira, ya en funcionamiento, el nuevo Hospital Elche-Crevillente-Aspe, previsto para ser inaugurado en el 2010, ambos en la Comunidad Valenciana, o el proyecto que se propone poner en marcha en la Comunidad de Madrid a raíz de la construcción de 8 hospitales también a través de concesiones administrativas, son ejemplos prácticos de un diseño de la AP “al servicio de” la AE. La llamada “Área única”, que supone básicamente la extinción de las gerencias de AP, es un intento de agregar la gestión de una organización en el nivel macro sin profundizar en la integración asistencial y clínica en los niveles inferiores. Una solución demasiado simple para un reto muy complejo. En la práctica no existe la integración, sino la “retórica” de la integración. Como dijo el biólogo Stephen Jay Gould: *“No hay nada que limite más la innovación que una visión dogmática del mundo”*. Éste es el modelo en donde encaja sin desajustes el renombrado “papel de filtro de la AP”.

Como hemos dicho, los marcos de referencia son útiles para enfocar iniciativas de mejora frente a problemas complejos. Cuando se trata de innovar en un sustrato fragmentado y desintegrado, el punto de mira, el esfuerzo organizativo e inversor, tiende a ponerse en los hospitales y en los servicios especializados. Se tiende a buscar soluciones elementales, aunque no baratas, a problemas complejos. En el nivel especializado la penetración de la tecnología se apoya en la necesidad de herramientas cada vez más sofisticadas para mejorar la certeza diagnóstica y conseguir tratamientos más eficaces. Sin embargo sabemos que en este entorno el intervencionismo diagnóstico y terapéutico tiene más riesgo de extenderse innecesaria e ineficientemente. Por otra parte, los valores culturales y sociales predominantes amparan un contexto crecientemente medicalizado, estimulado además por la propia industria tecnológica y farmacéutica. Este modelo se consolida cuando los organismos públicos intentan legitimarse de forma poco reflexiva, apurando la propaganda con las inversiones en alta tecnología, y reforzando así el ciclo perpetuamente.

Sin embargo, a la luz que proporcionan los modelos y experiencias internacionales, cuando se trata de innovar **con una visión integrada del conjunto del sistema** el enfoque se traslada al fortalecimiento de la Atención Primaria y los servicios extrahospitalarios (accesibilidad, integralidad, longitudinalidad, coordinación,...), de las intervenciones comunitarias y de los recursos que actúan en el marco intersectorial. Las políticas integradoras garantizan en mayor medida el nivel de cobertura de las prestaciones sanitarias, corrigen los desequilibrios y desigualdades territoriales, mejoran las capacidades y competencias esenciales que determinan mejoras en los resultados globales de salud, y fortalecen la sostenibilidad, el crecimiento, el posicionamiento y la rentabilidad social de las instituciones, especialmente si son de naturaleza pública.

En este último contexto la AP no sólo juega el papel de “portero”. Con frecuencia deberá también desarrollar los roles de “acomodador”, de “intérprete”, de “mediador”, o el de “explorador” (¿incluso el “infiltrado”?) haciendo usufructo de medios tecnológicos inicialmente asignados al nivel especializado, estableciéndose procesos de sustitución funcional coyunturalmente en cualquiera de las direcciones: AP-AE, médicos-enfermería, servicios sanitarios-servicios sociales, etc. Todo ello sin menoscabo de las necesidades de innovación tecnológica de alto nivel, aunque probablemente dimensionadas en otras proporciones. Se trata de un modelo donde las interacciones entre los elementos son más importantes y eficaces que la acción diferenciada de sus partes. Donde se establecen metas de salud priorizadas a través de todo el sistema, alineados de forma que todas las partes se encuentren incentivadas a trabajar conjuntamente, manteniendo relaciones integradoras y cooperativas entre los niveles, evitando que el modelo de gestión o de financiación terminen siendo un elemento más de fragmentación. La Atención Primaria conjuntamente con la Atención Especializada al servicio de las necesidades de los ciudadanos.

