

Barreras para el desarrollo de las unidades de protección de la salud en los servicios de salud pública de atención primaria

¹Gámez de la Hoz J, ¹Rubio García A, ²Rueda de la Puerta P

¹Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga

²Área de Gestión Sanitaria Norte. Almería

La implantación de la gestión clínica en el sistema sanitario público de Andalucía es un hecho cada vez más generalizado. Este modelo se ha presentado como una respuesta que proporciona soluciones adecuadas ante los problemas de sostenibilidad financiera¹ del Sistema Nacional de Salud y para impulsar la calidad de los servicios de salud. Hasta cierto punto, la gestión clínica supone una nueva forma de trabajo centrada en la mejora continua y en la utilización apropiada de los recursos para ofrecer los mejores resultados en la práctica profesional.

La Unidad de Gestión Clínica² (UGC) es una estructura organizativa que desarrolla los servicios de atención primaria de salud a la población. El marco donde se fijan objetivos a conseguir, profesionales participantes, métodos y recursos se establece en un documento denominado "Acuerdo de Gestión" (AG), que es aprobado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

Desde 1999 comienzan progresivamente a constituirse las Unidades de Salud Ambiental y Alimentaria, conforme al contrato-programa³ del Servicio Andaluz de Salud. Actualmente se denominan Unidades de Protección de la Salud (UPS). Estas Unidades representan un ensayo de las UGC aplicado a los servicios de salud pública, con el objeto de aprovechar las potencialidades de la gestión clínica adaptadas a las prestaciones de epidemiología, salud ambiental, seguridad alimentaria, promoción y educación para la salud.

El marco regulador del funcionamiento de las UPS es el AG, que tiene carácter anual y es suscrito entre la gerencia del distrito/área sanitaria, la jefatura del servicio de salud pública de la delegación provincial de la consejería de salud y un responsable de la UPS.

La instauración de las UPS en Andalucía no ha

estado exenta de controversias. La aplicación a los servicios de salud pública de criterios de gestión basados en la relación médico-paciente, la escasa inversión y puesta en valor del capital humano, su infradotación económica y dependencia presupuestaria del nivel asistencial o la inminente reforma de la salud pública, son factores que han suscitado la preocupación de diferentes sectores profesionales y han abierto líneas de trabajo en las que se encuadra este estudio.

Aunque la gestión clínica es una figura de plena actualidad, el tema ha sido escasamente tratado en el ámbito de la salud pública. La gestión clínica se está aplicando a servicios asistenciales que generan un déficit público achacado al gasto farmacéutico⁴, cuyo desajuste es advenedizo a los servicios de salud pública, que, por el contrario, son una buena respuesta al alto coste de los servicios sanitarios⁵.

Por ello, tomando como referencia el documento del AG de las UPS, en el presente artículo abordamos diversos aspectos relacionados con las características de este modelo de gestión, se analizan e interpretan los contenidos del Acuerdo, se identifican dificultades para el desarrollo de las Unidades y examinamos factores que afectan al despliegue de los objetivos propuestos relativos a las prestaciones de los servicios de salud pública.

Se pretende poner de relieve la importancia de la implicación de todos los profesionales de la salud pública y las consecuencias de un planteamiento deficiente de las UPS, y reconocer su influencia en la organización de la salud pública andaluza.

ASPECTOS GENERALES DEL ACUERDO DE GESTIÓN

El AG expone las reglas de funcionamiento de la UPS. En primer lugar expresa su misión y valores, define los puestos de trabajo para los profesionales

que la componen, describe la cartera de servicios y especifica la atribución de competencias para la dirección de la UPS y su relación orgánico-funcional con los órganos administrativos competentes. Más adelante se establece el conjunto de objetivos comunes y específicos, un apartado para expresar el presupuesto económico de la UPS, la propuesta de actividades de formación e investigación, y finalmente se plantea el sistema de reparto de incentivos económicos que lleva asociada la metodología de auditorías para valorar el grado de cumplimiento del AG así como la fiabilidad y validez de los datos vinculados a los incentivos.

