

Autogestión en la Atención Primaria española

El Grupo de Trabajo de la SEMG sobre Autogestión en Atención Primaria realizó recientemente el informe "Autogestión en la Atención Primaria española. Análisis de situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y medio plazo", cuyos principales planteamientos y conclusiones se exponen a continuación y constituyen una importante aportación al estudio de este ámbito del que poco se ha publicado en nuestro país. El estudio ha sido coordinado por Juan Jurado Moreno y los autores, además de él mismo, son: Joaquín Chacón Fuertes, Griselda Martín Carpena, Moisés Robledo del Corro y Francisco José Sáez Martínez.

Según la Real Academia Española, el término "autogestión" se define como "un sistema de organización empresarial según el cual los trabajadores participan en todas las decisiones". Frecuentemente, aparece definida como "un modelo de gestión directa, autoorganizada, aplicada a cualquier tipo de asociación, por parte de sus propios integrantes, sin injerencia externa o jerárquica, y en la que rige el principio de participación activa y control democrático, interesando el aspecto económico en la dirección de la autofinanciación y en el de la autoproducción". En definitiva, independientemente del aspecto o finalidad a la que se aplique, está considerada como un modelo de gestión descentralizada, que huye de los esquemas de organización centralizada y jerárquica, y en el que se organizan sus componentes sobre una base cooperativista, orientada hacia la consecución de sus objetivos.

Con el anuncio de la puesta en marcha de nuevos modelos enmarcados en la "autogestión" de equipos de Atención Primaria (AP) en algunas Comunidades Autónomas, vuelve a salir a la luz el debate político e ideológico entre quienes consideran este modelo como "la mejor fórmula" para incrementar la satisfacción profesional y así elevar la calidad de su trabajo, y los que elevan el tono de alarma sobre el peligro inminente de una progresiva privatización interesada de la sanidad pública. Y en el medio, nosotros los profesionales. El informe Autogestión en la Atención Primaria española se ha estructurado siguiendo un orden temporal y un marco territorial para llegar a describir el momento actual de nuestra sanidad y dirigirse posteriormente

hacia la descripción de las experiencias previas llevadas a cabo en distintas Comunidades Autónomas. Además, se han seleccionado las experiencias europeas que en cierta forma puedan tener alguna aplicación a nuestro desarrollo sanitario y se han revisado los diferentes modelos de autogestión teóricamente posibles en nuestro sistema sanitario; se ha considerado el marco normativo en el que se mueven todos estos procesos e intentado describir los posibles escenarios que puedan plantearse. Por último, se ofrecen unas conclusiones que pretenden condensar de forma resumida el posicionamiento de sus autores.

NUEVOS MODELOS TEÓRICOS

Aun partiendo del principio ético de que la salud no es un bien comercializable, sí lo es la asistencia sanitaria, que no se demanda por sí misma sino por su relación con la primera, siguiendo uno de los principios del *consumerismo* sanitario: "la salud es un stock de capital que se deprecia con el tiempo y que puede aumentarse con el consumo de servicios sanitarios". Los individuos se aseguran frente a la incertidumbre. Los riesgos que se aseguran son los de asistencia sanitaria, no los de la salud. Esto debilita los efectos del precio como mecanismo de incentivos y de *asignador* eficiente de recursos.

En 1985, Eisenberg, con relación a los médicos, afirmó que en Estados Unidos menos del 0,5% de la población toma decisiones que se traducen en el consumo de más del 10% del PNB. De 1960 a 2002 el porcentaje del gasto sanitario total de los países de la OCDE como

porcentaje del PIB pasó del 3,9 al 8,6. Por tanto, en 42 años el peso del gasto en sanidad se ha duplicado, algo que no ha sucedido con ningún otro sector, incluido el de las telecomunicaciones. Por este motivo, en una época en que el equilibrio presupuestario de las cuentas públicas se está erigiendo en una garantía de crecimiento económico, el control del gasto sanitario es una preocupación fundamental de las economías industrializadas y por tanto se marcan unas líneas comunes para realizar un adecuado encauzamiento del citado gasto público, con independencia de la fuerza política que desempeñe en ese momento el poder:

- separación entre financiación y suministro de la atención sanitaria;
- fomento de la idea de que la financiación debe seguir al paciente y no a la inversa;
- introducción de mejoras en la contratación entre compradores y proveedores de atención sanitaria;
- introducción de competencia en la provisión y/o contratación de atención sanitaria;
- refuerzo del papel de la AP como filtro del sistema y el de sus profesionales como gestores del estado de salud de los pacientes;
- fomento de la participación del paciente y sus relaciones con otros agentes del sistema.

En estos seis puntos hay tres que atañen directamente a la AP y de ahí el interés actual para plantear nuevos modelos teóricos de gestión que sustituyan a los actuales, que, provenientes de otro entorno económico y moral, se delatan como poco flexibles para ajustar el gasto y conseguir satisfacción en los usuarios.

Se une además el cambio en los paradigmas del pago a los proveedores sanitarios, a los que del *pago por estar* de inicios del siglo XX, se pasó al *pago por hacer* de finales del mismo siglo y al intento actual de *pago conjunto* o *capitación*, que transfiere a los prestadores de servicio los riesgos de su trabajo y descarga así a quien asigna los recursos (público o privado) de responsabilidad en la gestión, que sólo la reserva para la contratación o la cancelación de la misma.

El actual modelo de gestión de la AP española ha tenido en los últimos años diversas experiencias

piloto, adaptaciones, cambios de nombre e incluso vueltas atrás.

