

Pedro Valdés. Médico de Familia del C.S. de Deusto, Bilbao. Grupo de Atención Primaria de Osalde

Una estrategia de futuro para la Atención Primaria*

La mesa de debate en la que se presentó esta comunicación se titulaba «Presente y Futuro de la Atención Primaria». Con cierta frecuencia podemos observar que las ciencias sociales más que servir para pronosticar el futuro sirven para analizar por qué y cómo las acciones humanas resultan en consecuencias muy distintas de las intenciones de los actores. No se trataría aquí de jugar a ser ingenieros sociales. Ni tenemos conocimientos ni existen evidencias suficientes para que puedan ser aquí aplicadas. El valor que puede tener esta presentación está en relación con el grado de convicción que consiga a través del acierto en el enfoque, la reflexión y la argumentación.

Evidentemente el pleonismo del título, «Estrategia de Futuro», pretende enfatizar la idea de que las estrategias que tienen éxito deben tener algún anclaje que las proyecte o arrastre al futuro. No pueden consistir en ejercicios teóricos que se publiquen a todo color y se comuniquen al mundo en ruedas de prensa, para morir poco después, generalmente porque no aportan significado al conjunto de la organización. Por el contrario, las estrategias que comunican con los profesionales del nivel más operativo, que dan sentido a su trabajo son estrategias con futuro y para el futuro. Este es el espíritu con que está hecha esta comunicación.

La Atención Primaria ante un nuevo cambio

La Atención Primaria (AP) es el «nivel» asistencial donde se producen y configuran la mayoría de los contactos y experiencias de los ciudadanos con el Sistema Sanitario, y donde se producen también la mayoría de los resultados de salud. La AP viene atravesando una larga crisis de

*El futuro nos tortura y el pasado nos encadena.
He ahí por qué se nos escapa el presente.*

Gustave Flaubert

legitimidad y de calidad técnica que en gran medida es compartida por otros niveles asistenciales y otros sistemas de atención de países desarrollados.

Nuestra organización OP-Osalde celebra este año su XXV aniversario. En este tiempo la mayoría de nosotros hemos venido viviendo los cambios que se han producido en la Sanidad Pública. Sin remontarnos más allá de los años 80, nos acordamos de la etapa de la llamada primera reforma inspirada en los principios de la Declaración de Alma-Ata. Una reforma empujada por amplios sectores profesionales. Fue la época de la creación de los Equipos de Atención Primaria, las Zonas de Salud y los Centros de Salud, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la modificación del estatuto de enfermería creando la modalidad de Enfermería de AP, nuevos estamentos en los Centros de Salud, la publicación de la Ley 14/1986 General de Sanidad, la Universalización de la asistencia. También los fundamentos de la programación sanitaria, los Planes de Salud, el crecimiento de los programas de atención a la salud en los EAP, etc. En esta época la regulación del sistema se establecía únicamente desde la oferta de servicios, la cooperación entre los agentes era el valor que se resaltaba (trabajo en equipo, coordinación...). También hay que decir que los ciudadanos prácticamente se encontraron con los cambios sin apenas participación.

Vino después la llamada segunda reforma: El llamado «documento Abril», Proyecto de Reforma del Sistema Nacional de Salud, que dirigió Fernando Abril Martorell. Un proyecto inspirado en co-

rrientes neoliberales que en el País Vasco tomó características particulares con el nombre de «Osasuna Zainduz». Se apostó por la introducción de la competencia entre los agentes, intentando crear un teórico "mercado interno regulado». Así mismo se intentó la separación de funciones entre el regulador-financador, y los agentes proveedores, la dispersión de las modalidades y fórmulas jurídicas (Ente Público de Derecho Privado en el País Vasco, Fundaciones, Consorcios, etc.), la proliferación de los Contratos-Programa y la concertación con el sector privado. La regulación se intentó desde la oferta y también desde la demanda. En este caso no se contó con el apoyo de sectores profesionales.

En cada reforma hemos oído cómo se intenta adular interesadamente a los trabajadores de los servicios públicos exaltando su talento y destreza («la excelencia de nuestros profesionales», etc.). Hace unos meses leí un comentario sobre la reforma sanitaria de un autor nórdico (B. Jönsson) con la que me sentí identificado: «La reforma sanitaria: haciéndolo mejor y sintiéndonos peor». ¿Por qué nos sentimos peor?

En la actualidad, da la impresión de que de nuevo nos encontramos en una encrucijada viviendo una nueva situación de crisis. Los conflictos han ido en aumento los últimos años, y la sensación es de que las reformas mencionadas no han conseguido resolver los problemas. En este momento podemos preguntarnos si la AP necesita algún cambio. Si estamos viviendo ya ese cambio. En tal caso hacia dónde va ese cambio. Y en todo caso, si podríamos influir en su dirección.

* Comunicación presentada en Bilbao el 15 de mayo 2008 en las Jornadas de debate de Salud Pública 2008, XXV Aniversario de OP-Osalde, Asociación por el Derecho a la Salud, del País Vasco (federada con la FADSP)

Un problema básico por el que la crisis se mantiene es porque hay un desajuste crónico entre lo que los ciudadanos esperan y lo que ofrece el sistema.

