

Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012

Estrategias para la mejora de la
Atención Primaria

Análisis de situación de la Atención
Primaria



GRUPO DE COORDINACIÓN DEL PROYECTO

AP21

Melguizo Jiménez, Miguel

Centro de Salud Almanjayar. Distrito Sanitario de Granada. GRANADA

Cámara González, Cristina

Centro de Salud de General Ricardos. MADRID

Martínez Pérez, José Antonio

Centro de Salud Guadalajara Sur. GUADALAJARA

López Santiago, Asensio

Servicios Municipales de salud. Ayuntamiento de Murcia. MURCIA

Prieto Orzanco, Asunción

Centro de Salud de General Ricardos. MADRID

García Ortiz, Teresa

Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

Cortés Rubio, José Alfonso

Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

Pérez Mateos, Carmen

Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

APOYO ADMINISTRATIVO

López Arteaga, Natividad

Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

Sánchez Cudero, Beatriz

Dirección General de Cohesión y Alta Inspección del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo

RELACIÓN DE EXPERTOS QUE HAN PARTICIPADO EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO 1. CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aguilera Guzmán, Marta

Servicio de Programas Asistenciales. Servicio Madrileño de Salud. MADRID

Antoñanzas Combarte, Ángel

Médico de Familia. Centro de Salud Delicias Sur. ZARAGOZA

Colom Masfret, Dolors

Consejo General de diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. MADRID.

Espinosa Almendro, José Manuel

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. MÁLAGA

Ferrán Mercadé, Manel

División de Atención Primaria de Institut Catalá de Salut. BARCELONA

Herranz Varela, José Javier

Servicio Murciano de Salud. Subdirector General de Atención Primaria. Urgencias y Emergencias. MURCIA

Kloppe Villegas, Pilar

Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria. Las Calesas. MADRID

Maldonado Alconada, José

Médico de Familia. Centro de Salud Trafalgar. CEUTA

Mallo Fernández, José María

Responsable Unidad de Atención al Usuario. Gerencia Área 11. MADRID

Malmierca Sánchez, Fernando

Pediatra. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. SALAMANCA

Martín Santos, Francisco Javier

Enfermero. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. MÁLAGA

Molero García, José María

Médico de Familia Centro de Salud Mar Báltico. MADRID

Monleón Just, Manuela

Enfermera. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y
Atención Primaria.

Morales Ruíz, José Antonio

Médico de Familia. Consultorio Local de Baldebótoa. BADAJOZ

Ortiz Camuñez, María de los Ángeles

Médico de Familia. Centro de Salud de Camas. SEVILLA

Ruíz-Giménez Aguilar, Juan Luis

Médico de Familia. Centro de Salud Vicente Soldevilla. MADRID

Thomas Mulet, Vicenç

Médico de Familia. Centro de Salud de Camp Redó. PALMA DE MALLORCA

GRUPO 2.

ESTRATEGIAS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Abarca Buján, Benjamín

Sociedad Española de Medicina General. LUGO

Berraondo Zabalegui, Iñaki

Subdirector de Atención Primaria y Comunitaria. Servicio Vasco de Salud.
VITORIA

Hernández Vega, José Manuel

Subdirector de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de
Asturias. OVIEDO

García Prieto, Eduardo

Subdirector de Atención Primaria. CASTILLA Y LEÓN

Gené Badía, Joan

Médico de Familia. Centro de atención primaria CAPSE. BARCELONA

Godoy Arean, Carmen

Enfermera. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y
Atención Primaria

Martín Montaner, Isabel

Pediatra. Directora de Atención Primaria. NAVARRA

Martín-Rabadán Muro, María

Coordinadora de Equipos de Atención Primaria del Área de Salud de Ibiza y
Formentera. IBIZA

Cecilia Navazo, Julia

Médico de Familia. Gerencia del Área 1. MADRID

Ortíz Espinosa, Juan

Director del Distrito Sanitario de Atención Primaria. GRANADA

Palomo Cobos, Luis

Médico de Familia. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.

Centro de Salud de Coria. CÁCERES

Pastor Navarro, Vicente

Gerente del Departamento 9 Torrente. VALENCIA

San José Pérez, Carmen

Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria Área 5. Buitrago. MADRID

Soto Mancebo, Inés

Directora de Enfermería. Hospital Severo Ochoa de Leganés. MADRID

Veras Castro, Ramón

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. GALICIA

Vergeles Blanca, Jose María

Director General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria. Consejería
de Sanidad y Consumo. Mérida. BADAJOZ

GRUPO 3. RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Agreda Peiró, Francisco

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. MENORCA

Casajuana Brunet, Josep

Médico de Familia. Centro de Salud Gotic. BARCELONA

Chavida García, Felipe

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. GUADALAJARA

Gimeno Aznar, Álvaro

Subdirector de Atención Primaria Navarra Norte. NAVARRA

Iglesias Clemente, José Manuel

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. SALAMANCA

Iglesias Sánchez, José María

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria BADAJOZ

Lama Herrera, Carmen

Servicio de Planificación Operativa. Junta de Andalucía. SEVILLA

López Palacios, Sonia

Directora de Atención Primaria. Área 7. MADRID

Martín Fernández, Jesús

Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria San Martín de Valdeiglesias.

Área 8. MADRID

Monreal Hajar, Antonio

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José

Ramón Muñoz. ZARAGOZA

Morales Asensio, José Miguel

Enfermero. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y

Atención Primaria. MÁLAGA

Plaza García, Ángeles

Directora Médica. Gerencia de Atención Primaria II. Torrelavega.

CANTABRIA

Saavedra Miján, Juan

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Langreo. ASTURIAS

Santana de Carlos, Begoña

Médico de Familia. GIRONA

Seguí Díaz, Mateu

Médico de Familia. BALEARES

Simó Miñana, Juan

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. Muchamiel. ALICANTE

***GRUPO 4. EVALUACIÓN DE PROCESOS EN ATENCIÓN
PRIMARIA***

Anaya Cintas, Francisca

Presidenta de la Asociación de Enfermería Comunitaria.

Ausejo Segura, Mónica

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.

Cabezas Peña, Carmen

Generalitat de Cataluña. BARCELONA

Cañada Millán, José Luis

Médico de Familia. Centro de Salud Los Cascajos. LA RIOJA

Díaz Laso, Concepción

Médico de Familia. Centro de Salud Fuentelarreina. MADRID

González Echave, Arantza

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. VIZCAYA

Gonzalo Jimenez, Elena

Enfermera. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria de Atención Primaria. GRANADA

Juan Verger, Vicenç

Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria. PALMA DE MALLORCA

Martín García, Manuel

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Otero Rodríguez, José Antonio

Vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista. VALLADOLID

Ruiz-Canela Cáceres, Juan

Pediatra. Asociación Española de Pediatría y Atención Primaria. SEVILLA

Sanz Amores, Reyes

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. SEVILLA

Trillo Mata, José Luis

Agencia Valenciana de Salud. VALENCIA

Turón Alcaine, José María

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. TERUEL

Vázquez Díaz, José Ramón

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. SANTA CRUZ DE TENERIFE

GRUPO 5. RESULTADOS EN SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Beamund Lagos, Milagros

Enfermera. Técnico de Formación e Investigación. Gerencia del Área 11. MADRID

Blanquer Gregori, José Javier

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. ALICANTE

Casado Vicente, Verónica

Médico de Familia. El Boecillo. VALLADOLID

Carrillo Ojeda, Patricia

Técnico del Servicio de Atención Primaria. Dirección General de Programas
Asistenciales. SANTA CRUZ DE TENERIFE

Gayoso Diz, Pilar

Subdirección de Investigación. Consejería de Sanidad de Galicia. LA
CORUÑA

Ichaso Hernández Rubio, María de los Santos

Subdirectora Adjunta del Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de
Sanidad y Consumo. MADRID

Juncosa Font, Sebastiá

Unidad Docente Centro Instituto Catalán de la Salud. Terrasa. BARCELONA

López-Torres Hidalgo, Jesús

Gerencia de Atención Primaria. ALBACETE

Merino Molina, Manuel

Pediatra. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. MADRID

Pérez García, Blanca

Consultorio Local Robledillo. CÁCERES

Ripoll Lozano, Miguel Ángel

Sociedad Española de Medicina General. MADRID

Rodríguez Gómez, Susana

Coordinadora de Gestión de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud.
SEVILLA

Vila Corcoles, Ángel

TARRAGONA

ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

**Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención
Primaria**

Asociación de Enfermería Comunitaria

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

**Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención
Primaria**

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina General

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista

**Consejo General de Diplomados en Trabajo social y Asistentes
Sociales**

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria

ASOCIACIONES DE PACIENTES

Foro Español de Pacientes

Coalición de Pacientes con Enfermedades Crónicas

ÍNDICE

- PRESENTACIÓN
- INTRODUCCIÓN
- ACUERDO DEL PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE EL PROYECTO AP-21
- MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL PERIODO 2007-2012

I. Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano

Estrategia 1.- Potenciar la transformación de la atención primaria en agencia de salud de los ciudadanos.

Estrategia 2.- Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad.

Estrategia 3.- Adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en atención primaria.

Estrategia 4.- Integrar las unidades administrativas en la estructura organizativa de los equipos de atención primaria.

Estrategia 5.- Impulsar una imagen de la atención primaria como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos.

Estrategia 6.- Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la atención primaria.

Estrategia 7.- Potenciar la autonomía de los ciudadanos y la capacidad de decidir sobre su salud.

Estrategia 8.- Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.

Estrategia 9.- Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.

Estrategia 10.-Potenciar las actividades de promoción de la salud y prevención.

Estrategia 11.-Potenciar la calidad de la atención en los equipos de atención primaria rurales.

II. Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución

Estrategia 12.- Hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los médicos de atención primaria.

Estrategia 13.- Mejorar las tecnologías de la información en atención primaria.

Estrategia 14.- Mejorar la efectividad en los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales sanitarios.

Estrategia 15.- Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas.

Estrategia 16.- Impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario.

Estrategia 17.- Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos.

Estrategia 18.- Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud.

Estrategia 19.- Promover un sistema de referencia de medición de resultados en salud orientado a los profesionales y a la población.

III. Estrategias de mejora de la continuidad asistencial

Estrategia 20.- Estimular cambios en las organizaciones de atención primaria y atención especializada que favorezcan la continuidad asistencial.

Estrategia 21.- Potenciar la comunicación y coordinación entre atención primaria y atención especializada.

Estrategia 22.- Impulsar la gestión de los procesos asistenciales integrados entre atención primaria y atención especializada.

Estrategia 23.- Potenciar la coordinación de las actuaciones realizadas desde atención primaria y salud pública.

Estrategia 24.- Impulsar en atención primaria modelos resolutivos de atención continuada/ urgencias que generen confianza en los ciudadanos.

Estrategia 25.- Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias desde atención primaria.

Estrategia 26.- Potenciar las actividades de atención domiciliaria y la implicación de los profesionales en la atención a las personas con problemas de dependencia.

Estrategia 27.- Mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales.

IV. Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional

Estrategia 28.- Favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de atención primaria.

Estrategia 29.- Incentivar el desarrollo de las actividades de investigación en los equipos de atención primaria.

Estrategia 30.- Aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral.

Estrategia 31.- Incentivar el trabajo de los equipos de atención primaria en comunidades con mayor riesgo social y sanitario.

Estrategia 32.- Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.

V. Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización

Estrategia 33.- Generalizar un modelo de calidad total que incida en todas las estructuras del sistema sanitario.

Estrategia 34.- Impulsar la planificación sanitaria basada en las necesidades en salud, con la participación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos.

Estrategia 35.- Impulsar los contratos / planes de gestión fundamentados en los planes de salud y en los objetivos de política sanitaria.

Estrategia 36.- Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios establecida en la planificación sanitaria.

Estrategia 37.- Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental para una atención primaria de calidad.

Estrategia 38.- Potenciar las estructuras de dirección de las áreas de salud.

Estrategia 39.- Impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con representación de los profesionales y ciudadanos.

Estrategia 40.- Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados.

Estrategia 41.- Adaptar el modelo organizativo y funcional del equipo de atención primaria a las necesidades de salud de los ciudadanos y a la oferta de servicios, asegurando su gestión en el marco del sistema sanitario público.

Estrategia 42.- Consolidar y fortalecer el trabajo en equipo en atención primaria.

Estrategia 43.- Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras.

Estrategia 44.- Impulsar los sistemas de información sanitaria.

- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

I. Contenido de la actividad en atención primaria

I.1. Definición de la oferta de servicios

I.2. La oferta de servicios en el marco legal

I.3. Marco competencial de la atención primaria

I.4. Las funciones de atención primaria

I.5. Análisis de la situación

I.5.1. La oferta de servicios

I.5.1.1. Servicios básicos asistenciales

I.5.1.2. Servicios administrativos. Las Unidades de Atención al Usuario en atención primaria

I.5.1.3. Servicios de salud pública

I.5.1.4. La atención a la comunidad

I.5.1.5. Actividades de soporte: docencia e investigación

I.5.1.6. Situaciones especiales

I.5.1.6.1. La atención urgente en atención primaria

I.5.1.6.2. Las comunidades con alto riesgo social

I.5.1.6.3. El medio rural

I.5.1.6.4. La atención a la dependencia

-
- I.5.2. Los condicionantes de la oferta de servicios
 - I.5.2.1. La coordinación en el sistema de salud
 - I.5.2.2. Herramientas de apoyo y equipamiento
 - I.5.2.3. Organización de los equipos de atención primaria
 - Bibliografía

II. Gestión y organización en atención primaria

- II.1. Análisis de la situación
 - II.1.1.-Definición de objetivos en salud como base de la planificación sanitaria
 - II.1.2. Planificación de la oferta de servicios en atención primaria
 - II.1.3. Financiación de la oferta de servicios
 - II.1.4. Modelo de provisión de servicios en atención primaria
 - II.1.5. Organización de la gestión en las áreas de salud
 - II.1.6. Descentralización de la gestión en la organización sanitaria
 - II.1.7. Función directiva en el sistema sanitario
 - II.1.8. Continuidad en la atención sanitaria
 - II.1.9. Motivación, implicación y satisfacción de los profesionales.
 - II.1.10. Sistemas de información como elemento estratégico
 - II.1.11. Participación de los profesionales en la gestión del sistema sanitario público
 - II.1.12. Participación de los ciudadanos en la gestión del sistema sanitario
- Bibliografía

III. Resolución en atención primaria

- III.1. Análisis de la situación en relación a la resolución de la atención primaria
 - III.1.1. Factores que influyen en la resolución, dependientes del sistema
 - III.1.1.1. Recursos y financiación
 - III.1.1.2. Herramientas de apoyo, equipamiento y acceso a pruebas diagnósticas
 - III.1.1.3. Dotación tecnológica
 - III.1.1.4. Coordinación y cooperación entre niveles asistenciales
 - III.1.1.5. Libre elección de especialista
 - III.1.1.6. Cartera de servicios
 - III.1.1.7. Otros factores que influyen en la resolución
 - III.1.2. Factores que influyen en la resolución relacionados con el profesional
 - III.1.2.1. Organización
 - III.1.2.2. Procedimientos burocráticos y resolución
 - III.1.2.3. Demanda asistencial y resolución
 - III.1.2.4. Formación y gestión del conocimiento
 - III.1.2.5. Investigación y su impacto en la resolución
 - III.1.2.6. Compromiso y motivación de los profesionales

-
- III.1.3. Factores que dependen del paciente
 - III.1.3.1. Expectativas del paciente
 - III.1.3.2. Capacitación del paciente
 - III.2. Propuesta de indicadores para la medición de la capacidad resolutive.
Bibliografía.

IV. Evaluación y mejora de procesos en atención primaria

- IV.1. Mejora de la calidad en atención primaria
- IV.2. Evaluación de los profesionales
- IV.3. Participación de los ciudadanos. Análisis de la satisfacción y de sus expectativas y necesidades
 - IV.3.1. Análisis de las expectativas y las necesidades de los usuarios
 - IV.3.2. Satisfacción de los usuarios/pacientes
 - IV.3.3. Participación de los ciudadanos en atención primaria
 - IV.3.4. Medicalización de la salud
 - IV.3.5. Análisis de la situación
- IV.4. Participación de los profesionales
 - IV.4.1. El desarrollo organizacional
 - IV.4.2. La gestión clínica
 - IV.4.3. Análisis de la situación
- IV.5. Mejora de la prescripción. Uso racional del medicamento.
Bibliografía

V. Resultados en salud. La perspectiva desde atención primaria

- V.1. Análisis de la situación
 - V.1.1. Situación actual respecto a la obtención de resultados en salud a través de publicaciones del sistema sanitario
 - V.1.2. Situación actual respecto a la disponibilidad de datos para la elaboración de indicadores de resultados en salud
 - V.1.3. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades
- V.2. Propuesta de indicadores de resultados de salud
Bibliografía

ANEXOS

ANEXO I: Cartera de servicios comunes de atención primaria. Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización

ANEXO II: Propuesta de desarrollo futuro de la oferta de servicios en atención primaria

ANEXO III: Propuesta de estructura, servicios y organización básica de las unidades administrativas de atención al usuario de atención primaria

ANEXO IV: Propuesta de actuaciones de los equipos de atención primaria en el ámbito de la salud pública.

ANEXO V: Tipología de intervenciones o actividades comunitarias

ANEXO VI: Puntos de urgencias ubicados en atención primaria.

ANEXO VII. Propuesta de pruebas diagnósticas en atención primaria

ANEXO VIII. Propuesta de equipamiento diagnóstico y clínico en atención primaria

ANEXO IX. Análisis de los modelos de gestión de la calidad en atención primaria

ANEXO X. La visión de pacientes y ciudadanos: grupo focal de ciudadanos y pacientes sobre la atención primaria

ANEXO XI. Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

PRESENTACIÓN

El Sistema Nacional de Salud se basa en el derecho constitucional a la protección de la salud, que fue desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986. Al mismo tiempo e inspirándose en la Declaración de Alma Ata, comenzó la reforma y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, iniciada con la aprobación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, que definió y sentó las bases de la actual red de atención primaria.

Con la reforma se consiguió acercar los servicios básicos sanitarios a toda la población con la construcción de nuevos centros de salud, la incorporación a ellos de Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras con muy buenos niveles de formación, implantando el trabajo en equipo, incrementando el tiempo de consulta, la cartera de servicios e incorporando programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades a la actividad asistencial.

