



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

Coordinador

Juan Jurado Moreno

Autores

Joaquín Chacón Fuertes
Juan Jurado Moreno
Griselda Martín Carpena
Moisés Robledo del Corro
Francisco José Sáez Martínez

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
 - 2. NUEVOS MODELOS TEÓRICOS DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA**
 - 2.1 Modelo de consorcios
 - 2.2 Modelo de proveedor único
 - 2.3 Modelo “esloveno”
 - 2.4 Modelo Quick Med
 - 2.5 Modelo de Harrods
 - 2.6 Modelo EBA
 - 3. FACTORES Y COMPONENTES DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN AP**
 - 4. LA AUTOGESTIÓN EN ESPAÑA**
 - 4.1 Evolución histórica de la sanidad española
 - 4.1.1. La sanidad en la España en desarrollo
 - 4.1.2. La Reforma Sanitaria española (1978-1995)
 - 4.1.3. La Sanidad de las Comunidades Autónomas
 - 4.2 Experiencias de “autogestión” en la Atención Primaria española
 - 4.2.1. Andalucía
 - 4.2.2. Castilla-La Mancha
 - 4.2.3. Castilla y León
 - 4.2.4. Cataluña
 - 4.2.5. Comunidad de Madrid
 - 4.2.6. Comunidad Valenciana
 - 4.2.7. Principado de Asturias
 - 4.3 Experiencias con la Gerencia Única
 - 4.3.1. Castilla-La Mancha (Puertollano)
 - 4.3.2. Comunidad Valenciana
 - 4.3.3. Región de Murcia
 - 5. MARCO EUROPEO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**
 - 6. DESCRIPCIÓN DE POSIBLES ESCENARIOS**
 - 7. CONCLUSIONES**
 - 8. BIBLIOGRAFÍA**
- ANEXOS:**
- I) MARCO LEGAL Y CONSIDERACIONES NORMATIVAS PARA LA AUTOGESTIÓN EN AP**
 - A) Normativa nacional
 - B) Normativa autonómica:
 - Andalucía
 - Castilla-La Mancha
 - Castilla y León
 - Cataluña
 - Comunidad de Madrid
 - Comunidad Valenciana

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

1. INTRODUCCIÓN.-

La definición que la Real Academia Española (RAE) nos ofrece para el término “autogestión” ya lo sitúa 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 por la Generalitat de Catalunya, y, por otro lado, el Gobierno de la Comunidad de Madrid, de unos nuevos proyectos enmarcados en la “autogestión” de equipos de Atención Primaria (AP), se vuelve a sacar a la luz el debate (político/ideológico) entre aquellos que consideran este modelo como “la mejor fórmula” para incrementar la satisfacción profesional (Consejo de la Profesión Médica de Cataluña, por ejemplo), 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, entre medias, nosotros los profesionales.

Este documento se ha estructurado siguiendo un orden temporal y un marco geográfico, intentando establecer el momento actual de nuestra sanidad, dirigiéndonos posteriormente hacia la descripción de las experiencias previas llevadas a cabo en distintas Comunidades Autónomas (en aquellas que hemos podido obtener documentación suficiente y veraz); seleccionamos también aquellas experiencias europeas que de alguna forma puedan tener alguna aplicación a nuestro desarrollo sanitario y revisamos los diferentes modelos de autogestión teóricamente posibles en nuestro sistema sanitario, considerando el marco normativo en el que se mueven todos estos procesos, e intentando describir los posibles escenarios que puedan plantearse.

Por último, se ofrecen unas conclusiones que pretenden condensar de forma resumida el posicionamiento de sus autores.

2. NUEVOS MODELOS TEÓRICOS DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA.-

Aun partiendo del principio ético de que la salud no es un bien con el que se pueda comercializar, 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 responsable eficiente de la asignación de recursos.

En 1985, Eisenberg, en relación a los médicos, afirmó que en EE. UU. 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 dónde 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 atención primaria 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 Atención Primaria 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 inicial “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 transferiría a los prestadores de servicio los riesgos de su trabajo, descargando así a quien asigna los recursos (público o privado) de responsabilidad en la gestión, reservándose para la contratación o la cancelación de la misma.

El actual modelo de gestión de la Atención Primaria española ha tenido en los últimos años diversas experiencias “piloto”, adaptaciones, cambios de nombre e incluso vueltas atrás en las diferentes Comunidades Autónomas. Existen también otras opciones de gestión en Atención Primaria en otros países, que podrían 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 de gestión directa (la provisión sigue dependiendo de la Administración Pública, aunque a través de personas jurídicas interpuestas) que se utilizan en el Sistema Nacional de Salud (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 (existiendo otras formas: cooperativas, sociedades laborales, mercantiles, etc.), y las concesiones administrativas con vinculación contractual (entre otras: convenios, conciertos, arrendamientos, etc.).

Planteamos en esta tesitura varios modelos teóricos, desde el punto de vista 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 y que pasaremos posteriormente a desarrollar:

1. Modelo de consorcios.
2. Modelo de proveedor único.
3. Modelo “esloveno”.
4. Modelo Quick Med.
5. Modelo Harrods.
6. Modelo EBA.

2.1 Modelo de consorcios

Consistiría 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. Abarca varias experiencias, tanto en distintos niveles de atención, caso de la

Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell, Barcelona), donde se agrupa un hospital, un centro de salud, una residencia de ancianos, un ambulatorio de especialidades y un centro de salud mental, todos ellos de distinto propietario, tanto público como privado, como en el mismo nivel de atención, caso de la reforma de la región Emilia-Romana en Italia para los médicos generales o la agrupación de algunos GP *fundholders* en Inglaterra.

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.

2.2 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. Son ejemplos la Mútua de Terrassa, entidad de previsión social, que partiendo de sus servicios propios, aumentándolos y absorbiendo otros, se hace cargo de la asistencia sanitaria de una zona de la comarca de Barcelona donde está situada, o la Aseguradora ADESLAS que se hace cargo de la prestación sanitaria en Alcira.

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.

2.3 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, adoptando en Eslovenia unas características diferentes, con la 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, semejándose 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, al ser ellos al desplazarse los que originan cambios en la retribución.

2.4 Modelo Quick Med

También conocido por medicina “Burger King”, consiste en una total libertad del usuario para elegir la prestación sanitaria que desee, adquiriéndola en el momento y transfiriendo (o no, según el país) parte de sus gastos al financiador, estando las prestaciones definidas, con un coste marcado previamente y unos contenidos establecidos, financiándose de manera privada los complementos a estos servicios. Ejemplos son algunas de las franquicias que se están instalando en España, de origen norteamericano, donde el modelo está muy extendido y arraigado. Son “mini-consultas”, con paquetes fijos de diagnóstico y tratamiento (en algunos casos incluyen actividades preventivas, también cerradas) que el usuario elige y abona en el momento.

Supone una nueva forma de hacer atención primaria, muy en línea con los hábitos cambiantes de la población.

2.5 Modelo de Harrods

Es otro de los nuevos modelos teóricos, con algún ejemplo en Inglaterra y unido al cambio cultural que señalábamos en el modelo anterior. 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, garantizando un servicio completo a los consumidores que acuden al centro comercial, integrándolo en los dispositivos de ocio del mismo, potenciando el ‘consumerismo’ sanitario.

2.6 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, asumiendo el presupuesto de la zona y aplicando criterios de gestión privada.

La Ley 15/90 (modificada posteriormente por la Ley 11/95) permitió ampliar la posibilidad de contratación de servicios a “entidades de base asociativa”, constituidas por profesionales sanitarios, que participaban de forma directa en la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

Los requisitos que debían cumplir venían recogidos en el Decreto 309/1997, que exigía el establecimiento de una relación contractual (contrato de gestión) con la entidad administrativa responsable. Un requisito fundamental, era el que gozaran de personalidad jurídica propia (legalmente constituida e inscrita, en cualquiera de las formas admitidas).

El capital social mayoritario debería recaer en los propios profesionales sanitarios, quienes deberían mantener una relación de prestación de servicios en la propia entidad.

Se limitaba la propiedad de cada uno de los profesionales (nunca superior al 25 %) y se debía reglamentar la transmisión de acciones, para que siempre se respetasen estas limitaciones.

Núcleo fundamental, era la elaboración, además de los estatutos, de un proyecto de gestión de los servicios sanitarios.

3.- 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, siendo 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, etcétera).

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”, debiéndose considerar 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 aquellos 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 Atención Primaria, podemos identificar determinados componentes básicos que participan en todos ellos, y que podremos utilizar como esquema de análisis:

- El marco legal/normativo:

A todas luces ha sido, y es aún, insuficiente e inadecuado, dejando zonas “oscuras” que condicionarán el éxito o el fracaso de los proyectos pilotos. Han surgido intentos

autonómicos de adecuarlo a los fines planificados, introduciendo nuevos escenarios que habrá que esperar un tiempo para ver su trascendencia.