Como proveedor de servicios sanitarios se acepta que las UPS deben ofrecer prestaciones de calidad, pero es llamativo que el AG defienda como "valores" la eficacia-eficiencia y asimile de esa forma a los profesionales de la salud pública a una entidad de perfil empresarial, que tiene por objeto la productividad frente a los valores humanos, el esfuerzo invertido, la bondad y la ética de los procesos.

Los servicios de salud pública llegan con retraso a los cambios de hábitos basados en los sistemas de calidad, que se popularizaron hace décadas, pero ya no son un factor diferencial en la práctica profesional; aunque se consideren un requisito más, encierran connotaciones perversas y un discurso peligroso⁶ que tiene como características el eficientismo, la obsesión por los resultados y el cumplimiento de objetivos, la idealización de la competitividad o la proyección de una imagen amable (corporativa e incluso fotográfica), con lo que importan más los datos obtenidos que la calidad de los procesos. Se tiene el deseo de emplear conceptos de gestión, de forma *intuitiva*, pero obviando que la eficacia, la eficiencia y la efectividad no logran entenderse sin que puedan evaluarse de forma tangible⁷; en este sentido, el AG es exiguo en la identificación y planificación de las actuaciones necesarias para mejorar tales dimensiones y analizar las causas de los resultados obtenidos.

La descripción de los servicios se realiza en forma de producto final (informes, certificados, inspecciones, muestreos...) y no como programas de salud, tal y como establece la cartera de servicios comunes de salud pública del Sistema Nacional de Salud⁸. Merece destacarse que las prestaciones de protección de la salud reguladas por el Ministerio de Sanidad y Política Social son diferentes de las de sanidad ambiental y seguridad alimentaria, de

manera que la equivalencia que hace la propia administración andaluza entre unas y otras induce a la confusión y difunde a la comunidad y a los usuarios una imagen deformada de los servicios de salud pública.

La investigación, docencia y formación también tienen un breve espacio en la cartera de servicios bajo la categoría "Gestión del conocimiento". Aquí puede resultar inoportuno que el AG mencionase el modelo de referencia (Nonaka & Takeuchi; Davenport & Prusack; Garnett; Tiwana; SECI...), pero también vulgarizar el concepto "gestión del conocimiento" al ofrecer una visión superficial poniendo etiquetas. Se precisa del soporte de mecanismos formales que faciliten la interacción e intercambio de conocimiento científico-técnico, lo que hace irrenunciable que se plasmen las líneas generales de los procesos organizativos de gestión y creación del conocimiento, saber cómo se traducen de forma tácita y su puesta en valor.

Para el funcionamiento de las UPS se crea la figura del director que (sic) "recaerá en una sola persona elegida de entre los miembros que la constituyan", sin un proceso de selección regulado.

Esto significa que no existe un nombramiento público y que la ocupación de esta jefatura se produce por la *vía de hecho*, con carácter temporal (que no transitorio ni excepcional) y por designación del gerente de distrito/área sanitaria, todo ello sin que la Unidad tenga un soporte legal como ocurre con las UGC.

Si el modelo de gestión clínica promueve la autonomía del proveedor y el liderazgo frente a las estructuras jerárquicas, se observa que el AG concibe la UPS como una organización piramidal donde se sustituye el liderazgo natural (líder-seguidores) por la elección del cargo (jefe-subordinados). Efectivamente, el documento se ocupa con sumo detalle en atribuir al director de la UPS potestades discrecionales como asignar funciones y puestos de trabajo a los profesionales, organizar sus turnos y horarios, atribuir porcentaje de participación del profesional en la Unidad, evaluar la consecución de objetivos individuales o controlar el flujo de las comunicaciones, circunstancias que colisionan con las bondades que propugna la gestión clínica⁹; la toma de decisiones queda en manos de la gerencia/jefatura de UPS y reduce a los profesionales a meros sujetos pasivos. Esta jerarquía es un ejemplo de organigrama donde difícilmente encajan la flexibilidad y la apuesta por procesos

participativos.