Han transcurrido más de 20 años y se puede decir que la Atención Primaria en España es una de las mejores del mundo. No obstante, van apareciendo nuevos retos planteados a la Atención Primaria y al Sistema Nacional de Salud en su conjunto, como es el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial, las nuevas tecnologías, etc. Además, la II Conferencia de Presidentes, de septiembre de 2005, incluyó entre sus acuerdos, la necesidad de “aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria”.

Por todo ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha coordinado en el último año, el desarrollo del Proyecto AP-21, en el que han participado numerosos expertos propuestos por Sociedades Científicas, Comunidades Autónomas y el propio Ministerio, así como por Asociaciones de Pacientes, con el objetivo de construir un marco estratégico útil para orientar las

actuaciones que puedan mejorar la Atención Primaria en España. Fruto de este esfuerzo es el texto que se presenta.

Hay que remarcar, que en la sesión celebrada el pasado 11 de diciembre de 2006, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud valoró de forma muy positiva los trabajos desarrollados por los grupos de expertos en relación al Proyecto AP-21 y expresó de forma unánime su felicitación a los mismos.

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, también de manera unánime, ha considerado que los documentos incorporan un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada servicio de salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la atención primaria de salud en España en el período 2007-2012.

Finalmente, hay que señalar que el Pleno ha decidido igualmente encargar a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las Comunidades Autónomas y contando con la opinión de los profesionales, la elaboración de indicadores que permitan realizar una evaluación de los progresos que se vayan consiguiendo.

Solo me queda agradecer a todos los participantes en este Proyecto AP-21, sus aportaciones y sugerencias, y desear que este Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria contribuya realmente a que las administraciones sanitarias puedan dar un nuevo impulso a la Atención Primaria en España.

Elena Salgado

Ministra de Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, definió y sentó las bases de la actual red de atención primaria, un nuevo concepto de atención primaria inspirado en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia de la OMS-Unicef de 1978). Este decreto estableció la delimitación territorial de las zonas de salud, el trabajo en equipo multidisciplinar, la integración de las actividades de curación con las de promoción y prevención, el aumento del tiempo de atención, etc.

Los cambios y las mejoras introducidas por el nuevo modelo de atención primaria han sido espectaculares y han supuesto un salto cualitativo sin precedentes para los cuidados de salud de la población española con resultados beneficiosos en la evolución de numerosos indicadores de salud. Se señalan entre otros, los siguientes cambios:

- La incorporación de Médicos de Familia (creados como especialidad médica en 1978), Pediatras y Enfermeras a los Equipos de Atención Primaria, con la consiguiente renovación profesional y mejora del nivel de formación.
- La jornada de trabajo de dedicación completa. Se pasa de una dedicación de 2 horas diarias a 7 horas, lo que ha permitido, entre otras cosas, triplicar el tiempo medio de dedicación por paciente.
- El trabajo en equipo. Se pasa de un trabajo individual y sin ninguna conexión entre los profesionales, a una actuación coordinada médico-enfermera y la incorporación de las sesiones clínicas, la discusión de casos, etc. en el trabajo diario de los centros.
- La incorporación de los programas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, como parte consustancial y fundamental del quehacer diario de los Equipos de Atención Primaria.
- La implantación de una Cartera de servicios de atención primaria que ha supuesto la prestación de unos servicios comunes a todos los ciudadanos, la incorporación de nuevos servicios a este nivel de

atención y ha facilitado la introducción de una cultura de evaluación de la calidad de los mismos.

- La incorporación de una visión comunitaria de la atención sanitaria, de manera que las actuaciones del Equipo de Atención Primaria no han quedado limitadas a los individuos, sino que se han imbricado en las estructuras sociales de la zona básica de salud.
- La generalización del uso de la historia clínica que, junto con los avances tecnológicos y otras mejoras organizativas, han permitido ofertar al conjunto de la ciudadanía una atención primaria accesible, de calidad, eficiente y generando un alto grado de satisfacción entre la población.

La red de centros de salud, en los que trabajan los Equipos de Atención Primaria, se ha extendido al conjunto del territorio. En 2005 el Sistema Nacional de Salud contaba con 2.756 centros de salud; disponiendo, además, en numerosos municipios, de consultorios locales a los cuales se desplazan los profesionales de los centros de salud de zona, con el fin de acercar los servicios básicos a la población que reside en núcleos dispersos. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en 2004 se han producido 212,8 millones de consultas de medicina de familia y pediatría en atención primaria, lo que corresponde a 5,4 consultas por habitante y año.

En definitiva, se puede afirmar que disponemos de una excelente atención primaria de salud que, hoy día, está considerada como ejemplo a seguir por muchos países del mundo. Sin embargo, no es menos cierto que, en los últimos años, han aparecido algunas variables que suponen un importante desafío para el buen desarrollo de la atención primaria.

Así, el crecimiento y progresivo envejecimiento de la población, con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, y la tendencia a medicalizar los problemas de salud, entre otras causas, han generado un notable aumento de las cargas de trabajo en las consultas de atención primaria, no siempre acompañado ni del necesario incremento de recursos, ni de la correspondiente adaptación organizativa. Por otro lado, la fuerte carga asistencial condiciona que aspectos relevantes como la promoción de la

salud y la prevención de las enfermedades, señas de identidad de la atención primaria, hayan perdido protagonismo en los quehaceres cotidianos de los profesionales. Además, existen otros retos como los relacionados con el desarrollo tecnológico, la inmigración, los distintos modelos organizativos, la coordinación entre atención primaria y especializada, etc.

En este contexto, la II Conferencia de Presidentes, reunida en septiembre de 2005, incluyó entre sus acuerdos, “aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria”.

Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha impulsado el Proyecto Marco Estratégico para la mejora de la atención primaria en el siglo XXI (Proyecto AP-21), en el que han colaborado más de 90 expertos propuestos por Sociedades Científicas, Comunidades Autónomas y Asociaciones de pacientes, con el objetivo de elaborar una herramienta estratégica, para que las Comunidades Autónomas, en función de sus competencias, puedan desarrollar sus planes específicos de mejora de la atención primaria.

El texto que se presenta incluye, por tanto, dos grandes apartados. En primer lugar, el Marco Estratégico para la Atención Primaria 2007-2012, que recoge 44 Estrategias de mejora y las líneas de actuación de las mismas y, en segundo lugar, el Análisis de Situación de la Atención Primaria, que han realizado los grupos de trabajo y que ha sido la base para la elaboración de las estrategias.

MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: 2007-2012

En el contexto actual, es preciso hacer una consideración sobre la atención primaria como primer nivel de acceso al sistema, el más cercano al ciudadano. Un nivel de atención responsable del seguimiento de la biología de la enfermedad de cada paciente en su entorno.

Por ello, la atención primaria ha de asegurar su papel de función de agencia, de función de coordinación y garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes. El reconocimiento de esta función de la atención primaria es uno de los elementos diferenciadores de nuestro Sistema Nacional de Salud y una cuestión esencial para disponer de un sistema eficiente.

Para desarrollar esta función en toda su extensión, la atención primaria de salud ha de disponer de la máxima capacidad de resolución y de acceso a medios de apoyo diagnóstico, además de contar con los recursos materiales y técnicos necesarios.

En esta línea debe hacerse referencia al papel de la atención primaria en el impulso de las actividades de educación para la salud, en el desarrollo de la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería.

El refuerzo de las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la atención primaria de salud asegurará una mejor calidad de vida y hacen al Sistema Nacional de Salud más sostenible.

Asimismo, hay que impulsar las funciones de investigación e innovación de la atención primaria y reconocer la necesidad de mantener un alto nivel de cualificación y formación continuada entre los profesionales de atención primaria para lograr un mejor desarrollo de sus funciones.

Por otra parte, se requiere impulsar el papel de la atención primaria como referente social, articulando mecanismos de participación ciudadana en este ámbito así como desarrollar la implantación de las tecnologías de la información y del conocimiento, tanto en los aspectos ligados a la gestión de la información clínica, como en la gestión de las prestaciones y en la teleatención sanitaria.

Finalmente, es necesario el reconocimiento de la gestión clínica como la herramienta más adecuada para garantizar el mejor servicio al ciudadano.

En definitiva, parece claro que es el momento de dar un nuevo impulso a la atención primaria de Salud para que renueve su vocación y voluntad de ser el motor del Sistema Sanitario y el agente del ciudadano ante el mismo.

El objetivo es alcanzar, a través de estas estrategias, una atención primaria de calidad, orientada al ciudadano, que tenga una alta capacidad de resolución y que potencie la continuidad asistencial, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, participada, eficiente y eficaz.

Para ello, se propone un horizonte estratégico de 6 años para que en el periodo 2007-2012 las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad territorial, hagan posible la consecución de los avances propuestos en las diferentes estrategias de mejora para la atención primaria de salud.

Por eso, las estrategias que se presentan tienen dos ejes fundamentales: el ciudadano y el profesional. El ciudadano debe ser el elemento central del sistema sanitario y, desde luego, de la atención primaria. Es el objeto y la razón de ser de las organizaciones sanitarias y, por ello, todas sus actividades deben ir encaminadas a satisfacer sus necesidades y demandas.

En una sociedad avanzada y democrática como la nuestra, el ciudadano exige participación en los procesos de toma de decisiones que le afectan, especialmente cuando se trata de su salud; esta participación no se debe limitar a su condición de paciente, sino que debe hacerse extensiva al ámbito comunitario y a las decisiones del conjunto del Sistema y de sus organizaciones. El ciudadano debe formar parte del Sistema Sanitario, sentirse parte de él porque, entre otras cosas, es la mejor manera de fortalecerlo y garantizar su futuro.

El otro eje de las estrategias lo constituyen los profesionales, principales artífices y gestores de las organizaciones sanitarias y principal nexo de unión con los ciudadanos. Por ello es necesario que los profesionales sanitarios se sientan, sean parte vital del sistema y formen parte activa en

sus procesos de toma de decisiones. El Proyecto AP-21 apuesta por estrategias motivadoras e incentivadoras, tanto desde el punto de vista económico, como desde los que tienen que ver con la autonomía de gestión, el impulso de la formación y la investigación, etc.

Además de los dos ejes señalados, las estrategias se centran en tres objetivos "clave": La calidad, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. La calidad de los servicios que el sistema público oferta a los ciudadanos, es un objetivo permanente e irrenunciable de las administraciones sanitarias, y una condición indispensable para la aceptabilidad de los mismos. La apuesta por la calidad debe ser integral, incluyendo no sólo sus componentes científicos y técnicos, sino aquellos otros relacionados con la accesibilidad, los recursos, la organización y la participación, de tal manera que el usuario perciba que, en efecto, es el centro del Sistema.

La capacidad de resolución, la efectividad es un elemento inherente a la organización sanitaria pero muy especialmente en el ámbito de la atención primaria, desde la que se debe resolver no menos del 85 % de los problemas de salud de la población. Para mejorar la efectividad son necesarias estrategias tendentes a incrementar la capacidad diagnóstica y terapéutica, tanto mejorando la formación de los profesionales, como incrementando la accesibilidad de los mismos a pruebas y tecnologías que favorezcan la capacidad de resolución y la calidad de la atención primaria. La elaboración y puesta en marcha de guías clínicas es otro elemento fundamental en estas estrategias.

La continuidad asistencial, la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios y, muy especialmente, entre atención primaria y atención especializada, es un objetivo esencial siempre enunciado, pero no siempre bien resuelto. Las estrategias de mejora de la continuidad asistencial son uno de los grandes retos que tiene el Sistema Sanitario Público para los próximos años. Por ello es necesario acometer decididamente políticas de coordinación y comunicación entre atención primaria y atención especializada que integren los procesos asistenciales de tal manera que, el

ciudadano, perciba continuidad en los cuidados y tratamiento. La coordinación con los dispositivos de salud pública y la coordinación socio-sanitaria son, también, aspectos relevantes en los que hay que desarrollar políticas activas para rentabilizar al máximo las actuaciones sanitarias.

Otro importante bloque de estrategias se centra en la mejora de la organización de la atención primaria, objetivo transversal e instrumental que busca optimizar los recursos disponibles y mejorar las herramientas de gestión para facilitar la consecución de sus fines, para hacer más eficiente la atención primaria.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Como indicábamos antes, la propuesta de estrategias, se ha realizado sobre la base de un profundo análisis actual de la situación de la atención primaria en España. Dicho análisis se ha agrupado en 5 áreas temáticas.

El capítulo I aborda el estudio del contenido de la actividad en atención primaria: servicios asistenciales, administrativos, de promoción de la salud, atención a la comunidad, la atención continuada y urgente, el medio rural, la atención domiciliaria, etc. Además, estudia los condicionantes de la oferta de servicios en el primer nivel asistencial especialmente en lo que se refiere a la coordinación, las herramientas de apoyo y el equipamiento y la organización de los equipos.

El capítulo II analiza la gestión y organización en atención primaria, estudiando aspectos como la planificación, financiación de la oferta de servicios, las estrategias de gestión clínica, la función directiva en atención primaria, los sistemas de información, la continuidad asistencial y la participación de los profesionales y los ciudadanos en la gestión.

El capítulo III está dedicado a la resolución en atención primaria. La atención primaria supone el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y el lugar donde se atienden y resuelven la mayor parte de sus problemas de salud. Para lograr estos objetivos se necesita una atención

primaria resolutive. Por eso, aquí se revisan los factores que inciden en la resolución agrupándolos en aquellos que dependen del sistema, los que dependen del profesional y, finalmente, los que dependen del paciente.

El capítulo IV, titulado evaluación y mejora de los procesos en atención primaria, aborda la mejora de la calidad, la evaluación y la mejora de los profesionales, las necesidades y expectativas de los usuarios y la mejora y evaluación de la prescripción farmacéutica.

El capítulo V estudia la situación de los resultados en salud en atención primaria, analiza los resultados intermedios y finales en salud y realiza una propuesta de indicadores alternativos para su medición.

Por último, los Anexos recogen aspectos como el contenido de la cartera de servicios de atención primaria del Real Decreto de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, propuestas de desarrollo futuro de la oferta de servicios o de equipamiento de los centros, o la descripción de las experiencias de implantación en atención primaria de modelos de calidad.

Además, era muy importante recoger también la opinión de los ciudadanos y enfermos y su visión sobre el funcionamiento de la atención primaria. Por ello, se convocó a representantes de asociaciones y federaciones de pacientes que, a través de una metodología de grupo nominal, han analizado la situación de la atención primaria en España y han propuesto acciones de mejora priorizadas. Esto se describe en el Anexo X.

El análisis de situación debe ser considerado como un trabajo técnico fruto de la reflexión, opiniones y consenso de los grupos de expertos que han participado en su elaboración, y ha sido la base para la elaboración del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud: 2007-2012.

Finalmente, es preciso reconocer el esfuerzo realizado por todas las personas que han participado en este proyecto: los coordinadores de los

grupos de trabajo, los expertos participantes propuestos por las Sociedades Científicas, por las Comunidades Autónomas y por el Ministerio, así como los representantes de las Asociaciones de Pacientes. A todos ellos nuestro más profundo agradecimiento.

Alfonso Jiménez Palacios

Director General de Cohesión y Alta inspección del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo



Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ACUERDO DEL PLENO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SOBRE EL PROYECTO AP-21

El Pleno del CISNS reafirma el papel fundamental que desempeña la atención primaria de salud como eje del sistema sanitario y agente del ciudadano ante el mismo. El Pleno, reconoce el esfuerzo realizado por las Comunidades Autónomas en la mejora de la atención primaria y considera que hay que seguir avanzando hacia una atención primaria de calidad, capaz de potenciar la gestión clínica basada en la evidencia científica y la continuidad asistencial. La atención primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la Comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y con una organización descentralizada, eficiente y participada tanto por los ciudadanos como por los profesionales.

Por ello el Pleno del CISNS valora muy positivamente los trabajos desarrollados por los grupos de expertos en relación al Proyecto AP21 y quiere expresar su felicitación a los mismos. También considera que en los documentos se incorpora un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que, en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada servicio de salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la atención primaria de salud en España en el período 2007-2012.

El Pleno del CISNS ha decidido encargar a la Agencia de Calidad del SNS, de acuerdo con las Comunidades Autónomas y contando con la opinión de los profesionales, la elaboración de indicadores que permitan realizar una evaluación de progreso.

**MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL
PERIODO 2007-2012**

I.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS ORIENTADAS AL CIUDADANO

ESTRATEGIA 1: POTENCIAR LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN AGENCIA DE SALUD DE LOS CIUDADANOS.

Propósito: Promover la coordinación de los recursos para garantizar la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria.

Líneas de actuación:

- Potenciar el papel de la atención primaria como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema.
- Desarrollar progresivamente en atención primaria las competencias y los recursos precisos para llevar adelante esta función de agencia.
- Impulsar que los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería actúen como agentes de salud del usuario del Sistema Nacional de Salud, ejerciendo como guías y coordinadores de los recursos necesarios para responder a sus necesidades de salud.
- Promover que los ciudadanos tengan derecho a la elección de su agente de salud dentro de los límites que garanticen un adecuado funcionamiento del sistema sanitario.

ESTRATEGIA 2: ORIENTAR LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS A LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD.

Propósito: Mejorar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.

Líneas de actuación:

-
- Optimizar la gestión de agendas y la ordenación de los flujos de usuarios, potenciando el uso de “agendas inteligentes”, adaptándolas a las necesidades de la población.
 - Favorecer la accesibilidad directa del ciudadano/usuario al médico y profesional de enfermería a través de las tecnologías, como el teléfono y correo electrónico para los procesos de consulta, estableciendo, cuando sea preciso, franjas horarias para ello.
 - Adecuar y flexibilizar los servicios para garantizar el acceso a una prestación sanitaria de calidad a los usuarios, fundamentalmente a aquellos que pertenecen a clases sociales y a colectivos desfavorecidos.
 - Generalizar la oferta de cita previa en todos los centros de salud y la citación electrónica.
 - Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la utilización de los servicios.