- Ordenación y estructura:

Es un componente fundamental y 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 aquellas que ya la han modificado, resulta inadecuada para tratar de implantar un proceso de autogestión.

- El componente financiador:

Siguen siendo los mismos (escasa o nula libertad de decisión en este campo), pocas novedades o fórmulas imaginativas, adecuadas a la nueva situación. 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 rol 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, contribuyendo a incrementar los niveles de salud.

- Un 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. El "*Clinical Governance*" ha sido recibido con entusiasmo por los profesionales sanitarios, destacando de entre sus objetivos, el intentar afrontar una nueva realidad sanitaria actual, que se deriva de la necesidad de desplegar una mayor eficiencia y eficacia en la sanidad pública.

Tres son los componentes principales que entran en este concepto, la responsabilidad individual, una mejora continuada de la calidad, y la utilización de estándares para seguir una establecida política sanitaria, sometida a una evaluación, debiéndose priorizar la calidad sobre la organización.

El objetivo de la Gestión Clínica es, por tanto, lograr un mayor compromiso del profesional en la toma de decisiones, no sólo clínicas, sino también de distribución de recursos. Es decir, que el médico participa de forma compartida los riesgos.

- 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.

Históricamente, conforme fue incrementándose la presión sobre el control del gasto, se evidenció la necesidad de subir un peldaño, e intentar controlar la “decisión clínica”, ya que supone el consumo de unos determinados recursos, intentando alcanzar un equilibrio entre los gastos (recursos dispuestos) y la calidad del servicio.

4 LA AUTOGESTIÓN EN ESPAÑA.-

4.1 Evolución histórica de la sanidad española

4.1.1. La sanidad en la España en desarrollo

La evolución histórica de la sanidad, siempre ha estado marcada por los preceptos recogidos en las diferentes Constituciones (1812, 1931 y 1978).

En el siglo XIX tenía claramente una consideración 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 podría afectar al colectivo. A nivel central, la responsabilidad era ministerial, existía una Junta de Sanidad, responsable de las propuestas de actuación y, a nivel local y provincial, la responsabilidad era de los alcaldes, gobernadores y jefes políticos, no participando en la organización, inicialmente, los profesionales sanitarios.

La complejidad progresiva que iban adquiriendo las medidas sanitarias, permitió un incremento del protagonismo de los profesionales sanitarios, con un intento organizativo fallido en 1823 (el de crear un Código Sanitario), pero con un gran acierto en su haber, la creación de las Academias de Cirugía y Medicina (1830).

El Cuerpo de Médicos Titulares tiene su origen en un reglamento de 1831. Institucionalizando y reglamentando las funciones que, hasta el momento, venían siendo desempeñadas por facultativos nombrados directamente por los Ayuntamientos. Su cometido era la asistencia de

los enfermos sin recursos encuadrados la Beneficencia Municipal, o la Asistencia Pública Domiciliaria. También asumían los demás servicios de salud pública (Policía Sanitaria e Higiene y Sanidad Públicas) en la localidad donde ejercían.

En 1855 la normativa legal atribuye a la Dirección General de Sanidad (Ministerio de Gobernación) estas competencias y, en esta misma ley, ya podemos destacar la regulación de las funciones y condiciones de trabajo, de los médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares. Tanto a partir de esta norma como la Instrucción General de 1904 y la Ley de Coordinación Sanitaria, se encomendaba a los Ayuntamientos la organización del sistema asistencial, mediante los médicos y farmacéuticos titulares.

A principios del siglo XX, España, tras la pérdida de las últimas colonias, contaba con una población pobre y atrasada, siendo en el nivel sanitario donde se hacía más patente el deterioro.

Las primeras normativas para mejorar las condiciones sanitarias de la población consistieron en las transformaciones de los asentamientos urbanos determinadas por los procesos migratorios, la industrialización y las grandes concentraciones urbanas. Cólera, disentería, tifus, tuberculosis, son enfermedades con posibilidad de ser atajadas y, desde una actuación sanitaria, actuaciones como el aislamiento de las basuras, la canalización de los desechos o el abastecimiento de aguas potables evidencian una mejora de las condiciones de salud de la población y un aumento de la esperanza de vida de la población.

El marco legislativo que regulaba el sistema sanitario español hasta el período de 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, que asume posteriormente la administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero (1919), el Subsidio de Maternidad (1923), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), ampliación del 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), extinguiéndose en 1978.

Entre medias, destacamos 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, modificándose 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 instaura el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que crea 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, en base a un sistema productivo.

Con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944, se afronta la coordinación de todas las actividades sanitarias, fundamentalmente las dependientes del Ministerio de la Gobernación (Estado, Diputación, Ayuntamiento) ocupándose el médico local a nivel municipal, los hospitales provinciales responsables de la asistencia a las familias sin recursos y, a nivel estatal, sólo aquellas enfermedades consideradas como especiales (sobretudo infecciosas, como la tuberculosis y la lepra). Esta ley no regula la estructura dependiente del Seguro de Enfermedad. Se seguía manteniendo una dependencia de la Dirección General de Sanidad (Ministerio de la Gobernación), que seguiría así hasta 1977, creándose una gran dispersión de las responsabilidades, ya que cada ministerio asumía las atribuciones en esta materia.

Durante este período de estancamiento legislativo, se 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); hasta la creación, en 1977, del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

4.1.2. La Reforma Sanitaria española (1978-1995)

A partir de 1978, con la promulgación de la Constitución Española (en ella se dedican varios artículos - 39.2, 40.2, 43, 45.2, 49, 50, 51.1, 53.3 - 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 creación del Sistema Nacional de Salud (Ley General de Sanidad de 1986). La “universalización de la asistencia sanitaria”, será el más claro exponente de estas reformas.

En 1978 el Instituto de Previsión se desdobra en entidades gestoras, correspondiendo la gestión de la asistencia sanitaria 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 crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, con la que se pretende convertir al médico de AP en figura fundamental en el sistema sanitario, y caracterizando su atención 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 vaya 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 pretende eliminar la separación entre actividades sanitarias preventivas y asistenciales, como un paso previo a lo que acontecerá posteriormente. Podemos decir que son los primeros pasos, aunque tímidos (el incremento del gasto sanitario es muy discreto), de la reforma a nivel de la Atención Primaria.

Con la Ley General de Sanidad de 1986 se establece 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). Distribuye las competencias teniendo en cuenta las diferentes Administraciones públicas (central, autonómica y local) y no excluye la posibilidad de que la sanidad privada aporte servicios. Intenta alcanzar una integración conceptual del sistema sanitario público y define con claridad unos derechos y deberes de los usuarios del sistema. La financiación vendrá 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 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, etcétera).

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 geográfico, 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”, siendo las recetas y el “p10” sus mejores armas. Si continuábamos ascendiendo, el segundo nivel no se diferenciaba en mucho, añadiendo la 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 Atención Primaria (creación de las Zonas Básicas de Salud, los Centros de Salud y los Equipos de Atención Primaria), hizo crecer en demasía las expectativas, elevando el

entusiasmo de estos “nuevos” profesionales, viniendo a contraponerse a la clara insatisfacción que existía en el médico de cabecera tradicional y en los propios usuarios.

4.1.3. La Sanidad de las Comunidades Autónomas

Como ya hemos adelantado, el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la Administración central y los de las Comunidades Autónomas, que pueden organizarlos como bien ellas consideren, manteniendo 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 es 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, tendiendo hacia la flexibilización y utilización del derecho privado, adoptando en las diferentes 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 un modelo 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 ser asumible 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 tendría 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 aquellos vértices del sistema con mayor capacidad de lograr el máximo de eficiencia. Es decir,

intentar 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 apoyo claramente político, el conocido como Informe Abril (1991), a partir del cual se llevaron a cabo reformas de diferente tipo, profundidad y carácter, por el INSALUD y, posteriormente, por los Servicios Regionales de Salud, generando una verdadera explosión 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, sobretudo el de ruptura en la equidad y falta de eficiencia.
- Y 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 el mantener el “mismo servicio” (ineficiencia). Pero, por el otro, 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 Atención Primaria con unos presupuestos proporcionalmente bajos, en relación a la especializada y, también, en relación al marco europeo. A partir de este punto, debemos analizar qué ha ocurrido con aquellas experiencias que incluían modificaciones, en diferentes grados, en la forma de gestión de sus centros.