Desde su implantación las UPS han aspirado a integrar toda la diversidad de categorías profesionales de la salud pública, fundamentalmente el cuerpo de funcionarios A4 de farmacia y veterinaria¹⁰ y el cuerpo estatutario de técnicos de salud¹¹ (especialidades de sanidad ambiental, educación para la salud y epidemiología). Se sugiere que los profesionales que forman parte de la UPS lo hacen de forma voluntaria, pero el AG presenta ambigüedades, cuando no incongruencias, al fijar como requisito la firma del AG y establecer cláusulas sobre el significado de la misma (sic): "supone el conocimiento del documento pero no implica necesariamente que el profesional esté de acuerdo con su contenido, y en caso de negarse a firmar, se debe especificar el motivo". Este tenor literal hace aflorar interrogantes cuyas incógnitas intentaremos despejar más adelante, pues se deja sin responder a la situación de los profesionales que no se adhieren al AG en cuanto al desempeño de sus funciones y su relación con la UPS.

OBJETIVOS COMUNES Y ESPECÍFICOS

Para gestionar la UPS, el AG establece un conjunto de objetivos comunes y específicos con una ponderación preasignada (tabla 1) y una "herramienta de evaluación" apoyada en un indicador diseñado *ad hoc* mediante una función basada en la proporción entre la diferencia de un valor alcanzado y el mínimo, y la diferencia entre un valor óptimo y el mínimo. La inexistencia de un estándar de referencia que posibilite comparar, significa que dicha fórmula es inválida para evaluar; puede medir, pero en este caso con poca fiabilidad, pues no contempla dimensiones como la eficiencia (economía de recursos y efectos no perseguidos), la efectividad (cambios producidos en diferentes escalas temporales) o su impacto, limitaciones que comprometen el objeto de la gestión sanitaria.

Como observación general, la descripción de los objetivos utiliza numerosos conceptos indeterminados, sin referencias individualizadas, precisas y concretas. Una correcta definición de objetivos requiere rehuir de generalidades que priven al profesional de seguridad en sus actuaciones y garantía de certezas para su consecución. De hecho, se evita especificar con claridad los requisitos¹² (concretos y simples; objetivos e imparciales; cuantificables; fiables; alcanzables; equilibrados; comprensibles; normalizados, y finalmente, conocidos

y aceptados por las partes) que debe reunir cualquier objetivo para que pueda ser evaluado con rigor, máxime cuando del resultado de esa evaluación se condiciona el derecho a percibir incentivos económicos. A este respecto, se exponen ciertas incoherencias en diez objetivos seleccionados del AG.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Estos objetivos (O3, O4) se centran en la mecanización de datos en tiempo y forma, sin concretar los requisitos de forma ni la casuística propia de las incidencias relativas al tiempo necesario. Representan un ejemplo claro de carga administrativa burocrática, tarea percibida por los profesionales más cualificados como un factor de deterioro del servicio prestado¹³.

EVALUACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS Y/U OPERATIVOS

El proceso queda reducido a la "remisión en tiempo y forma de registros de evaluación e indicadores" y desestima la contribución de la evaluación cuantitativa¹⁴ y cualitativa¹⁵ a la resolución de problemas en salud pública, en el contexto local donde tienen lugar (pertinencia).

VIGILANCIA EN SINAC DEL AUTOCONTROL REALIZADO POR LOS GESTORES SOBRE EL AGUA

Se trata de comprobar que los análisis de autocontrol realizados por cada gestor en cada una de las infraestructuras son registrados en el SINAC (sistema de información nacional de aguas de consumo) "en tiempo y forma de acuerdo con la normativa". Se omite que la condición previa (forma) para ejecutar esta tarea parte del estudio del protocolo de gestión y autocontrol de cada abastecimiento¹⁶, documento validado por el personal con función inspectora donde se incluye todo lo relacionado con las infraestructuras y autocontrol de la calidad del agua, referencia ineludible para discriminar entre datos fiables, erróneos o no actualizados¹⁷.