ESTRATEGIA 3: ADECUAR LA DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y LA GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS CONSULTAS, PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN, GARANTIZANDO LA NO EXISTENCIA DE LISTAS DE ESPERA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Asegurar un tiempo suficiente de consulta para la atención de los pacientes.

Líneas de actuación:

- Adecuar los recursos de personal sanitario y no sanitario, adaptándolos al perfil de actividad de los profesionales y basándose en criterios demográficos, de frecuentación, sociales (nivel socioeconómico, inmigración), dispersión geográfica e insularidad, e implementando la utilización de clasificaciones de pacientes según el consumo previsible de recursos (“casemix”).
- Gestionar la organización de las consultas y el tamaño de los cupos de forma que permita a los profesionales disponer del tiempo

necesario para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.

- Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante estrategias de redistribución de las cargas de trabajo.

ESTRATEGIA 4: INTEGRAR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS EN LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Potenciar la organización de las unidades administrativas con el objeto de mejorar los servicios al ciudadano.

Líneas de actuación:

- Promover que las unidades administrativas se conviertan en la “ventanilla única” de información y gestión de todos los trámites administrativos de atención primaria y otras gestiones en relación al sistema sanitario que necesite el ciudadano.
- Incorporar progresivamente nuevas tecnologías de la información que permitan desburocratizar tareas y agilizar la función de gestoría con los usuarios.
- Reconocer la figura de los responsables o directores de las unidades administrativas.

ESTRATEGIA 5: IMPULSAR UNA IMAGEN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO UN SISTEMA DE CALIDAD Y DE CONFIANZA PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS CIUDADANOS.

Propósito: Fortalecer la imagen de la atención primaria ante los ciudadanos.

Líneas de actuación:

-
- Desarrollar estrategias de marketing para fortalecer la imagen de la atención primaria y la confianza de los ciudadanos en sus profesionales.
 - Informar adecuadamente a la sociedad sobre la cartera de servicios, los procedimientos de trabajo y los resultados de atención primaria.
 - Favorecer que la evaluación de la oferta de servicios y de resultados en salud sean conocidas por los ciudadanos.
 - Promover el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente en atención primaria.

ESTRATEGIA 6: IMPULSAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS EN EL SISTEMA SANITARIO Y EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Potenciar el papel de los usuarios en el sistema sanitario.

Líneas de actuación:

- Promover el control social sobre el desarrollo de los planes de salud, a través de la información periódica y transparente a los ciudadanos sobre necesidades en salud, recursos disponibles, oferta de servicios y resultados obtenidos.
- Formalizar en las áreas de salud o en el nivel territorial que se determine, órganos consultivos de participación social que incluyan asociaciones y organizaciones representativas de los usuarios, así como administraciones locales, que debatan y propongan mejoras en relación a la planificación, la organización y la provisión de los servicios.
- Integrar la medida de la satisfacción de los usuarios como indicador de la evaluación de la calidad.
- Impulsar un modelo de liderazgo de la organización que contribuya a generar una actitud positiva de los profesionales a la participación de los ciudadanos.

ESTRATEGIA 7: POTENCIAR LA AUTONOMÍA DE LOS CIUDADANOS Y LA CAPACIDAD DE DECIDIR SOBRE SU SALUD.

Propósito: Facilitar al usuario la toma de decisiones sobre su salud.

Líneas de actuación:

- Impulsar herramientas para ofrecer, a los ciudadanos en su conjunto, información rigurosa e independiente sobre aspectos prioritarios de la salud y acerca de sus derechos y deberes ante el sistema sanitario.
- Mejorar la información que los profesionales facilitan al paciente, con objeto de asesorarle y ayudarle en la toma de decisiones, para que asuma mayor responsabilidad en relación a su salud.
- Promover las decisiones compartidas entre profesionales y pacientes en relación a la salud.

ESTRATEGIA 8: DESARROLLAR ACTUACIONES QUE PROMUEVAN LOS AUTOCUIDADOS Y QUE MODIFIQUEN LA EXCESIVA MEDICALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA SANITARIA.

Propósito: Promover los autocuidados de calidad.

Líneas de actuación:

- Promover las actividades de educación para la salud dirigidas a fomentar los autocuidados y los cambios en los estilos de vida en detrimento de la medicalización innecesaria.
- Facilitar a los ciudadanos información independiente acerca de los beneficios y riesgos del uso de medicamentos y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Educar a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios.
- Considerar en los programas de formación dirigidos a profesionales y gestores el objetivo de reducir la tendencia hacia la medicalización de la práctica sanitaria.

ESTRATEGIA 9: OPTIMIZAR LA CARTERA DE SERVICIOS PARA MEJORAR LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN.

Propósito: Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población.

Líneas de actuación:

- Identificar de forma periódica las necesidades reales de los ciudadanos, para adecuar la prestación de servicios a los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y tecnológicos.
- Actualizar periódicamente la cartera, incorporando aquellos servicios cuya efectividad y eficiencia estén demostrados.
- Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de atención primaria y especializada con los de salud pública y los de atención social.
- Favorecer la pronta incorporación de las nuevas tecnologías cuya seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia estén demostradas en atención primaria.

ESTRATEGIA 10: POTENCIAR LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN.

Propósito: Mejorar los servicios de promoción de la salud y prevención ofrecidos desde atención primaria.

Líneas de actuación:

- Estimular la incorporación en la oferta de servicios de actividades preventivas y de promoción de salud, según criterios de evidencia científica y efectividad, tanto individual como grupal.
- Integrar los indicadores de actividades preventivas realizadas en atención primaria, en los indicadores de salud de las Comunidades Autónomas y del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

-
- Promover la implicación de los equipos de atención primaria en las actividades de prevención y promoción de la salud, asegurando que los profesionales dispongan del tiempo adecuado para su realización, tanto en consulta como en la comunidad.
 - Promover la actualización sistemática de los profesionales en promoción y educación para la salud, así como en aspectos epidemiológicos.
 - Implicar a los medios de comunicación en la difusión de las medidas de prevención y promoción de la salud, basadas en la evidencia.

ESTRATEGIA 11: POTENCIAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA RURALES.

Propósito: Mejorar la calidad de la atención en el medio rural y en zonas aisladas.

Líneas de actuación:

- Dotar de equipamiento y sistemas de información a los consultorios y puntos de urgencias rurales, para garantizar la capacidad resolutive, la interconsulta con atención especializada y un modelo efectivo de transporte sanitario.
- Mejorar la dotación tecnológica de los servicios de atención al usuario en el medio rural para favorecer la intercomunicación y las funciones de gestión.
- Discriminar positivamente las actividades de investigación y formación de profesionales que ejercen en condiciones de aislamiento y dispersión.
- Promover la incentivación profesional para favorecer la permanencia y estabilidad laboral, y mejorar la oferta de servicios en el medio rural.

II.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA EFECTIVIDAD Y LA RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA 12: HACER ACCESIBLES LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DISPONIBLES EN EL ÁREA SANITARIA A LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Mejorar la capacidad diagnóstica en atención primaria.

Líneas de actuación:

- Establecer un catálogo de pruebas diagnósticas y de equipamiento básico, garantizando el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, que permita incorporar de manera progresiva el acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en atención primaria.
- Elaborar protocolos y guías que definan los criterios de uso racional de pruebas diagnósticas.
- Evaluar periódicamente el uso racional de pruebas diagnósticas en ambos niveles del sistema sanitario.

ESTRATEGIA 13: MEJORAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Mejorar el acceso, la gestión y la comunicación entre niveles de la información sanitaria de los pacientes.

Líneas de actuación:

- Completar la informatización de todos los centros de salud y consultorios periféricos incluyendo la conexión telemática con el nivel hospitalario.
- Impulsar la historia clínica electrónica con información compartida entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando la

compatibilidad de los sistemas entre territorios y asegurando la confidencialidad de la información y el secreto profesional.

- Favorecer el acceso por vía informatizada desde los centros de salud, a las pruebas diagnósticas y exámenes clínicos relevantes, que se hayan realizado en cualquier ámbito del sistema sanitario (informes de alta hospitalaria, informes de consultas externas, exploraciones radiológicas, resultados analíticos, informes de enfermería al alta, tratamientos, etc.).
- Mejorar los sistemas informáticos para reducir la burocracia y facilitar las actividades de mejora de calidad asistencial, docencia e investigación.
- Potenciar la utilización por los profesionales de recursos tecnológicos que les permita acceder a la agenda y a la historia clínica en el domicilio del paciente.

ESTRATEGIA 14: MEJORAR LA EFECTIVIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DESARROLLADOS POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS.

Propósito: Aumentar la capacidad resolutive.

Líneas de actuación:

- Rediseñar los documentos de receta con visión asistencial, de forma que se puedan prescribir todos los fármacos indicados al paciente durante el periodo de tiempo que se considere oportuno (receta multiprescripción).
- Poner en funcionamiento la receta electrónica que lleve consigo multiprescripción, prescripción temporal, comunicación telemática con la oficina de farmacia e incorpore el visado en el procedimiento electrónico.
- Mejorar la gestión de los procesos de la incapacidad temporal, mediante la simplificación de los trámites administrativos y la mejora en la calidad de la prescripción de la IT.

-
- Garantizar que cada nivel asistencial gestione los procedimientos administrativos generados por su actividad (incapacidad laboral, revisiones programadas, transporte sanitario, pruebas, etc.).

ESTRATEGIA 15: PROMOVER LA EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

Propósito: Mejorar la atención a los pacientes crónicos.

Líneas de actuación:

- Impulsar estrategias para abordar de manera integral las patologías crónicas más prevalentes, contemplando los aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y la coordinación con los recursos sociales.
- Diseñar modelos de seguimiento de los pacientes polimedcados que refuercen la adherencia terapéutica y garantice un alto nivel de seguridad ante los riesgos potenciales de los medicamentos.
- Potenciar la atención farmacéutica para lograr una mayor calidad en el seguimiento y el control de los tratamientos.

ESTRATEGIA 16: IMPULSAR LA ELABORACIÓN E IMPLANTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS Y LOS INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN SOBRE BUENAS PRÁCTICAS PARA SU GENERALIZACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO.

Propósito: Mejorar la práctica clínica.

Líneas de actuación:

- Disponer de guías de práctica elaboradas con criterios basados en la evidencia, estableciendo los procedimientos de actualización de las mismas.
- Incorporar sistemas de información en consulta que permitan el acceso en línea a la información científica más relevante.

-
- Promover la formación continuada basada en guías clínicas.
 - Desarrollar estrategias dirigidas a la implantación de las guías clínicas, así como a la evaluación del impacto de la implantación de las mismas.
 - Establecer actividades para el intercambio de la información y de conocimientos entre los profesionales, que permitan el aprendizaje de las mejores prácticas.

ESTRATEGIA 17: IMPULSAR EL USO RACIONAL Y DE CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS.

Propósito: Lograr una prescripción farmacéutica de calidad.

Líneas de actuación:

- Elaborar objetivos de mejora de utilización de medicamentos utilizando indicadores de prescripción basados en la evidencia científica.
- Elaborar e implantar guías clínicas y terapéuticas conjuntas entre los diferentes ámbitos de atención, y en especial, para los problemas de salud más prevalentes, de mayor incertidumbre o de mayor variabilidad.
- Desarrollar planes de investigación independientes de los intereses de la industria farmacéutica sobre resultados en salud derivados de la utilización de diferentes alternativas terapéuticas.
- Desarrollar los sistemas de información y las nuevas tecnologías para que los profesionales puedan disponer de herramientas de ayuda que redunden en la mejora de la utilización de los medicamentos.
- Impulsar planes de formación en farmacoterapia independientes que mejoren la práctica clínica.
- Potenciar las actuaciones de los farmacéuticos de atención primaria en el ámbito del uso racional de los medicamentos y el trabajo conjunto con los clínicos.
- Promover el establecimiento de una relación de medicamentos que puedan ser usados o autorizados por los profesionales de enfermería,

así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.

ESTRATEGIA 18: PROMOVER LA EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS EN SALUD.

Propósito: Mejorar los sistemas de evaluación de resultados en atención primaria.

Líneas de actuación:

- Promover que los servicios de salud realicen evaluación de resultados en salud en atención primaria, hospitalaria y conjuntos.
- Impulsar que las administraciones y asociaciones profesionales y científicas divulguen los estudios sobre resultados en salud.
- Impulsar que la información sobre resultados sea comprensible, accesible y autoexplicativa.
- Promover que los servicios de salud realicen la explotación descentralizada de las bases de datos clínicos a nivel de área, zona básica de salud y profesional, y que esto sirva para las estrategias de formación e incentivación profesional.
- Mejorar la integración de datos de atención primaria y del hospital para facilitar a los profesionales la autoevaluación de sus resultados.

ESTRATEGIA 19: PROMOVER UN SISTEMA DE REFERENCIA DE MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD ORIENTADO A LOS PROFESIONALES Y A LA POBLACIÓN.

Propósito: Mejorar la homogeneidad y comparabilidad de los resultados en salud.

Líneas de actuación:

- Constituir una red de trabajo con participación de sociedades científicas de atención primaria, atención especializada, atención social y salud pública, con el objetivo de impulsar un sistema de referencia para la medición de resultados en salud.
- Promover una homogeneidad básica en las definiciones de los indicadores más que una homogeneidad estricta en los sistemas de explotación.
- Impulsar la obtención de indicadores que permitan la valoración comparativa de resultados parciales obtenidos en ámbitos específicos.
- Impulsar la definición de índices sintéticos de resultados en salud.

III.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

ESTRATEGIA 20: ESTIMULAR CAMBIOS EN LAS ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA QUE FAVOREZCAN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Propósito: Mejorar la continuidad asistencial.

Líneas de actuación:

- Establecer objetivos de salud y asistenciales comunes para atención primaria y especializada.
- Promover un sistema de información válido que garantice la coordinación efectiva entre niveles y permita compartir los resultados claves, preservando la confidencialidad de los datos clínicos sensibles.
- Gestionar desde atención primaria las interconsultas con atención especializada, impulsando la capacidad real de los médicos de familia y pediatras de atención primaria, como agentes de salud del sistema, de elegir los servicios especializados en el marco de planificación definido por las Comunidades Autónomas.
- Incentivar las actividades mixtas de formación e investigación.
- Mantener una organización definida para cada nivel asistencial.

ESTRATEGIA 21: POTENCIAR LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Propósito: Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales.

Líneas de actuación:

- Crear circuitos de coordinación entre atención primaria y especializada y favorecer ámbitos de encuentro que faciliten la

relación formal e informal entre profesionales (sesiones clínicas, reuniones entre profesionales, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de atención primaria y especializada, etc.).

- Potenciar la utilización de la historia clínica electrónica compartida para los dos niveles asistenciales, previa definición de los contenidos comunes.
- Prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales (personal, telefónica, informática, etc.) y el flujo de la información clínica a través de soportes digitales entre el centro de salud y el hospital.
- Impulsar el desarrollo de la telemedicina a través de: interconsultas por correo electrónico, telefónicas, consultas on line, sesiones multiconferencia, etc.

ESTRATEGIA 22: IMPULSAR LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Propósito: Mejorar la coordinación asistencial entre atención primaria y especializada.

Líneas de actuación:

- Facilitar la gestión por procesos asistenciales integrados entre niveles, favoreciendo las “consultas de acto único” y la utilización de guías de práctica clínica compartida.
- Impulsar la utilización de indicadores comunes evaluables y comparables.

ESTRATEGIA 23: POTENCIAR LA COORDINACIÓN DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA.

Propósito: Mejorar las prestaciones relacionadas con la salud pública.

Líneas de actuación:

- Establecer fórmulas de relación directa y coordinación estratégica entre los servicios de salud pública y la red asistencial de atención primaria, integrando las actuaciones de las administraciones locales con competencias en salud pública.

ESTRATEGIA 24: IMPULSAR EN ATENCIÓN PRIMARIA MODELOS RESOLUTIVOS DE ATENCIÓN CONTINUADA/ URGENCIAS QUE GENEREN CONFIANZA EN LOS CIUDADANOS.

Propósito: Mejorar la calidad de la atención de urgencias.

Líneas de actuación:

- Impulsar modelos de urgencias acordes a las necesidades de los ciudadanos en relación a la accesibilidad y resolución.
- Mejorar la organización territorial de la atención a urgencias en coordinación con el hospital.
- Implicar en las urgencias a los profesionales sanitarios a través de modelos de organización compatibles con el conjunto de actividades del equipo de atención primaria.
- Impulsar la adecuada utilización de las urgencias por parte de la población.

ESTRATEGIA 25: FOMENTAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Potenciar la participación comunitaria y la atención a la comunidad prestada desde atención primaria.

Líneas de actuación:

- Estimular la constitución de los Consejos de Salud y sus actividades, implicando a todos los agentes sociales, en las áreas de salud, distritos u otra demarcación territorial en la que se considere necesario.
- Generalizar la implantación de proyectos multisectoriales de educación para la salud dirigidos hacia colectividades o individuos con prácticas de riesgo, orientados hacia la modificación de estilos de vida o la mejora de sus problemas de salud.
- Impulsar la realización de actividades dirigidas a la comunidad desde los centros de salud.

ESTRATEGIA 26: POTENCIAR LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA.

Propósito: Mejorar la atención domiciliaria.

Líneas de actuación:

- Impulsar planes de acción de atención domiciliaria ejecutados desde atención primaria, en los que se definan los objetivos de la atención sanitaria a las personas dependientes y sus cuidadores.
- Impulsar la coordinación de esos planes con otros dispositivos sanitarios (hospitalización domiciliaria) y con los servicios sociales.
- Incluir en la atención sanitaria domiciliaria, los cuidados sanitarios a pacientes dependientes, a grandes incapacitados, pacientes con trastorno mental grave, adolescentes y jóvenes incapacitados y a pacientes en situación terminal.
- Generalizar actividades de promoción de la salud, de prevención de situaciones que generen dependencia, y aquellas orientadas al

mantenimiento y recuperación de la capacidad para actividades de la vida diaria, desde atención primaria.

- Incluir en los programas de atención domiciliaria la atención a las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas con dependencia.
- Incorporar en los programas de atención domiciliaria la atención a personas con nutrición enteral, la aplicación de terapias respiratorias y otras técnicas fisioterapéuticas.

ESTRATEGIA 27: MEJORAR LA COORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS SOCIALES.