Existen también otras opciones de gestión en AP en otros países, que pueden ser opciones de futuro. Por ello, centrándonos en las experiencias más novedosas, desarrollamos este pequeño análisis. Las principales fórmulas utilizadas a las que nos referimos pueden agruparse en dos grandes modelos: de gestión directa pública o indirecta. Las principales fórmulas utilizadas pueden agruparse como de gestión directa o indirecta. Las de gestión directa (la provisión sigue dependiendo de la Administración Pública aunque a través de personas jurídicas interpuestas) que se utilizan en el SNS, son los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios; y entre las de gestión indirecta (la provisión se lleva a cabo a través de un servicio privado, lucrativo o no), podemos destacar las sociedades profesionales (existen otras formas: cooperativas, sociedades laborales, mercantiles...) y las concesiones administrativas con vinculación contractual (entre otras: convenios, conciertos, arrendamientos...).

Planteamos en esta tesitura varios modelos teóricos, desde el punto del proveedor, algunos en ejecución, y distintos del actual modelo de gestión de la sanidad pública de organismo, instituto, ente o empresa pública que ahora nos gestiona:

- Modelo de consorcios: consiste en la asociación de varios proveedores de servicios existentes en procedimientos comunes de trabajo para constituir una alianza común, sin renunciar cada uno a la propiedad de sus recursos. Aporta beneficios, al ahorrar en costes comunes y permitir una oferta integrada al financiador de servicios. Presenta dificultades al integrar distintas dinámicas, visiones y misiones empresariales, así como dificultades en la relación laboral con los trabajadores. Es, no obstante, una solución rápida ante un cambio legislativo a modelos territoriales descentralizados como en Canadá o el proyecto de Cataluña.

- Modelo de proveedor único: consiste en la oferta de servicios sanitarios por parte de un único proveedor, público o privado, que se hace cargo de la asistencia sanitaria mediante un contrato con el financiador. Su

beneficio pasa fundamentalmente por ahorros en la gestión y en la eliminación de diferentes criterios de prestación. Es evidente que aporta mucha menor libertad para el médico general y de familia, sujeto por contrato laboral a los designios de la empresa, así como genera dudas sobre la continuidad asistencial para el usuario a la hora de cambios de proveedor.

- **Modelo esloveno:** constituye en realidad la destrucción de cualquier modelo. En los antiguos países comunistas la caída del muro propició la desaparición del sistema de atención sanitaria. En Eslovenia adoptó unas características diferentes, con implantación de un sistema de pago por capitalización puro desde el financiador y la disgregación de los equipos sanitarios en pequeñas consultas de barrio, generalmente unipersonales, que garantizan un servicio más directo y personal, semejante al sistema de las farmacias españolas, con mayor dosis de competitividad, sin regulación alguna y cercano al actual modelo italiano o francés, ambos en reforma. Para los profesionales supone un grado de libertad difícilmente alcanzable en otros modelos y a los usuarios les garantiza un poder importante, dado que son sus desplazamientos los que originan cambios en la retribución.

- **Modelo Quick Med:** consiste en la total libertad del usuario para elegir la prestación sanitaria que desee: la adquiere en el momento y transfiere (o no, según el país) parte de sus gastos al financiador. Las prestaciones están definidas, con un coste marcado previamente y unos contenidos establecidos; los complementos a estos servicios se financian de manera privada. Supone una nueva forma de hacer atención primaria, muy en línea con los hábitos cambiantes de la población.

- **Modelo de Harrods:** se trata de la ubicación del Centro de Salud en el interior de un centro comercial, donde genera una alianza con el resto de negocios y/o entidades del mismo. Garantiza un servicio completo a los consumidores que acuden al centro comercial, integrado en los dispositivos de ocio del mismo, y potencia el *consumerismo* sanitario.

- **Modelo EBA:** consiste en la creación de cooperativas de profesionales sanitarios, fundamentalmente

médicos, que se hacen cargo de la prestación sanitaria en una zona básica de salud, y asumen el presupuesto de la zona y aplican criterios de gestión privada.

FACTORES Y COMPONENTES DE LA AUTOGESTIÓN CLÍNICA EN AP

Entre las funciones con mayor importancia de las instituciones está la de simplificar el proceso de toma de decisiones, ya que los diferentes puntos de presión sobre los sistemas organizativos, como son las reglas, las normas sociales, la propia estructura organizativa y el marco legal, harán que los distintos agentes se enfrenten, con determinada frecuencia, a decisiones complejas y será necesario el proceso de simplificación para reducir incertidumbre. Las organizaciones son entidades a través de las cuales las personas se interrelacionan mediante vínculos contractuales (formales o informales) para alcanzar metas individuales y colectivas. En todas las organizaciones (públicas y privadas), incluyendo las sanitarias, existe un entramado de actividades de interferencia e influencia (actividad profesional, obligaciones laborales, permisos, promoción profesional, formación...). En las distintas estructuras de gestión siempre se observan los llamados "derechos residuales" de decisión y control, a pesar de los procesos de descentralización de las organizaciones sanitarias y el desarrollo de la gestión clínica. Este fenómeno será responsable de determinados costes de *interferencia e influencia* y deben considerarse como factores que lastrarán el proceso de puesta en marcha de este modelo de gestión. Cuando se planifican cambios en las formas organizativas de los centros sanitarios y las reformas e innovaciones de la gestión pública sanitaria correspondientes, deben tenerse en cuenta los determinantes específicos y característicos del Estado y del marco político institucional, hecho diferencial destacado, entre la gestión pública y la privada. Con todas estas premisas, si ahondamos en los proyectos de descentralización de la gestión en la AP, podemos identificar determinados componentes básicos:

- marco legal/normativo: a todas luces ha sido, y es

aún, insuficiente e inadecuado y deja zonas oscuras que condicionarán el éxito o el fracaso de los proyectos piloto. Han surgido intentos autonómicos de adecuarlo a los fines planificados, que introducen nuevos escenarios, y habrá que esperar un tiempo para ver su trascendencia;