El AG señala la "vigilancia en SINAC" como "actividad que no requiere visitar instalaciones", calificación de indudable prejuicio cognitivo, puesto

Tabla 1. Objetivos del Acuerdo de Gestión

Comunes (60%)	Específicos (40%)	
O1. Seguimiento de los procesos ya implantados (5%) O2. Implantación de nuevos procesos (5%) O3. Implantación del sistema de información y gestión en Salud Ambiental "VEGA" (5%) O4. Remisión en tiempo y forma de datos del SIGAP (sistema de información general de atención primaria) (5%) O5. Evaluación de planes estratégicos y/u operativos (5%) O6. Plan de supervisiones (10%) O7. Vigilancia en SINAC del Autocontrol realizado por los gestores sobre el agua de consumo humano (3%) O8. Control Salud ambiental de legionelosis (4%) O9. Gestión de la información en la cadena de suministro: FDS (3%) O10. Plan de inspección en seguridad alimentaria (10%) O11. Evaluación de la dieta en comedores escolares (5%)	O12. Remisión al laboratorio de muestras programadas en tiempo y forma (5%) O13. Valoración de actas de inspección tramitadas (5%) O14. Vigilancia y gestión de incumplimientos detectados en agua de consumo humano (5%) O15. Caracterización de la exposición a plaguicidas (5%) O16. Notificación de productos químicos deficientes en la red de alerta RAIVCPQ (5%) O17. Participación en proyectos de inspección en seguridad química O18. Revisión y valoración de los protocolos de autocontrol de los gestores de las ZA (5%) O19. Plan para el sector lácteo (5%) O20. Certificados de exportación (5%) O21. Reevaluación de la clasificación establecimientos alimentarios (5%)	O22. Autorizaciones sanitarias específicas (5%) O23. Revisión del cumplimiento de la normativa del tabaco (5%) O24. Actividades de promoción de la salud en medios de comunicación (5%) O25. Participación en actividades de promoción de la salud en centros escolares (5%) O26. Participación en actividades de promoción de la salud con operadores económicos (5%) O27. Proyecto de investigación (5%) O28. Formación: estancias (5%) O29. Plan de documentación y archivo (5%) O30. Unificación de criterios (5%) O31. Integración (5%)

que es consustancial al control oficial (comprobación normativa) y por su singularidad está vinculada al personal inspector, obviamente como seguimiento y desenlace a la verificación de las instalaciones, cuya tipología, estado real y modo de funcionamiento condicionan la frecuencia de autocontroles, pero no como tarea desgajada o abstraída del proceso de inspección, reducida a un automatismo informático sobre el número de análisis que debe realizar el gestor.

La introducción adrede de dicha expresión no es un mero recurso dialéctico, sino que se fuerza la letra pequeña del AG y denota el empeño alambicado de instrumentalizar los objetivos para fabricar perfiles de trabajo, circunstancia que es inadmisibles en la esfera de las relaciones profesionales y sobrepasa los límites de la competencia y autonomía en el ejercicio profesional.

CONTROL SALUD AMBIENTAL DE LA LEGIONELOSIS

La UPS controlará las instalaciones con mayor probabilidad de proliferación y dispersión de *Legionella* censadas en su ámbito geográfico. Se prescinde de la realidad epidemiológica de cada territorio, factor esencial que incide en la capacidad de obtener resultados equitativos. La vinculación del objetivo al 100% de instalaciones

censadas introduce elementos discriminatorios para zonas con alta dispersión geográfica y actividad (zonas turísticas o polígonos industriales frente a zonas rurales, por ejemplo), en las que de antemano se sabe que el objetivo es inalcanzable.

REMISIÓN DE MUESTRAS EN TIEMPO Y FORMA

La omisión de las condiciones formales del envío de muestras, la ausencia de definición de la coordinación con otras unidades/agentes o la falta previsión de incidencias asociadas a los horarios y lugares de entrega de las muestras deben estar claramente delimitadas en los criterios de evaluación del objetivo.

VIGILANCIA Y GESTIÓN DE INCUMPLIMIENTOS DETECTADOS EN AGUA DE CONSUMO HUMANO

Los incumplimientos serán identificados en el plazo definido desde la notificación del gestor al SINAC; se valorarán de forma inmediata las medidas ejecutadas por el gestor y se adoptarán las medidas oportunas de acuerdo con la Delegación Provincial. Esta valoración cobra significado variable en función del grado de conocimiento sobre

el diseño y funcionamiento del sistema de abastecimiento, información que está indisolublemente conectada con el seguimiento continuado de las instalaciones. Por ello, las acciones para el despliegue de este objetivo son incoherentes fuera del proceso de inspección.