Propósito: Mejorar la cooperación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en la atención a los usuarios.

Líneas de actuación:

- Promover una visión comunitaria de la asistencia y la coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones implicadas en la atención sanitaria y la atención social.
- Favorecer políticas de comunicación y divulgación entre los sectores sanitario y social, adquiriendo compromisos conjuntos.
- Promover la figura de “gestor de casos” dentro del sector sanitario encargado de la coordinación de la atención individualizada a cada persona.
- Favorecer la participación de las asociaciones de enfermos y familiares en los programas de autocuidado.
- Impulsar la complementariedad de las acciones del sistema sanitario (atención primaria), instituciones (ayuntamientos) y organizaciones no gubernamentales que realizan actividades en los domicilios.
- Impulsar la figura del trabajador social en atención primaria para mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

IV.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA PARTICIPACIÓN Y EL DESARROLLO PROFESIONAL

ESTRATEGIA 28: FAVORECER LA FORMACIÓN CONTINUADA Y LA ACTIVIDAD DOCENTE EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Mantener y mejorar la cualificación de los profesionales.

Líneas de actuación:

- Potenciar y financiar programas permanentes de formación continuada del equipo, compatibilizando objetivos institucionales, demandas formativas de los profesionales y necesidades de salud de la población.
- Incentivar la formación continuada en los centros de salud a través de mecanismos facilitadores de la formación como liberaciones parciales de asistencia, reserva de tiempos, acceso gratuito a herramientas formativas y publicaciones vía Internet.
- Potenciar las acciones formativas (sesiones clínicas y talleres) en el propio centro de salud.
- Impulsar planes formativos individualizados y orientados a la mejora competencial, incorporando herramientas evaluativas para cada profesional.
- Promover estudios de evaluación del impacto de la formación sobre la mejora de la práctica clínica.
- Implantar un sistema de recertificación incentivado.
- Facilitar el reconocimiento a los profesionales docentes a través de: tiempos propios de docencia, objetivos específicos en los contratos de gestión, incentivación económica de las tutorías, valoración en la carrera profesional y apoyo en equipamiento.
- Favorecer la creación y mantenimiento de las estructuras de apoyo a la docencia en las áreas de salud; y establecer un plan de

coordinación con otras estructuras docentes como las del hospital y la universidad.

- Promover las rotaciones de especialistas en formación y estudiantes de pregrado por atención primaria.
- Favorecer la consideración de contenidos propios de atención primaria en el diseño curricular de medicina y enfermería y la creación de departamentos de atención primaria en la universidad.
- Orientar la formación y capacitación de los profesionales de las unidades administrativas hacia las habilidades en comunicación y tecnología informática.
- Fomentar el desarrollo de actividades de formación "on line" para mejorar la formación en centros aislados.

ESTRATEGIA 29: INCENTIVAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Propósito: Mejorar el conocimiento de los problemas de salud en el primer nivel de atención.

Líneas de actuación: Potenciar la investigación en atención primaria.

- Impulsar la creación de estructuras, grupos y redes de investigación estables en atención primaria que se interrelacionen y comuniquen con el resto de grupos del ámbito hospitalario, universitario u otros.
- Facilitar la formación en metodología de la investigación, tanto en la formación pregrado y postgrado, como en la formación continuada.
- Primar los proyectos que planteen la resolución de incertidumbres en la práctica habitual y que faciliten la aplicación de los resultados a las condiciones reales de trabajo.
- Impulsar proyectos de investigación sobre la gestión de atención primaria.

-
- Incluir objetivos en investigación en los contratos de gestión, que faciliten de forma explícita un tiempo propio para esta actividad.
 - Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora en la carrera profesional.
 - Establecer líneas de financiación específicas para la investigación de problemas de salud prioritarios en atención primaria, con fondos procedentes de los servicios de salud autonómicos, de las consejerías, de las agencias de investigación y de los colegios profesionales y sociedades científicas.
 - Liberar parcialmente recursos humanos para la investigación y promover fórmulas de contratación y relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación así como desarrollar planes de formación de becarios.

ESTRATEGIA 30: AUMENTAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y MEJORAR EL CLIMA LABORAL.

Propósito: Mejorar la motivación profesional.

Líneas de actuación:

- Incorporar en la carrera profesional el reconocimiento de los méritos profesionales, la implicación en las tareas y la mejora continua del desempeño profesional.
- Desarrollar la carrera profesional con criterios de coherencia entre las distintas Comunidades Autónomas, con participación activa de los profesionales en su elaboración y evaluación.
- Impulsar sistemas de incentivación económica para todos los profesionales del equipo, en función de la calidad de la atención prestada (mejoras objetivables en el proceso de atención, resultados en salud y satisfacción de los ciudadanos) y de la dedicación profesional.
- Promover incentivos, basados en indicadores medibles mediante los sistemas de información, que monitoricen las actividades individuales

y de equipo, y redefinibles en relación a las nuevas necesidades de salud o de la organización.

- Promover un modelo de retribuciones mixtas con un componente variable que esté ligado a la consecución de objetivos.
- Promover la motivación a través de incentivos no económicos como: la facilitación de la formación continuada, la mejora en las condiciones laborales, la mejora en los recursos, mayor autonomía en la toma de decisiones, la participación en la organización del trabajo a través de grupos de mejora, el acceso a tecnología, mayor flexibilidad en la composición de los equipos, etc.
- Impulsar objetivos de equipo comunes, clarificando las funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales.
- Potenciar la figura del director/coordinador de centro de salud, apoyando su papel de liderazgo participativo, dotándole de mayor capacidad ejecutiva para distribuir las actividades, mayor autonomía en la toma de decisiones y en el manejo de los conflictos en el centro.
- Desarrollar actuaciones, incluyendo estrategias de marketing, que refuercen el clima organizacional, la cohesión, la motivación, la satisfacción y el sentido de pertenencia de los profesionales a atención primaria.
- Establecer programas específicos de apoyo a los profesionales que trabajan en centros especialmente conflictivos y que sufren amenazas o agresiones.

ESTRATEGIA 31: INCENTIVAR EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN COMUNIDADES CON MAYOR RIESGO SOCIAL Y SANITARIO.

Propósito: Mejorar la atención a los colectivos con mayor riesgo social y sanitario.

Líneas de actuación:

- Introducir sistemas de evaluación, a través de indicadores socioeconómicos y de utilización de servicios, que permitan identificar las necesidades en salud de las comunidades con alto riesgo o exclusión social.
- Adecuar la dotación de recursos, favorecer la permanencia de los profesionales y apoyar a los equipos de atención primaria que trabajan en comunidades con alto riesgo.
- Potenciar la orientación multidisciplinar, integral e integrada en las características del entorno, facilitando los recursos materiales y legales para una coordinación efectiva y ágil entre servicios de salud, educativos, asociaciones y líderes ciudadanos, y servicios sociales en comunidades de alto riesgo social.
- Adaptar los servicios y la información facilitados a los usuarios a las necesidades de las comunidades de alto riesgo.

ESTRATEGIA 32: PROMOVER LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES Y DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS.

Propósito: Mejorar la competencia profesional y la calidad de los centros.

Líneas de actuación:

- Desarrollar sistemas de acreditación que definan los criterios de calidad de los centros y de los profesionales de atención primaria.
- Reconocer las iniciativas de los diferentes profesionales para acreditar su desarrollo profesional por metodologías contrastadas por centros o instituciones de reconocido prestigio.
- Asignar recursos financieros que garanticen el desarrollo de estos sistemas.

-
- Incentivar y apoyar las iniciativas encaminadas al desarrollo de herramientas de evaluación y de formación continuada, como ECOE y Portafolio u otros sistemas validados.
 - Definir criterios adecuados para la certificación y recertificación de los profesionales y de los equipos, con la participación de expertos y sociedades científicas.
 - Establecer los procesos y la metodología pertinente que facilite el acceso a la recertificación a todos los profesionales y equipos.
 - Promover que la competencia profesional se adapte a la oferta de servicios.

V.- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA EFICIENCIA, GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

ESTRATEGIA 33: GENERALIZAR UN MODELO DE CALIDAD TOTAL QUE INCIDA EN TODAS LAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA SANITARIO.

Propósito: Mejorar la calidad.

Líneas de actuación:

- Implantar el modelo de calidad que más se adecue a las necesidades del sistema sanitario.
- Identificar los procesos que definen el producto final de la actividad, y seleccionar indicadores de calidad aceptados de forma generalizada por los profesionales.
- Asignar presupuestos y recursos complementarios que den apoyo a las actuaciones de formación y cambio derivadas de la aplicación de los programas de calidad.
- Diseñar actuaciones dirigidas a la implicación de los distintos grupos profesionales en los sistemas de calidad a través de procedimientos definidos (por ejemplo: contratos de gestión).
- Desarrollar el modelo de trabajo basado en la gestión clínica como herramienta que mejora la calidad, incorporando la evaluación permanente y el aprendizaje reflexivo como actividades de calidad.
- Generalizar la evaluación de los parámetros que miden la calidad de funcionamiento de las organizaciones (liderazgo, cohesión, clima organizacional y satisfacción de los profesionales).

ESTRATEGIA 34: IMPULSAR LA PLANIFICACIÓN SANITARIA BASADA EN LAS NECESIDADES EN SALUD, CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y LOS CIUDADANOS.

Propósito: Adaptar la planificación sanitaria a las necesidades en salud.

Líneas de actuación:

- Elaborar periódicamente las estrategias de salud prioritarias en cada Comunidad Autónoma con la participación de los responsables sanitarios, los profesionales y los ciudadanos.
- Asegurar la coordinación entre las estrategias de salud de las Comunidades Autónomas y las de ámbito estatal.
- Promover procedimientos de seguimiento, evaluación y actualización de las estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud y de las Comunidades Autónomas por parte de los profesionales sanitarios y de los órganos de participación de los ciudadanos.

ESTRATEGIA 35: IMPULSAR LOS CONTRATOS / PLANES DE GESTIÓN FUNDAMENTADOS EN LOS PLANES DE SALUD Y EN LOS OBJETIVOS DE POLÍTICA SANITARIA.

Propósito: Implicar a los profesionales en los objetivos de la política sanitaria.

Líneas de actuación:

- Impulsar que los planes para los ámbitos territoriales de gestión estén basados en los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y en los objetivos y estrategias del Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar los objetivos de gestión para cada una de las unidades de provisión definiendo responsabilidades a nivel individual y de grupo profesional.

-
- Impulsar la vinculación entre los contratos de gestión de atención primaria y especializada en el marco del área de salud.

ESTRATEGIA 36: POTENCIAR QUE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS ESTÉ EN RELACIÓN CON EL NIVEL DE OFERTA DE SERVICIOS ESTABLECIDA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA.

Propósito: Asegurar los recursos necesarios para proporcionar la oferta de servicios.

Líneas de actuación:

- Ajustar la asignación de recursos a la oferta real de servicios, valorando su grado de innovación.
- Incrementar los recursos financieros destinados a atención primaria de salud por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos, de manera que permita dotar a la atención primaria de los recursos y herramientas necesarias para reforzar su papel en el Sistema Nacional de Salud.
- Impulsar la equidad en la distribución del gasto sanitario público entre Comunidades Autónomas así como en el ámbito de cada Comunidad.
- Realizar evaluaciones económicas que permitan valorar la eficiencia de los diferentes servicios ofertados.

ESTRATEGIA 37: IMPULSAR EL LIDERAZGO EN LA ORGANIZACIÓN COMO UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA UNA ATENCIÓN PRIMARIA DE CALIDAD.

Propósito: Mejorar las actuaciones directivas.

Líneas de actuación:

- Aumentar la implicación de los responsables políticos en el apoyo a la atención primaria.
- Comprometer a los responsables de la gestión para que lideren los cambios en la organización.
- Promover el liderazgo clínico de los profesionales que tengan el reconocimiento de sus compañeros e impulsar estilos de liderazgo democrático y participativo.
- Impulsar la formación para la implantación de procesos de gestión clínica a los profesionales que asuman liderazgo en la organización.

ESTRATEGIA 38: POTENCIAR LAS ESTRUCTURAS DE DIRECCIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD.

Propósito: Mejorar el apoyo de las estructuras de dirección a las actividades asistenciales.

Líneas de actuación:

- Potenciar la autonomía de gestión que permita la organización de la atención con flexibilidad suficiente, dentro del marco legal y presupuestario.
- Impulsar la definición de las competencias de los directivos y la evaluación de la calidad de la función directiva (accesibilidad, capacidad resolutoria y apoyo técnico, entre otros).
- Promover que los directivos acrediten en los procesos de selección, un nivel competencial definido, en relación a las tareas a desarrollar.
- Desarrollar la formación de los directivos y la carrera profesional en el ámbito de la gestión.

ESTRATEGIA 39: IMPULSAR LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO EN LAS ÁREAS DE SALUD CON REPRESENTACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y CIUDADANOS.

Propósito: Desarrollar órganos de gobierno en las áreas de salud.

Líneas de actuación:

- Promover el desarrollo normativo que defina en cada ámbito la composición de los órganos de gobierno de las áreas (de acuerdo a criterios de representatividad institucional y social), su funcionamiento, competencias y procedimientos de control.
- Impulsar estrategias de implicación de los profesionales a través de la creación de estructuras de participación (comisiones, juntas facultativas, etc.) en la definición de las estrategias de gestión.

ESTRATEGIA 40: INCREMENTAR LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA GESTIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD PARA MEJORAR LOS RESULTADOS.

Propósito: Aumentar la implicación de los directivos y profesionales de los centros en la gestión y organización.

Líneas de actuación:

- Impulsar la descentralización progresiva de la gestión de la organización y de los recursos en atención primaria con distintos niveles de autonomía.
- Favorecer la descentralización mediante el impulso de la participación de los profesionales en la toma de decisiones y la utilización de los contratos de gestión con objetivos evaluables.
- Evaluar las distintas estrategias en descentralización y difundir sus resultados.
- Fomentar la flexibilidad suficiente en la oferta de servicios de cada centro para poder responder a necesidades locales, considerando las

estrategias de salud establecidas en cada Comunidad Autónoma y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud para asegurar la equidad en la oferta de servicios.

- Definir el perfil de competencias de los directivos de los centros de salud para alcanzar los mejores resultados.
- Planificar la formación de los directivos de los equipos de atención primaria, promoviendo una oferta sistemática de formación en gestión y organización e implantar fórmulas para evaluar la calidad de la función directiva.

ESTRATEGIA 41: ADAPTAR EL MODELO ORGANIZATIVO Y FUNCIONAL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS CIUDADANOS Y A LA OFERTA DE SERVICIOS, ASEGURANDO SU GESTIÓN EN EL MARCO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO.

Propósito: Potenciar los modelos organizativos que respondan más adecuadamente a las necesidades de salud de la población.

Líneas de actuación:

- Completar la cobertura de atención a través del modelo de equipos de atención primaria en todas las Comunidades Autónomas.
- Flexibilizar la organización y composición de los equipos para permitir la congruencia de la oferta de servicios con las necesidades reales de los ciudadanos atendidos.
- Adaptar la organización de los equipos a los programas de atención compartida que se establezcan con el hospital y con los servicios sociales, preservando la continuidad asistencial e integralidad.
- Promover la evaluación de los distintos modelos organizativos con procedimientos definidos y transparentes, asegurando la difusión de los resultados.
- Generalizar sólo aquellos modelos organizativos que hayan demostrado responder adecuadamente a las necesidades de salud y

ser eficientes, garantizando la equidad en el marco del Sistema Nacional de Salud.

ESTRATEGIA 42: CONSOLIDAR Y FORTALECER EL TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Propósito: Aprovechar las sinergias de los distintos profesionales que trabajan en atención primaria.

Líneas de actuación:

- Impulsar en los centros de salud el trabajo en equipo y el desarrollo de la responsabilidad colectiva, favoreciendo el trabajo multidisciplinar como herramienta más efectiva de los equipos de atención primaria.
- Definir objetivos comunes al equipo de atención primaria, y diferenciados para cada uno de los profesionales.
- Distribuir tareas dentro del equipo basadas en la eficiencia, la responsabilidad profesional y la personalización en la atención.
- Establecer actuaciones que potencien la cohesión entre los profesionales del equipo.
- Establecer criterios que valoren el trabajo en equipo entre los méritos a tener en cuenta en la carrera profesional.

ESTRATEGIA 43: IMPULSAR EL TRABAJO CONJUNTO Y EL DESARROLLO PROFESIONAL COMPARTIDO ENTRE MÉDICOS DE FAMILIA, PEDIATRAS Y ENFERMERAS.

Propósito: Coordinar las actuaciones profesionales de médicos y enfermeras.

Líneas de actuación:

- Elaborar conjuntamente guías clínicas para la atención de los problemas de salud con la descripción de la implicación y procesos de actuación de cada grupo profesional.
- Definir las responsabilidades entre los profesionales y establecer indicadores que las evalúen.
- Potenciar la accesibilidad de la población a las consultas de enfermería, así como la resolución y la efectividad del trabajo de enfermería.

ESTRATEGIA 44: IMPULSAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA.

Propósito: Mejorar la información sobre atención primaria.

Líneas de actuación:

- Impulsar que los sistemas de información de atención primaria contemplen unos criterios y variables comunes, definiendo los indicadores clave que garanticen la comparabilidad para todo el Sistema Nacional de Salud con la participación de los profesionales sanitarios.
- Promover el establecimiento de manera cooperativa para el conjunto del Sistema Nacional de Salud de un sistema clasificación de pacientes, según el consumo previsible de recursos (casemix).
- Mejorar la transparencia de la información disponible sobre atención primaria fortaleciendo el sistema de información de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP).
- Potenciar la financiación de los sistemas de información del sistema sanitario público.

-
- Promover que los sistemas de información sanitaria favorezcan la integralidad y continuidad de la atención, garantizando la compatibilidad de los sistemas de los diferentes proveedores.
 - Garantizar que los sistemas de información cuenten con la aceptación de los ciudadanos y que preserven la confidencialidad.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO I

CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

En relación a la oferta de servicios en atención primaria, las principales aportaciones de la reforma del primer nivel de atención han sido la propia definición de funciones y actividades, la integración de las actividades preventivas y curativas, el trabajo en equipos multidisciplinares, el desarrollo de la concepción de cuidados, el establecimiento de puentes con la red socio-sanitaria y la adaptabilidad a las circunstancias cambiantes y heterogéneas de tipo demográfico o epidemiológico que condicionan la actividad en este nivel. La reforma ha supuesto asimismo preservar los valores fundamentales del Sistema Nacional de Salud: universalidad, equidad, financiación y aseguramiento público.