- ordenación y estructura: es un componente fundamental que dimana de la normativa. Definen los jugadores y las reglas de juego, así como su interrelación. Como es lógico pensar, cada Comunidad Autónoma tiene definida su ordenación y también, salvo las que ya la han modificado, resulta inadecuada para tratar de implantar un proceso de autogestión;

- componente financiador: siguen siendo los mismos (escasa o nula libertad de decisión en este campo) y pocas novedades o fórmulas imaginativas, adecuadas a la nueva situación. Existe gran temor a deslizamientos hacia la "alegalidad" o, a veces, "ilegalidad". Es otro de los componentes clave en el éxito o fracaso del proyecto;

- componente profesional/recursos humanos: es el factor humano de todo el proyecto, constituido en equipo. La autogestión conduce a estos profesionales a asumir un papel de liderazgo compartido en la gestión de los servicios de salud; para ello cada uno de los miembros del equipo de salud ha de ser gestor de sus actividades y funciones para el logro de los objetivos de toda organización en salud, y contribuir a incrementar los niveles de salud;

- modelo de gestión clínica: es un concepto que todavía no está perfectamente acotado, dentro del que se incluyen otros varios conceptos, que plantean una nueva forma de concebir los servicios sanitarios;

- componente social/poblacional: siempre como objetivo de todas las actuaciones, siguiendo los ejes fundamentales de la integridad, linealidad asistencial, y calidad máxima sostenible por el sistema;

- componente político: al constituir el presupuesto sanitario una de las partidas más elevadas del presupuesto general, es preciso ajustar el nivel de eficiencia, y, por lo tanto, las necesidades de financiación. El médico no sólo será responsable de la atención del paciente, sino también de la eficiencia en el uso de esos recursos limitados.

LA AUTOGESTIÓN ESPAÑOLA. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

La evolución histórica de la sanidad española siempre ha estado marcada por los preceptos recogidos en las diferentes Constituciones (1812, 1931 y 1978). En el siglo XIX tenía una consideración claramente liberal, por lo que en la Constitución de 1812 sólo se recogía en dos preceptos, uno dedicado a la policía de salubridad y el otro al cuidado de los establecimientos de beneficencia. Se actuaba cuando el problema superaba al individuo y podía afectar al colectivo. Las primeras normativas para mejorar las condiciones sanitarias de la población consistieron en las transformaciones de los asentamientos urbanos determinados por los procesos migratorios, la industrialización y las grandes concentraciones urbanas.

El marco legislativo que regulaba el sistema sanitario español hasta el período de la Transición Democrática tuvo un lejano origen y una lenta y dificultosa evolución. Exponentes de este proceso son en el año 1900 la Ley de Accidentes de Trabajo y en 1908 la creación del Instituto Nacional de Previsión; inicialmente encargado del sistema de libre contratación de pensiones obreras, asumió posteriormente la administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero (1919), el Subsidio de Maternidad (1923), Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), ampliación de los beneficios de la Ley de Accidentes del trabajo a los trabajadores agrícolas (1931), obligaciones de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria (1932) y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942) y se extinguió en 1978. Entre medias, cabe destacar el establecimiento del Reglamento de Sanidad Municipal y Provincial de 1925, y la creación del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión Social de 1936. Pero de especial relevancia fue la puesta en marcha, en 1932, de los primeros Centros secundarios de Higiene, lo que modificó la "forma de atender las actividades médico-sanitarias en ambiente rural, primordialmente higiene infantil y maternal, control de las enfermedades evitables y mejora de los hábitos higiénicos, utilizando una organización que pueda en lo futuro extender su trabajo

a otras facetas importantes, saneamiento rural, en primer término". En estos centros "la mayoría de las funciones que como primer esquema atribuimos a la higiene rural son de tal naturaleza que responden a lo que es razonable esperar que lleguen a ser responsabilidad y cuidado directos del médico de familia con el auxilio de los especialistas precisos".

En 1942 se instauró el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que creó la figura del beneficiario, distinta al planteamiento laboral de la cobertura del riesgo y respondiendo a un modelo *bismarckiano* ya desarrollado en Alemania. Entre 1953 y 1962 se produce una generalización progresiva con la incorporación de nuevos colectivos. Este sistema es financiado por trabajadores y empresarios, según un sistema productivo. Con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 se afrontó la coordinación de todas las actividades sanitarias, fundamentalmente las dependientes del Ministerio de la Gobernación: el médico local se ocupó a nivel municipal, los hospitales provinciales responsables de la asistencia a las familias sin recursos; a nivel estatal, sólo las enfermedades consideradas especiales (sobre todo infecciosas, como la tuberculosis y la lepra). Se seguía manteniendo una dependencia de la Dirección General de Sanidad (Ministerio de la Gobernación) que continuaría hasta 1977; se creó una gran dispersión de las responsabilidades, ya que cada ministerio asumía las atribuciones en esta materia. Durante este período de estancamiento legislativo, destacan medidas como la incorporación de los hospitales de la beneficencia a la Dirección General de Sanidad (1967), la creación de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (1972), la constitución de una Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (1975) y la creación en 1977 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

A partir de 1978, con la promulgación de la Constitución Española (en ella se dedican varios artículos a garantizar el derecho y la protección de la salud) y la nueva organización territorial del Estado en Comunidades Autónomas, se abre un nuevo período de reforma sanitaria y de creación del Sistema Nacional de Salud (Ley General de Sanidad de 1986). La "universalización de

la asistencia sanitaria" es el más claro exponente de estas reformas.