NOTIFICACIÓN DE PRODUCTOS QUÍMICOS DEFICIENTES EN LA RED DE ALERTA RAIVCPQ

Para optimizar las actuaciones, es imprescindible conocer los estudios sobre productos químicos realizados en años precedentes y en distintos distritos, al efecto de evitar que un profesional seleccione un producto químico que ya fue examinado.

REVISIÓN Y VALORACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE AUTOCONTROL DE LOS GESTORES DE LAS ZONAS DE ABASTECIMIENTO

Este Protocolo (memoria documentada) es aprobado por la autoridad sanitaria previo informe del personal que realiza funciones de inspección¹⁸. El estudio de cada Protocolo es inteligible como complemento a la acción inspectora, lo que permite dilucidar si la información contenida se ajusta a la realidad. Los criterios de consecución del objetivo son desequilibrados en la medida que se considera lo mismo estudiar y valorar un Protocolo (puede albergar infraestructuras de varios municipios) que hacer un simple requerimiento escrito, en caso de que el gestor no lo haya confeccionado.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Cuando una investigación tiene que ser resuelta en una escala temporal tan breve como un año, en paralelo a la periodicidad del AG y como una actividad laboral más, raramente arrojará conclusiones determinantes, claras y generalizables. Las investigaciones en tan corto plazo frecuentemente no tienen resultados obvios para la gestión y las políticas institucionales¹⁹. Los proyectos requieren más tiempo para obtener información conducente a conclusiones estadística y metodológicamente coherentes. Además, la importancia de elaborar el proyecto no estriba únicamente en cumplir

con el requisito de ponerlo en marcha: la descripción del objetivo debe atender a la naturaleza de la actividad investigadora y la publicación final de resultados.

UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

Consiste en asistir y participar en sesiones de formación para llegar a un acuerdo sobre situaciones interpretables en la práctica laboral. Con ello se renuncia a guías²⁰ de práctica profesional validadas, como instrumento para asistir en la toma de decisiones y situar en márgenes razonables la variabilidad de las actuaciones. En su lugar se adopta un procedimiento *asambleario* de dudosa utilidad, sin métodos de trabajo ni técnicas de consenso, puesto que improvisar "sesiones formativas" difícilmente sirve para abordar y estudiar con rigor un requisito sanitario específico de una industria, establecimiento o instalación, más aún si se desconoce el punto de partida.

INTEGRACIÓN

Debe evitarse que la participación agrupada de profesionales en visitas de inspección se confunda con "trabajar en equipo" y quede reducida a un mero trámite presencial que desaprovecha tiempo y recursos humanos. Esta actuación cobraría sentido en el marco de un programa teórico-práctico de enseñanza tutelado, que pormenore el objeto de dicha integración para favorecer el autoaprendizaje en los diferentes ámbitos de intervención planificados. Es conveniente algún instrumento para evaluar las actividades de capacitación.

CONCLUSIÓN

La obtención de incentivos económicos va ligada al logro de los objetivos, los cuales tienen asociado un coeficiente de ponderación, idéntico para los objetivos específicos (5%), pero cuya asignación se realiza sin métodos conocidos y sin incluir criterios cualitativos sobre la fiabilidad de los resultados. Esto propicia desequilibrios y situaciones incomprensibles como, por citar ejemplos, que un proyecto de investigación (O27) tiene un peso insignificante y con igual valor que una remisión de registros administrativos (O4), o que una sesión formativa (O30) tiene la misma ponderación que el

control de instalaciones de riesgo de propagación de legionelosis (O8). Ello se traduce en un esfuerzo descompensado entre diferentes UPS para alcanzar los objetivos y se ignora además el contexto ambiental de los territorios (en zonas urbanas las infraestructuras de aguas o los censos de industrias son superiores y de mayor complejidad que en zonas rurales, por ejemplo).

COMENTARIO

La imitación de la gestión clínica en el ámbito de los servicios de salud pública, al intentar reproducir el modelo y los logros de otros, constituye una prueba difusa sin control sobre los beneficios esperados y con un alto componente estocástico en sus resultados. Tal y como se plantea el AG, las UPS no confieren mayor agilidad o soluciones creativas a aquello para lo que fueron concebidas; aunque pueda ser legítimo explorar cambios organizativos para mejorar la prestación de los servicios, no debe ser a cualquier precio.