Esto es debido a diferentes factores:

En primer lugar existen **presiones incrementales sobre los servicios sanitarios**:

▼ Cambios en los patrones demográficos, con un conocido envejecimiento poblacional acelerado y cobertura sanitaria universalizada

▼ Progresivas mejoras de la accesibilidad física a los centros en la medida en que se ponen en funcionamiento nuevos servicios.

▼ Cambios en la morbilidad atendida: aparición de nuevos procesos, reactivación de otros, modificaciones de la historia natural de las enfermedades, incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas como nuevas epidemias del siglo XXI...

▼ Impacto de los cambios tecnológicos, que provocan modificaciones de los criterios diagnósticos y terapéuticos, en la investigación farmacéutica, en la oferta creciente de tecnología con aceleración de la obsolescencia de los equipos, etc.

▼ Presiones de los agentes dentro del sistema (algunas razonables, otras no)

▼ La información y propaganda pública, que transmite mensajes desde el «acuda a su médico» al «qué excelentes somos, tenemos la Q de plata».

▼ La repercusión de costes del sector privado con una política de selección adversa de riesgo, de inducir prescripciones, etc.

También las **expectativas de los ciudadanos son más exigentes** debido entre otras cosas a:

▼ Cambios en las expectativas sociales, medicalización y consumo de servicios (nivel de vida, rechazo a la enfermedad y la muerte, supremacía de la tecnología y de la medicina, revistas de salud, cosmética, medios audiovisuales... La Sanidad como «Parque temático»: vivir la experiencia de montarse en todas las atracciones).

▼ Población procedente de otras culturas con nuevas expectativas.

▼ Modelo de relación horizontal con los ciudadanos (más informados y exigentes).

▼ Estándares de calidad técnica más elevados.

▼ Eco mediático de las estrategias del sector privado.

Y en paralelo a todo esto se produce una **respuesta inadecuada o insuficiente** de los servicios por diversos motivos:

▼ Por la propia complejidad del sistema sanitario, sistema abierto y muy complicado.

▼ Déficit de planificación y del establecimiento de prioridades en salud.

▼ Ambigüedad del papel regulador y del encaje táctico de la cartera de servicios en la práctica asistencial.

▼ Consolidación de perspectivas extrasanitarias (asesoría económica desde el mundo académico, influencia del gerencialismo en las posiciones de altos cargos de la administración sanitaria).

▼ Necesidad de control de costes e inversión no ajustada a necesidades.

▼ Irracionalidad en la evaluación e introducción de nuevas tecnologías (ej. Política de financiación de medicamentos, abandonos de fabricación y comercialización).

▼ Déficit o falta de adecuación organizacional y profesional.

▼ Deficiencia de cauces de participación ciudadana y de control político y social (individuo enfrentado directamente al Estado).

Como decíamos, en estas circunstancias la crisis se mantiene porque hay una discordancia crónica entre lo que los ciudadanos esperan y lo que ofrece el sistema. La demanda y la presión se ejercen sobre el nivel operativo, pero no existe una resonancia proporcional en el nivel institucional y político. Cuanto más alto nivel institucional más influencia desde el estamento político y más lejanía de la presión del nivel operativo (podemos comprobar cómo en las últimas elecciones de marzo pasado la sanidad no estaba en la agenda).

El discurso oficial resalta las excelencias del Sistema Sanitario por los grandes logros en la perspectiva «macro» (universalización, descentralización en las Comunidades Autónomas, el relativo bajo coste respecto a otros países, los indicadores de longevidad, o la posición en el ranking mundial de transplante de órganos...), subestimando los problemas en la perspectiva «micro» y su repercusión en el resultado de la atención sanitaria.

Este discurso triunfalista está asentado en los cuadros políticos y en las altas direcciones y, a su nivel también ha impregnado en los cuadros intermedios de los servicios sanitarios. Viene a cumplirse,

también aquí, la vieja máxima del periodismo: «no permitas que la realidad estropee una buena noticia». Supone una contradicción con la experiencia que se vive en los centros, y constituye una fuente de insatisfacción y de conflictos. Si la forma en que se formulan los problemas determina en gran parte su resolución, este discurso constituye una barrera para la búsqueda de soluciones y el desarrollo de cambios positivos en el sistema.

Propuestas de cambio

En contradicción con este tipo de mensajes, y si hacemos caso a la multitud de propuestas que se han elaborado al menos desde el año 2000, parece que existe inquietud entre los profesionales. Es posible encontrar documentación abundante sobre propuestas de mejora, debates profesionales, páginas web, informes de particulares, plataformas y asociaciones profesionales y sindicales, acuerdos con diferentes Comunidades Autónomas, y por supuesto la «Propuesta AP XXI». Un repaso rápido de las propuestas publicadas podría resumirlas en:

▼ Impulsar la planificación sanitaria basada en las necesidades en salud. Adaptar la cartera de servicios a esas necesidades. Asegurar el marco público y universal del sistema sanitario.

▼ Impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con representación de los profesionales y ciudadanos. Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados. Impulsar el desarrollo profesional.

▼ Mejorar los presupuestos de AP y la estructura de los servicios. Dotación de medios, de recursos humanos en las diferentes categorías. Mejoras en las áreas administrativas. Tiempo para el paciente.