4.2 Experiencias de “autogestión” en la Atención Primaria española

4.2.1 Andalucía

En julio de 2007 (Decreto 197/2007), el Consejo de Gobierno andaluz aprobó un decreto que incrementaba la participación de los profesionales sanitarios en los servicios de Primaria, dotándoles de mayor autonomía y capacidad de gestión. Establecía que todos los centros de salud se organizaran bajo la fórmula de “unidades de gestión clínica”, con soporte jurídico gracias al decreto, convirtiendo así a Andalucía en la primera comunidad en desarrollar esta estrategia.

En el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se vienen aplicando fórmulas organizativas innovadoras en los centros de atención primaria, impulsando la agrupación funcional de los profesionales y la integración de sus actividades. En consecuencia, parecía necesario introducir cambios organizativos que posibilitasen la participación profesional en las decisiones de la organización sanitaria, en un escenario de corresponsabilidad que permitiese definir objetivos compartidos, orientados a cumplir los fines del sistema sanitario. La idea principal es dar más autonomía a los profesionales, que podrán diseñar sus estrategias de trabajo con el requisito fundamental de situar al paciente en el centro del sistema.

Con la nueva normativa, pues, se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, se crean las llamadas “Unidades de Gestión Clínica”.

Las unidades de gestión clínica de atención primaria estarán formadas por profesionales, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud. Y en ellas se organizan actividades, se proponen y planifican la consecución de objetivos asistenciales, docentes y de investigación, y evalúan sus resultados. Sus fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica.

En cada unidad de gestión clínica de atención primaria existirá una dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá jerárquica y funcionalmente de la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria.

En líneas generales, las unidades clínicas son funcionales, no orgánicas, sin presupuesto independiente y sin personalidad jurídica propia. La mitad de los ocho objetivos prioritarios que tendrá cada una de ellas será impuesta por el SAS, mientras que la otra mitad se hará a propuesta de cada equipo.

El decreto estableció que las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria pasasen a depender de los distritos de AP.

La Dirección Gerencia del distrito de atención primaria establecerá acuerdos de gestión con la dirección de cada una de las unidades de gestión clínica, a propuesta de la Dirección de Salud del distrito de atención primaria. El acuerdo de gestión clínica es el documento en el que se fija el marco de gestión de la unidad de gestión clínica, así como los métodos y recursos para conseguir los objetivos definidos en el mismo recogerá los objetivos asistenciales, docentes e investigadores de la unidad, así como los correspondientes en materia de promoción de salud, prevención de la enfermedad, protección y educación para la salud. Igualmente, establecerá los recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos asignados para el período de vigencia del mismo, y se especificará la metodología de asignación de los

incentivos de la unidad de gestión clínica y de los profesionales a ella adscritos, en función del grado de cumplimiento de los objetivos. Su duración será de cuatro años, si bien podrá ser renovado sucesivamente por iguales períodos.

Un aspecto fundamental es que las unidades no tienen independencia económica (no fragmentarán la unidad presupuestaria del centro sanitario al que pertenecen) y tampoco podrán asumir competencias como órganos de contratación. En lo que sí tendrán algo más de autonomía es en la selección de personal estatutario temporal, siempre que éste sea elegido de acuerdo a unos criterios prefijados en la mesa sectorial de Sanidad y con la supervisión de los sindicatos presentes en dicho foro.

4.2.2. Castilla-La Mancha

En julio del 2007, la Gerencia de AP de Toledo hace público el documento que recoge el "Proyecto de descentralización de la Atención Primaria". Con él se pretende una gestión participativa de los profesionales, mediante un modelo que optimice la utilización de los recursos, mejore la calidad de las prestaciones, motive al profesional y consiga un nivel de satisfacción elevado en la población atendida. Pretende dar una mayor autonomía a los profesionales, definiendo nuevos papeles en la relación de los equipos de atención primaria y la gerencia, y creando las condiciones necesarias para recorrer escenarios de descentralización de la gestión, corresponsabilizando a los profesionales de los resultados.

Para asegurar la viabilidad de este proyecto, se plantea la necesidad de llevar a cabo cambios en la organización, consolidar el sistema de información y orientar procesos de autorregulación interna y externa, como la acreditación de servicios. Se inicia el planteamiento de este proyecto en el área de salud de Toledo.

En el documento se indica la necesidad de que la gestión operativa del equipo cumpla los objetivos siguientes:

- Seguir la política sanitaria.
- Satisfacer los requerimientos de Información a la Gerencia.
- Adecuarse a las demandas y necesidades de salud de la zona de salud.
- Gestionar la operativa de la Provisión.

Los EAP se constituyen en unidades de contrato, que establecen un compromiso de gestión, mediante una relación contractual entre el ente representado por la Gerencia y la unidad proveedora, representada por cada una de las unidades prestadoras de servicios, que recoge los compromisos de la actividad, calidad, gasto y objetivos de la provisión de los servicios. Los miembros del EAP tienen que asumir un rol de liderazgo compartido en la gestión de los servicios de salud en su zona, siendo necesario que cada profesional sea gestor de sus actividades y funciones dentro de su organización.

Las características de este modelo son:

- 1.- El equipo se constituye como unidad contractual que se responsabiliza de los objetivos de salud y de la cuenta de explotación.
- 2.- El contrato se articula de forma que se concreten los criterios de asignación, que se produzca una cierta transferencia de riesgo, se introduzca elementos de calidad y se identifique el sistema de incentivos, con una sistemática multifactorial, global e individual.
- 3.- El equipo establece la distribución de los compromisos del contrato entre sus miembros.
- 4.- Se valorará y cuantificará la capacidad de resolución, la satisfacción del usuario y la eficiencia.
- 5.- El modelo apuesta por la utilización de tecnología sanitaria, cuantificando su progresivo incremento
- 6.- Los resultados en sí mismos, *out-come*, y especialmente los resultados en salud son fuertemente valorados
- 7.- El modelo permite la flexibilidad a la dedicación de los profesionales.
- 8.- El modelo se centra en una atención gestionada, *management care*.

Se inició una primera experiencia en un centro de esta provincia, con vigencia de un año (acababa el 31 de diciembre del 2008). No se recoge en el documento el modelo de evaluación del proyecto.

4.2.3. Castilla y León

Las experiencias en esta Comunidad Autónoma nacen de ciertos compromisos de la Consejería de Sanidad, recogidos en la legislatura 2003-07, orientada hacia la consecución de un sistema sanitario propio y participativo, en el que se establece impulsar la descentralización de las tomas de decisiones.

Las normas referidas en las que se sustenta el proyecto son:

- La Ley 1/1993 de Ordenación del Sistema Sanitario (descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios).
- Ley 44/2003 sobre Ordenación de Profesiones Sanitarias (uso racional de los recursos, evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos).
- Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (participación y colaboración del personal en la fijación y consecución de los objetivos con criterios de eficiencia).

En 2004 se constituyó un grupo de trabajo encargado de su desarrollo, llegando a denominarse estos proyectos “Programas de Gestión Propia” (PGP). El soporte legal que se dio a este proyecto es el de una Resolución del Director Gerente Regional de Salud con fecha 5 de abril de 2005, no publicada en el BOCYL, y que establece la posibilidad de solicitar un programa de gestión propia, así como los requisitos necesarios para poder participar y el procedimiento para su aprobación.

Esta resolución fue anulada por Sentencia del TSJCyL 1378 de 13 de junio de 2008.

Los objetivos que se marcaron para los PGP fueron:

- Incrementar la capacidad de decisión de los profesionales sobre la organización de su propia actividad y la gestión de los recursos necesarios para llevarla adelante.
- Implicar a los profesionales en la mejora de la eficiencia de los recursos, compartiendo el riesgo.
- Mejorar la calidad de los servicios sanitarios y la capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos.

El proyecto final fue supervisado, previamente, por un grupo de trabajo multidisciplinar de las distintas gerencias de salud. Tras llevarse a cabo las modificaciones acordadas, fue finalmente aprobado por la Junta Directiva de la Gerencia Regional.

La participación voluntaria se gestionaba a través del Coordinador, debiendo estar refrendada por, al menos, el 70 % del personal sanitario, exigiéndose que, dentro de éste, al menos el 80 % de los médicos debía estar incluido (médicos de familia y pediatras del equipo). Se hacía con una vigencia de 3 años, pudiéndose dar de baja al final de cada ejercicio.

Se les exigía unos “requisitos de equipo” sobre la gestión (calidad en la aplicación de la cartera de servicios, y una gestión económica, con especial énfasis en el consumo de recursos) y sobre la organización (estructura organizativa, planes de mejora, estructura docente, distribución de tareas...).