La conveniencia de trabajar en Unidades debe venir precedida de autoevaluaciones de calidad en organización y procesos, que orienten sobre el rumbo a seguir; pero, en cualquier caso, las Unidades no son un axioma ni un fin en sí mismas: pueden ser un medio como cualquier otro para conseguir los mismos (¿?) resultados.

Recientes estudios²¹ demuestran que los resultados en atención sanitaria no dependen del tipo de organización ni del modelo de gestión, sino de la labor individual del profesional; desmitifican la trascendencia de la gestión, cuyos paradigmas son profundamente cuestionados²². En efecto, los medios y recursos utilizados antes y después de implantar este modelo son los mismos, por lo que *a priori* no parece que las UPS estén destinadas a producir una transformación relevante de la organización de la salud pública ni la mejora sustancial de los servicios prestados.

Cuando se examina la composición de los profesionales que pueden formar parte de la UPS, el grupo mayoritario son funcionarios de farmacia y veterinaria, quienes mantienen unas competencias compartimentadas sin que llegue a superarse el esquema clásico de sanitarios locales. Aunque se ofrece la oportunidad de integrar a técnicos en sanidad ambiental, sus cometidos no tienen cabida

por la incapacidad de adecuar sus atribuciones legales dentro de las Unidades, lo que anula la autonomía para dirigir y desarrollar sus líneas de trabajo. Otros profesionales que podrían participar son personal contratado de la escuela andaluza de salud pública y funcionarios de las delegaciones provinciales de la consejería de salud, al margen de sus centros de destino y dependencia presupuestaria. Quedan excluidos de las UPS los epidemiólogos y técnicos de educación para la salud, decisión que no contribuye a cohesionar a los profesionales de la salud pública ni favorece la construcción del conocimiento de forma cooperativa.

Esta situación denota una falta de sintonía y coherencia del modelo de UPS con las diferentes realidades profesionales, pues ni se definen ni se concretan la interacción y las relaciones de mutua colaboración, para evitar convertir esta forma organizativa en fuente de conflictos. Este inconveniente en modo alguno puede ser compensado por las presuntas ventajas de la gestión, tanto más cuanto tales bondades son reconocidas a voluntad.

El modelo originario fue proyectado de forma interdisciplinar, aunque se actúa de otra forma: los profesionales minoritarios son desposeídos de sus funciones; se degrada su categoría laboral, pero se intenta dulcificar la situación mediante tareas administrativas, a la postre rutinarias, y con actividades accesorias que hagan soportable su ensamblaje dentro de la Unidad. En efecto, el AG no resuelve la situación de los profesionales cuyos cometidos no han sido adaptados dentro de las UPS, pero tampoco fuera de ellas, pues no se arbitran mecanismos que hagan compatible el desempeño de las funciones de quienes no se incorporan, sin menoscabo en las condiciones retributivas y carrera profesional. Es un contrasentido apelar a la participación profesional sin resolver estas barreras (tabla 2), en lugar de buscar fórmulas organizativas virtuosas que concilien las diversas exigencias profesionales de la salud pública.

Debería ser tema de preocupación reducir a guarismos el trabajo desarrollado por los profesionales, más aún en actividades de salud pública ajenas a las leyes del mercado, cuyo componente multidimensional hace inviable encajar las intervenciones en hojas de contabilidad *ad libitum*, con un sistema de registro donde se vuelcan datos descontextualizados resultantes de cuantificar productos finales (inspecciones, informes, certificados,

Tabla 2. Contradicciones del Acuerdo de Gestión

- Definir objetivos sin concretar las relaciones funcionales y acciones exactas para su consecución.
- El despliegue de los objetivos no es proporcionado al contexto territorial.
- Los objetivos se centran en la actividad inspectora, sin acompañarlo del análisis de las actuaciones que más benefician o son demandadas en salud pública.
- Discordancia entre el mensaje explícito (aceptación de objetivos por las partes) y el comportamiento de los distritos/unidades (imposición de objetivos individuales sin consenso).
- Incoherencia entre los valores pluriprofesionales (unidad abierta a técnicos de la salud pública) y el comportamiento institucional (inadaptación, privación, discriminación de funciones de los técnicos, en especial a sanidad ambiental).

supervisiones,...), que son inútiles para medir los beneficios sociales ni sirven para explicar la utilidad de las inversiones en salud pública. Una cartera de servicios basada en la medición de estos productos, caracterizados por normas administrativas, supone renunciar a trabajar desde la perspectiva poblacional sin afrontar la complejidad de los problemas de salud pública y olvidando a sectores que demandan estas prestaciones.