Bien es cierto que las dificultades son crecientes y que tras los efectos positivos se reconocen importantes retos. Acotar las competencias de atención primaria en relación a la atención especializada sigue siendo complicado. Las actividades de prevención y promoción, o la propia orientación a los cuidados, siguen siendo subsidiarias de la tradicional atención curativa. Los equipos multidisciplinares presentan conflictos en la definición de funciones. Los puentes con la red socio-sanitaria no logran una efectividad completa en términos de coordinación. El horizonte de la atención realmente compartida entre los dos niveles del sistema sanitario está todavía lejos. La flexibilidad exigible a atención primaria no termina de resolver plenamente los condicionantes de la dispersión geográfica, las demandas de la población inmigrante y los pacientes desplazados, las necesidades de atención a la dependencia o las necesidades de intervención en colectivos con problemas socioeconómicos.

I.1. DEFINICIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

Se entiende por oferta de servicios el conjunto de actividades asistenciales, técnicas y administrativas que realizan los proveedores del primer nivel de atención. El fin último de esta oferta es la propia meta del sistema sanitario, la mejora del nivel de salud de los ciudadanos, sus familias y la comunidad. Para que esta oferta de servicios alcance este objetivo debe cumplir dos requisitos: responder a necesidades o demandas reales de la población y estar sustentada en evidencias científicas.

La oferta de servicios tiene una doble función:

- Definir, clarificar y diferenciar la actividad asistencial y no asistencial que debe desarrollarse en el marco de la atención primaria.
- Constituirse en instrumento de gestión, ya que permite establecer objetivos de actuación, facilitar procesos de mejora continua de la calidad y adecuar los modelos organizativos del equipo de atención primaria.

I.2. LA OFERTA DE SERVICIOS EN EL MARCO LEGAL

La primera normativa que recogió expresamente las prestaciones y servicios del sistema sanitario y, en concreto, de atención primaria, fue el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Posteriormente la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece el catálogo de prestaciones del Sistema, definiendo, entre estas, las de atención primaria:

Art. 12. Prestación de atención primaria.

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del

paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

e) La rehabilitación básica.

f) Las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

g) La atención paliativa a enfermos terminales.

h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

i) La atención a la salud bucodental.

Esta misma ley define, en su artículo 20, la cartera de servicios como *"el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias"*. Asimismo, establece que para la elaboración de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se tendrán en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y las alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo, y necesidades sociales y su impacto económico y administrativo.

Recientemente, se ha publicado el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, una vez acordado su contenido en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto contiene un anexo dedicado a la prestación de atención primaria que define y desarrolla el contenido de la cartera de servicios comunes en este nivel asistencial (ver Anexo I) que han de facilitar todas las Comunidades Autónomas.

I.3. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA ATENCION PRIMARIA

Desde el inicio de la reforma de la atención primaria se han evidenciado dificultades en la definición del marco competencial y de funciones entre los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud. Este problema se puede entender desde dos dimensiones diferentes:

Desde un punto de vista profesional, con frecuencia se parte de la premisa de que una mayor especialización (en cualquier categoría) conduce a una prestación de más calidad y más resolutiva. Esta circunstancia unida al monopolio, hasta hace poco tiempo, de la formación, del desarrollo científico y la tecnología por parte del hospital, ha provocado la existencia de tensiones permanentes entre clínicos y gestores de diferentes niveles asistenciales.

La hegemonía de la especialización y la técnica, han conducido a un desequilibrio en la asignación de recursos y en la consideración social de ambos niveles asistenciales.

I.4. LAS FUNCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se diferencian cuatro funciones básicas de la atención primaria:

- a) Atención directa.
- b) Relación con la comunidad.
- c) Docencia e investigación.
- d) Organización y gestión.

a) Por atención directa se entiende la atención a personas con problemas de salud con independencia de su edad, sexo, patología o modalidad de atención. Pueden diferenciarse servicios asistenciales y no asistenciales. Los primeros los desarrollan profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras, enfermeros y auxiliares de enfermería), con la intervención de otros profesionales de apoyo según los modelos organizativos (matronas, trabajadores sociales, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.). Los servicios no asistenciales son responsabilidad de los profesionales de las unidades de atención al usuario, apoyados en ocasiones por trabajadores sociales y comprenderían actividades de información al usuario, gestión de citas, prestaciones no asistenciales o accesibilidad a las distintas unidades de los Servicios de Salud.

b) La función de relación con la comunidad engloba las actividades de intervención comunitaria y el conjunto de actuaciones de educación para la salud que se realizan en el ámbito comunitario.

c) La función de docencia incluye responsabilidades en la formación de profesionales de la salud en el periodo de pregrado (medicina, pediatría, enfermería, trabajo social), en el postgrado (MIR de medicina de familia y comunitaria, MIR de pediatría, especialidad de enfermería de familia y comunitaria) y en la formación continuada interna y externa al equipo de atención primaria. La investigación debe ser una función especialmente incentivada por su escaso desarrollo actual, incluye a todos los miembros del equipo y pretende profundizar en el conocimiento clínico, epidemiológico y organizativo.

d) La función de organización y gestión incluye el conjunto de actuaciones dirigidas a orientar la atención y los servicios al ciudadano, así como las correspondientes a organización interna y coordinación con las estructuras de gestión del sistema de salud.

El Equipo de atención primaria es multidisciplinar. Por eso, sus funciones y responsabilidades son compartidas entre los distintos profesionales en muchas situaciones, por lo que resulta muy complejo compartimentar las

mismas por estamento profesional. Partiendo de que el nivel de atención primaria debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario (agencia de salud de los ciudadanos) y que los profesionales deben actuar como gestores de casos y coordinadores del caminar del paciente dentro del sistema (agentes de salud), las funciones y actividades deben ser asumidas de forma compartida y con criterios de eficacia y eficiencia por el conjunto de miembros del equipo.

Las funciones detalladas de los Equipos de atención primaria son:

- Gestión de la atención: organización de la actividad y de gestión básica del equipo.
- Atención clínica directa:
 - Atención en el centro.
 - Atención domiciliaria.
 - Atención continuada y urgencias.(Se incluye la atención que se pueda proporcionar telefónicamente o a través de la utilización de las nuevas tecnologías)
- Coordinación con el segundo nivel asistencial (atención especializada, hospitalaria).
- Coordinación con los servicios de salud pública (municipal, de la Comunidad Autónoma).
- Atención y participación comunitaria:
 - Realizar intervenciones de educación para la salud en: Centros educativos, centros de mayores, universidades, asociaciones, centros sanitarios, etc.
 - Colaborar con las organizaciones comunitarias: Consejos de zona, ONG, asociaciones de ayuda mutua, etc.
 - Identificar y priorizar las necesidades y problemas de salud de la comunidad con participación de ésta.
 - Identificar los recursos comunitarios disponibles.
 - Priorizar intervenciones y elaborar programas comunitarios con participación de la comunidad. Desarrollar e implementar programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.

-
- Participar en una adecuada coordinación intersectorial, especialmente con los servicios sociales.
 - Favorecer y colaborar en actividades de participación real de la comunidad en el cuidado y promoción de la salud.
 - Gestión de los recursos sanitarios de manera eficiente.
 - Gestión de documentación administrativa (certificados médicos, visado de recetas, partes judiciales y otros.)
 - Gestión de la incapacidad laboral.
 - Registro de la actividad. Creación, mantenimiento y explotación de los servicios de información.
 - Vigilancia epidemiológica.
 - Investigación, formación y docencia para mantener la competencia profesional. Participación en la formación pregrado, postgrado y continuada.
 - Información de la organización de los servicios sociales y sanitarios.
 - Gestión de la calidad.

Se consideran la equidad, la efectividad, la eficiencia y la orientación a la calidad de los servicios que se dan a los ciudadanos como los valores y principios del sistema sanitario español. Además de estos valores, para que las funciones básicas de atención primaria se lleven adelante, es preciso definir los servicios de tipo asistencial, de salud pública, de apoyo y de atención a la comunidad que ha de ofrecer atención primaria, así como la organización más adecuada dentro del sistema de salud para ofrecer, con la mayor calidad, esos servicios.

I.5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

I.5.1. La oferta de servicios

La descripción de la oferta de servicios asistenciales a través de una cartera de servicios se inició a comienzos de la década de los 90 en los servicios de salud gestionados por el INSALUD, generalizándose posteriormente al resto de servicios de salud. Excepcionalmente, Cataluña no elaboró una cartera

de servicios normalizada aunque siempre trabajó con un catálogo de prestaciones básicas en atención primaria.

La cartera de servicios supone el compromiso del servicio sanitario con el ciudadano en relación a las prestaciones que se le ofrecen. Para los profesionales, es además, un instrumento de evaluación y de delimitación de competencias. Y por último, para los gestores supone una herramienta de planificación y elección de prioridades.

Este intento de armonización de la oferta en atención primaria, ha dado buenos resultados, al menos para garantizar la equidad de acceso y la calidad del servicio. A ello ha contribuido la inclusión en la oferta de servicios de los criterios de población diana, normas técnicas de calidad e indicadores de cobertura y resultados.

No obstante, todavía es considerable el desconocimiento de los usuarios de los servicios reales a los que tienen derecho, entre otras cosas por su escasa participación en el diseño de la oferta de servicios. En cuanto a los profesionales, hay cierto cuestionamiento al entender que, en pocos casos, la cartera ha recogido el conjunto de la actividad profesional, no siendo, además, proporcional la asignación de recursos a la carga de trabajo. Finalmente, la evaluación de la cartera de servicios ha presentado problemas no desdeñables. Así, no ha conseguido establecer correcciones que permitieran tener en cuenta las especificidades socioeconómicas y demográficas de cada zona básica de salud, no ha conseguido una coordinación efectiva en los servicios necesariamente compartidos con el segundo nivel y, en su concepción, ha adolecido de un diseño piramidal con poca implicación de los profesionales asistenciales en su elaboración y modificaciones.

En la actualidad se plantean buenas oportunidades para corregir estos problemas:

- El desarrollo de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en materia de cartera de servicios, que al definir los servicios

básicos y comunes de atención primaria, va a favorecer un mayor conocimiento de los servicios a los que tienen derecho los usuarios (Anexo I).

- El desarrollo, ya presente en algunas Comunidades Autónomas, de la carrera profesional que incentivará el ajuste entre competencias y oferta de servicios.
- La generalización de los programas informáticos de historia clínica y gestión del centro de salud está permitiendo mejorar los sistemas de información y evaluación, incorporando, además, herramientas informáticas de ayuda en la historia para el trabajo asistencial.
- De forma más puntual, se están implantando modelos de gestión por procesos entre atención primaria y el hospital. Se trata de experiencias de atención compartida real que parece que están produciendo resultados más efectivos y eficientes de los hasta ahora alcanzados.
- La mejora en la información y la descentralización de la gestión sin duda permitirán que la evaluación de la oferta de servicios pueda servir para adecuar la ubicación de los recursos, junto a una vinculación estrecha con el sistema de incentivos.

I.5.1.1. Servicios básicos asistenciales

La atención primaria de salud como el nivel inicial, básico y central de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, debe garantizar la globalidad, continuidad y accesibilidad de la atención a lo largo de toda la vida de las personas, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador del caminar del paciente por una organización asistencial multiprofesional.

La reforma de la atención primaria, iniciada en 1984, ha supuesto un significativo incremento en las prestaciones y capacidad resolutoria de este nivel asistencial, con un desarrollo importante en los últimos 15 años, tanto cualitativo como cuantitativo, de su oferta o cartera de servicios. Una cartera comprendida por un conjunto de servicios dirigidos hacia las personas, familias y grupos sociales, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación. Además, la cartera de servicios ha favorecido el desarrollo de las funciones de docencia, formación e investigación, así como la gestión de la atención y la cooperación entre niveles asistenciales. Todo ello ha pretendido garantizar la consecución de los objetivos de equidad, efectividad, eficiencia y viabilidad del sistema en un marco de calidad.

A pesar del gran avance conseguido hasta ahora por la atención primaria y la ampliación de la cartera de servicios, es necesario seguir avanzando y si es posible con una perspectiva premonitoria. Ya en los últimos años se han producido en nuestro entorno una serie de cambios sociodemográficos importantes que han supuesto modificaciones del entorno de los servicios de atención primaria y que nos alertan sobre donde debemos dirigir nuestros esfuerzos. Algunos de estos cambios son:

- Envejecimiento poblacional.
- Aumento de la prevalencia de patologías crónicas y/o degenerativas, diagnosticadas además en una fase más precoz de la enfermedad.

-
- Aumento de las situaciones de dependencia.
 - Aumento y variedad de los problemas psico-sociales y de las demandas relacionadas con la salud mental.
 - Incremento de la población inmigrante.
 - Cambios en la estructura familiar.
 - Incremento de la morbi-mortalidad asociada a los estilos de vida no saludables.
 - Mayor información por parte de los usuarios y cambios en el concepto de salud, generándose nuevas necesidades y expectativas en salud.
 - Mayor exigencia por parte de los usuarios en la calidad de los servicios prestados.
 - Importante desarrollo científico y tecnológico.
 - Despoblamiento de áreas rurales que incrementa el aislamiento de sus habitantes.

Por ello, la atención primaria debe presentar una oferta de servicios asistenciales para el siglo XXI, innovadora, basada fundamentalmente en el ciudadano y su entorno; es decir, en sus necesidades básicas y principales de salud, siendo además necesario que sea comprendida, aceptada y sentida por él. La meta final irrenunciable no es otra que la consideración del ciudadano como protagonista y centro de todas las actividades prestadas desde atención primaria.

Asimismo, la oferta de servicios ha de tener en cuenta las competencias específicas actuales y futuras de los profesionales que integran los equipos y los avances científicos y tecnológicos en el campo sanitario. Esta oferta general del Sistema Nacional de Salud deberá siempre quedar abierta a las circunstancias específicas y propias de cada Comunidad Autónoma y a los posibles cambios organizativos y estructurales dentro del propio sistema.

La definición de la oferta de servicios asistenciales y las funciones del equipo de atención primaria, permite clasificar de forma más exhaustiva los servicios ofertados a la población desde los equipos y las actividades que se realizan por los profesionales de los centros para la correcta prestación de

los mismos.

La atención primaria de salud se fundamenta en el trabajo en equipo. Las diferentes disciplinas que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Por eso, en muchos de los servicios prestados desde el equipo de atención primaria, es necesaria la participación conjunta y complementaria de varios profesionales para proporcionar una atención más efectiva y de mayor calidad.

Las funciones y responsabilidades asistenciales más clínicas recaen sobre el profesional médico. Enfermería ha asumido un papel más importante en el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, la visita domiciliaria y las actividades de promoción y prevención, así como la realización de técnicas. No obstante, existen propuestas que promueven una mayor implicación de la enfermería en la actividad asistencial (primeras consultas, prescripción de determinados medicamentos) y en la coordinación de los recursos asistenciales (gestión de casos) sobre todo en atención domiciliaria. Los trabajadores sociales de atención primaria asumen un papel relevante en el ámbito de la coordinación socio-sanitaria.

Finalmente, hay que señalar que la evolución de las necesidades de salud de la población, de los avances científico-técnicos y los cambios en los sistemas formativos y del nivel competencial de los profesionales, hace que la distribución de responsabilidades y funciones asistenciales sea necesariamente flexible y adaptable a estas circunstancias.

En el anexo I se recoge la Cartera de Servicios de atención primaria contemplada en el Real Decreto 1030/2006 de Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En el anexo II se detalla una propuesta de desarrollo futuro de la oferta de servicios asistenciales de atención primaria elaborada por el grupo de trabajo de este Proyecto AP21, que realiza una descripción más pormenorizada de algunos servicios e incluye otros nuevos, que se

proponen como un desarrollo más amplio que el recogido en el Real Decreto mencionado anteriormente para que se valore su incorporación futura en la cartera de servicios de atención primaria.

I.5.1.2. Servicios administrativos. Las unidades de atención al usuario en atención primaria

La evolución de la atención primaria ha puesto de manifiesto que, en su reforma, no se ponderaron adecuadamente todos los aspectos que con el tiempo serían relevantes en la prestación de los servicios. Si bien los aspectos asistenciales estaban bien definidos, no sucedió lo mismo con lo que debían de ser los dispositivos administrativos de apoyo a la labor clínico-asistencial. Los profesionales de los servicios administrativos, al estar en contacto directo con el usuario, son un elemento de capital importancia por su papel ante los ciudadanos y ante la propia organización interna.

Al inicio de la reforma de la atención primaria, se requería definir las nuevas funciones, dotar de personal y adecuar la formación de los servicios administrativos. Inicialmente, no todos los centros disponían de personal no sanitario de apoyo, sobre todo en el ámbito rural. En donde existía esta figura, las actividades desarrolladas se centraban en la organización del acceso a las consultas mediante la entrega de “números” y la recogida de avisos de asistencia a domicilio.

En 1992, el INSALUD propuso en su Programa de Mejora en la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios, una estructura marco de lo que deberían ser las Unidades administrativas de atención al usuario en atención primaria, para constituirse en eficaces unidades en su doble vertiente, por un lado de atención a los ciudadanos y por otro, de apoyo administrativo como parte de la institución. No sería justo obviar la experiencia de atención especializada que disponía de una estructura organizativa específica y

propia con la referencia de su Plan de Humanización. Sin embargo, esta nueva concepción sobre el cometido, funciones y profesionales que integrarían las Unidades administrativas, no dispuso de una estrategia global para su implantación, por lo que la repercusión de esta propuesta quedó supeditada a la iniciativa de los responsables encargados de su puesta en marcha.

Algunos problemas añadidos han sido, en ocasiones, la insuficiente capacitación del profesional no sanitario para cubrir las necesidades planteadas por los ciudadanos como usuarios de servicios y un marco reglamentario u organizativo no adaptado a esas necesidades.