▼ Mejora de la eficiencia, gestión y organización. Mejoras de la accesibilidad y desburocratización. Fortalecimiento del trabajo en equipo multidisciplinar en Atención Primaria.

▼ Continuidad, comunicación y coordinación con el nivel de Atención Especializada y Hospitalaria, con los Servicios de Urgencias, con los de Salud Pública y con los Servicios Sociales.

▼ Efectividad y resolución, mayor acceso a tecnología y a pruebas comple-

mentarias, nuevas modalidades de atención (consultas de alta resolución, consultas no presenciales). Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas. Medicina Basada en la Evidencia.

▼ Calidad técnica y mejora continua. Consultas de alto valor. Impulso a la elaboración e implantación de Guías de Práctica Clínica. Impulsar el uso racional de los medicamentos.

▼ Mejorar las tecnologías de la información en Atención Primaria. Mejoras en la Historia Clínica Electrónica.

▼ Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud. Evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros. Motivación e incenti-
vación.

▼ Promover el autocuidado e incrementar la autonomía e implicación del paciente en su proceso de enfermedad. Potenciar las actividades de promoción y prevención de la salud y el desarrollo de actividades comunitarias desde Atención Primaria.

▼ Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la Atención Primaria.

▼ Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de Atención Primaria. Incentivar el desarrollo de las actividades de investigación

La lectura de las propuestas y acuerdos permite concluir que la aplicación de grandes soluciones no es una tarea sencilla. Y uno de los motivos para ello es que la competitividad y falta de cooperación de las Comunidades Autónomas (CCAA) así como la falta de liderazgo del Ministerio de Sanidad induce a creer que no hay una disposición para liderar grandes cambios. Al menos no en el sentido de

promover actuaciones que fortalezcan el protagonismo de la AP en el sistema sanitario. Las propuestas están impulsadas por profesionales y trasladadas por sindicatos y asociaciones. Y de nuevo se observa una muy baja participación ciudadana. A pesar de todo es evidente que las aguas se están moviendo con más o menos profundidad, y que nos encontramos ante un nuevo episodio de cambio.

Valor para la Atención Primaria

En los sistemas complejos es difícil detectar el cambio. La dirección de ese cambio dependerá de la correlación de fuerzas sociales y las políticas se conforman dependiendo fundamentalmente de la presión que generen esas fuerzas. Si los servicios sanitarios públicos se sitúan en un punto en que dejaran de ser satisfactorios para los ciudadanos, la necesidad de legitimación política se agudizaría. En tal caso podría llegar a prosperar una situación de riesgo de su condición pública.

Existe un concepto en las ciencias políticas proveniente del Marketing: el «Cliente clave»: es aquel que, por sus expectativas y sus necesidades, impone el nivel de servicio que debe alcanzar una empresa. Ésta a su vez se posiciona orientando preferentemente el servicio hacia ese cliente clave. Las clases medias, sobre todo en el ámbito urbano (con mayor poder social y político), representan la clave sobre la futura evolución de la AP. La alternativa hacia la que se dirijan sus preferencias será la que marque la evolución futura, porque existe el riesgo de abandono progresivo de la utilización de estos servicios, al no ver satisfechas sus aspiraciones y tener opciones alternativas en el sistema privado. Si estos grupos sociales estuvieran incorporados con lealtad al sector público influirían para mejorarlo. Si, por el contrario, se siguen desligando llegará el momento en

el que presionarán social y políticamente para obtener el libre aseguramiento sanitario, rescatando la póliza pública para contratar con dispositivos privados.

Pero lo valioso y relevante del aseguramiento público es su universalidad, y ello simplemente por razones de eficiencia, sin entrar a considerar aspectos de equidad (el Teorema de Rothschild-Stiglitz postula la superioridad del

Si fuera el «mercado» quien tuviera que decidir, ninguna aseguradora ofertaría un seguro sanitario a alguien que con seguridad le fuera a provocar pérdidas

aseguramiento sanitario obligatorio). Si fuera el «mercado» quien tuviera que decidir, ninguna aseguradora ofertaría un seguro sanitario a alguien que con seguridad le fuera a provocar pérdidas. Progresivamente los costes de aseguramiento mayores se irían emplazando en el sector público. La amenaza será mayor en el futuro en la medida en que el progreso tecnológico agrave trágicamente esta selección adversa de riesgos. Por lo tanto, si los servicios sanitarios públicos de AP no son apreciados y utilizados por los segmentos de la sociedad con cierta capacidad de liderazgo, irán perdiendo apoyo político e interés, por lo que entrarían en una espiral de deterioro progresivo. La situación final sería volver a una sanidad de beneficencia. Y sabemos que "una sanidad para pobres es una pobre sanidad".

Queda claro, por tanto, que la AP representa el primer contacto con los servicios públicos y es necesario que sea apreciada por una buena parte de los sectores sociales mencionados, además de atender las necesidades de salud de las clases populares. La siguiente cuestión es cómo podemos revalorizarla.

Un modelo de análisis clásico en la gestión de servicios es aquel según el cual las organizaciones ofrecen valor al cliente a través de la llamada «cadena de valor». Para intentar analizar una realidad compleja debemos utilizar algún sistema, aún sabiendo que una representación de la realidad nunca será completa. De hecho, existen funciones inherentes a la Atención Primaria que no quedan bien recogidas en este modelo, pero puede servir para ilustrar las funciones asistenciales más importantes.