En 1978 el Instituto Nacional de Previsión se desdobló en entidades gestoras. La gestión de la asistencia sanitaria correspondió al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). También, en este año, rompiendo la tendencia de tecnificación elevada de los hospitales con olvido del médico de cabecera como estructura básica en este sistema sanitario, se creó la especialidad de Medicina de Familiar y Comunitaria, con la que se pretende convertir al médico de AP en figura fundamental en el sistema sanitario; su atención se caracterizó por ser integral (actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras) e integrada (se siguen los principios recogidos en la Conferencia de Alma-Ata). En su planificación se dispone que esta nueva titulación y este nuevo modelo se vayan incorporando tanto en el medio rural como en el urbano (esta actuación ha sido muy criticada posteriormente, ya que inició una fractura profesional, aún hoy patente).

Con el RD 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud se pretendió eliminar la separación entre actividades sanitarias preventivas y asistenciales, como paso previo a lo que aconteció posteriormente. Podemos decir que son los primeros pasos, aunque tímidos (el incremento del gasto sanitario es muy discreto), de la reforma de la AP. Con la Ley General de Sanidad de 1986 se estableció una regulación básica para las estructuras de los servicios sanitarios públicos, encargados de aplicar los medios que garanticen el derecho y protección de la salud, bajos los principios fundamentales de la universalidad y gratuidad (financiación pública). Se distribuyeron las competencias teniendo en cuenta las diferentes administraciones públicas (central, autonómica y local) y no se excluyó la posibilidad de que la sanidad privada aportara servicios. Intentó alcanzar una integración conceptual del sistema sanitario público, y definió con claridad unos derechos y deberes de los usuarios del sistema. La financiación viene de los recursos de las Administraciones públicas (transferencias del Estado, aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales), de las cotizaciones sociales y de algunas tasas sobre determinados servicios. En este

período, la reforma de la AP tuvo evidentes logros (accesibilidad, satisfacción de los usuarios, metodología de trabajo, dotación de recursos, establecimiento de una garantía mediante la cartera de servicios, mejora de la documentación clínica...).

Hasta este momento, la Seguridad Social se articulaba en tres niveles: el primero soportado por la Medicina General y la Pediatría, que ejercían en el medio urbano en los consultorios y en los ambulatorios, y en el medio rural en los consultorios locales municipales; el segundo nivel era atendido por los médicos especialistas que recibían a los pacientes derivados en las consultas de los ambulatorios; y, por último, el tercer nivel asistencial, constituido por los hospitales y las residencias (entre ellos se establecía un ámbito de carácter territorial, provincial, regional o nacional). El primer nivel se caracterizaba por la masificación, carencia de una relación adecuada con el paciente, falta de registros y por llegar sólo al “diagnóstico sintomatológico”; las recetas y el P10 eran sus mejores armas. Si continuábamos ascendiendo, el segundo nivel no se diferenciaba en mucho: disponibilidad de pocas pruebas diagnósticas y de mala calidad. La necesidad de una reforma sanitaria que actuara en todos los posibles frentes era evidente. Con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria la regulación de unas estructuras acordes a los nuevos planteamientos de lo que debería ser la nueva AP (creación de las Zonas Básicas de Salud, los Centros de Salud y los Equipos de AP) hizo crecer en demasía las expectativas, elevó el entusiasmo de estos nuevos profesionales y se contrapuso a la clara insatisfacción que existía en el médico de cabecera tradicional y en los propios usuarios.

LA SANIDAD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración central y de las Comunidades Autónomas. Éstas pueden organizarlos como bien consideren; en la gran mayoría de los casos mantienen su carácter público, aunque una gran parte del presupuesto esté dirigido a la compra de servicios

que no están cubiertos por el sector público o por conciertos. En 1995, el 21,5% de la financiación era privada (centros y servicios). A lo largo de todos estos años se han llevado a cabo pruebas y experimentos sobre las diferentes formas de gestión; se ha tendido hacia la flexibilización y utilización del derecho privado y se han adoptado en las Comunidades Autónomas nuevas formas e iniciativas de gestión que sientan las bases en las que nos encontramos en el momento actual. Con estos cambios de modelo, la asistencia sanitaria se convierte en una serie de prestaciones sociales basadas en la solidaridad y ofrece una seguridad ante el infortunio. La contribución compartida diluye las desigualdades ante la oportunidad de una intervención clínica que podría no asumirse por algunos grupos de población. El sistema de aseguramiento público ha mantenido una importante evolución cuantitativa y presupuestaria, ha recogido los derechos básicos de los ciudadanos al acceso a las prestaciones y servicios y, además de ello, ha avanzado en un proceso de descentralización y transferencia de servicios y gestión hacia las Comunidades Autónomas. El aumento poblacional, las mayores exigencias de los ciudadanos, la incorporación de nuevas y costosas tecnologías hacen necesario un replanteamiento de lo que el sistema de solidaridad debe proporcionar para evitar una crisis que colapse el logro de un sistema sanitario que representa la sociedad del bienestar.

El concepto de medicina también sufre una evolución, los retos han variado y el futuro puede estar en la prevención de enfermedades aún no existentes, en la solución de alteraciones del genoma que aún no ha debutado. Porque los retos son infinitos, y en cambio los recursos limitados, se buscan continuamente nuevas formas de gestión para una sanidad que no tiene que abandonar el concepto de universal ni solidaria. Durante finales del siglo XX se han producido en Europa y en España diferentes reformas de la gestión pública (incluida la sanitaria), intentando trasladar la capacidad de decisión hacia los vértices del sistema con mayor capacidad de lograr el máximo de eficiencia; es decir, se ha tratado de descentralizar la producción con la finalidad de favorecer la competencia. Con esto se separan

las funciones de financiación y las de provisión. Podemos considerar como punto de partida, con claro apoyo político, el conocido como Informe Abril (1991), a partir del cual se llevaron a cabo reformas de diferente tipo, profundidad y carácter por parte del INSALUD y, posteriormente, por los Servicios Regionales de Salud, lo que generó una verdadera eclosión de formas jurídico-organizativas diferentes a las tradicionales. Entre estas estrategias podemos distinguir:

- Los modelos gerenciales (importación y aplicación de técnicas empresariales en el ámbito sanitario) como los implantados por el INSALUD y su continuación en los modelos autonómicos.
- La privatización completa, con las consecuencias que suponen estos modelos, sobre todo la de ruptura en la equidad y falta de eficiencia.
- Otros modelos denominados “cuasimercado”, con los que se pretende una “emulación” o “simulación” del mercado en lo que a prestación de servicios públicos se refiere (entidades de base asociativa).