En la actualidad, el grado de desarrollo de las unidades administrativas de atención al usuario en los centros de salud es muy heterogéneo. La propia evolución de la tecnología y de los requerimientos sociales, han hecho que disminuyan las actividades más o menos mecánicas a favor de funciones que requieren una mayor especialización. En los consultorios pequeños hay menos personal de apoyo, lo cual se puede paliar en parte mediante la tecnología que dote al centro de conexión "on line" y a través de modelos organizativos desde la cabecera de los centros de salud. No obstante, los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que trabajan solos en consultorios, muchas veces han de asumir estas tareas.

Por tanto, queda todavía un amplio margen para el desarrollo de estas Unidades que conduzca a una mejor dinámica diaria de los equipos de atención primaria para aproximarla a la filosofía del equipo multidisciplinar. A ello contribuirá el innegable papel potencial que puede realizarse desde estas unidades y la capacidad de adaptación de los profesionales que las constituyen a la nueva realidad social y tecnológica. Apuntan hacia ello algunas iniciativas y experiencias ya consolidadas como la creación de responsables en estas unidades, la existencia de referentes a nivel gerencial, una formación más reglada y centrada en su cometido, reglamentación específica, una mayor definición de sus funciones y, sobre

todo, la necesidad sentida por parte de toda la organización de otorgarles más responsabilidad y autonomía.

Aunque sería difícil definir una unidad administrativa de atención al usuario "tipo" que fuera válida para todo el territorio, se pueden diferenciar los servicios que desde ella se prestan en dos áreas funcionales, según a quien vayan dirigidas. Así, existirían servicios dirigidos al "cliente" externo (los ciudadanos), una oficina de usuarios, y otros servicios dirigidos al "cliente" interno (los trabajadores del equipo, las unidades de apoyo y las estructuras directivas de gestión), una oficina de centro (antiguamente concebida como una secretaría). Esta división es útil, cara a la regulación de los procedimientos, aunque en la cotidianeidad del trabajo en los equipos resulta más virtual. Esta diferenciación no supone la necesidad de especialización por parte de los profesionales de las unidades administrativas, aunque sí justifica la separación de dos grandes espacios funcionales para estas áreas y una preparación suficiente.

En el anexo III se propone una estructura marco de los servicios administrativos del centro de salud con estas dos áreas funcionales, los servicios que corresponderían a cada una de ellas y las funciones y organización básica de las unidades administrativas.

I.5.1.3. Servicios de salud pública

Se describe a continuación, la situación de los servicios de salud pública una vez finalizado el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas.

Existe un marco legislativo sustentado en la Ley General de Sanidad, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real decreto de Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y las leyes de ordenación sanitaria de cada Comunidad Autónoma.

Existen 17 Servicios de Salud autonómicos con un desarrollo competencial muy amplio (además de INGESA, MUFACE, MUGEJU e ISFAS) y que, con anterioridad a las transferencias de asistencia sanitaria, ya disponían de las competencias sobre planificación sanitaria y salud pública. Las Comunidades Autónomas han mantenido la homogeneidad en cuanto a las prestaciones básicas en salud pública, aunque introduciendo algunas modificaciones en normas comunes (control de Enfermedades de Declaración Obligatoria) y en prestaciones de carácter universal (calendarios de vacunación). En relación a los modelos organizativos de los servicios de salud pública, algunas Comunidades Autónomas han integrado a profesionales como veterinarios, farmacéuticos o técnicos de medio ambiente en la propia red de atención primaria, mientras que otras han creado servicios paralelos a la estructura asistencial tradicional. Un problema adicional ha sido la falta de coordinación entre los sistemas de información sanitaria de cada uno de los Servicios de Salud autonómicos.

Por tanto, a pesar de la débil frontera existente entre la salud pública y la atención sanitaria en general, los sistemas de provisión son muchas veces diferentes. Los servicios de salud pública tienen por definición carácter y objetivos universales, son competencia del sistema sanitario público con independencia del tipo de aseguramiento e incluyen prestaciones tanto individuales, como grupales o colectivas. Los servicios de asistencia sanitaria son predominantemente individuales, vinculados al aseguramiento y con prestaciones personalizadas. No obstante, los límites entre ambos son difusos y la prestación puede establecerse de forma integrada. De hecho hay Comunidades Autónomas, como Andalucía, que en la cartera de servicios de atención primaria incluyen los servicios de vigilancia medioambiental y control alimentario.

Desde hace casi 20 años, la Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria (semFyC) viene impulsando el PAPPS (Programa de actividades de promoción y prevención de la salud) que genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos basados en evidencias científicas, la morbilidad en España, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación, siendo renovadas cada dos años. Este programa está

implantado en casi 700 centros de salud en la actualidad gracias al trabajo conjunto de médicos de familia, pediatras y enfermeras. En el PAPPS participan también pediatras de atención primaria del grupo PREVINFAND de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

No obstante, se ha producido una irregular implicación de los equipos en las actividades de promoción de la salud y de prevención, consideradas con frecuencia en un segundo nivel de prioridad. Además, el trabajo sobre los determinantes de la salud se ve dificultado por la tendencia a la medicalización de la sociedad y al mayor consumismo asociado a una insuficiente toma de responsabilidad de los usuarios de los servicios sanitarios.

Se distinguen dos grandes modalidades de actuaciones en salud pública:

- Actuaciones colectivas, dirigidas a toda la población o grupos de riesgo identificados, y que, por definición, deben ser universales. Se enmarcan dentro de la oferta de los servicios de salud pública de cada Comunidad Autónoma.
- Actuaciones individuales, que se realizan habitualmente en el entorno de la zona básica de salud, por parte de los médicos o enfermeras del equipo de atención primaria sobre la población que acude espontáneamente a la consulta. Se fundamentan en las actividades de promoción y prevención de salud incluidas habitualmente en la cartera de servicios de atención primaria.

Por tanto, para llevar adelante estrategias de actuación en prevención y promoción de la salud, son posibles dos enfoques: el dirigido a grandes grupos poblacionales y el dirigido a la intervención sobre factores de riesgo. Aunque cada uno puede tener ventajas e inconvenientes, parece más eficiente optar por estrategias que comprometan activamente a los equipos de atención primaria.

En el anexo IV se enumera una propuesta de actividades a realizar por los Equipos en esta materia.

I.5.1.4. La atención a la comunidad

Las actividades comunitarias se pueden definir como todas aquellas de intervención y participación que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

La participación comunitaria y las actividades comunitarias se consideran un principio fundamental en los textos legislativos de ámbito internacional, estatal o autonómico y suelen destacarse en las intervenciones de los responsables políticos, sea cual sea su adscripción ideológica. Sin embargo, apenas hay medidas concretas y apoyo institucional real que permitan su desarrollo.

Las actividades comunitarias y la participación comunitaria constituyen un medio necesario para el abordaje de los problemas de salud en una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad, y se encuentran enmarcadas dentro de la estrategia global de promoción de salud. Sin embargo, su puesta en práctica ha sido escasa y problemática en el Sistema Nacional de Salud.

El impulso inicial hacia la participación comunitaria y las actividades comunitarias surgió en la década de los 80 con la propia Ley General de Sanidad que recoge en su artículo 5, los procedimientos de participación social. Además, ha influido la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria que incluye en la formación MIR la realización de actividades comunitarias y la implicación de los profesionales de enfermería en estas actividades. Otros factores que han impulsado la atención a la comunidad han sido: la propia implantación del modelo reformado de

atención primaria que postulaba la atención a las personas en su contexto familiar, grupal, laboral y ambiental, actuando desde la consulta a demanda hasta la cooperación con grupos para resolver necesidades de salud comunitarias. Finalmente la atención comunitaria se ha recogido dentro de los servicios propios de atención primaria en el Real Decreto 1030/2006, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Hay que señalar también, el impulso que ha supuesto la puesta en marcha por semFyC desde 1995 del PACAP (Programa de actividades comunitarias en atención primaria) con el objetivo general de promover este tipo de actividades en el ámbito de la atención primaria.

A pesar de que no existe información sistematizada, tanto del Estado como de las Comunidades Autónomas, en cuanto al tipo de actividades y programas comunitarios que se están realizando en atención primaria, algunos estudios de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP), describen que las intervenciones realizadas en la comunidad se reparten de la siguiente manera: trabajo con grupos de la comunidad (80%), promoción de la salud general (74%), promoción de la salud individual (34%), actuaciones sobre enfermedades específicas (29%), acción intersectorial (27%), prevención de conductas de riesgo individuales (23%), actividades organizativas para mejorar y acreditar los centros (7%), y prevención de los riesgos medioambientales (1%). Por otro lado, otros estudios realizados en las Comunidades de Madrid y Andalucía, muestran que la mayoría de las actividades se limitan a unos pocos programas: embarazo, parto y puerperio (27%), educación escolar (22%), prevención de las toxicomanías (18%) y tercera edad (9%).

Sin embargo, las dificultades y obstáculos han sido numerosos. Actualmente, en la mayoría de los centros de atención primaria se dedica poco tiempo a esta actividad, tiene muchas veces un carácter puntual, con frecuencia se ha de realizar fuera del horario laboral y la implicación de los profesionales es desigual. En la mayoría de los casos, la participación comunitaria se mantiene y desarrolla gracias a la voluntad y el activismo de algunos profesionales de los centros.

En el ámbito técnico profesional, el modelo biomédico sigue siendo hegemónico y no favorece la aproximación biopsicosocial. A ello contribuye también, la sobrecarga de los servicios de atención directa y la rigidez de los modelos organizativos. No es desdeñable tampoco la existencia de resistencias entre los profesionales debido a que las actividades comunitarias y de participación suponen una cierta pérdida de poder, una revisión y cuestionamiento del rol profesional y el miedo siempre latente de un desbordamiento en las demandas. Además, influye también la poca importancia que se le da a esta materia en los programas de formación (protagonizados por la medicina clínica, la curación y la especialización) y el escaso peso de las actividades comunitarias en la cartera de servicios, y en definitiva, un insuficiente reconocimiento institucional o político.

Por otro lado, hay que señalar que si bien al inicio de la reforma de la atención primaria se dio mucha importancia a la necesidad del conocimiento de las características de la comunidad, sus necesidades y los recursos disponibles, con el tiempo estas herramientas de aproximación al diagnóstico de salud comunitario han dejado prácticamente de utilizarse.

Los obstáculos más importantes en el ámbito institucional para el desarrollo de actividades comunitarias han sido la excesiva centralización y jerarquización de los servicios de salud que han priorizado programas verticales e institucionales dejando al margen las intervenciones sobre comunidades concretas. Unido a esto, persisten dificultades para incorporar estrategias de promoción de salud dentro de los modelos de gestión. Así, la respuesta de los servicios sanitarios sigue centrada más en demandas individuales que en necesidades sociales y las intervenciones grupales no dejan de ser la excepción. Finalmente, el modelo de representación y participación social sufre una cierta situación de desmovilización.

La tipología de actividades comunitarias es muy variada y se puede agrupar en: órganos de participación comunitaria, educación para la salud con grupos, planes o procesos comunitarios y trabajo con redes sociales. El desarrollo de estas actividades se detalla en el Anexo V.

I.5.1.5. Actividades de soporte: docencia e investigación

Docencia

Las actividades de investigación y docencia constituyen una dimensión más de los servicios de atención primaria. La oferta asistencial de atención primaria se enriquece y se justifica socialmente cuando se desarrolla acompañada con las actividades de formación de los profesionales, hacia el exterior o para satisfacer necesidades internas del equipo. De igual forma el desarrollo de líneas de investigación refuerza e incrementa la calidad de las prestaciones asistenciales tradicionales de los equipos.

Los aspectos de formación se tratan más ampliamente en el apartado III.1.2.4.

Investigación

La investigación es imprescindible en todos los ámbitos profesionales sanitarios, ya que la práctica clínica, la investigación y la docencia forman un conjunto que define el trabajo de calidad. Es a través de la transmisión del conocimiento a las nuevas generaciones y del desarrollo e innovación en el conocimiento como se puede contribuir al progreso del sistema sanitario y de sus profesionales.

Los aspectos relativos a la investigación se tratan más ampliamente en el apartado III.1.2.5.

I.5.1.6. Situaciones especiales

I.5.1.6.1. La atención urgente en atención primaria

El modelo actual de atención a las urgencias es fruto de la evolución del modelo existente antes de la reforma. En las zonas urbanas existían

servicios de urgencias que funcionaban, con personal contratado específicamente para esta función, de lunes a sábado de las 17 horas hasta las 9 horas del día siguiente (atendían las demandas producidas hasta las 8 de la mañana) y las 24 horas los domingos y festivos. Entre las 8 y las 17 horas, el responsable de las urgencias domiciliarias era el médico de familia o pediatra de cupo y zona, pero en las zonas urbanas, lo más habitual era que los ciudadanos se desplazasen a los servicios de urgencias hospitalarios tanto en horario diurno como nocturno. En las zonas rurales los médicos de APD permanecían de guardia localizada 24 horas, 365 días al año.

Con la reforma de la atención primaria, los centros de salud comenzaron a atender las consultas urgentes en el centro, mientras estos permanecían abiertos, y las urgencias domiciliarias hasta las 17 horas, de lunes a sábado. Inicialmente se mantuvieron los dispositivos específicos de urgencias, aunque fueron evolucionando, según las Comunidades Autónomas, a dispositivos con distintas denominaciones y modelos de organización. En los centros rurales se implantó el modelo de atención continuada, normalmente en los centros cabecera de las zonas básicas de salud, cubriendo la atención las 24 horas, los 365 días del año, por los profesionales del equipo; y en caso necesario, con la contratación de profesionales de refuerzo para la atención continuada.

Existe mucha variabilidad entre Comunidades Autónomas en cuanto a la atención que se ofrece los sábados. En la mayoría de los casos, se atienden urgencias los sábados desde los centros de salud en distintos horarios y modalidades; aunque, en algunas Comunidades la atención a las urgencias se presta desde dispositivos específicos.

La atención a las urgencias desde atención primaria presenta las siguientes **fortalezas:**

- Accesibilidad y proximidad. La atención primaria está muy bien posicionada para ofrecer a la población servicios de atención continuada/urgencias accesibles y cercanos. Los ciudadanos

demandan al sistema sanitario servicios que proporcionen una respuesta inmediata y resolutive a sus demandas de atención y con la máxima oferta horaria posible.

- Continuidad de los profesionales. Los profesionales de los equipos de atención primaria pueden asegurar más fácilmente la continuidad de la atención, lo cual redundará en una mayor resolución y calidad de los servicios.
- Implicación de enfermería. La implicación de los profesionales de enfermería en la atención a la patología aguda y de las urgencias conlleva un buen nivel de resolución de los problemas y de satisfacción tanto de los profesionales como de los ciudadanos.
- Informatización de la historia clínica. Al hacer más accesible la historia clínica a aquellos profesionales que atienden urgencias, se favorece la continuidad de la atención y mejora la eficiencia. En un futuro, facilitará la posibilidad de compartir información clínica entre los equipos y los puntos de atención a urgencias, tanto de atención primaria como hospitalaria.

Entre las **debilidades** actuales también destacamos:

- Diversidad de modelos. No existe un modelo claro de atención continuada/urgencias de atención primaria. Hay mucha variabilidad territorial. Los horarios y servicios que se ofrecen son heterogéneos.
- Competencia con los hospitales. Los distintos actores del sistema (pacientes, profesionales y gestores) tienden a considerar que los problemas agudos y las urgencias deben atenderse en los hospitales. Esto puede condicionar que las inversiones para la mejora de las urgencias se dirijan principalmente a la atención especializada.
- Poca definición del producto (atención continuada/urgencias). No queda suficientemente claro qué debe hacerse fuera de los horarios de apertura normal de los centros de salud. En muchos casos se trata de facilitar el acceso a los ciudadanos que por problemas laborales o familiares tienen dificultad para ser atendidos dentro de los horarios normales, en otros se trata de asegurar la continuidad de

-
- la atención (terminales, patologías crónicas descompensadas, etc.) y en otros atender verdaderas urgencias o emergencias.
- Condiciones laborales mejorables. Se observan problemas laborales en este ámbito (salarios, desplazamientos, seguridad, descanso durante la guardia o después de una guardia nocturna, sustitutos, etc.). Todo ello condiciona que, en algunos casos, este tipo de actividad no sea atractiva para los profesionales.
 - Escasa inversión en equipamientos y tecnología. Es preciso disponer de los recursos técnicos y diagnósticos necesarios para mejorar la capacidad resolutive de la atención a las urgencias. Y esto no siempre es así.
 - Distinta carga de trabajo entre profesionales. Se constata un desequilibrio en la presión asistencial de los diferentes profesionales, con una amplia variabilidad territorial. La implicación de enfermería en la atención a las patologías agudas y a las urgencias es variada. En algunos puntos de atención continuada no se dispone de soporte administrativo, y en otros existen celadores que no realizan tareas administrativas.
 - Formación. Para mantener la calidad de la atención urgente es preciso hacer mayores esfuerzos en la formación con el objeto de mantener y mejorar las habilidades que requieren estos servicios.

Una relación de los problemas de salud atendidos en los puntos de atención continuada/urgencias de atención primaria, se detalla en el Anexo VI.

En cuanto a la capacidad resolutive de los puntos de atención continuada/urgencias es imprescindible disponer de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados. Independientemente del modelo organizativo por el que se opte, los equipos deben tener un equipamiento disponible en el propio centro de salud o en los dispositivos de urgencias de atención primaria como el que se detalla en el Anexo VI.

I.5.1.6.2. Las comunidades con alto riesgo social

La atención primaria es responsable de la atención sanitaria de toda la población, y realiza esta labor desde el entorno mismo de las personas, sus familias y sus comunidades. No obstante la heterogeneidad de las comunidades es evidente por muy diversos condicionantes, siendo muy complicado definir y clasificar estas diferencias. En cualquier caso, de las diferencias surge distinto nivel de necesidad de atención y, en consonancia, distinto nivel de dificultad para los profesionales.

Los factores sociales son, en un sentido amplio, el principal condicionante de las diferencias entre comunidades. El nivel económico, el social o el organizativo, la cultura formada por el conjunto de creencias, prácticas y expectativas, y el grado de integración familiar, grupal y social, definen varios umbrales para el contacto, el acceso, la comunicación, la empatía, la interactividad, la influencia y la aceptación.