La expectativa de cualquier ciudadano en su contacto con la Atención Primaria no es otra que la obtención de un valor añadido a través del servicio, en nuestro caso el servicio sanitario. Podemos afirmar que la estima del servicio se vería incrementada si la Atención Primaria fuera capaz de ofrecerles mayor valor. Desde luego no todo está en manos de los profesionales, como luego veremos, pero sí existen aspectos que son potestativos de los profesionales.

Existen al menos **cuatro elementos sobre los que sería posible actuar:**

1. El Producto de la Atención Primaria
2. El adecuado uso de los Recursos y la Tecnología
3. El tipo de Interacción con el usuario
4. La mejora de los Procesos de atención.

El Producto de la Atención Primaria

El trabajo en un Centro de Salud puede dar muchas satisfacciones. Sin embargo, es bastante frecuente la sensación de pérdida de tiempo, de trabajo intrascendente. Hay días en los que la ocupación esencial consiste en solventar las tres «B» de la Atención Primaria: banalidad, burocracia y basura. Consultas múltiples por problemas triviales, trámites cargantes con poca racionalidad, y muchos deberes subordinados del nivel Especializado. Si pensamos eso de nosotros mismos, ¿qué esperamos que piensen los pacientes? ¿Qué significamos para ellos?

Sin embargo los servicios sanitarios, a priori, son muy valorados por los ciudadanos. Son una necesidad que ocupa un rango preferente dentro de su escala de valores (Maslow). En este sentido, la necesidad de preservación de la vida y de la salud, como necesidad básica del individuo, es la más potente y significativa y aporta a los servicios sanitarios, en nuestro medio social, un valor superior, por ejemplo a la vivienda, transporte, etc. Dentro de los servicios sanitarios, por ejemplo, un servicio de Urgencias es percibido como muy valioso sólo por el hecho de dedicarse a algo primordial: «salvar la vida». Cuanto más trascendente sea percibida una enfermedad, más valor tiene para el paciente el servicio sanitario que lo atiende.

La cuantía de servicios que ofrece la AP y su capacidad de resolución guardan una relación directa con el valor que ofrece a sus usuarios. Es frecuente encontrar en la literatura referencias a la importancia de la labor de «filtro» del primer nivel de atención. Este papel es muy importante para la eficacia y la eficiencia de todo el sistema sanitario. Pero en contra de lo que se quiere dejar caer, la principal legitimación de la AP no sería a través de su papel de «portero» del nivel especializado. Su legitimidad principal

viene derivada de su eficacia en la resolución de los problemas de salud, ofreciendo valor añadido a y ante los ciudadanos.

La ampliación de la oferta de servicios y el progreso en la eficacia de la AP es por tanto una tarea estratégica primordial. Sin duda con más medios, desarrollando las propias capacidades y competencias, mejorando la coordinación con el segundo nivel, impulsando la acción intersectorial e incorporando herramientas olvidadas de la Salud Pública. Pero también impulsando cambios en los profesionales. En este sentido será necesario revisar los perfiles y la sustitución de las funciones profesionales tanto en el eje vertical (Atención Especializada-AP), como en el eje horizontal, entre los miembros de los propios equipos. Los servicios sanitarios están orientados fundamentalmente a atender problemas agudos o reagudizaciones de problemas crónicos, pero no al cuidado adecuado del tipo de pacientes con enfermedades prevalentes que nos depara el futuro.

Los Recursos y la Tecnología

Otro componente de la cadena de valor es el uso de los recursos y la tecnología. Su importancia se aprecia sobre todo cuando se echa de menos. Se trata de los aspectos estructurales, las personas, los aspectos materiales, el presupuesto, las inversiones, la tecnología, etc.

Ahora bien, para que los recursos produzcan valor real no deben ser asignados de forma indiscriminada. Deben centrarse fundamentalmente en garantizar los fines del sistema. En el nivel estratégico estos fines se pueden resumir en:

- ▼ Garantizar la sostenibilidad, el crecimiento y el posicionamiento del modelo sanitario público.
- ▼ Mejorar las capacidades y competencias esenciales que determinen mejoras en los resultados de salud y mejorar la curva de experiencia en los servicios sanitarios.
- ▼ Mejorar el nivel de cobertura de las prestaciones sanitarias, la productividad

de la cadena de valor asistencial y la rentabilidad social.

▼ Fortalecer y desarrollar los estándares de calidad de los procesos y servicios de salud y los activos estratégicos profesionales, tecnológicos y organizativos.

▼ Impulsar la política de innovación propia y la dirigida a la incorporación y difusión de nuevos conocimientos y tecnologías.

▼ Fortalecer la función social de una institución de naturaleza pública.

Corregir los desequilibrios y desigualdades territoriales en prestaciones sanitarias y servicios de salud.