Consideraciones finales

Las organizaciones que se han enfrentado al reto de la innovación organizativa han asignado a este fin recursos, apoyo, tiempo y paciencia para su maduración. Ahora bien, también habría que mencionar otros interrogantes menos evidentes, y en este sentido merecen destacarse algunos:

En primer lugar, se puede escuchar de forma reiterada el discurso sobre la hipotética incompatibilidad de la administración pública con el desarrollo eficiente de innovaciones organizativas. Aunque no es éste el lugar para refutarlo, a la hora de prestar servicios a los ciudadanos, cualquiera que sea la fórmula jurídica (tanto Organismos Públicos como Sociedades Mercantiles) la Administración Pública se guía por principios que no corresponden esencialmente a los de los organismos privados. Por ejemplo, el reconocimiento de la asistencia sanitaria como derecho social, garantizando la equidad y la igualdad de acceso, la participación activa en las políticas de defensa de los consumidores o el principio de devolución de los servicios públicos a los contribuyentes. Han existido además requisitos que satisfacen otros objetivos importantes, como son el velar por los derechos de los usuarios de los servicios públicos, la transparencia y visibilidad de las decisiones de los gestores y el control jurisdiccional de sus actos (por ejemplo, garantizando la igualdad de acceso a la función pública). Pueden haber, además, compromisos gubernamentales que conlleven nuevas acotaciones, como la política de empleo, políticas de precios públicos, acuerdos intersectoriales, o, en nuestro caso, la propia política lingüística, etc. Así pues, la gestión pública deberá innovarse, y podrá aspirar a la eficiencia o a la máxima Excelencia, pero si Osakidetza pretendiera transformarse en una realidad análoga a la empresa privada, una empresa más en el mercado sanitario abandonando cualquier traza de responsabilidad como Organismo Público, ¿no sería necesaria una explicación a los ciudadanos, un debate público, y una autorización formal y expresa del Parlamento?

En segundo lugar, la necesidad de control presupuestario representa un gran incentivo para mantener unas relaciones de poder en términos de "gana-pierde" entre los agentes: el poder que ganan unos sería a costa de los otros. En un modelo competitivo como el imperante es muy probable que los más poderosos se vean estimulados a sustentar opacidades y disfunciones, alimentadas por un entorno contractual poco creíble, y alentados a trasladar costes a otras organizaciones en mayor medida que a mantener relaciones de complementariedad, coordinación, integración asistencial y mutua dependencia. En un marco como ese, la AP se encontraría

especialmente débil frente a los Hospitales. Por lo tanto (por estos motivos y por otros) sería necesario garantizar un fuerte control estratégico de los cambios.

En tercer lugar, en lo referente al desarrollo operativo, sería indispensable habilitar la capacidad administrativa en el sistema para llevar a cabo el cambio organizativo sin contar con el trabajo de los clínicos para funciones alejadas de su finalidad contractual y vocacional. Ahora bien, el Derecho Administrativo por sí solo no puede cambiar el comportamiento y las actitudes de los profesionales. Si los cambios se ciñen exclusivamente a los reglamentos, organigramas, funciones, y macro-mecanismos de regulación, se corre el riesgo de simplificar la organización reduciéndola a términos de estructura, lo que limitaría la profundidad y trascendencia de las innovaciones, y se podría burocratizar más el funcionamiento del sistema. No será posible ningún cambio organizativo si no se produce un cambio en el comportamiento de gestores y de profesionales en todos los niveles. Ahora bien, todos ellos han venido padeciendo experiencias de organización y desorganización de forma reiterada, por lo que haría falta un “*motor*” suficientemente dinámico que pueda promover un cambio de esta magnitud. Podríamos preguntarnos cual podría ser ese motor: ¿La programación sanitaria? (¿podemos sostener que fracasó en los 80?). ¿La competencia en un mercado regulado? (¿podemos afirmar que ha fracasado en los 90?). ¿Los incentivos y mecanismos de recompensa? (¿podemos lamentar que están irresponsablemente desarticulados y amortizados en la actualidad?). ¿La gestión de la Calidad?, ¿el Liderazgo y la búsqueda de la Excelencia?, ¿la Gestión Clínica?, ¿la Bioética?...