Se planificó una evaluación, tanto por las Gerencias de AP como por la Gerencia regional, anualmente y al final del pilotaje. La evaluación utilizó los siguientes indicadores:

Indicadores	Fuente de información
Gestión económica y financiera	Sistema de información presupuestaria GAP
Cartera de servicios y normas técnicas	Historia clínica informatizada. Auditoría externa
Objetivos de mejora de calidad: 1) Tiempos de atención y espera 2) Satisfacción de los usuarios 3) Utilización de recursos ajenos 4) Indicadores de IT	Medición externa Encuestas de satisfacción Sistema de información de la GAP Inspección GSA
Gestión de la prescripción farmacéutica y productos sanitarios a. EFG/Total de envases b. % especialidades de 10 PA seleccionados c. % de novedades y % de omeprazol d. DHD ajustado de IBP	Sistema de información (Concylia) DTF Objetivos
Objetivos estratégicos específicos fijados a cada EAP	Evaluación GAP

Inicialmente, se adhirieron a este proyecto 7 centros (2005), permaneciendo en 2007 seis de ellos. Tras el pilotaje de tres años, se llevó a cabo la evaluación, pudiendo destacar los resultados siguientes:

Se observó déficit de los sistemas de información. Los indicadores de gestión económica expresaron muy buenos resultados sin repercusión en la calidad asistencial prestada. Una eficiente gestión de los recursos. El 65 % de esta cantidad revirtió en el Equipo. Se consideró en este apartado la necesidad de mejorar algunos aspectos relacionados fundamentalmente con la asignación presupuestaria del equipo.

En cuanto a los indicadores organizativos: buenos resultados en el aspecto organizativo. Y por lo que respecta a los indicadores asistenciales y de calidad: buenos resultados cumpliendo en todos los casos el estándar establecido del 65%. Es de destacar los resultados obtenidos en la calidad de prescripción, uso racional del medicamento.

Se incluyó en la evaluación un plan de mejora.

4.2.4. Cataluña

La primera experiencia se inició oficialmente en Vic en 1996 (aunque ya se trabajaba en ella desde 1993), mediante la fórmula de una sociedad de responsabilidad limitada (SL) y un acuerdo contractual con el ICS. Una financiación capitativa, manteniendo un incremento interanual relacionado con el incremento del IPC. El importante capítulo de farmacia se basaba en la corresponsabilidad. Todo lo que se ahorra son ingresos, y la elevación de los gastos, son pérdidas.

Desde entonces, son 14 los equipos definidos “legalmente” como Entidades de Base Asociativa (EBA).

Esto ocurre en un sistema sanitario catalán que se diferencia del de otras Comunidades por ser un modelo fragmentado y en el que conviven diversas fórmulas de gestión: fundaciones, consorcios, sociedades anónimas, empresas públicas y las entidades de base asociativa de nueva creación.

Hasta ahora han sido sometidas a dos evaluaciones, estando en desarrollo una tercera (la primera en 2000 por Antón Cañellas, entonces *Sindic de Greuges*, Defensor del pueblo en Cataluña; la segunda, por la Fundación Avedis Donabedian en 2002). Entre las conclusiones más destacadas está que la diversificación de la gestión del primer nivel asistencial no ha aportado diferencias significativas entre los diferentes proveedores: ICS, EBA y los consorcios hospitalarios.

El desarrollo de este proceso ha pasado por diversos periodos:

1º Período: Gestión única. Desde las transferencias (1981), pasando por la creación del ICS en 1983, entidad encargada de la gestión de los servicios sanitarios y de la prestación de los mismos en el territorio catalán.

2º Período: Gestión diversificada. Se inicia en 1990 con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), en la que se consolida el sistema sanitario de provisión mixto, con diversas fórmulas de gestión. Se separa la financiación de la producción de servicios. La primera pasa a depender del SCS y la producción deja de ser única para el ICS, incorporándose una diversidad de fórmulas de gestión (consorcios, cesión de gestión).

3º Período: Autogestión:

- En 1995 se posibilita que el sistema de sanidad establezca contratos para la gestión privada de los centros con las llamadas entidades de base asociativa (EBA), donde los profesionales se constituyen como sociedad empresarial y deben pasar a excedencia voluntaria, guardándose durante un periodo de tres años su lugar de trabajo.
- El perfil del profesional en una EBA debe ser sanitario-gestor, condición que conlleva el peligro de sobrevalorar uno u otro de ambos aspectos. Si predomina el perfil economicista frente al sanitario, la consecuencia es una pérdida de calidad. Si por el contrario se sobrevalora la sanidad, lógicamente aumentará el gasto, bajará la incentivación económica de los trabajadores y las EBA dejan de ser ventajosas para sus gestores.
- En el año 2006, de los 352 Equipos de Atención Primaria (EAP) en funcionamiento, 276 estaban gestionados por el ICS y los 76 restantes a través de 36 entidades proveedoras. Existen en la actualidad 14 EBAS.

- En agosto del 2007, el ICS, se convierte en empresa pública y se elabora un documento marco que se basa en la descentralización y la autonomía de gestión de los propios centros. Con este proyecto se abre camino a un nuevo modelo de autogestión que ya se ha iniciado de forma experimental en 10 equipos.

4.2.5. Comunidad de Madrid

Las transferencias de la Sanidad a la Comunidad de Madrid (enero-2002), coincidieron con la promulgación de una ley autonómica de Sanidad (LOSCAM) que insistía en el modelo de Einthoven del mercado público regulado, separando entre financiación y provisión de manera clara, intentando seguir el ejemplo del Informe Abril. Se creaba así un Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD) con la idea de imitar la tarea realizada por el INSALUD.

Esta vía, de escaso éxito desemboca en un nuevo modelo, similar al de otras Comunidades Autónomas cercanas, con un Servicio Regional (SERMAS) en el que se ha modificado en la práctica (que no en la legislación) la habitual diferenciación en dos niveles, pasando a constituirse un tercer nivel intermedio con las urgencias extrahospitalarias, que se desgajan de la Atención Primaria pasando a tener personalidad propia y cambiando las características del médico general en esta Comunidad (únicos que no realizan guardias de noche ni festivo).

Otro de los puntos a comentar en este apartado es la puesta en marcha del Plan de Mejora de la AP (pionero en España y antecedente de la Estrategia AP21) que, pactado con las sociedades científicas, ha supuesto un impulso a este nivel.

El agotamiento del plan (previsto hasta 2009) y las restricciones presupuestarias han generado un debate sobre la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión, profundizando en la autogestión y abriendo la posibilidad a otras formas como las EBA o la Gerencia Única. El ruido político generado parece que va a desembocar tan solo en una modificación de la estructura directiva, pero al menos se ha abierto el debate para el futuro.

4.2.6. Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de "concesión administrativa" en un servicio sanitario público. Se realizó en el área sanitaria 10, en la comarca de La Ribera. Marco ideal para comenzar este proyecto, denominado "Modelo Alzira". Se inicia con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera y se consolida con la integración de la Atención Primaria en abril de 2003, pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención pública sanitaria integral de los 235.000 habitantes que residen en los 29 municipios que abarca el área de salud 10 de la Comunidad Valenciana.

Este proyecto afectó, inicialmente, a 11 centros de salud, 18 consultorios permanentes y 12 consultorios estacionales, y al Hospital de la Ribera, lo que supuso interesar a 1.696 trabajadores (1.112 profesionales en atención hospitalaria y 584 en Atención Primaria).

Desde la puesta en marcha de este modelo de gestión sanitaria, se ha adjudicado la gestión sanitaria de cinco departamentos de salud (La Ribera, Torrevieja, Denia, Elche-Crevillente, y finalmente La Horta –Manises), de los cuales sólo están en funcionamiento La Ribera y Torrevieja. Con estas adjudicaciones, Sanidad deriva al 39 % de la población de la Provincia de Alicante a los Hospitales y Centros de Salud de Gestión Privada.

La concesión administrativa consiste, fundamentalmente, en que la administración sanitaria autonómica transfiere a una determinada organización empresarial, definida como Unión Temporal de Empresas (UTE), una cantidad de dinero “per cápita”, según los individuos con derecho a asistencia sanitaria en el departamento de salud correspondiente y, a cambio, la UTE construye un centro hospitalario que, junto a los otros centros sanitarios del departamento de salud (Centro de Especialidades, Centros de Salud...) gestionará por un largo periodo (alrededor de 25 años y con posibilidades de prórroga).

Se determina el principio básico de la separación entre la financiación realizada por la administración pública y la provisión de los servicios, que es responsabilidad de la concesión administrativa, formada, como se comenta anteriormente, por una Unión Temporal de Empresas (UTE).

La propiedad, la financiación y el control son públicos, y la prestación privada. Las prestaciones incluidas son para atención primaria, especializada, unidades de conductas adictivas y de planificación familiar.

