

Gestión en Atención Primaria: el fondo y las formas

Moisés Robledo

Secretario de Información de la SEMG

La Ley General de Sanidad de 1986 estableció la universalización de las prestaciones sanitarias, la potenciación de la atención primaria (AP), las garantías para una plena accesibilidad, el principio de equidad, y la búsqueda de la eficiencia y eficacia del modelo.

Desde entonces, los presupuestos destinados a la atención a la salud experimentaron un progresivo aumento per cápita, proporcionalmente más elevado que el producto interior bruto (PIB), y no siempre con un incremento equivalente en los indicadores de salud poblacional.

El envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, el mayor consumo de servicios sanitarios, y las nuevas tecnologías sanitarias, incluidos los nuevos fármacos, suponen un importante incremento del gasto sanitario. Todos los países, independiente de su desarrollo social o económico, plantean reformas destinadas a la contención o recorte de los presupuestos destinados a salud.

Aunque casi de un tercio de la inversión presupuestaria de cada Comunidad Autónoma (CA) está destinado a la sanidad, con un aumento progresivo en los últimos años, no parece que la aplicación exclusivamente de medidas económicas sea suficiente para la mejora del sistema. Cada día son más las opiniones que señalan que al actual modelo sanitario está agotado y necesita cambio de rumbo, más allá de las medidas económicas, que dé respuesta a los múltiples problemas de fondo que presenta.

Los cambios demográficos comentados, con una mayor esperanza de vida y envejecimiento poblacional, deberían llevar a la adopción de modificaciones estructurales y organizativas encaminadas a una

atención sanitaria diferente, adaptada a esta situación. La estructura asistencial de nuestro país está más pensada para la atención de patologías agudas, a demanda de los pacientes, que a la atención de las enfermedades crónicas. Por un lado, surge la necesidad de más servicios sociosanitarios y de rehabilitación, y por otro, es notoria la escasez de acciones preventivas, educación sanitaria, promoción de la salud, potenciación de la salud pública... La masificación de las consultas, en parte motivada por un insuficiente número de profesionales, ha supuesto que la mayor parte de la actividad sea meramente asistencial, sin apenas tiempo para las actividades docentes, formativas o de investigación. Además de los cambios en la práctica diaria, en pocas décadas hemos pasado de un sistema único, de cobertura nacional, a 17 sistemas diferentes, uno por cada Autonomía, tanto en lo estructural, lo organizativo y, quizá lo más importante, en la dotación presupuestaria que los sustenta.

El modelo inicial, extremadamente rígido y gerencialista, ha dado paso a diferentes modelos, la mayor parte de provisión pública, comprometidos con una mayor implicación de los profesionales, que, más allá de las tareas asistenciales, asuman tareas de gestión. Son varios los servicios de salud que han iniciado o están iniciando la implantación de diferentes modelos de Gestión en Atención Primaria. El más reciente, la creación de Unidades de gestión Clínica (UGC).

La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) publicó recientemente el informe "Autogestión en la Atención Primaria", en el que se

realiza un análisis de situación, los condicionantes y posibles escenarios de este modelo asistencial, y de sus posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo, cuya lectura es altamente recomendable. Según este informe, todo proyecto de gestión clínica debe reunir una serie de cualidades mínimas, que hagan posible su valoración y comparación frente a otros proyectos similares. Debe ser transparente, con fácil acceso a la información, participación de los profesionales desde el primer momento, voluntariedad en la aplicación, plan piloto previo y evaluación externa del proyecto, con indicadores claros, comprensibles, fiables y válidos. En otro informe, la SEMG señala el escaso cumplimiento del Decálogo de Medidas Urgentes para la mejora de la AP, junto al pequeño crecimiento de los presupuestos sanitarios dedicados a la misma, lo que ratifica que el reiterado compromiso por parte de la Administración hacia este nivel asistencial es más teórico que práctico. El tiempo transcurre y medidas del Decálogo, que supondrían una clara mejora de las condiciones en las que le médico de AP realiza su actividad, no se ven implementadas por los diferentes Servicios de Salud.

Así las cosas, el profesional, abrumado por consultas masificadas, burocracia interminable, escasez de personal, etcétera, se encuentra de repente con la Gestión Clínica, que le solicita una implicación clara en las decisiones, pero en cuyo origen no ha participado, de la que no ha sido informado y que apenas conoce. No es extraño que la primera reacción sea de rechazo o cuanto menos duda, más ahora en un entorno económico desfavorable, que parece no tener solución a corto plazo. Para que la gestión clínica sea eficaz, debe ser llevada a cabo por profesionales científicamente cualificados, que además reúnan talento, entendido como capacidad (puedo), compromiso (quiero) y acción (actúo). Otros requisitos para la implantación de Unidades de Gestión Clínica, además de los profesionales, son la existencia de un marco institucional y legislativo, organización y estructura adecuadas, financiación suficiente, modelo

a desarrollar con una clara planificación estratégica que establezca objetivos claramente definidos, los componentes políticos y poblacionales, y buenos sistemas de información. Resulta imprescindible el liderazgo que, junto a la autoridad que debe llevar, conjugue el estímulo y la participación democrática de los profesionales.

Resumiendo, se puede decir que la Atención Primaria en particular y el modelo sanitario en general necesitan, de una manera decidida y urgente, modificar su estructura y organización para afrontar nuevos retos derivados de los cambios sociales, demográficos y económicos, entre otros, ya comentados, que no tendrán solución únicamente con ajustes en la financiación y que deben garantizar que el sistema sea sostenible.

Sin embargo, la situación de partida no es muy favorable. Los profesionales de la salud se encuentran, cada día y desde hace tiempo, enormes dificultades en el desarrollo de su actividad. Estos problemas cercanos impiden una *visión global* del sistema que, unida a la falta de formación, conocimiento e información sobre la gestión clínica, genera fuertes resistencias al cambio de modelo. Con la sobrecarga actual de trabajo, no son demasiados los estímulos del profesional hacia otras fórmulas de actividad, novedosas, de reciente implantación y, en general, poco conocidas. Coordinar, motivar e incentivar deben ser las premisas básicas de la autogestión, sin olvidar que la mejor forma de disminuir las resistencias a un cambio es una información completa, veraz y mantenida. Éste debe ser el primer paso.

A corto plazo, aparecen formas diferentes de provisión de los servicios sanitarios, en las que la colaboración en la gestión por parte de los profesionales será el nexo común. Todas ellas deberían cumplir los criterios que señala el informe de la SEMG, especialmente el de la evaluación, con el fin de poder seleccionar la o las que demuestren mayores niveles de eficiencia, calidad y, sobre todo, equidad; algo que con 17 Servicios de Salud distintos parece difícil de lograr.