Según diferentes expertos, por un lado, al analizar la gestión pública, el modelo sanitario español, que garantiza una cobertura universal con un alto grado de tecnificación y unas prestaciones también muy amplias, es de una eficacia notable. Por esto, afirman que incluir nuevas fórmulas competenciales, abiertas y privadas, no garantiza de entrada un incremento de la calidad, aunque se pueda demostrar una mejora en la imagen o sensibilización de los usuarios, incluso de la eficiencia interna, pero el incremento de costes no justificará mantener el “mismo servicio” (ineficiencia). Pero, por otro lado, la evaluación internacional de Starfield demuestra que la inclusión de un mayor nivel de autonomía mejoraría la eficacia (como ocurre con los modelos holandés y danés). Independientemente, seguimos manteniéndonos en una AP con unos presupuestos proporcionalmente bajos, con relación a la especializada y también con relación al marco europeo. A partir de este punto, se puede analizar qué ha ocurrido con las experiencias que incluían modificaciones, en diferentes grados, en la forma de gestión de sus centros. Entre las experiencias de “autogestión” en la AP española están las de Andalucía, Castilla-La

Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Principado de Asturias.

En cuanto a las experiencias con la gerencia única, la mayoría de las Comunidades Autónomas heredó la estructura y el modelo de coordinación del INSALUD, que permanece aún en muchas de ellas sin cambios. Este modelo se caracteriza por mantener una estructura diferenciada para las actividades de epidemiología y salud pública, otra estructura para la gestión de la atención primaria, otra para la organización hospitalaria responsable del manejo de las situaciones agudas y de la atención especializada y, por último, una estructura socio-sanitaria encargada de los procesos crónicos, discapacidad y otros cometidos. En este esquema, la coordinación entre estructuras se ha basado en el mantenimiento de “medidas diversas”, sustentadas en acuerdos y en decisiones políticas, lo que acarrea en la práctica que quien decide es el último responsable.

Esta estructura ha ocasionado múltiples dificultades en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, lo que impide alcanzar los objetivos planteados de una atención completa, integral y eficiente, independientemente del nivel o centro donde se sea atendido.

Fue la Ley General de Sanidad (1986) la que estableció como una “unidad de prestación de servicios integradora” el Área de Salud; desde entonces esta idea se desarrolló de forma irregular e incompleta. Para corregir esta situación se adoptaron diferentes medidas: unas fueron de tipo organizativo y funcional, que fortalecieron la coordinación sobre la estructura tradicional; otras, mediante la creación de nuevas estructuras organizativas, más ágiles y eficientes, orientadas a la gestión de la atención sanitaria del área de salud (entre ellas la que denominamos “gerencia única”). Otra de las medidas que alguna Comunidad Autónoma adoptó fue hacer el servicio completamente externo, asignado a una entidad privada (Comunidad Valenciana, modelo Alzira).

Entre los objetivos fundamentales de la Gerencia Única se encuentra alcanzar la máxima coordinación asistencial posible mediante la sincronización de ambos tipos de asistencia, basándose en el mantenimiento de un flujo continuo de información y una relación estructurada,

que garantizarán la integridad de todas las actuaciones (continuidad de los cuidados). Es decir, la Gerencia Única es considerada como la *herramienta* que pretendía alcanzar las mejoras esperadas, la que da respuesta al desarrollo pendiente y a la mayoría de los problemas funcionales de coordinación. La metodología en su planificación y desarrollo ha sido diferente entre Comunidades Autónomas, aunque los objetivos fundamentales inicialmente planteados eran muy similares.

Las experiencias concretas, a pesar de haber transcurrido ya varios años desde las múltiples y diferentes propuestas de algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Navarra, Región de Murcia...), no han demostrado objetivamente las prometidas "bondades" y claras ventajas sobre los modelos tradicionales (satisfacción de usuarios, de profesionales, mayor coordinación interniveles...). El gran peligro de estos modelos (y temor de los profesionales de primaria) es que el fenómeno del *hospitalocentrismo* se instaure en todos los estamentos, no sólo en el sanitario, sino también en el social, que desvirtúe el valor intrínseco del primer nivel y provoque un empeoramiento de la desinversión ya instalada en la AP, al dirigir los recursos preferentemente al nivel especializado.

La evolución histórica ha reforzado los temores inicialmente planteados: se puede observar objetivamente la descapitalización que la AP ha seguido sufriendo año tras año, agravada comparativamente con los incrementos presupuestarios realizados en especializada, eso sí, no de una forma generalizada, pues existen diferencias entre Comunidades Autónomas que pueden ser objetivadas. El trato que tradicionalmente se ha ofrecido a la Atención Especializada ha venido siempre marcado por un agravio comparativo, pues hasta ahora no se ha planteado por parte de algunas Comunidades Autónomas someterla a los mismos controles y evaluaciones que la AP ha sufrido a lo largo de bastantes años.

Es de suponer que no todo serán perjuicios a la hora de instaurar la gerencia única, lo que permitirá reducir la excesiva burocratización planteada a la AP desde el inicio de la reforma sanitaria, la eliminación de numerosos

mandos intermedios, y llevar la capacidad de gestionar recursos allí donde se decide la necesidad de su utilización. Pero no se ha podido demostrar que lo adecuado sea su generalización, más allá de experiencias aisladas. En este sentido, hay ejemplos diferenciados, como los de las experiencias de Castilla-La Mancha (Puertollano), de la Comunidad Valenciana y de la Región de Murcia.