En el capítulo de prestación farmacéutica, al incentivo de ahorro en farmacia del 30 % se accedía si el gasto es inferior al gasto medio por habitante de la Comunidad Valenciana. Se limitó la tasa interna de rentabilidad al 7,5 % anual. Se estableció una penalización de 12,5 % de descuento cuando la facturación de los pacientes atendidos de fuera del área excediese un 20 % del presupuesto capítativo y el 25 % de descuento cuando excediese un 40 % de la factura. Dentro del acuerdo, se incluyó un “canon de cesión de inmuebles”, del 2% sobre el valor de coste.

Las características del nuevo modelo pasan por que el hospital desaparece en su concepción actual (deja de ser el eje fundamental), integrándose en esta nueva organización, donde se fusionan todos los niveles asistenciales del área, y la organización pasa de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud de dicha área.

Para poder desarrollar un proyecto de estas características, sería necesario el respaldo empresarial de forma decidida, con experiencia, dispuesto a trabajar en innovación en la

gestión de los servicios sanitarios, que domine y que apueste por la evolución tecnológica en el sector.

La consolidación del modelo con la extensión de la gestión al área de salud evitará la competencia entre niveles, la duplicidad de consultas y pruebas, el uso inadecuado e iatrogénico de la tecnología, y por otra parte mejorará la continuidad de los cuidados, potenciará la promoción de la salud y facilitará una mayor eficiencia en la gestión.

Se espera que la integración entre niveles mejore la calidad de servicio percibido por el ciudadano, que desconoce el modelo de gestión, ya que está más preocupado por cómo se gestiona que por quién gestiona. También para los profesionales sanitarios supone un reto el ejercer su trabajo, con una motivación económica, un compromiso de cooperación con el resto de profesionales del área que, principal y fundamentalmente, beneficia a los pacientes y los ciudadanos del área.

4.2.7. Principado de Asturias

Se está presentando en estos momentos, el proyecto de creación y puesta en marcha en AP de las Unidades de Gestión Clínica, actualmente en su primera fase de dar a conocer la teoría y la práctica relacionadas, conocer las experiencias en otras Comunidades Autónomas, y crear foros profesionales para su debate. Se pretende con ello iniciar una "reflexión colectiva" sobre el futuro, teniendo como posibles "ejes del sistema sanitario" la participación de los profesionales y la mejora continua de la calidad asistencial y organizativa en torno al ciudadano.

Todos los sectores profesionales afirman que es el peor momento para su presentación, con un clima profesional muy encrespado y lleno de conflictividad (viene integrado en un paquete de medidas conflictivas, por lo que crea gran desconfianza entre los profesionales), y comenzando un año de restricciones presupuestarias que condicionarán su implantación y puesta en marcha.

El marco legal en el que se moverán estas estructuras, está aún en fase de borrador. Se conoce poco aún, sólo algunas de las grandes líneas del proyecto, como que para calcular el presupuesto que requerirá cada centro de salud y, por ende, cada unidad de gestión clínica, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios piensa aplicar una fórmula capitativa (se asignará dinero en función del volumen de actividad y también del tipo de paciente), mientras que, ahora, los centros de salud reciben una asignación en función de su gasto histórico, lo que implica que el presupuesto se calcula sobre el gasto del año anterior, a lo que suma un plus correctivo. También que aquellos centros que decidan constituirse en unidades de gestión clínica lo harán por un periodo de cuatro años, con la obligación de firmar anualmente un contrato de gestión.

Se establecerán, por el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), unas determinadas “categorías” de estas unidades de gestión, en función de dos criterios: el primero es su autonomía de gestión -que podrá ser básica, intermedia o avanzada- y el segundo, su nivel de calidad: inicial, avanzado o de excelencia.

La autonomía de gestión incidirá sobre: personas, equipamientos médicos, almacenes y materiales sanitarios, consultas, tiempo, y en pruebas diagnósticas y terapéuticas. Se establece la posibilidad de un cambio de perfil o pérdida de condición de UGC según resultados calidad/eficiencia. Su evaluación (monitorización periódica desde el SESPA) analizará el desarrollo de procesos clínicos y no clínicos (estándares de calidad), los resultados de Cartera de Servicios, los resultados de la Autonomía de Gestión, en términos de Salud y de Satisfacción de los Ciudadanos.

4.3 Experiencias con la Gerencia Única

La mayoría de las Comunidades Autónomas heredaron la estructura y el modelo de coordinación del INSALUD, permaneciendo aún en la mayoría este sistema 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 quién 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 sea atendido.

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

Entre los objetivos fundamentales de la Gerencia Única se encuentra el de 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, dando respuesta al desarrollo pendiente, y a la mayoría de los problemas funcionales de coordinación. La metodología en su planificación y desarrollo han sido diferentes de una Comunidad Autónoma a otra, aunque los objetivos fundamentales, inicialmente planteados, eran muy similares (solventar la falta de coordinación entre niveles, compartir información, cambiar el modelo organizativo de gestionar recursos y actividad por resultados, implicar a los profesionales, incrementar la eficiencia, etc.).

Pero esto no ha sido así. 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 presentado evidencias objetivas sobre aquellas prometidas “bondades” y claras ventajas sobre los modelos tradicionales (satisfacción de usuarios, de profesionales, mayor coordinación interniveles, etc.). En algunos de los estudios que se han publicado por la situación de estas gerencias, es curioso que se sigue manteniendo (algunas ya con años de desarrollo) sistemas de información “estancos” .

El gran peligro de estos modelos (y temor de los profesionales de primaria), es que el fenómeno de “hospitalcentrismo” se instaure en todos los estamentos, no sólo en el sanitario, sino también en el social, desvirtuando el valor intrínseco del primer nivel, provocando un empeoramiento de la desinversión ya instalada en la AP, al dirigir los recursos preferentes al nivel especializado.

El posicionamiento en contra de la mayoría de los profesionales de la AP frente a la implantación de las gerencias únicas, provocó acusaciones por parte de los representantes de la Administración de victimismo, de complejo de inferioridad y de ausencia de compromisos hacia las mejoras en la gestión (Diario Médico, 17-3-2006), aún reconociéndole un papel fundamental para que este modelo prospere.

La evolución histórica, ha venido a reforzar los temores inicialmente planteados, pudiendo 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, existiendo diferencias objetivables entre las distintas Comunidades Autónomas. El trato, que tradicionalmente se le ha ofrecido a la Atención Especializada, ha venido siempre marcado por un agravio comparativo, no habiéndose planteado hasta ahora, por algunas Comunidades Autónomas, el someterla a los mismos controles y evaluaciones que AP ha venido sufriendo a lo largo de bastantes años (evaluación de cartera de servicios, uso racional del medicamento, evaluación de la calidad, etcétera).

Los profesionales de AP, sobre todo aquellos más sensibilizados con la gestión clínica propia, mantienen el “miedo” de que la situación sólo sea la expresión y la necesidad del “fracaso gerencialista”, al que hay que dar una salida, y en la que los profesionales meros acompañantes que justifiquen la dilución de responsabilidades. Una de las preguntas que se realizan es ésta: “en caso de tener que decidir dónde se invierte, si en incrementar el tiempo de consulta (véase como “adecuar las plantillas profesionales”), o en reducir las listas de espera, ¿porqué se decantaría la Administración de una gerencia única?

La paradoja es que hace años que se habla de la descoordinación entre AP y Especializada, de posible soluciones, de tener como objetivo al paciente y garantizarle una continuidad asistencial pero, de forma concreta, paciente y eficaz, dentro de los modelos tradicionales, no ha habido ninguna iniciativa que plantee, de manera decidida y efectiva, como objetivo fundamental el conseguir esta sincronización y establecer canales estructurados de información permanente entre ambos niveles.

El temor radica en que el futuro depare una continuación de la situación actual, aplicándose las lógicas mejoras (también se hace en los modelos tradicionales) pero sin demostrar su superioridad. Muchos son los factores y los intereses que, de forma silente, interactúan sobre este modelo, potenciando aquellas actuaciones dirigidas a la “curación” y dejando de lado otras, menos interesantes para la economía de mercado, en el campo de la “prevención”.

Es de suponer que no todo serán perjuicios a la hora de instaurar la gerencia única, permitiendo reducir la excesiva burocratización que la AP ha venido sufriendo desde el inicio de la reforma sanitaria, la eliminación de numerosos “mandos intermedios”, y llevando 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.

Comentaremos, como ejemplos diferenciados, las experiencias de Castilla-La Mancha, de la Comunidad Valenciana y de la Región de Murcia.