Finalmente, y sin pretender agotar otras posibles consideraciones, la AP es el nivel de atención que está en mejores condiciones de comprender y acometer la atención de la comorbilidad y las enfermedades crónicas, los cuidados ambulatorios en entornos heterogéneos, la promoción de la salud, el trabajo en la familia y la comunidad, la coordinación intersectorial y el trabajo en equipos multidisciplinarios con responsabilidades compartidas. Por lo tanto, en el diseño y desarrollo de un cambio organizativo como éste el primer nivel de atención no puede ser desplazado a una posición secundaria. La manera en que se formulan los problemas determina en gran parte la forma en la que han de resolverse. En esta materia, las organizaciones profesionales y las sociedades científicas de AP deberían asegurarse un papel primordial.

Pedro Valdés
Mayo, 2009

Bibliografía:

1. Grupo de trabajo de Atención Primaria de Osalde: “Innovaciones en Atención Primaria”. OP-Osasun Publikoaren Aldeko Elkarte-Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco. Noviembre 1999. Accesible en: <http://www.osalde.org>
2. Valdés, P.: “¿Nuevo papel para la Atención Primaria de Salud?”. XXII Jornadas de Debate de la FADSP Bilbao, Octubre de 2003. Publicado en Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública 2004, N° 95: 10-17
3. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. “Plan de Salud 2002-2010. Políticas de salud para Euskadi”. <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net>
4. Medrano Alberro, M^a José et al: “Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura” Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 5-15
5. Anguita Sánchez, Manuel: “Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España: por una foto más global”. Rev Esp Cardiol. 2009;62(3):328-36
6. Josefina Caminal et al: “Estudio longitudinal de los reingresos en pacientes con insuficiencia cardiaca en cataluña, 1996-1999”. Rev. Esp. Salud Publica vol.78 no.2 Madrid Mar./Apr. 2004
7. Ken McDonald: “Prevalencia de la insuficiencia cardiaca: un reflejo de lo bueno y lo malo de la asistencia cardiovascular moderna”. Rev Esp Cardiol. 2008;61:1010-2
8. Vicente Ortún, Ricard Meneu y Salvador Peiró: “El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud” Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. Fundació Institut de Investigació en Serveis de Salut, València. En: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=563368
9. Gervas, Juan: “Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud”. Salud 2000. N° 98 p 9-12 Septiembre 2004
10. Heath I, Rubinstein A, Stange K, Van Driel M: “Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity” BMJ 2009; 338: b1242