Las actividades implícitas en los objetivos del AG se centran fundamentalmente en la labor inspectora, de forma directa o derivadas de ella, lo que refleja un modelo de unidad eminentemente intervencionista, que amenaza la propia esencia de la diversidad funcional y profesional, que se perpetúa en su propia lógica de uniformidad para acabar limitando la expansión y diferenciación de las actuaciones de salud pública basadas en la competencia; en contraste, la investigación, la promoción de salud o la calidad de las actuaciones están infravaloradas. De esta forma, los objetivos no se acomodan a la naturaleza de los servicios de salud pública, puesto que la mejora del estado de salud de la población depende más de estrategias sectoriales (Salud en Todas las Políticas)²³ que de insistir en una mayor actividad inspectora, como forma exclusiva y excluyente de entender la organización de las UPS, presentada como un clásico sofisma: la salud de los ciudadanos es lo principal; las inspecciones mejoran la salud; luego, hay que potenciar las inspecciones (más inspectores).

Por otra parte, los objetivos definidos de forma pobre y no proporcionados a las características territoriales y complejidad de los lugares de intervención son un factor de desmotivación profesional, que contribuye a viciar la forma de generar resultados. En términos genéricos diremos que las acciones para alcanzar los objetivos ni son ilimitadas

en tiempo, forma y alcance, ni son practicables en todo ámbito o materia en que son técnicamente factibles.

También es obvio que el rendimiento del profesional no puede ni debe vincularse al desarrollo de objetivos para cuya consecución hay que ejercer funciones que no le corresponde desempeñar. Si, además, la valoración del cumplimiento de objetivos es fruto de decisiones discrecionales con límites borrosos o indefinidos, la gestión de las UPS acaba por convertirse en un ejercicio de control burocrático.

El sistema de incentivos económicos, basado en alcanzar objetivos y no en el mérito y la promoción profesional, configura lógicas que a menudo repercuten negativamente en aportar valor social o en mejorar la prestación de los servicios. Algunos autores^{24,25} sugieren que este sistema de productividad promueve comportamientos individualistas, que estimula la falta de cooperación y el deseo de hacer únicamente lo mínimo para percibir los incentivos económicos. Es previsible que los profesionales demanden perfiles menos complejos y mejor retribuidos, a veces comprometiendo la ética, frente a aquellos en que se exige más esfuerzo y cualificación.

Con este modelo de gestión se avanza hacia una estructura organizativa que se nutre de un atavismo fundado en una creciente desazón por cumplir estadísticas y se priorizan los criterios de gestión frente a los profesionales, con el peligro añadido de desconectar los servicios de salud pública de la sociedad.

De nuestro análisis emerge el argumento de que el modelo de UPS es vulnerable a dinámicas de rupturas profesionales que erosionan las bases de la competencia y el conocimiento especializado

sobre el que se sustenta la calidad de las prestaciones en salud pública²⁶.

Las UPS como recurso de gestión son revisables, tendrán que abrirse a otras alternativas sin el riesgo de incurrir en costes profesionales injustificados, y habrá que reconsiderar las graves limitaciones que presentan los acuerdos de gestión en el ámbito de los servicios de salud pública. Parece necesaria una voluntad renovadora que supere los males de este modelo, y nos atrevemos a insistir en favor de otras formas organizativas más racionales y compartidas por todas las partes involucradas.