En este contexto, las decisiones exigen reflexión, criterios rigurosos de evaluación y control social, y especial cuidado en evitar el interés especulativo o respuestas imprudentes a demandas espurias, que en vez de añadir valor podrían llegar a restarlo. Los errores de enfoque en este aspecto pueden producir un efecto de tipo "caballo de Atila": una vez que se ha decidido no se podrá volver a retomar el asunto durante mucho tiempo. Por otra parte, la fascinación por lo innovador y lo tecnológico, a menudo con coste-efectividad desconocida, puede oponerse a la gestión lo esencial y sacrificar así políticas de salud pública orientadas a la AP y al conjunto de la población.

Ahora bien, si nos trasladamos al nivel «micro», uno de los recursos más importantes que administramos es nuestro propio tiempo. Disponemos de él diariamente para dedicarlo a crear valor en actividades asistenciales directas, y también, legítimamente, en otras que son necesarias para garantizarlo en el futuro (tareas de organización y trámites de la consulta, coordinación y comunicación con los equipos de trabajo, formación y capacitación, etc.). En este nivel tenemos una competencia y responsabilidad importante. De hecho puede suceder que la decisión de asignar recursos en AP no termine por aumentar el valor añadido que percibe el usuario. Por ejemplo, con motivo de los acuerdos derivados del Proyecto AP XXI, y como consecuencia de acuerdos en el marco de la negociación con los sindicatos y organizaciones profesionales, se están produciendo dis-

La ampliación de la oferta de servicios y el progreso en la eficacia de la AP es una tarea estratégica primordial

▼ Fortalecer la función social de una institución de naturaleza pública. Corregir los desequilibrios y desigualdades territoriales en prestaciones sanitarias y servicios de salud.

En este contexto, las decisiones exigen reflexión, criterios rigurosos de evaluación y control social, y especial cuidado en evitar el interés especulativo o respuestas imprudentes a demandas espurias, que en vez de añadir valor podrían llegar a restarlo. Los errores de enfoque en este aspecto pueden producir un efecto de tipo "caballo de Atila": una vez que se ha decidido no se podrá volver a retomar el asunto durante mucho tiempo. Por otra parte, la fascinación por lo innovador y lo tecnológico, a menudo con coste-efectividad desconocida, puede oponerse a la gestión lo esencial y sacrificar así políticas de salud pública orientadas a la AP y al conjunto de la población.

Ahora bien, si nos trasladamos al nivel «micro», uno de los recursos más importantes que administramos es nuestro propio tiempo. Disponemos de él diariamente para dedicarlo a crear valor en actividades asistenciales directas, y también, legítimamente, en otras que son necesarias para garantizarlo en el futuro (tareas de organización y trámites de la consulta, coordinación y comunicación con los equipos de trabajo, formación y capacitación, etc.). En este nivel tenemos una competencia y responsabilidad importante. De hecho puede suceder que la decisión de asignar recursos en AP no termine por aumentar el valor añadido que percibe el usuario. Por ejemplo, con motivo de los acuerdos derivados del Proyecto AP XXI, y como consecuencia de acuerdos en el marco de la negociación con los sindicatos y organizaciones profesionales, se están produciendo dis-

minuciones del tamaño de los cupos médicos con la finalidad (hay que decir que sólo implícita en algunos casos) de ofrecer un aumento del tiempo de dedicación a los pacientes. En la práctica, es posible que ese aumento de tiempo disponible no vaya exactamente a ofrecer una mejora de la atención sanitaria ni directa ni indirectamente, sino a aumentar la bolsa de ineficiencia del Sistema. Sería una pésima gestión por parte de los directivos, pero también un abuso ilegítimo por parte del profesional.

La Interacción con el usuario

«Tratar pacientes es el inconveniente de esta profesión». Es una de las frases del personaje de la serie «Dr. House». Es una forma de ejemplificar «en negativo» el sentido de este tercer componente de la «cadena de valor»: la interrelación satisfactoria entre el cliente y el profesional como proveedor del servicio. Es evidente el papel central que juegan en la valoración de los ciudadanos los servicios de carácter individual y la relación personal con los profesionales. Sin embargo, entre éstos últimos no son suficientemente valorados los aspectos no estrictamente relacionados con la salud. No se trata del producto de la atención, sino de la relación personal entre proveedor y usuario del servicio. La interacción es una fuente enorme de valor, y es el componente que más fideliza a los usuarios. En el ejemplo expuesto arriba el Dr. House aportaría valor sobre todo a través del «producto» que ofrece, atendiendo enfermedades graves con sintomatología severa y de baja incidencia, a través de un gran consumo de recursos y tecnología. El «proceso» de atención en este personaje es más bien heterodoxo y apenas existe interrelación con los pacientes.

La consulta médica y la consulta de enfermería son el núcleo central de los servicios sanitarios. Por supuesto, un trato exquisito, amable y empático, y una relación de confianza personalizada generan valor y fidelidad a largo plazo. Pero además, cada vez es más clara la vinculación

Es posible que ese aumento de tiempo disponible en AP no vaya exactamente a ofrecer una mejora de la atención sanitaria, sino a aumentar la bolsa de ineficiencia del Sistema

de la satisfacción de los pacientes con diversos comportamientos que repercuten en la eficacia clínica, como el hecho de que mejore la adherencia de los pacientes a las prescripciones farmacológicas, recomendaciones preventivas, asistencia a actos programados, etc.