4.3.1 Castilla-La Mancha (Puertollano)

La gestión integral de los centros y establecimientos sanitarios de un área de salud con las características geográficas, sociales y sanitarias, como eran las de Puertollano, reclamaba la necesidad de poner en marcha medidas organizativas que, superando el modelo tradicional de división en niveles, alcanzara las mejoras en calidad asistencial. Con el Decreto 16/2006, de 28-2-2006, de la estructura y funciones de la Gerencia del Área de Salud de Puertollano, se pretende alcanzar un modelo organizativo basado en la gestión unitaria (centros y servicios) en todo el área de salud, y aprovechar para instalar un novísimo modelo de gestión por procesos (única para los dos niveles asistenciales), teniendo como objetivos el incrementar la eficiencia y la calidad asistencial, en consonancia con las tendencias que se iban observando en otros puntos del SNS. Dentro de la nueva estructura, destacaba la creación de una original y

novedosa “Dirección de Procesos Asistenciales”, de la que dependían una Dirección Clínica de Procesos, las Unidades de Apoyo a la Atención Primaria, una Dirección de Procesos Quirúrgicos, y una Dirección de Procesos de Enfermería. Las convocatorias de plazas profesionales eran hacia el área (aunque estuvieran definidos concretamente los destinos). Recientemente alcanzó el reconocimiento europeo, recibiendo el Sello Europeo de EFQM.

4.3.2 Comunidad Valenciana

Con la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, de acuerdo con el marco normativo establecido en la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, se define un modelo organizativo de la sanidad en el que se da prioridad a las actuaciones destinadas a la promover y proteger la salud, intentando aportar calidad a la atención de la enfermedad. Para el desarrollo del nuevo modelo, la Ley prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales así como la orientación hacia el paciente. La Ley prevé la formalización de planes de gestión como instrumentos de trabajo para la clarificación de objetivos y la promoción de la competencia entre los agentes. Además, se recoge expresamente la necesidad de implantar aquellas medidas de incentivación profesional que sirvan de estímulo a los profesionales en el desempeño del trabajo realizado y permitan avanzar hacia la mejora continua.

Con el Plan Estratégico 2006 de la Agencia Valenciana de Salud, se establece un instrumento de apoyo al nuevo modelo de financiación, gestión y organización de los departamentos de salud. Se refleja como principios básicos la vinculación de los recursos con la actividad realmente realizada a través de la financiación “per cápita” y la facturación de servicios intercentros, la asignación de un presupuesto único para atención primaria y especializada, la integración de equipos directivos. Este es el punto de partida de un sistema de gestión que se evalúa en función de la cuenta de resultados del departamento de salud.

La Comunidad Valenciana creó los denominados departamentos de salud, equivalentes a las áreas de salud, definiéndolos como las estructuras fundamentales del sistema sanitario. Llevó a cabo una integración de todas las acciones de promoción, protección, prevención, curación y rehabilitación, y un proceso de coordinación entre la asistencia primaria y la atención especializada.

El nuevo modelo de gestión sanitaria en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud pudo partir gracias a la publicación de la Orden de 13/01/2005, que unificó la gestión de la atención primaria y de la asistencia especializada en todas las áreas de salud, atribuyendo al director de hospital todas las funciones que anteriormente ostentaba el gerente de primaria. Y la Orden de

12/05/2005, que creó los departamentos de salud, modificando el mapa sanitario y redistribuyendo algunas zonas básicas con la creación completa, global y sin periodos de transición, de nuevos órganos de gestión que integraban todas las funciones directivas y de coordinación de atención primaria y hospitalaria.

El proceso de integración se inició con la fusión estructural de ambos niveles, el hospitalario y el de atención primaria, en las “unidades de gestión única” (recursos humanos, compras, etc.), con un único órgano de dirección, inicialmente provisional hasta la publicación del Decreto 74/2007 (Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana), permitiendo reforzar la cobertura legal del modelo Alzira.

4.3.3 Región de Murcia

Se inició con 3 Gerencias Únicas de Área (Lorca, Noroeste y Altiplano), y está previsto crear dos más.

Ponemos como ejemplo ilustrativo, la estructura de una Gerencia Única (Lorca):

Director Gerente:

- Servicio de Admisión
- Calidad
- Atención al Paciente
- Sistemas de Información
- Tecnologías de la Información
- Formación Continuada
- Dirección Médica de Área
 - Subdirección Médica del Área
 - Servicios Médicos
 - Servicios Quirúrgicos
 - Servicios Centrales
- Dirección de Enfermería de Área
 - Área de Servicios Generales, Calidad e Higiene
 - Área de Hospitalización y Recursos Humanos
 - Área de Coordinador de Atención Primaria - Atención Especializada
- Dirección de Gestión y Administración de Área
 - Subdirección de Gestión
 - Área Administrativa
 - Mantenimiento
 - Área de Hostelería
 - Lavandería
 - Personal Subalterno
 - Personal Equipo de Atención Primaria

El contrato de gestión pretende ser el instrumento donde se establecen anualmente los objetivos institucionales y estratégicos para los ámbitos asistenciales, de calidad, de gestión de recursos, de formación e investigación y de gestión económica del sistema sanitario. Se le considera la herramienta con la que el Servicio Murciano de Salud (SMS) traslada a sus centros las líneas estratégicas de la política sanitaria regional, y se suscriben en cada ejercicio por el director gerente del SMS y los directores de los centros directivos que componen la estructura del Servicio regional de Salud. En 2008 se presenta, como novedad, un nuevo modelo que, según declaraciones de la propia Administración, incide en la búsqueda de la "Calidad Total" en la asistencia (esquema del modelo EFQM). Este contrato debe hacer llegar a los profesionales los objetivos marcados, a través de pactos específicos con los equipos de Atención Primaria y con los diferentes Servicios Hospitalarios.

5. MARCO EUROPEO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.-

Es evidente que la posición de la Atención Primaria de la salud es más fuerte en algunos países que en otros. Esta fuerza, dependerá 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 a ir directamente a otros 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. Dentro de los países desarrollados, hay una clara relación entre gasto en salud, como porcentaje del PBI, y orientación del sistema de salud hacia la atención primaria, donde mayor gasto se correlaciona con mayor fragmentación y especialización.

Los gobiernos pueden intentar promover el fortalecimiento de los sistema de atención primaria de la salud 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 asociaciones y sindicatos.

Durante las últimas décadas, la Atención Primaria 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 colocar a la Atención Primaria 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. Ha implicado el desarrollo de nuevas relaciones entre hospital y atención primaria, entre especialistas y médicos generales, entre la atención primaria y la atención domiciliaria.

La pregunta fundamental de si la Atención Primaria debe ser la que dirija el proceso es posible que no se haya resuelto. 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 Atención Primaria ha recorrido un largo camino desde que se inició en la década de 1970, queda mucho por hacer.

Las reformas encaminadas a potenciar la atención primaria de la salud podrán ser:

- 1) Aumento del poder de los médicos generalistas con respecto a otros niveles (pro-coordinación de las reformas, como la introducción del sistema "gatekeeping" ("puerta de entrada" o "seleccionando") o la compra de derechos).
- 2) Ampliar la cartera de servicios de los médicos generales y de otros proveedores de atención primaria.
- 3) Inducir cambios en la atención primaria de la salud, en lo relativo a la organización y a los sistemas de control.

Las diferencias en la Atención Primaria 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 los actores atención primaria de la salud unos con otros. 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 el 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, sigue siendo relativamente diversa. Como reflejo de esta diversidad, está 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 de la atención de la salud que se han producido, desde comienzos del decenio de 1990. Ejemplos de tales reformas son la introducción de GP (*general practitioner*) y la "fundholding", más tarde los grupos de Atención Primaria en el Reino Unido, en Suecia y Finlandia, y políticas en Alemania, Finlandia, Francia y Noruega.

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 Atención Primaria 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 Atención Primaria. En los países con un sistema "gatekeeping" ("puerta de entrada", más que el 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 generalistas 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 servicio 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 "ex Yugoslavia" y los países anteriormente pertenecientes a la Unión Soviética.

El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), si estudiamos sus diferentes reformas, puede servirnos como ejemplo evolutivo de nuestro propio sistema. En el modelo "fundholding", los médicos de Primaria administran su propio presupuesto para personal del centro o consultorio, farmacia, y determinados servicios hospitalarios. Este sistema basaba sus reformas en la competencia y no en la cooperación, por lo que la motivación individual era potenciada, pero sin consenso, y esto condujo al aumento en los costes de gestión, y al incremento de las desigualdades. El mayor número de críticas que recibió este modelo, procedentes de los expertos, estaban orientadas hacia la tendenciosa inclinación del gobierno en potenciar a los médicos "buenos gestores", y no a los "buenos clínicos"; la carencia de una completa y buena evaluación; no contemplar mecanismo de "enganche" para los profesionales menos motivados; y, en definitiva, el establecimiento de grandes desigualdades en la aplicación de servicios entre la población. Las nuevas reformas intentan corregir estos defectos, potenciando el protagonismo de la calidad, la definición de estándares, una deriva hacia la centralización del control, dirección y monitorización, olvidándose un poco control del coste y el enfoque competitivo, sin olvidar la implantación de inspecciones externas.