11. Starfield B. "New paradigms for quality in primary care" *Br J Gen Pract* 2001;51:303-9
12. Palomo Cobos, L: "Virtud y virtuosismo de las nuevas tecnologías en Atención Primaria". *SEMERGEN* 2004; 30(3):114-9
13. Sergio Minué: "Repercusiones de las políticas de calidad en la Atención Primaria actual". comunicación presentada en VI Jornadas de Atención Primaria. Organizadas por Osasuna Publikoaren Aldeko Elkarte-Asociación para la Defensa de la Salud Pública de País Vasco (hoy Osalde). Bilbao, octubre 2006.
14. Starfield, B: "Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología". Ed. Masson S.A. 2001
15. Starfield, B et al: "Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management". *Ann Fam Med* 2003;1:8-14. May-Jun 2003
16. Ortún V.: "La Atención Primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario". Universidad Pompeu Fabra. Accesible en: www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper27.pdf
17. Rothman A, Wagner E: "Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care?" *Ann Intern Med* 2003; 138(3): 256-261
18. José Jesús Martín Martín: "Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria". Informe SESPAS 1998
19. Oteo Ochoa LA y Repullo Labrador JR: "Innovación: contexto global y sanitario". *Rev Adm Sanit* 2005;3(2):333-46
20. Bengoa R. y Nuño Solinís R.: "Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: un guía práctica para avanzar". Ed. Elsevier España S.L. 2008.
21. Puig-Junoy, Jaume: "La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas". Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) y Departamento de Economía y Empresa. Universitat Pompeu Fabra, 2003
22. Bengoa R y Nuño R: "La modernización de la sanidad pública en el mundo". *El Médico, Anuario* 2000; pág 50-53
23. Agència Valenciana de Salut, La Ribera Departamento 11: "Modelo Alzira 1999-2005". Generalitat Valenciana 2006
24. J. Del Llano, J. et al: "Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles". *Gac Sanit* 2002;16(5):408-16
25. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K: "Improving primary care for patients with chronic illness". *JAMA* Vol 288 N° 14 p 1775- 1779. October 2002
26. Gervas J, Rico A: "Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada". *Med Clin (Barc)*. 2006;126(17):658-61
27. Francisco Sevilla: "Gestión Clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud". *Rev Adm Sanitaria* Vol IV. N° 13. Enero/marzo 2000
28. Repullo Labrador, J R: "Área única: en el filo del caos" *Diario Médico-Tribuna*. 4 de Marzo de 2009 . Accesible en: <http://www.diariomedico.com/2009/03/04/area-profesional/sanidad/tribuna-area-unica-en-el-filo-del-caos>
29. Ibern Regàs, Pere: "Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance". Ed. Masson, SA, 2006
30. Nuño, Roberto: "Atención innovadora para las condiciones crónicas". Red de Innovadores de la OMS. Accesible en: www.kroniker.org/recursos/Atencioninnovadoracondicionescronicas.pdf
31. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, et al: "The Expanded Chronic Care Model: An integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model". *Hospital Quarterly* 2003. Vol 7 , n° 1:73-82
32. Stevenson, R. MD: "Cardiac Rehabilitation as a Chronic Care Management Model: how and why does it fit?". Accesible en: http://www.lipidnurse.ca/clnn2008/CR_as_CDM_Moncton_May_30_2008.pdf
33. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL: "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser permanente". *BMJ* Vol 324:135-143. 19 January 2002
34. Nuño Solinís: "Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente". *Rev Adm Sanit* 2007;5(2) :283-92
35. Rosen, R y Ham, C: "Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia". Informe del Seminario anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. RISAI 2008, Vol 1 N° 2.
36. Feachem R, Seakhri N, White K: "Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente". *BMJ* 2002; 324:135-143
37. Information Services Division (ISD) of NHS National Services Scotland: "Measuring Long-Term Conditions in Scotland - A summary report". Accesible en: <http://www.isdscotland.org/isd/5658.html>
38. Bengoa, Rafael: "Empantanados". RISAI 2008 Vol 1 Num 1. Accesible en <http://www.risai.org>
39. Haines A and Iliffe S: "Innovations in services and the appliance of science" *BMJ* 1995;310:815-816
40. Oteo Ochoa, Luís Ángel: "Capitalización global en el Sistema Nacional de Salud". En "Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible" Coord. por José Ramón Repullo. Ariel, 2005

41. Plan Estratégico de Osakidetza 2008-2012 “De la Excelencia a la Innovación”.
42. Saltman RB, Rico A, Boerma W: “Primary Care in the Driver's Seat. Organizational reform in European primary care”. European Observatory on Health Systems and Policies. Series. Open University Press 2006
43. Ortiz de Zarate, Alberto: “Espacios para la participación en la mejora de la sanidad pública”. II Jornada de Living Labs de ámbito rural. Almería, marzo 2009. En “Administraciones en red”: <http://eadminblog.net/post/2009/03/16/abla-espacio-social-de-innovacion-sanitaria>
44. J. Jonay Ojeda J, Freire JM, Gervas J: “La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?”. Rev Adm Sanit. 2006;4(2):357-82
45. Nolte E, Knai C, McKee M: “Managing Chronic Conditions. Experience in eight countries”. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series N° 15
46. Valdés, P.: “Reforma Sanitaria: deseos y realidades”. Artículo Editorial O.P. Koadernoak. Cuadernos de Salud Pública. Osasun Publikoaren Aldeko Elkartea-Asociación para la Defensa de la Salud Pública de País Vasco (hoy Osaldea). N° 18:4-7 mayo 1998