Los atributos característicos y definidores de la AP, como la longitudinalidad temporal y la continuidad en diferentes ámbitos y circunstancias, la accesibilidad (temporal, geográfica, económica y cultural), la integralidad de la atención (actividades de promoción, de prevención, servicios curativos y rehabilitadores, atención personalizada e integradora del individuo con su familia y comunidad), son todos ellos facilitadores de la interacción, y suponen una gran ventaja de la AP con respecto a otros niveles de atención.

Sin embargo no toda relación es igualmente satisfactoria. Varía según el grado de control que tienen el profesional y el paciente sobre esa interacción. Se reconocen cuatro tipos de interacción (clasificación de Stewart y Roter) que de menor a mayor valor serían:

- ▼ Interacción «ausente»: cuando el grado de control es bajo tanto del paciente como del profesional. Este tipo de interacción apenas aporta valor añadido.
- ▼ Interacción «consumista»: cuando el paciente tiene un alto grado de control pero el profesional lo tiene bajo. El valor añadido que obtendría sería preferentemente a través del consumo de servicios y productos (recetas, pruebas diagnósticas, etc.) y menos a través de la propia interrelación.
- ▼ Interacción «paternalista»: con un control bajo por parte del paciente y alto por parte del profesional. Ofrece valor en la medida que el rol profesional se ajuste al modelo de dependencia requerido por el paciente.
- ▼ Interacción «mutua»: cuando tanto el paciente como el profesional tienen un alto grado de control. Respondería a una relación horizontal, adulta, de alto valor y, en general, satisfactoria también para el propio profesional.

Ahora bien, el usuario que desea man-

tener este tipo de interrelación «mutua» no se conforma únicamente con un trato amable y empático, exige también cambios en los servicios y en los comportamientos profesionales, como pueden ser:

- ▼ Flexibilidad, rapidez y comodidad de acceso a los servicios.
- ▼ Tiempo de dedicación, con atención e interés sincero para resolver los problemas.
- ▼ Respeto a la autonomía del paciente, ofreciendo información, opinión y lealtad profesional.
- ▼ Un marco más participativo, con mejora en las capacidades de elección de alternativas diagnósticas y terapéuticas.
- ▼ Garantía de una efectiva libertad de elección de médico.
- ▼ Orientación, gestoría y coordinación entre niveles.
- ▼ Comunicación y mantenimiento de una relación continuada.

La AP tiene una enorme posibilidad de ofrecer valor añadido a través de su privilegiado vínculo con los usuarios, pero para satisfacer a ese segmento influyente que desea una interacción de tipo «mutuo» inevitablemente deberán ser abordados cambios en el corto o medio plazo, orientados a fomentar una relación recíproca satisfactoria en el contexto de una ciudadanía autónoma, crítica y participativa.

Los Procesos

Finalmente, otro componente de valor añadido lo constituyen la secuencia o sucesión de actividades, procedimientos, técnicas, tratamientos, etc., lógicamente relacionados, y orientados a las necesidades del cliente. La creación de valor depende de la utilización de conocimientos específicos, valiosos para la toma de decisiones. Por ejemplo, la creación o aplicación del conocimiento científico, las prácticas ajustadas a la evidencia, o la difusión del trabajo en equipo mejora el conocimiento específico y el valor añadido.

Este componente de la «cadena de valor» es amplísimo, y forman parte de él aspectos como, los procedimientos clínicos, los protocolos y Guías de Práctica Clínica, los tratamientos de la información, la articulación de los mecanismos de coordinación interprofesional (entre organizaciones, entre niveles de aten-

ción, entre los diferentes sectores sanitario, social, educativo, etc.). También lo conforman las Estrategias de Gestión de la Calidad y la llamada «Gestión por Procesos». Quisiera centrarme en éstos últimos.

En Atención Primaria en las diferentes CCAA se vienen utilizando básicamente tres modelos de Gestión de la Calidad:

▼ Estandarización y/o acreditación de servicios. Normalmente una estandarización interna de forma parcial basada en un modelo propio (tipo «Normas Técnicas Mínimas» u «Oferta Preferente»). En algunos ámbitos se han producido experiencias mediante acreditación externa (como la credencial de la Joint Commission-JCAHO).

▼ Certificación ISO de aseguramiento de la calidad.

▼ Modelo EFQM de Calidad Total, que no pretende definir unos requisitos mínimos, sino que se encarga de establecer criterios para la gestión excelente de la organización.

En nuestro contexto, la aplicación de la Gestión por Procesos (GpP) ha sido impulsada con motivo del desarrollo de Estrategias de Gestión de la Calidad, ya que tanto la norma internacional ISO 9001:2000 como el modelo EFQM de Calidad Total la consideran como un requisito del sistema organizacional.

La GpP corresponde al grupo de herramientas de gestión que provienen inicialmente de la industria y otros servicios, que han sido incorporadas a la gestión sanitaria. Su principal fundamento es la búsqueda de la eficiencia y reducción de la variabilidad. Permite visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de las organizaciones, y reflejan la contribución de todos aquellos que aportaron valor al proceso asistencial trabajando con una visión de orientación al usuario. Son aplicados sobre todo en organizaciones departamentales, con nichos de poder e inercia excesiva ante los cambios. Los procesos, que raramente se basan en evidencias o en pruebas, sin embargo exteriorizan de forma simple, clara y evidente el valor añadido ante el usuario del servicio, y por ello son generalmente priorizados por las instituciones.