Así pues, el valor y la utilidad de estos instrumentos de gestión no reside en *lo que se cuenta* de la gestión clínica; hay que abordar rigurosamente lo que ocurre dentro de las Unidades de cada distrito/área sanitaria, obtener pruebas fehacientes de la mejora en resultados, proporcionar pruebas de la eficiencia de los servicios y de cuáles han sido los efectos de las Unidades de Protección de la Salud en la calidad de las prestaciones y su impacto real en los destinatarios. Transcurridos 10 años desde su puesta en marcha, es momento de conocer trabajos sobre las contribuciones más relevantes de esta experiencia de gestión en la salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soria Escoms B. Informe Bernat Soria. Madrid: Abbott Laboratories 2011.
2. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 140, de 17 de julio.
3. Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa de los distritos de atención primaria del servicio andaluz de salud 2001-2004. Sevilla: Junta de Andalucía 2001; pag 120 y ss.
4. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? Med Clin (Barc) 2001;117:222-26.
5. Porta Serra M. Los beneficios de la salud pública. Daphnia 2010;53:4-5.
6. Prados Torres JD, Santos Guerra MA. La evaluación de los MIR como un proceso de aprendizaje. Med de Familia (And) 2000;1:78-83.
7. Parejo Alfonso L. El estado social administrativo: algunas reflexiones sobre la crisis de las prestaciones y los servicios públicos. Rev Administración Pública 2000;15:217-49.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222 de 16 de septiembre.
9. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. Rev Calidad Asistencial 2002;17:305-11.
10. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 70/2008, de 26 de febrero, por el que se regula la plantilla orgánica, las funciones, las retribuciones, la jornada y horario de trabajo, el acceso y la provisión de puestos de trabajo del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, especialidades de Farmacia y Veterinaria. BOJA nº 52 de 14 de marzo.
11. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 245/2001, de 6 de noviembre, por el que se crea la categoría de técnico de salud de atención primaria en el Servicio Andaluz de Salud. BOJA nº 137, de 27 de noviembre.
12. Servicio Andaluz de Salud. Resolución 63/2009 de 23 de marzo, de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional, sobre retribuciones del personal de centros e instituciones sanitarias. Ejercicio 2009.
13. Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. Las Unidades clínicas de gestión en la atención primaria: un tema a debate. Atenc Primaria 2003;31:514-8.
14. Victora CG, Santos IS. Los siete pecados capitales de la evaluación del impacto. Informe SESPAS 2008. Gaceta sanitaria 2008;22(supl 1):1-7.
15. Sánchez-Candamio M. Evaluación de programas de salud desde la perspectiva de la metodología cualitativa. Atención Primaria 1999;24:487-91.
16. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Decreto 70/2009, de 31 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de vigilancia sanitaria y calidad del agua de consumo humano de Andalucía. BOJA nº 73 de 17 de abril.
17. Cañada Guallar MV. Sistemas de información de agua e implicaciones en salud pública. En: Documento final de las semanas temáticas. Tribuna del Agua. Expoagua Zaragoza 2008.

18. Consejería de Salud. Programa de vigilancia sanitaria y calidad del agua de consumo en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía 2005.
19. Pouyat RV, Weathers KC, Hauber R, et al. The role of federal agencies in the application of science knowledge. *Front Ecol Environ* 2010;8:322-8.
20. Viana Zulaica C, Rotaecche del Campo R. Elaboración y diseño de una GPC. Planificación. En: González Louro A, Marín León I (coord). *Guías de Práctica Clínica: conceptos básicos sobre su elaboración y utilización*. 2ª ed. La Coruña: Casitérides 2007; pág 57 y ss.
21. Corbella A, Jiménez J, Martín Zurro A, et al. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*. Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya 2007; pág 275 y ss.
22. Rosenzweig PM. The Halo Effect... and the eight other business delusions that deceive managers. Simon & Schuster 2007; pág 232 y ss.
23. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. *Informe SESPAS 2010*. *Gaceta sanitaria* 2010;24(supl 1):1-6.
24. Vohs KD, Mead NL, Goode MR. The psychological consequences of money. *Science* 2006;314:1154-6.
25. Pamela Hartzbnd MD, Jerome Groopman MD. Money and the changing culture of medicine. *N Engl J Med* 2009;360:101-2.
26. Rodríguez P, García J. *Calidad en la atención sanitaria: conceptos teóricos y aplicaciones prácticas*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Higiene y Salud Pública 2001.