Tradicionalmente, en el ámbito de la gestión, los únicos aspectos generalmente considerados para valorar la necesidad del usuario y la asignación de recursos en atención primaria han sido: la edad, la condición administrativa de pensionista y la dispersión geográfica, aplicadas a su vez solo a los médicos. Sin embargo, resulta evidente que existen comunidades con especiales necesidades, que precisan mayor dedicación, mayores recursos y mayor esfuerzo individual de los profesionales para responder de forma eficiente no ya a sus problemas de salud, sino simplemente a sus demandas. A modo de ejemplo, la simple capacidad del paciente para comprender informaciones escritas simplifica de forma muy importante la labor de todos los profesionales de un equipo al reducir el tiempo requerido para comprender un tratamiento, gestionar un documento u obtener una cita.

En las comunidades más desfavorecidas existe más frecuentación, mayor medicalización de problemas sociales, dificultades de comunicación, mayor necesidad de educación sanitaria individual y colectiva, y esto produce mayor presión sobre los profesionales de estos equipos.

Para los profesionales resulta más atractivo el ejercicio en comunidades normalizadas si no se dispone de un modelo de incentivación económico, organizativo o de reconocimiento. Desgraciadamente, en la mayor parte de los casos, son las motivaciones morales, o el reto profesional, las que compensan con la amenaza siempre presente del cansancio, el abandono o el estrés profesional.

Desde un punto de vista estratégico los servicios sanitarios deben decidir su grado de compromiso con las comunidades de alto riesgo social. Hay razones sólidas para una apuesta decidida y especial hacia estas comunidades y hacia los equipos que en ellas actúan:

- La mejora de la salud y la integración social de dichas zonas generan para el conjunto de la sociedad externalidades positivas de alto valor, en los aspectos:
 - Sanitario: El control de enfermedades transmisibles, la liberación de recursos hospitalarios por menor morbilidad y la racionalización de la demanda.
 - Económico: Menor uso de recursos por disminución de la morbilidad, racionalización del gasto.
 - Social: Mejor integración social, disminución de la conflictividad, educación social, transmisión de valores.
- Éticamente es preciso favorecer una discriminación positiva de las zonas desfavorecidas. La igualdad teórica en la asignación de recursos a tales equipos implica la inequidad real para la población y los profesionales, puesto que factores como el grado de aseguramiento privado, la morbilidad, el perfil de autocuidado de la población y muchos otros modifican el denominador de los recursos disponibles.
- Los equipos son, junto con los centros educativos, los servicios públicos mejor aceptados y más valorados en los barrios, más cuanto mayor sea su problemática. Así, a su misión puramente asistencial se le añade un valor de integración social.

Los servicios de salud no deberían aceptar una atención primaria de la inmigración, la exclusión o la diversidad cultural, sino la consideración de estas circunstancias como adaptaciones a determinantes sociales de un mismo modelo. Pese a ello, en la evaluación de los servicios de atención primaria no suelen tenerse en cuenta las especificidades del trabajo con estas comunidades. Los indicadores de actividad no han sido capaces de medir el esfuerzo suplementario en la consecución de objetivos o los condicionantes del medio social en la obtención de resultados.

Por otra parte, las comunidades no son entornos homogéneos, ya que la diversidad de grupos sociales, la multiculturalidad y las diferencias culturales son la regla. Así, en las zonas de mayor marginalidad social se pueden apreciar situaciones diversas. Es obligado evitar etiquetas apriorísticas y centrarse realmente en las necesidades de salud.

Los factores más determinantes de las comunidades con riesgo social son la exclusión social, la inmigración y la diversidad cultural, teniendo en cuenta que, pese a estar con frecuencia solapadas, no tienen porque coincidir.

Dentro del concepto de exclusión social se incluyen dos tipos de personas: los "residentes" y los "transeúntes". Entre los primeros, se encuentran personas, sobre todo autóctonas, que han quedado atrás por diferentes circunstancias habiendo crecido en un ambiente de relativa igualdad, con frecuente problemática y un nivel organizativo bajo, sin capacidad para salir del entorno. Entre los segundos, están las personas provenientes de niveles desfavorecidos pero con capacidad de prosperar, en espera de salir hacia otros entornos más favorables, e inmigrantes que por carencias económicas y legales se ven empujados a ubicarse en las zonas más humildes. En este grupo, hay individuos con capacidad de interlocución y organización, que con el paso del tiempo serán capaces de integrarse con éxito en la sociedad. Esta diferenciación provoca que inevitablemente algunas zonas de comunidades se conviertan en "indefinidamente marginales". La decantación social extrae a los mejor dotados, independientemente de la cultura u origen, y aún en el caso de un progreso socioeconómico las diferencias siguen siendo manifiestas.

Con el tiempo, el factor determinante de agrupación poblacional es el socioeconómico, aunque, en un contexto de migraciones y movilidad, los individuos buscan inicialmente seguridad entre sus iguales, creando pequeñas comunidades con elementos culturales diferenciados que ejercen un valor de identidad de grupo, que pueden ser positivas o negativas en relación a la salud.

El conocimiento por los profesionales de atención primaria de estos aspectos permite adecuar los mensajes, mejorando su empatía, aceptación y eficacia, individual y comunitaria.

I.5.1.6.3. El medio rural

Es difícil definir lo que se entiende por medio rural en cuanto a entorno de trabajo de la atención primaria. Existen una gran variedad de circunstancias geográficas, demográficas y sociales que pueden definir el "entorno rural". Desde el punto de vista de los servicios de atención primaria, se puede entender el medio rural como aquel caracterizado por:

- Entorno bien delimitado con población inferior a 2.000 habitantes, aunque en algunos contextos se amplía hasta 5.000 habitantes.
- Organización en consultorios con equipos de profesionales pequeños, no superando habitualmente los dos médicos y dos enfermeras, siendo habitual la ausencia de apoyo administrativo.
- Cierta grado de aislamiento y dificultad de acceso a los recursos especializados, y en ocasiones también a los de primaria.
- Actividad económica de la población ligada al sector primario (agricultura, ganadería o pesca).

Sin embargo, actualmente una de las características más comunes en estos medios es el profundo cambio social. En unos casos cambio provocado por el envejecimiento extremo de su población, la falta de renovación demográfica y casi la desaparición de los pueblos; en otros, al contrario, por

un fortísimo crecimiento urbanístico y demográfico ocasionado por la cercanía a poblaciones muy grandes o al convertirse en focos de turismo -recreo. Unido este cambio a la mejora de la red vial y a los grandes avances en telecomunicaciones las fronteras entre lo rural y lo urbano se van diluyendo y la realidad social del mundo rural se aleja de la visión nostálgica e idílica que todavía se conserva. En definitiva, que al pensar en rural, debemos pensar sobre todo en diversidad y en cambios.

Las especificidades de la atención primaria en el medio rural son de diverso orden, pudiendo sistematizarlas en diversos apartados:

- Organización de los Equipos. El modelo de organización está condicionado por la dispersión de los profesionales en consultorios. Los puntos de contacto entre los profesionales pasan a ser las reuniones de equipo, las actividades de formación y la realización de guardias.
- Las Unidades administrativas de atención al usuario. El modelo de consultorio dificulta el apoyo administrativo de presencia física, siendo esta actividad asumida por los propios profesionales sanitarios o por celadores conductores.
- Equipamientos y herramientas de apoyo. El nivel de resolución en el medio rural de atención primaria debe ser alto.
- La formación continuada y las actividades de docencia e investigación. La dispersión geográfica y el aislamiento profesional pueden limitar el acceso a las actividades de formación e investigación, aunque esto ha mejorado con la utilización de las nuevas tecnologías.
- Ordenación de las urgencias. Los puntos de urgencia o atención continuada en el medio rural acogen una gran variabilidad de problemas de salud y sus profesionales asumen una gran responsabilidad.
- Actividades comunitarias. Los profesionales que trabajan en el medio rural se encuentran más imbricados en la comunidad y esto refuerza su papel como agentes de salud. El envejecimiento de la población,

unido a la escasez de servicios sociales y al aislamiento, pueden multiplicar las dificultades para atender las situaciones de dependencia.

I.5.1.6.4. La atención a la dependencia

Definición y concepto de la atención a la dependencia. La dependencia se define como la consecuencia de las limitaciones severas de orden físico y/o mental que requieren de la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana, que tienen que ver con el cuidado personal o que sirven de soporte imprescindible para dicho ciudadano.

El Consejo de Europa define la dependencia como aquel estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida. La situación de dependencia desencadena importantes implicaciones familiares y sociales y la previsión del tiempo de dependencia es fundamental para la planificación de los cuidados y apoyos futuros.

Usuarios socio-sanitarios. Los ciudadanos susceptibles de presentar algún grado de dependencia relacionada con la salud no son exclusivamente las personas mayores aunque constituyen el grupo más numeroso. Podemos establecer la siguiente categorización de usuarios socio-sanitarios vulnerables para una situación de dependencia:

1.- Población geriátrica:

- 1.1 Anciano con déficit funcional transitorio con pluripatología recuperable.
- 1.2 Alta hospitalaria precoz.
- 1.3 Ancianos en situación de dependencia funcional no recuperable.
- 1.4 Anciano frágil.
- 1.5 Demencias leves, moderadas y graves.
- 1.6 Ancianos en situación de precariedad o desamparo social.

2.- Enfermos mentales:

- 2.1 Pacientes con psicosis infanto-juveniles.
- 2.2 Niños y adolescentes con trastornos de comportamiento.
- 2.3 Adultos con psicosis crónicas.
- 2.4. Enfermos no psicóticos con alteraciones conductuales con mala adaptación y/u hospitalismo.
- 2.5. Personas adictas al alcohol y a otras drogas.

3.- Personas con grandes minusvalías:

- 3.1 Discapacidades infantiles congénitas y adquiridas.
- 3.2 Niños y adolescentes con enfermedades crónicas. Adolescentes con secuelas de accidentes de tráfico.
- 3.3 Niños con déficit sensoriales.
- 3.4 Retraso mental infanto-juvenil.
- 3.5 Minusválidos físicos, grandes inválidos sin posibilidad de reinserción socio-laboral.
- 3.6 Adultos con retraso mental.

4.- Recién nacidos de muy bajo peso.

5.- Enfermos en situación clínica terminal.

6.- Personas con enfermedades que evolucionan a cronicidad y que se asocian a dependencia.

7.- Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios.

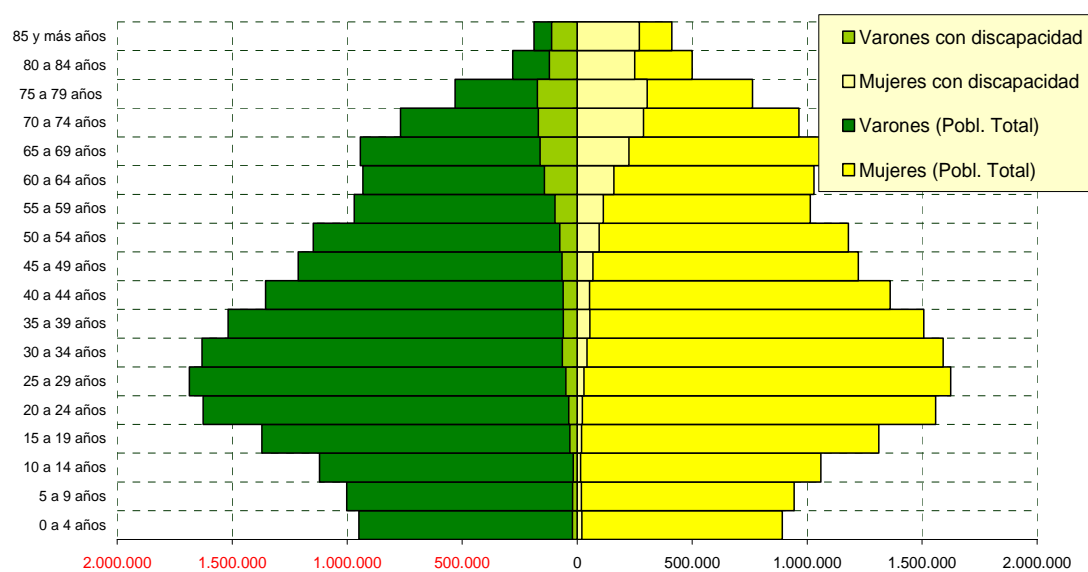
Magnitud del problema en España. Hay más de tres millones y medio de personas con algún tipo de discapacidad física, sensorial, psíquica o intelectual o una combinación de ellas. De éstas, dos millones tienen más de 65 años. La distribución por edad es la siguiente: 68,5% son mayores de 65 años, el 30% se encuentra entre 6 y 64 años y el 1,7% tiene menos de 6 años. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadísticas (INE 1999), entre un 2-4% de recién nacidos presentan factores de riesgo al nacimiento y un 2, 2% de los niños entre 0 y 6 años tienen deficiencias.

Los problemas de salud que más frecuentemente generan discapacidad son:

- Niños: síndrome de Down, parálisis cerebral y meningoencefalopatías.
- Adultos jóvenes (15-34 años): secuelas de procesos neurológicos crónicos (20%), esquizofrenia (9%) y VIH (6%).
- Adultos (35-64 años): problemas osteoarticulares (20%), trastorno afectivo y/o esquizofrenia (9-10%), patología derivada de trastorno crónico orgánico como coronariopatía, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc. (10%).
- Personas mayores (>65 años): problemas osteoarticulares (30%), secuelas de enfermedad crónica prevalente (20%), demencia (6,5%), accidente cerebrovascular (5%) y Parkinson (2%).

A todo esto hay que añadir las secuelas de los accidentes de tráfico.

Pirámide de la población con discapacidad y de la población total en España, 1999



Fuente: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Resultados detallados. INE, Madrid, 2002

Tanto el incremento de la edad de la población, como la mayor supervivencia en las enfermedades crónicas, están llevando a un aumento significativo de la población dependiente. Además, parte de las demandas de estas personas eran satisfechas en el entorno familiar o por las redes comunitarias, cosa que hoy ocurre en menor medida, lo cual influye en que cada vez se precisen más servicios, tanto sociales, como sanitarios, o a menudo ambos.

Expectativas de los ciudadanos. Las principales medidas de apoyo que demandan las personas cuidadoras a las administraciones y a los servicios formales de cuidados son: ayudas económicas, información y formación sobre el proceso y los cuidados, servicios de atención domiciliaria o alguna persona que ayude en los cuidados para acompañamiento, apoyo emocional y estancias temporales para las personas dependientes.

La situación actual de las prestaciones socio-sanitarias

a) La valoración de la dependencia

Desde los servicios sanitarios la valoración de la dependencia se realiza desde un abordaje biopsicosocial mediante la *valoración integral*, que se define como proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el paciente, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

Para la evaluación de los componentes funcional, mental y social se utilizan habitualmente escalas de valoración validadas que objetivan y permiten cuantificar el grado de deterioro. La valoración da como resultado un listado de problemas que permitirá establecer un plan de actuación para cada uno de los problemas reseñados y una posterior evaluación continua.

b) Los servicios básicos actuales y las entidades prestadoras

Los servicios que actualmente están implicados en la atención a dependientes son los servicios sanitarios y la red de servicios sociales.

1.- Servicios sanitarios:

Atención primaria oferta en la actualidad atención directa en los centros de salud y a domicilio, incorpora en su oferta de servicios actividades de tipo preventivo y de promoción de salud, organiza estas actividades incidiendo especialmente en ancianos en riesgo, inmovilizados, personas en situación

terminal, personas institucionalizadas y escolares. En un gran número de Equipos existe, además, una unidad de trabajo social. El trabajador social en atención primaria tiene como misión investigar los factores sociales que inciden en el proceso de salud, orientar al ciudadano para el acceso a servicios y prestaciones concretas, así como intervenir en las situaciones de crisis con el objetivo de lograr el bienestar de la población.

Por su parte el nivel hospitalario, al margen de la actividad en urgencias, consultas externas y hospitalización de agudos presta servicios de especial valor para las personas dependientes como el hospital de día o la cirugía ambulatoria. El desarrollo de la hospitalización domiciliaria y de las unidades de cuidados paliativos es muy desigual y aún no se ha llegado a un modelo compartido eficiente entre atención primaria y hospital.

2.- Servicios sociales:

Los servicios sociales comunitarios se han desarrollado en centros de servicios sociales con dependencias administrativas variadas (Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Comunidades Autónomas) y ubicados en barriadas de actuación. Como centros polivalentes sus funciones son de orientación de recursos disponibles, prestaciones básicas, fomento de la participación social y la cooperación y gestión de ayudas (domicilio, emergencia, ayuda familiar).

Los servicios sociales especializados son los dirigidos hacia determinados sectores de la población que necesitan de una atención específica y también se estructuran territorialmente. Sin hacer referencia específica a los de atención a personas dependientes, los centros especializados según colectivos de población atendidos serían:

- Centros para menores.
- Centros para mayores: Centros de día o residencias de estancia completa.
- Centros de la mujer: Madres jóvenes, mujeres víctimas de maltrato.

-
- Centros para minusválidos: Centros ocupacionales, centros de internamiento para minusvalías profundas.
 - Centros de deshabitación para toxicomanías.

c) La atención sanitaria a la dependencia

La atención a la persona mayor frágil

La intervención precoz es altamente rentable para la prevención de pérdidas de autonomía y desde atención primaria es posible la intervención a nivel de la detección de anciano frágil, evaluación integral del mismo y planes de actuación individualizados.

La persona mayor frágil se define por el cumplimiento de alguno de los siguientes criterios:

- Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional.
- Polimedicación.
- Deterioro mental: cognitivo y/o depresión.
- Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y/o incapacidad para salir a la calle.
- Edad superior a 80 años.
- Aislamiento social y/o carencia de familia que lo atienda, aunque cuente con otros apoyos.

La atención al paciente en situación terminal

Se define como la atención sanitaria en domicilio que se oferta a las personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, multisintomática, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado. Este servicio presenta una demanda creciente debido al deseo cada vez más frecuente de los pacientes de acabar sus días en el domicilio familiar.

La atención al paciente inmovilizado

Es la atención sanitaria que se presta en el domicilio del usuario, dirigida a personas que, independientemente de la causa, se encuentran en las siguientes situaciones por un tiempo previsiblemente superior a dos meses:

- Personas que se ven obligados a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.
- Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales.