Sobre la base de estos resultados 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.

En un sistema en el que los pacientes son asignados a un médico general, garantizando la coordinación y la continuidad de la atención, ofrece una mayor garantía de que la información médica será almacenada. La Atención Primaria 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 atención primaria, pero esta capacidad es utilizada de forma diferente en los sistemas sanitarios europeos, dependiendo su grado según 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 el Reino Unido, seguidos a corta distancia, por Noruega, Portugal y España.

Si tenemos en cuenta todos los servicios, los países donde los médicos generalistas proporcionan la más completa cartera de servicios, son aquellos situados en el oeste y noroeste de Europa. Más concretamente, estos países son: Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Irlanda, Islandia, Noruega, Suiza y el Reino Unido. Cinco de estos países tienen “*gatekeeping*” médicos, pero estos son sólo la mitad de los países con los médicos en esa posición. Dos de estos países con GPS, Italia y España, se encuentran entre los países en los que los médicos generalistas proporcionan un conjunto de servicios relativamente pequeño, como ocurre en los países en transición (República Checa, Polonia y Rumania).

6. DESCRIPCIÓN DE POSIBLES ESCENARIOS.-

La marea de las “nuevas formas de gestión” en atención primaria, 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 capítativa (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 Atención Primaria, 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, pasando todos los EAP a convertirse en corporaciones de derecho privado, integradas o no en grandes concesionarias de atención por área sanitaria, debiendo el personal 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 integrase con carácter laboral en las nuevas entidades. El ejemplo sería el hundimiento de los sistemas sanitarios de los países del Este, con experiencia local en el distrito sanitario de Alzira de la Comunidad Valenciana. Es una opción altamente improbable y que llevaría aparejadas importantes modificaciones del derecho público y privado, con evidente coste electoral para el partido que la sustentase, pero la crisis económica podría provocar esta situación, que posiblemente contara con respaldo de parte de profesionales.

La fragmentación del sistema: la búsqueda de nuevas formas de gestión para la Atención Primaria en todas las Comunidades Autónomas, puede impulsar la desfragmentación del actual modelo, con la proliferación de diferentes formas o modelos, todos ellos en “pilotaje” y sin definir un modelo único, ocasionando una importante dispersión de impulsos dentro de cada Comunidad Autónoma, en busca del modelo ideal. El ejemplo sería la situación actual de Cataluña, con la vigencia de distintos modelos, pruebas y experimentos, que enturbian el panorama y dificultan la toma de medidas comunes, favoreciendo la entropía del sistema y perjudicando la equidad de acceso.

La reforma de la reforma: tras varias experiencias fallidas en propiciar mejoras en las formas de gestión, sin evidencia 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, propiciando la profundización en el modelo vigente y garantizando cotas de independencia para los EAP, potenciando su autogestión y la suficiencia financiera, desmarcándolos de experiencias privatizadoras y garantizando su autonomía frente a la atención hospitalaria. No hay ejemplo de este escenario por el gran componente utópico del mismo, pero ello no excluye su verosimilitud.

Con el Proyecto AP21 se pretendió dar un giro de timón a la tendencia que se venía observando, intentando "aunar esfuerzos y voluntades, coordinar estrategias y actividades destinadas a diseñar una política común del Sistema Nacional de Salud para la Atención Primaria de Salud". Tras estos dos años, la realidad se impone sobre estos deseos, poco o nada se ha hecho. Algunas Comunidades Autónomas han hecho públicos documentos en los que intentan justificar sus procederes sanitarios, calificándolos como logros de medidas incluidas en las estrategias establecidas en este documento.

Cuando nos encontramos cerrando este documento, vemos como ha salido en la prensa profesional y general, 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, que podremos ver en breve, sobre qué modelos son los más eficientes.

7. CONCLUSIONES.-

El modelo de Atención Primaria, 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 soluciones 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 la potenciación de un cierto atractivo de la atención hospitalaria, políticamente más rentable.

Durante la reforma sanitaria, se logró mejorar la atención médica que se prestaba en AP, de una forma impensable años antes; pero ocurrió un fenómeno "paradójico" en los profesionales, creciendo y generalizándose 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 esta parte tan importante, como

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 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, manifestando en su gran mayoría (aquellos que lo hacen) 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 pérdida de profesionalización en los gerentes), se observa un cierto interés político hacia la gestión descentralizada (gerencias únicas), exponiéndolas como la solución “panacea” de los males arrastrados en la gestión por los modelos “tradicionales”, derivados del periodo INSALUD. Los factores que han podido sustentar este interés, son de diversa índole, destacando entre ellos el hecho de las limitaciones para poder variar 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, hace que se vuelque hacia la primaria 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 sin observar respuestas adecuadas, a pesar de su conocimiento, por parte de la Administración sanitaria correspondiente.

En los últimos años hemos asistido al intento de encontrar el/los modelos que permitieran obtener la mejor o por lo menos más eficiente gestión clínica, a nivel de nuestros centros de salud. La situación de una Sanidad transferida y dispersa en sus prioridades, 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, y sin una clara conciencia evaluativa y crítica, no pudiéndose extraer conclusiones extrapolables útiles para 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 Atención Primaria, pero no a cualquier precio, sobre todo si es pagado a través 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 no participación en su diseño y puesta en marcha, de los estamentos profesionales (sociedades científicas, colegios médicos, sindicatos...), actuando casi siempre como meros espectadores en sus primeras conclusiones, solicitando, a renglón seguido, la colaboración para que el proyecto salga adelante.

Es necesario incrementar la capacidad de decisión del profesional, dentro de la organización de su actividad, incluyendo 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. Esto 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 aquellos centros de salud que funcionaban de manera incorrecta, creándose los profesionales “de élite”, destacados sobre los demás, y dos velocidades evolutivas que, a la larga, en nuestro modelo de SNS universal, crearía desequilibrios y desigualdades. Existe el riesgo de que algunos gobiernos autonómicos lo que en realidad quieren son médicos buenos gestores, no buenos clínicos, prodigando especial atención a los que son buenos gestores, surgiendo en la profesión dos tipos de médicos: los que tienen capacidad de gestión y los que son buenos clínicos.

Una pregunta 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 la evidencia, con los protocolos clínicos, 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 generará, a corto y medio plazo, graves tensiones sociales y políticas, también en nuestro nivel sanitario. Se exigirá 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, si no teniendo como horizonte al paciente o usuario del sistema, y para que los médicos no sean de nuevo olvidados.

8. BIBLIOGRAFÍA.-

1. Agudo F. Nuevos sistemas de gestión en la División de Atención Primaria. *Salut Catalunya* 1995; 9 (4): 158-161.
2. Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, Pérez JA, Ruiz AM (coords.). *Atención Primaria en el INSALUD. 17 años de experiencia*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002.
3. Borrel F, Gené J. *La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. Elementos para un debate Informado, Gestión Clínica sanitaria, 2008. Vol 10-1.*
4. Carrasco I. Evolución del sistema sanitario español. En: Lamata F. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Edit. Diaz de santos, 141-154.
5. Carvajal J A, Ledesma A. ¿Coordinar o dirigir? *FMC* 1995; 2 (5): 315-316.
6. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe de la Subcomisión de Atención Primaria, en Informe y recomendaciones (Informe Abril)*. Madrid; 1991.
7. Corugedo I, Hidalgo Vega A , Del Llano Señaris J. Fallos del mercado en sanidad. *Economía de la salud.* /, 2000, ISBN 84-368-1454-1, pags. 225-246
8. Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *Eur J Public Health* 1995;5:233-239
9. Decreto 16/2006, de 28-2-2006 de la estructura y funciones de la Gerencia del Área de salud de Puertollano. *DOCM*, nº 48 de 3 marzo 2006: 5218-5222.
10. Decreto 16/2006, de 28-2-2006 de la estructura y funciones de la Gerencia del Área de salud de Puertollano. *Puertollano*.
11. Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Gené J, Millán J, directores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998.
12. Del Llano J. *Gestión clínica y calidad asistencial*. En: Ruiz-Ferran J, editor. *¿Hacia dónde se dirige la medicina privada?* Madrid: Fundación Sanitas-Clinica Ruber, 2000.
13. Document marc del projecte d'autonomia de gestió dels equips d'atenció primaria de l'ICS. Barcelona, setembre de 2008.
14. Duran A, Lara JL, Van Waveren M. *Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies*.
15. *EL SECTOR DE LA SANIDAD COMO SECTOR DE SERVICIOS*. Ponencias de las I Jornadas de Economía, Empresa y Sanidad. Monografías núm. 3. *Fulls Econòmics*.
16. Estado actual de la Atención Primaria en España. Informe, 21-2-2008. SEMG.
17. Freire JM. *La Atención Primaria de la Salud y los Hospitales en el Sistema Nacional de Salud*. En: Navarro López V, coord. *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004; p.239-291.
18. Freire JM. *La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento*. En: Repullo JR y Oteo LA, editores. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Barcelona; Ariel, 2005; p.61-99.
19. *Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de serveis*. 2002
20. Gené J. *Atención Primaria como innovación y como innovadora* en Meneu R, Ortún V, Rodríguez-Artalejo F. *Innovación en gestión clínica y sanitaria*. Editorial Masson Barcelona 2005. pp 59-79.
21. Gené J. *Modelos de organización sanitaria en atención primaria de salud. El médico general/de familia en la nueva Europa*. 1995. Libro de ponencias del Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria.
22. Gervas J. *Desafios para a organizaçao de serviços básicos e da estratégia saúde da familia*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