Hay que advertir que tratándose de contextos complejos, las herramientas de gestión que se han mostrado útiles en otras organizaciones no tienen por qué producir el mismo efecto y obtener idéntico resultado al aplicarse en distintas circunstancias. Como sabemos, los procesos no lineales tienen más de una solución posible. Pueden existir diferentes factores que pueden explicar las desviaciones inesperadas, por ejemplo las diferencias culturales entre las empresas, los sectores laborales o las diferentes regiones geográficas. Así mismo, no siempre hay que buscar causas externas, y no es irrelevante el desigual conocimiento, interés o control de la aplicación de las herramientas por parte de los responsables de implementarlas.

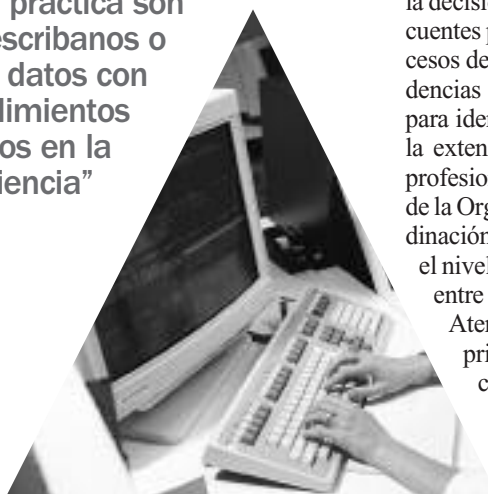
En nuestro ámbito del País Vasco la aplicación en los centros de AP de la «Gestión de la Calidad» se está viviendo, no como una deseada contribución a la búsqueda de soluciones, sino como una experiencia decepcionante por la irrupción de nuevos problemas. En qué medida contribuye o repercute en la calidad técnica clínico-asistencial o en la salud pública una GpP basada en procesos de tipo administrativo, y sin integración del nivel especializado, es un gran misterio. El aumento de la actividad administrativa y burocrática para los centros es desproporcionada y supone un gran esfuerzo. Tienen igual importancia y desvían tantos recursos y esfuerzo los procesos operativos «clave», de mayor vinculación con los fines del servicio y el desempeño profesional, que otros «procesos de

apoyo» o de «soporte» vinculados a la gestión administrativa, de mantenimiento, o incluso de gestión medioambiental. Los llamados «propietarios de procesos» en la práctica son meros escribanos o pasantes de datos con procedimientos «basados en la obediencia». Las evaluaciones se convierten en una mera confrontación burocrática de datos en vez de un análisis inteligente del cumplimiento de los objetivos. Tales acciones, en sí mismas no suponen una mejora de la mayoría de los problemas de la organización. Un sistema de mejora permanente implementado de forma universal y rígida no tiene ningún sentido.

En su conjunto, la estrategia de Gestión de la Calidad queda deformada y convertida en un fin en sí misma. Parecería tener como objetivo real la mera obtención de las certificaciones y los galardones de reconocimiento. Su verdadera intención entonces no sería otra que la modificación de la percepción que tienen los ciudadanos sobre los servicios públicos, sin una franca pretensión de mejorar lo esencial. Sin embargo la Gestión de la Calidad podría constituir una pieza fundamental en la creación de valor en los procesos de atención, aunque precisaría una reorientación. Por otra parte, la llamada «cultura de la excelencia» empieza dando ejemplo desde arriba hasta abajo.

Afortunadamente, la creación de valor mediante el componente «proceso», conjuntamente con las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información presentan enormes posibilidades para el futuro: el impacto de la extensión de la Historia Clínica Electrónica, los sistemas de información y de ayuda a la decisión automatizados con las consiguientes posibilidades de reformular procesos de base clínica ajustados a las evidencias o el uso de modelos predictivos para identificar pacientes de alto riesgo, la extensión on-line de la capacitación profesional y la mejora del conocimiento de la Organización, los sistemas de coordinación y cooperación con el hospital y el nivel especializado, o la cooperación entre los miembros de los Equipos de Atención Primaria. Ahora bien, es primordial no olvidar algo esencial: que como su nombre indica, el proceso no es la finalidad. El objetivo es la salud del paciente y de la comunidad.

Los llamados «propietarios de procesos» en la práctica son meros escribanos o pasantes de datos con procedimientos «basados en la obediencia»



Influir en los cambios

Para finalizar, podemos afirmar que sin duda la AP necesita cambios. Es probable que vayan viniendo de forma progresiva, y sin emprender grandes reformas en el modelo organizativo. Es dudoso que se pretenda aumentar el poder o control de la AP sobre otros niveles. Pero la significación de sus propios atributos (puerta de entrada al sistema, responsabilidad longitudinal, continuidad, coordinación y gestoría, integralidad, capacidad resolutoria, trabajo en equipo multidisciplinar) le dotan de enorme capacidad de ofrecer valor añadido.