MARCO EUROPEO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Es evidente que la posición de la AP es más fuerte en algunos países que en otros. Esta fuerza, depende del poder relativo de los diferentes actores, principalmente los gobiernos, los aseguradores y los profesionales.

Al igual que en los países con un sistema de carácter *bismarckiano*, los médicos generales y de familia son frecuentemente omitidos por la clase alta y media, que van directamente a especialistas privados. En los países en transición, incluso la clase baja prefiere también a otros especialistas. El acceso directo a los especialistas plantea preocupaciones acerca de la equidad, coste-eficacia y los malos efectos cuando la atención de especialistas es innecesaria. En los países desarrollados hay una clara relación entre gasto en salud, como porcentaje del PBI, y orientación del sistema de salud hacia la AP, donde mayor gasto se correlaciona con mayor fragmentación y especialización.

Los gobiernos pueden intentar promover el fortalecimiento de los sistemas de AP de muy diferentes formas, unas mediante modelos experimentales de gestión y coordinación (Reino Unido, Países Bajos), o mediante la ampliación de la cartera de servicios (España), pero su éxito siempre dependerá de recibir el apoyo profesional de asociaciones y sindicatos.

Durante las últimas décadas la AP en Europa ha crecido de manera espectacular en lo que se refiere a su peso en el sistema sanitario y al reconocimiento social. Es el reflejo de un esfuerzo conjunto de profesionales, políticos y organizaciones nacionales e internacionales con el fin de colocarla en el centro de los sistemas de salud. Este proceso ha tomado diversas formas en los

diferentes países aun cuando el objetivo en todos ellos ha sido similar. Este proceso de cambio organizacional ha sido largo y dificultoso y ha implicado el desarrollo de nuevas relaciones entre hospital y AP, entre especialistas y médicos generales, entre AP y la atención domiciliaria.

Es posible que no se haya resuelto la pregunta fundamental de si la AP debe ser la que dirija el proceso. Esta decisión y las cuestiones conexas que conlleva seguirá siendo un tema central de la formulación de políticas sanitarias en toda Europa. A pesar de la innegable realidad de que la AP ha recorrido un largo camino desde que se inició en la década de 1970, queda mucho por hacer. Las reformas encaminadas a potenciarla pueden ser:

- Aumento del poder de los médicos generales con respecto a otros niveles (procoordinación de las reformas, como la introducción del sistema *gatekeeping*, *puerta de entrada* o *seleccionado*, o la compra de derechos).
- Ampliar la cartera de servicios de los médicos generales y de otros proveedores de AP.
- Inducir cambios en la AP en lo relativo a la organización y a los sistemas de control.

Las diferencias en la AP en Europa no recaen en el tipo de actor, sino en la forma en que los actores se relacionan entre sí. Poco se sabe acerca de la forma en la que interactúan entre sí los actores de AP. Históricamente, el principal grupo de interés han sido los profesionales médicos; aunque numéricamente pequeña, su visión de la salud y la enfermedad tienden a dominar la política de salud. Probablemente, más importante que las grandes diferencias en la medicina general en Europa es cómo estas diferencias están relacionadas con la organización de la atención de la salud en los diferentes países.

Aunque la creciente integración ha reducido las diferencias entre los países europeos en una variedad de sectores económicos, la organización, prestación de servicios de salud y la atención sanitaria siguen siendo relativamente diversas. Como reflejo de ello, observamos la realidad de que la atención de la salud es todavía un asunto *nacional* en la Unión Europea y la inexistencia de datos comunes comparables. La falta de información

y pruebas es especialmente notable, dada la amplia gama de reformas que se han producido en este ámbito desde comienzos del decenio de 1990.

En los últimos años varios países han tratado de desarrollar organizaciones de compra de servicios estratégicos, a fin de reflejar los objetivos de atención de la salud, y diversos modelos de incentivos, relacionados con la descentralización en la toma de decisiones. La AP debería combinar la compra y la toma de decisiones clínicas y, al mismo tiempo, proporcionar incentivos para que los médicos utilicen los limitados recursos de forma más rentable.

La organización del sistema de atención es un factor determinante de la forma en la que se prestan los servicios de AP. En los países con un sistema *gatekeeping* (*puerta de entrada*, más que concepto de “modalidad de atención cuyo objetivo es controlar costos por medio de la regulación de la oferta de servicios”), el médico general proporciona una gama más amplia de servicios, a pesar de que trabaja menos horas que sus compañeros en los países con acceso libre a especialistas.

En los países con médicos trabajadores por cuenta propia (tasa por servicio), el médico general está más implicado en el tratamiento y el seguimiento de enfermedades y dedica más horas de trabajo directo a la atención de los pacientes que los médicos generales de otros países.

Además, existe un contraste entre los países post-comunistas y los países de Europa occidental. En los países de Europa occidental, los médicos tienen una cartera de servicios más amplia que en las regiones central y oriental de Europa, particularmente, en relación con el punto de entrada al sistema de salud y a la prestación técnica. Entre los antiguos países comunistas las diferencias se encuentran también entre los países de la antigua Yugoslavia y los países anteriormente pertenecientes a la Unión Soviética.

Sobre la base de estos datos podemos concluir que los médicos que trabajan en países con sistema *gatekeeping* están bien posicionados para responder a una amplia gama de situaciones clínicas, aunque este sistema a veces es considerado demasiado rígido (por ejemplo, en atención a los crónicos). Muchos países están

estudiando actualmente formas que flexibilicen este modelo.

Un sistema en que los pacientes son asignados a un médico general, que garantiza la coordinación y la continuidad de la atención, ofrece una mayor garantía de que la información médica será almacenada. La AP no es sólo el lugar donde los problemas de salud se presentan, sino también donde se diagnostican y tratan.