23. González López-Varcacel B. Descentralización y reformas sanitarias en España. Presentación en el seminario de estudios fiscales. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2004
24. Gutiérrez J. Gestión clínica y sentido común. Edit. Rev Esp Cardiol 2002;55(12):1226-9
25. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Plan Estratégico, Servicio Andaluz de Salud. Documento de trabajo.
26. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria. Plan Estratégico, Servicio Andaluz de Salud. Documento de trabajo.
27. La reforma de l'atenció primària a Catalunya. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. Generalitat de Catalunya, Departament de sanitat, I Seguretat Social. Setembre 2003, 37.
28. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit 2005;3(1):73-81.
29. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. 2005, Vol. 3, Núm. 1:73-81.
30. López L A, Aranda J M. Perspectivas de futuro de la atención primaria de salud. Atención Primaria 1995; 15 (3): 140-142.
31. Máñez Ortiz MA. Procesos de integración asistencial entre organizaciones sanitarias. Una aproximación a su evaluación en el contexto del sector público sanitario de la Comunidad Valenciana. Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III). Máster en Administración Sanitaria 2006-2008 (Modalidad ejecutiva). Oct 2008.
32. Martín-Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25 (1): 48-58.
33. Minué S, de Manuel-Keenoy E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria, en Cabasés JM, Villabí JR eds. Invertir para la salud. Prioridades para la salud pública. Informe SESPAS 2002.
34. Monset L L. La gestión privada de los servicios de atención primaria. Atención Primaria 1994; 13 (6): 280-281.
35. Organización del Equipo de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo/Instituto Nacional de la Salud.
36. Ortún V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 1990;95:385-8.
37. Ortún V. Clínica y gestión. Med Clin (Barc) 1995;104:298-300.
38. Oteo L A. Capitalización Global en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit. 2004; 2(4):703-20.
39. Payán MJ. Tensiones en el Sistema Británico de Salud. Informe de Gestión. El Médico interactivo. <http://www.medynet.com/elmedico/informes/gestion/sistemabritanico.htm>
40. Proyecto de Descentralización en Atención Primaria. SESCOAM, 2007.
41. Repullo JR, Oteo LA. Un Nuevo Contrato Social para un Sistema de Salud Sostenible. Barcelona: Editorial Ariel, SA; 2005.
42. Saturno PJ. Modelos de gestión de la calidad en Atención Primaria. Opina la Universidad. Documentos de opinión para Atención Primaria. Universidad de Murcia.
43. Sellarès J. Cuando el médico decide. MEDICAL ECONOMICS. Edición Española, 28 de septiembre de 2007. www.medeco.es.
44. Server Català de la Salut, Instrucció 03/99. Procediment administratiu per l'acreditació d'entitats de base associativa gestores de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària.

45. Spagnolo de la Torre E. Análisis y comentarios en torno al Informe Abril Martorell. Med Clin (Barc) 1993; 100: 258-263.
46. Tarazona E, Torner AR y Ferrer. La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. Rev Adm Sanit 2005;3(1):83-98
47. Warren G, Durose J. El desarrollo de los médicos generales gestores de presupuesto y el mercado interno en el Reino Unido. Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria. 1995;1:45-54

ANEXOS

I) MARCO LEGAL Y CONSIDERACIONES NORMATIVAS PARA LA AUTOGESTIÓN EN AP.-

En este apartado intentamos recoger todas aquellas normas legales que, de una forma directa o indirecta, contengan elementos jurídicos y condicionantes legales, aplicables en cualquiera de las partes, agentes o componentes de los llamados procesos o procedimientos de autogestión en el seno de los equipos de Atención Primaria de Salud.

A) Normativa nacional

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 9/1987, de 12 de junio, de regulación de los órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones Públicas.
- Ley 30/1994, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General (BOE nº 282 de 25/11/1994: 36.146-36.164).
- Real Decreto Ley 10/96 de nuevas fórmulas de gestión en el INSALUD de 17 de junio
- Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. (BOE nº 100, de 26/4/1997: 13.449-13.450).
- Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.
- Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo. (BOE nº 24-12-2002) (modificada).

- Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.
- Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

B) Normativa autonómica

Andalucía

- Decreto 195/1985, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria en Andalucía (derogados algunos artículos).
- Orden de la Consejería de Salud de 2 de septiembre de 1985, por la que se aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los centros de atención primaria de la zona básica de salud (derogados algunos artículos).
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- Orden de la Consejería de Salud de 7 de junio de 2002, que actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.
- Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud

Castilla-La Mancha

- Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha
- Decreto 16/2006, de 28-2-2006, de la estructura y funciones de la Gerencia del Área de Salud de Puertollano.

Castilla y León

- Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario
- Resolución del Director Gerente Regional de Salud con fecha 5 de abril de 2005. (No publicada en Bocy).

Cataluña

- Decreto 84/1985 de medidas para la reforma de la Atención Primaria de Salud.
- Ley 19/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC).
- Ley 11/1995, de 29 de septiembre, de modificación parcial de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña.
- Decreto 309/1997, de 9 de diciembre por el que se establecen los requisitos de acreditación de las entidades de base asociativa para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y socio-sanitaria. (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 2539 16/12/1997: 14.558-14.559).

Comunidad de Madrid

- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (BOE nº 55, de 5 marzo 2002).

Comunidad Valenciana

- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- Plan Estratégico de la Agencia valenciana de Salud, 2006.
- LÍNEAS DE TRABAJO CONSENSUADAS EN ATENCION PRIMARIA. LINEAS ESTRATEGICAS DE MEJORA EN ATENCION PRIMARIA. Documento acordado en reunión el 24 de abril de 2006. Entidades participantes: Conselleria de Sanitat, SVMFiC, Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària, SEMG-CV, Sociedad Española de Medicina General-C. Valenciana, SEMERGEN CV, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-C.Valenciana, SVP, Sociedad Valenciana de Pediatría, AValPap Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria, APEPA Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de la Provincia de Alicante, Consejo de Colegios de Médicos Valencianos, CECOVA, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACG	Sistema de clasificación de pacientes: "Adjusted Clinical Groups"
ADESLAS	Compañía de Seguros de Salud
AP	Atención Primaria de Salud
BOCYL	Boletín Oficial de Castilla y León
CLINICAL GOVERNANCE	Gestión Clínica
CONSUMERISMO	Movimiento social que busca defender los derechos de los consumidores.
DTF	Dirección Técnica de Farmacia
EAP	Equipos de Atención Primaria
EBA	Entidades de Base Asociativa
FUNDHOLDING	Modelo de reforma en AP dentro del sistema sanitario inglés (NHS).
GAP	Gerencia de Atención Primaria
GATEKEEPING	"puerta de entrada" o "seleccionando"
GPS	Gerencias Primarias de Salud
ICS	Instituto Catalán de Salud
IMSALUD	Instituto Madrileño de la Salud
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
LOSCAM	Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
MANAGEMENT CARE	Administración o gestión de recursos
OAA	Organismos Autónomos de Carácter Administrativo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OUT-COME	Resultado final
PGP	Programas de Gestión Propio
PNB	Producto Nacional Bruto
RAE	Real Academia Española de la Lengua
SCS	Servicio Catalán de Salud
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SESPA	Servicio de Salud del Principado
SNS	Sistema Nacional de Salud
UTE	Unión Temporal de Empresas