Estos aspectos estratégicos deberían ser tenidos en cuenta por los responsables políticos y los gestores. Pero la cautela nos debe llevar a una posición de alerta. Por eso es imperioso influir en la dirección de los cambios. Por una parte, mediante sistemas de participación laboral, profesional, social o política. Y por otro lado, en la medida en que seamos capaces de seleccionar y orientar nuestro comportamiento profesional, dotando de mayor valor al servicio sanitario. Debemos conseguir el prestigio, la aceptación y la lealtad de las clases medias, recuperar a las clases influyentes, e integrar los intereses de los sectores populares. Está al menos parcialmente en nuestras manos que la Atención Primaria reciba suficiente legitimación social, mantenga el apoyo político y garantice la inversión pública. Aunque de nuevo se trate de una reforma empujada únicamente por sectores profesionales.

Propuestas y Acuerdos institucionales

- Los EAP, propuestas de mejora. Documento de consenso. Insalud, 2001
- Los EAP, propuestas de mejora. Plataforma 10 minutos, 2001
- Propuestas de mejora en la AP del Sistema Extremeño de Salud. SEXMF yC, 2004
- Conclusiones del Encuentro Profesional de Atención Primaria en Andalucía organizado por CCOO 2005.
- El compromiso de Buitrago: Propuesta de medidas clave para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria de Salud en la tercera década de la reforma sanitaria. Abril 2005
- Proyecto de mejora de la APS. Seimergen, 2006
- La Atención Primaria del Futuro. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. 2006
- Proyecto Marco Estratégico para la Atención Primaria en el siglo XXI (Proyecto AP-21). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006
- Acuerdo del Servicio Murciano de Salud y de los comités de huelga, sobre las reivindicaciones formuladas en relación con el personal destinado en Atención Primaria. Abril 2007
- Propuestas de mejora del modelo de Atención Primaria- Acuerdo SESPA-P10M. Asturias 2007
- Proyecto de mejora de la organización del proceso en AP. Servicio Navarro de Salud, 2007
- Propuestas de mejora de la Atención Primaria. SVMFiC. Valencia, 2007
- Propuestas de eliminación de actividades burocráticas no propias del Médico de Familia en la consulta diaria. SVMFiC, 2007
- Acuerdo del Servicio de Salud de Castilla la Mancha y la P10M. 2007
- Análisis de los perfiles profesionales de la AP en los procesos clave. Osatzen, 2007
- Catálogo de servicios identificados como de «valor añadido» en Atención Primaria. SVMFiC. Valencia, noviembre 2007
- Acuerdo SME-Osakidetza de condiciones de trabajo del personal facultativo 2007-2009
- Propuestas de las Sociedades Científicas de la Comunidad de Madrid para desburocratizar la Atención Primaria. Madrid, 2008

Bibliografía

- José M. Aranda, Luís Andrés López: «Una Estrategia para el Cambio». En «Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata». Ed. JM Aranda. EASP. Díaz de Santos SA, Madrid 1994.
- John C. Shaw: «Gestión de Servicios. La consecución del éxito en empresas de servicios mediante el desarrollo de planes». Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1991.
- Pedro Valdés: «Futuro de la Atención Primaria: Osasuna Zainduz y otras propuestas de cambio». Jornada de Debate sobre Atención Primaria. Osasun Publicoaren Aldeko Elkarte-OP. Bilbao, 1996.
- Starfield, Bárbara: «Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología». Masson SA, 2001
- Márquez S y Meneu R: «La medicalización de la vida y sus protagonistas». *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 5: 47-53
- Oteo Ochoa, Luís Ángel: «Capitalización global en el Sistema Nacional de Salud». En «Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible» Coord. por José Ramón Repullo. Ariel, 2005
- Luís Palomo, et al: «La Salud pública frente a los efectos secundarios del progreso». *Recapitulación. Informe SESPAS 2006. Gac Sanit.* 2006;20(Supl 1):209-21
- Peiró, Salvador: «Tres décadas de evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006)». *Escola Valenciana D'estudis de la Salut*(mesa 1: sociedad y sistema sanitario
- «La fortaleza de la Atención Primaria: valores y retos organizativos-Documento de estrategia». Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Cáceres, noviembre 2007
- Diagnóstico sobre la atención primaria en España. *Jano* n° 1685 07-13 Marzo 2008; p. 7 Editorial
- Rico A, Saltman R: «¿Un mayor protagonismo para la Atención Primaria? Reformas organizativas de la AP de Salud en Europa». *Revista de Administración Sanitaria Vol VI N° 21*, 2002
- Gálvez Ibáñez M. «Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas». *Medicina de Familia Vol. 4, N° 1*, 2003
- Ortún, Vicente: «Gestión sanitaria y calidad». Conferencia inaugural del XVI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Santander, 1998.
- Meneu, Ricard: «La sombra de una duda: limitaciones en la evidencia sobre la efectividad de las iniciativas de mejora de calidad» XXI Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(6):332-41
- Ingrid Vargas, M. Luisa Vázquez: «Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña». *Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.*
- Beatriz González, Rosa Mª Urbanos: «Prioridades en la Organización de la Atención a la Salud en España». *Informe SESPAS 2002, Cap 16.*
- Plan de Calidad 2003 / 2007. Estrategia de Mejora Osakidetza, 2002
- Guía de Gestión por Procesos en ISO 9001: 2000 en las organizaciones sanitarias. <http://www.osakidetza-svs.org> <<http://www.osakidetza-svs.org>>, Osakidetza, 2004.