El médico general y de familia tiene el potencial de ser el centro de la AP, pero esta capacidad es utilizada de forma diferente en los sistemas sanitarios europeos, dependiendo su grado de la relevancia dada en ellos. Los países con médicos generales en una posición fuerte como punto de entrada de la atención de la salud son Dinamarca, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido, seguidos a corta distancia por Noruega, Portugal y España. Si tenemos en cuenta todos los servicios, los países donde los médicos generales proporcionan la más completa cartera de servicios son los situados en el oeste y noroeste de Europa; más concretamente, son Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Irlanda, Islandia, Noruega, Suiza y Reino Unido. Cinco de ellos tienen *gatekeeping* médicos, pero éstos son sólo la mitad de los países con los médicos en esa posición. Dos de ellos, Italia y España, se encuentran entre los países en los que los médicos generales proporcionan un conjunto de servicios relativamente pequeño, como ocurre en países en transición (República Checa, Polonia y Rumania).

DESCRIPCIÓN DE POSIBLES ESCENARIOS

La marea de las “nuevas formas de gestión” en AP se está apenas iniciando. Hay un movimiento de fondo entre los economistas de la salud hacia el “ajuste de riesgos”, figura por la que se intenta adoptar la financiación capitativa (tras el pago por estar y el pago por hacer, la capitación parece la nueva piedra filosofal) a las características previsibles en salud de cada persona, conociendo de antemano su posible gasto sanitario. Se trata por tanto, de obtener una financiación teórica que transmitir a los proveedores sanitarios, que garantice la atención y que propicie un beneficio para el proveedor, y que no tenga efectos indeseables en la limitación de la

cobertura asistencial, ya sea en términos de servicios o de eliminación de colectivos desfavorecidos.

Para ese “ajuste de riesgos” es imprescindible incorporar los gastos en AP, hasta ahora dispersos, ajustados a criterios históricos y no establecidos con patrones predecibles de actividad, tras el escaso éxito de experiencias como los *Adjusted Clinical Groups* (ACG) o la base epidemiológica real en nuestro país. Esta financiación conjunta a los proveedores es quizá el único fundamento real para las experiencias de Gerencia Única que cada cierto tiempo aparecen en nuestro sistema sanitario público.

La incorporación de los gastos puede producirse mediante una propiedad común o a través de acuerdos contractuales o consorcios. En este último caso, además, puede realizarse un mayor acercamiento a la realidad local, que genere una mayor oferta, porque la deseable competencia entre proveedores parece restringirse más a las áreas metropolitanas, por una relación entre la densidad demográfica y la oportunidad de negocio.

Desde este punto, que valora la tendencia de opinión, podemos encontrar tres escenarios futuros:

- La desregulación total: como fruto de la crisis económica y la quiebra técnica de los sistemas sanitarios autonómicos, se produce la modificación de las condiciones contractuales actuales y todos los EAP pasan a convertirse en corporaciones de derecho privado, integradas o no en grandes concesionarias de atención por área sanitaria; el personal debe optar por mantener su carácter estatutario con pago dudoso a cargo del Estado y reducción del sueldo con la eliminación de complementos del mismo, o integrarse con carácter laboral en las nuevas entidades.
- La fragmentación del sistema: la búsqueda de nuevas formas de gestión para la AP en todas las Comunidades Autónomas puede impulsar la fragmentación del actual modelo, con la proliferación de diferentes formas o modelos, todos ellos en *pilotaje* y sin lograr definir uno único, lo que ocasiona una importante dispersión de impulsos dentro de cada Comunidad Autónoma en busca del modelo ideal.
- La reforma de la reforma: tras varias experiencias fallidas en propiciar mejoras en las formas de gestión,

sin hallazgo del modelo ideal, el Consejo Interterritorial, dentro del Pacto por la Sanidad y siguiendo las recomendaciones de las "Estrategias de mejora en la Atención Primaria del siglo XXI" (más conocido como Proyecto AP21), decide emprender un proceso centralizado de reforma del modelo de AP; propicia la profundización en el modelo vigente, garantiza cotas de independencia para los EAP, potencia su autogestión y la suficiencia financiera, los desmarca de experiencias privatizadoras y garantiza su autonomía frente a la atención hospitalaria.

Cuando nos encontramos cerrando este documento, vemos que la prensa profesional y general ha recogido la noticia de que la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados ha aprobado una Proposición No de Ley (planteada por Izquierda Unida) para instar al Gobierno a que, a través del Observatorio del Sistema Nacional de Salud, como órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo y responsable de proporcionar un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, elabore un estudio sobre los modelos de gestión. Al parecer, existe un punto conflictivo en el que se solicita la modificación de la conocida Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS. Los resultados de este estudio serán motivo de nuevos debates públicos, a los que podremos asistir en breve, sobre qué modelos son los más eficientes.

CONCLUSIONES

El modelo de AP, iniciado en 1984 por el INSALUD, sea cual sea su forma de gestión, seguirá existiendo en España y, tras los logros conseguidos, ha llegado a una situación en la que se ve impotente para dar solución a todos los nuevos retos que los cambios sociales, políticos, económicos, profesionales y científicos han planteado. Entre los diferentes motivos a los que achacar esta situación, se encuentra la insuficiente inversión presupuestaria para desarrollar adecuadamente la AP y el haber sucumbido al atractivo de la atención hospitalaria, políticamente más rentable.

Durante la reforma sanitaria se logró mejorar la atención médica que se prestaba en AP de forma impensable años antes; pero ocurrió un fenómeno paradójico en los profesionales, pues crecieron y se generalizaron las situaciones de cansancio emocional, despersonalización y minusvaloración profesional, lo que ha influido, en parte, sobre la situación actual, caracterizada por la desvalorización y falta de interés hacia este núcleo principal del SNS y de la propia sociedad.

Los argumentos para intentar explicar este "trastorno profesional" han sido muchos y de diversos tipos (desde la definición de alteraciones psicopatológicas, como el llamado "síndrome del profesional quemado", hasta la percepción de pérdida de toda perspectiva de futuro profesional, pasando por la "mercantilización" de la asistencia), pero las soluciones han sido pocas y fallidas. La opinión profesional sobre el estado actual de la AP y su evolución en los últimos años se puede concretar en una clara falta de percepción de las mejoras implantadas; en su gran mayoría manifiestan que la situación de la AP "sigue igual o ha empeorado". ¿Se equivocó la planificación al pensar, fundamentalmente, en la obtención de rentabilidad?

Tras el hundimiento del modelo "gerencialista" de las Comunidades Autónomas (en gran parte por la falta de profesionalización en los gerentes), se observa un cierto interés político hacia la gestión descentralizada (gerencias únicas), planteada como la solución *panacea* de los males arrastrados en gestión por los modelos *tradicionales* derivados del periodo INSALUD. Los factores que han podido sustentar este interés son de diversa índole; destaca entre ellos las limitaciones para poder modificar el modelo hospitalario por las dificultades extraordinarias que supone y por la gran resistencia al cambio del sector, junto a la gran influencia política y mediática que la AP suscita, lo que hace que se dirija hacia la AP como forma de obtener, al menos, algún pequeño éxito político.

La carrera hacia la experimentación de diferentes formas de gestión en las distintas Comunidades Autónomas (ya sea como unificación de gerencias, o como autogestión) no expresa una necesidad sentida por la población, satisfecha de la atención que se le presta.

En el lado de los profesionales, podríamos resumirlo con la palabra “desinterés”, ya que éstos se decantan más en la búsqueda de soluciones de los problemas cercanos a su trabajo, del día a día, como la burocratización creciente o el escaso tiempo de atención, que les agobian de forma continuada y para lo que no observan respuestas adecuadas, a pesar de su conocimiento, por parte de la Administración sanitaria correspondiente. En los últimos años hemos asistido al intento de encontrar modelos que permitieran obtener la mejor o por lo menos más eficiente gestión clínica en nuestros centros de salud. La situación de una Sanidad transferida y dispersa en sus priorizaciones, sin acuerdos potentes en lo más básico, ha permitido que se produjeran iniciativas, con pocos apoyos, con escasa definición organizativa y metodológica, en un marco legal ausente, salvo excepciones, sin una clara conciencia evaluativa y crítica y sin poder extraer conclusiones extrapolables útiles a todo el SNS.

Es lícito que cada Administración autonómica piense en plantear reformas conducentes hacia una optimización en la gestión clínica de los equipos y de los centros de salud, que permita dar respuestas a los problemas planteados del presente y del futuro más inmediato de nuestra AP, pero no a cualquier precio, sobre todo si es pagado a costa de una inseguridad legal, laboral y profesional, y partiendo de unas premisas interesadas en objetivos poco relacionados con la calidad clínica, y más en gestiones economicistas. Cuando se analizan las diferentes experiencias llevadas a cabo se observa, casi de forma generalizada, la ausencia de participación en su diseño y puesta en marcha de los estamentos profesionales (sociedades científicas, colegios médicos, sindicatos...), que actúan casi siempre como meros espectadores en sus primeras conclusiones y a los que se solicita a renglón seguido su colaboración para que el proyecto salga adelante. Es necesario incrementar la capacidad de decisión del profesional dentro de la organización de su actividad, lo que incluye la posibilidad de poder gestionar los recursos necesarios para llevarla adelante. Esto implica su participación en todo el proceso, planificación, desarrollo y consecuencias de los

resultados, incluyendo circuitos de mejora. Ello significa que asumirá riesgos y beneficios. Al final, se espera que los servicios sanitarios incrementen su calidad y permitan cubrir todas las demandas.

Si atendemos a las experiencias europeas, en los modelos voluntarios tipo EBA los grupos más competidores (los mejores y los más motivados) serán los primeros en entrar en el sistema de autogestión, y esto provoca, como efecto secundario, claras diferencias con los centros de salud que funcionaban de manera incorrecta; se crearán profesionales de *élite*, destacados sobre los demás, y dos velocidades evolutivas que, a la larga, en nuestro modelo de SNS universal creará desequilibrios y desigualdades. Existe el riesgo de que lo que en realidad quieran algunos gobiernos autonómicos sean médicos buenos gestores, no buenos clínicos, y prodigar especial atención a los que son buenos gestores; surgirán en la profesión dos tipos de médicos: los que tienen capacidad de gestión y los que son buenos clínicos. Una cuestión que dejamos en el aire es que con la generalización de estos proyectos el médico ya no tendrá suficiente con la idea de medicina basada en datos demostrados, con los protocolos clínicos, y pasará a convertirse en un médico-gestor que canalice la satisfacción del paciente y la cuenta de resultados.

¿Dónde se pone el límite a cada tarea? Si con la Ley de Sanidad se instauró, entre otros, el principio de la calidad y, posteriormente, el de la excelencia, hemos de tener todos claro que el futuro pasa ineludiblemente por la implantación de la eficiencia en todos los niveles y en todos los agentes que intervienen, ya que nuestro sistema es “universal” y se plantea con el atributo de la equidad en todo el SNS. Con unos medios cada vez más insuficientes es seguro que se generarán, a corto y medio plazo, graves tensiones sociales y políticas, también en nuestro nivel sanitario. Se exigirán grandes dosis de imaginación a la hora de pensar en nuevas formas de gestionar los recursos, pero, eso sí, las sociedades científicas deben trabajar por ello desde su posición, no de una forma egoísta, sino teniendo como horizonte al paciente o usuario del sistema, y para que los médicos no sean de nuevo olvidados.