La atención al paciente institucionalizado

Se define paciente institucionalizado a aquel residente en centros cerrados; públicos o privados, de carácter residencial, clínico o asistencial; de tipo temporal o estable.

La oferta de servicios en atención primaria a los pacientes institucionalizados no debiera diferir de la propia para ancianos frágiles que puedan desplazarse o la de atención domiciliaria a los inmovilizados.

Desde el punto de vista del seguimiento requieren especial atención las inmunizaciones (gripe, tétanos y antineumocócica), así como la coordinación con el personal sanitario, si lo hubiere, y con los cuidadores de la residencia. Los modelos de atención en la actualidad son muy diferentes, oscilando entre las asignaciones personalizadas a médicos de familia y enfermeras, el reparto entre el EAP, o la formación de equipos específicos de atención a las residencias de un área determinada.

Oferta de servicios sanitarios a los pacientes dependientes

Con independencia del colectivo en el que se incluya a la persona dependiente, el papel de los equipos de atención primaria debería recoger la siguiente oferta de servicios:

-
- Existencia en el centro de un registro de personas dependientes (frágiles, terminales, inmovilizadas o institucionalizadas) accesible a través de marcadores en la historia clínica (informatizada o en soporte papel).
 - Actividades clínicas protocolizadas con criterios de inclusión, plan de seguimiento y criterios de derivación.
 - Actuaciones de apoyo a usuarios y personas cuidadoras.
 - Intervenciones en el centro de salud, domicilio o institución de forma coordinada entre los distintos profesionales del equipo.
 - Registro en la historia de atención primaria.
 - Valoración multidimensional del dependiente que incluya:
 - Datos biomédicos: Problemas relevantes, datos nutricionales, medicación habitual, funciones perceptivas (vista, oído y boca) y antecedentes y causa de caídas.
 - Capacidad funcional: Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.
 - Esfera mental: Función cognitiva y función afectiva.
 - Valoración social.

La atención a la persona cuidadora

El cuidado de los ancianos y de los dependientes se realiza en su mayor parte en nuestro medio en el marco del sistema informal de salud, siendo mínima la aportación del sistema de servicios sanitarios y sociales. Dentro del sistema informal destaca el ámbito doméstico que ofrece el 88% del cuidado global que precisan las personas con algún grado de necesidad de cuidados de salud, siendo una mujer de la familia la principal proveedora de estos cuidados. La contribución global del sistema doméstico se considera, por su magnitud y su importancia social, como un "gigante silencioso", que sólo es valorado cuando falta o falla.

El perfil de la cuidadora es muy similar en todos los estudios realizados en nuestro país: mujer de edad media, ama de casa y de bajo-medio nivel

cultural. Una edad en la que además comienzan a manifestarse en la persona cuidadora enfermedades prevalentes como las cardiovasculares, endocrinopatías, osteoarticulares y problemas psiquiátricos que merman ostensiblemente la calidad de vida de la cuidadora. A la sobrecarga y los problemas de salud se unen la entrada en una fase del ciclo vital familiar complicada con el final de la extensión y el abandono de los hijos del hogar. También es interesante resaltar el progresivo envejecimiento del perfil medio de persona cuidadora tras la incorporación de la mujer al ámbito laboral.

Las actuaciones con la persona cuidadora son esenciales y deben estar incardinadas en el propio modelo que se adopte para los dependientes. Inicialmente se trata de evitar la sobrecarga excesiva o la claudicación, así como el refuerzo del autocuidado a través del mantenimiento de contactos sociales, establecimiento de respiros, desculpabilización, delegación de responsabilidades y fomento de proyectos personales propios. Desde atención primaria corresponde una labor multidisciplinar entre médico de familia, enfermera y trabajadora social con un doble fin:

Apoyo a la persona cuidadora como usuaria y cliente:

- Implicar al cuidador como recurso humano y agente de salud.
- Diseñar los planes de cuidados adaptándolos a diferentes perfiles de cuidadores.
- Identificar y atender las necesidades psicosociales derivadas de la situación de cuidar.
- Informar al cuidador sobre manejo de problemas.
- Facilitar el acceso a recursos disponibles.
- Formar al cuidador en habilidades de cuidados.
- Ofertar servicios dirigidos a las necesidades de los cuidadores.

Apoyo a la persona cuidadora como ciudadana:

- Reconocer y valorar el sistema informal como elemento esencial de la participación social en salud.

-
- Mejorar la integración entre políticas sociales y sanitarias: Políticas de bienestar.
 - Fomentar los valores de solidaridad social.
 - Incrementar la equidad, en la distribución de responsabilidades de cuidados, entre los diferentes miembros de la red social.
 - Diseñar políticas que permitan compatibilizar trabajo y familia.

Otros servicios: rehabilitación en atención primaria

Se define como la atención fisioterapéutica que se oferta a la población por indicación médica, en el centro y en el domicilio, con objeto de prevenir o intervenir sobre procesos discapacitantes mediante tratamiento fisioterapéutico o sobre patologías cuya evolución puede mejorar con este tratamiento.

Puede haber diferentes modalidades de atención; tratamiento individualizado, tratamiento en grupo, tratamiento en domicilio o apoyo a la atención a domicilio.

Habitualmente la prestación de estos servicios está centrada orgánica y funcionalmente en atención primaria y a ella pueden derivar pacientes tanto profesionales del Equipo como otros especialistas hospitalarios.

La atención incluye:

- Tratamiento fisioterapéutico individual, según listados de procesos.
- Tratamiento fisioterapéutico en grupo, como en el caso de mujeres mastectomizadas o de pacientes con algias vertebrales crónicas.
- Asistencia domiciliaria, en situaciones de inmovilidad por circunstancias clínicas o por la existencia de barreras arquitectónicas.
- Orientación/formación al cuidador sobre el manejo del paciente.
- Apoyo a los equipos de atención primaria.

d) La coordinación socio-sanitaria

El modelo de coordinación socio-sanitaria no se reduce sólo a la atención de los casos individuales, sino que también contribuye a la planificación de la atención socio-sanitaria, definiendo las necesidades e integrando los recursos sanitarios mediante protocolos comunes de intervención.

La apuesta por la coordinación es una obligación motivada por las cada vez más numerosas situaciones de dependencia y la necesidad de dar repuestas efectivas.

Debe fomentarse la participación de las asociaciones y grupos de ayuda mutua, porque los propios afectados deben asumir y tener más protagonismo en su propio bienestar. No obstante, se considera que los programas que pongan en marcha estas asociaciones deben tener un carácter más formativo, informativo y de apoyo social que de prestación estricta de servicios.

El objetivo final será paliar la limitación física, psicológica o social que genera la dependencia, primando la prevención y la rehabilitación, desde los recursos de los servicios públicos en estrecha colaboración con las familias.

I.5.2. Los condicionantes de la oferta de servicios

I.5.2.1. La coordinación en el sistema de salud

La Ley General de Sanidad en 1986 estableció dos niveles asistenciales interconectados entre sí: atención primaria y atención especializada. La atención primaria se constituía como puerta de acceso al sistema sin que la intervención a este nivel se limitara a la existencia de enfermedad. La asistencia especializada se establecía como apoyo y complemento de la atención primaria atendiendo aquellos procedimientos cuya complejidad excedieran la capacidad de ésta. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reformuló la prestación de atención primaria y atención especializada, entendiendo ambos niveles asistenciales en el mismo plano aunque facilitando la permeabilidad y

complementariedad de ambos. Se otorga, no obstante a la atención primaria la función de gestión y coordinación de casos, así como la de regulación de flujos.

Dado que este aspecto está muy relacionado con la capacidad de resolución, se trata más ampliamente en el capítulo III.

I.5.2.2. Herramientas de apoyo y equipamiento

El desarrollo de este tema se realiza en el capítulo III y una propuesta de catálogo de pruebas accesibles desde atención primaria y de equipamiento de los centros de salud se expone en los anexos VII y VIII respectivamente.

I.5.2.3. Organización de los equipos de atención primaria

El trabajo en equipo es una característica fundamental del modelo de atención primaria de nuestro sistema sanitario. Una atención primaria de calidad precisa de equipos de atención primaria bien organizados y cohesionados en torno al objetivo común de ofrecer a los ciudadanos la mejor atención posible desde la proximidad y la personalización que ofrece este nivel de atención. Una organización de los equipos de atención primaria centrada en el ciudadano, con unos servicios diseñados en función de las necesidades de la población y no solo teniendo en cuenta los intereses y necesidades de los profesionales, ha de permitir avanzar en el desarrollo de la propia atención primaria.

El modelo organizativo en equipos de atención primaria ha permitido impulsar la actual oferta asistencial y preservar los valores fundamentales de la atención primaria: atención integral, integrada, continua, etc.

Entre los aspectos más positivos podemos destacar:

- Trabajo en equipo multidisciplinar. Desde el inicio de la reforma de la atención primaria en 1984, el modelo de trabajo en equipo multidisciplinar ha ido sustituyendo al modelo anterior de trabajo individual en la consulta, tanto de médicos de familia y pediatras. Además, el incremento en la dotación de profesionales de enfermería y la incorporación de otros profesionales (trabajadores sociales, odontólogos, fisioterapeutas, higienistas dentales, auxiliares de enfermería, personal de soporte administrativo, etc.) ha contribuido significativamente al desarrollo progresivo de la cultura del trabajo en equipo en atención primaria.
- Continuidad y longitudinalidad de la asistencia. El seguimiento de un problema de salud sin soluciones de continuidad y la atención a lo largo del ciclo vital de una persona y su familia a lo largo del tiempo han sido favorecidos por el trabajo en equipo.
- Historia clínica compartida. Uno de los principales logros de la reforma de la atención primaria ha sido la implantación de la historia clínica compartida. Elemento que ha contribuido significativamente a la continuidad de la atención entre los profesionales.
- Aumento del tiempo asistencial y de la accesibilidad. La ampliación de los horarios de atención al ciudadano que propició la reforma, con la dedicación de los profesionales a jornada completa, acompañado de la implantación de la programación de visitas mediante cita previa, ha propiciado una mejora significativa de la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de atención primaria.
- Informatización. La progresiva informatización tanto de las agendas, como de la historia clínica, ha facilitado mejoras organizativas de los centros, así como el creciente desarrollo de sistemas de información que permiten disponer de datos actualizados y fiables sobre la actividad y resultados de los equipos necesarios para implementar mejoras organizativas.
- Formación postgrado en Medicina de Familia y Comunitaria. La creación de esta especialidad en 1978 y su posterior obligatoriedad para el ejercicio en atención primaria a partir de 1995, garantizó un

nivel mínimo formativo de los médicos que ejercen en el sistema y la unificación del perfil competencial del colectivo. A esto hay que añadir la reforma de la especialidad de Pediatría que incluye la obligatoriedad de rotación de los médicos residentes de pediatría durante 3 meses por atención primaria y la recién creada especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Como principales debilidades del modelo actual se pueden señalar:

- Rigidez del sistema. La actual rigidez de la normativa laboral y de las estructuras de gestión no facilita la innovación y dificulta el desarrollo de la potencialidad de la atención primaria de salud.
- Burocracia. La persistencia de modelos de prescripción de medicamentos y de incapacidad temporal no adaptados a las necesidades actuales, genera una sobrecarga de tareas burocráticas que recaen principalmente sobre los profesionales sanitarios y que disminuyen considerablemente su tiempo de dedicación a tareas clínicas más eficientes y mejor valoradas por los ciudadanos. La informatización ha supuesto un indudable avance, pero no ha logrado eliminar el problema.
- Insuficiente definición de las funciones de los profesionales. La creación de los equipos de atención primaria no vino acompañada de una clara definición de las funciones de sus componentes. La persistencia de esta situación ha propiciado un desarrollo heterogéneo de los equipos que genera tensiones entre distintos profesionales; médicos de familia, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos, celadores, etc. La población, en general, desconoce la oferta de servicios de algunos profesionales de los centros de salud: enfermería, administrativos, trabajadores sociales, etc.
- Distribución poco eficiente de las cargas de trabajo. La falta de definición de las funciones de los distintos profesionales genera una distribución poco eficiente de las cargas de trabajo.
- Implicación variable de la enfermería en la atención a procesos agudos y urgencias. La incorporación de los profesionales de

enfermería a los equipos, en general con una proporción equivalente a la de médicos (modelo unidad básica asistencial 1/1) ha propiciado una creciente implicación de la enfermería a la atención de las patologías crónicas y a la atención domiciliaria, sin que se haya desarrollado adecuadamente su implicación en la atención a las patologías agudas prevalentes y a las urgencias. Esta situación genera que una parte importante de la población asignada a una unidad básica asistencial, tenga dificultad para acceder a los servicios de enfermería, especialmente a los de prevención y promoción de la salud.

- Organización del equipo centrada en la medicina y enfermería de familia. El liderazgo y número de médicos de familia y enfermería entre los miembros del equipo, condiciona, en ocasiones, una menor participación del resto de profesionales en los objetivos y actividades del equipo.
- Poca flexibilidad de las agendas. La incorporación de las consultas programadas y la cita previa a la cultura organizativa de los equipos de atención primaria, no siempre se acompañó de un posterior desarrollo de agendas flexibles y de calidad. La gestión del tiempo asistencial adaptado a las necesidades de los ciudadanos y a la variabilidad de la demanda (periodos de epidemia, lunes, puentes, etc.) hace necesario el desarrollo de agendas flexibles y dinámicas.
- Deficiencias estructurales y de dotación de recursos humanos. El envejecimiento de la población, la incorporación creciente de población inmigrante y la mayor exigencia de calidad de los servicios públicos de los ciudadanos, han propiciado un desajuste entre las dotaciones de los equipos de atención primaria y las necesidades reales de atención.
- Capacidad resolutive. La dotación de medios diagnósticos, la limitación del acceso de los médicos de familia y pediatras a algunas pruebas complementarias y la presión asistencial, condicionan, entre otros factores, la capacidad resolutive de la atención primaria.
- Sistema retributivo. El sistema retributivo uniforme y con escasa implantación de incentivos ligados a objetivos, dificulta el

reconocimiento de los profesionales con mayores responsabilidades y aquellos que obtienen mejores resultados.

- Falta de tiempo para las actividades no asistenciales. La presión asistencial creciente ha condicionado, en muchos casos, el abandono progresivo de actividades no asistenciales propias de la atención primaria como las actividades comunitarias, la formación continuada, la docencia y la investigación.
- Dificultades para la contratación de personal. En los últimos años ha habido un progresivo aumento de la demanda de profesionales formados a través del sistema MIR, que ha influido en una dificultad progresiva para contratar personal para determinadas vacantes, en los periodos vacacionales, etc. Además, en la actualidad hay dificultades para cubrir la oferta de formación MIR y se está produciendo una emigración de especialistas a otros países por diversos motivos.
- Aumento de la frecuentación de la población. Distintos factores como: el envejecimiento de la población, la medicalización de procesos fisiológicos, la visión de la atención sanitaria como objeto de consumo, están generando un aumento en la utilización de los servicios sanitarios.
- Desgaste profesional. Hay muestras de que algunos factores que influyen en el grado de satisfacción laboral como el exceso de trabajo, la tensión laboral y la escasa promoción profesional han empeorado en los últimos años. Estos factores pueden ser fuente de estrés que conduce al desgaste profesional.

Algunos factores del entorno que también influyen son:

- Desarrollo de las nuevas tecnologías de la información. La creciente implantación de las nuevas tecnologías en la práctica de la atención primaria requiere una reorganización de las tareas de los profesionales y facilita la mejora del nivel de resolución de los equipos de atención primaria y de su relación con otros niveles de atención (especializada y servicios sociales).

-
- Envejecimiento de la población y cambios demográficos. El progresivo envejecimiento de la población genera tensiones, al aumentar la demanda de servicios de atención primaria y de atención a la dependencia, lo que sumado a la falta de profesionales, genera la necesidad de replantear la organización de determinados servicios y el papel de algunos profesionales del centro (trabajadores sociales, administrativos, auxiliares de clínica, enfermería, etc.).
 - Falta de coordinación con el nivel especializado y los recursos sociales. No se ha cumplido el objetivo inicial de hacer de la atención primaria el centro del Sistema Nacional de Salud. Sigue habiendo una separación entre la atención primaria y la especializada y los recursos sociales, sin que, en general, se haya conseguido un nivel aceptable de coordinación entre niveles.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- 2.- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003.

Oferta de servicios y cartera de servicios en atención primaria

1. Alonso E. Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. Cuadernos de Gestión 2002. 8; 49-53.
2. Arroba Basanta ML. El examen periódico de salud del niño. JANO, 2.000; 1366: 42-46. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=12745>.
3. Caja C. Enfermería Comunitaria III. atención primaria. 2ª ed. Barcelona: Masson Ediciones; 2003.
4. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. Disponible en URL: <http://www.ctfphc.org/>.
5. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (CIAP-2). Clasificación Internacional de la atención primaria. 2ª Ed. Barcelona: Masson; 1999
6. Cruz Hernández M, editor. En: Tratado de Pediatría (2 Volúmenes). 8ª Ed. Madrid: Ergón. Madrid; 2001.
7. Espinás Boquet J, Coordinador. Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. semFYC; 2002.
8. Estarfield B. atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
9. Gerencia Regional de salud de Castilla y León. Guía de atención sanitaria al inmigrante en atención primaria. 1ª Ed. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León (Sacyl); 2004.

-
10. Gil, J. Merino, D. Orozco, F. Quince, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. 1ª Ed. Madrid: Jarpyo Editores SA; 1997.
 11. Gómez CI, Díaz M, Ruiz MJ. Enfermería de la infancia y de la adolescencia. Madrid: McGraw-Hill; 2001.
 12. Gomez de Terreros I, Muriel R, Marto MJ, Editores. En Informe SIAS 4. Salud, Infancia, Adolescencia y Sociedad. Madrid: Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría; 2004.
 13. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ªed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1996.
 14. Grupo PrevInfad/ PAPPS. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. Disponible EN url: <http://www.uv.es/previnfad/prev-recom.htm>
 15. Grupos de trabajo INSALUD sobre "Elaboración planes de cuidados" e Grupo de trabajo "Elaboración planes de cuidados". Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de atención primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa; 2001.
 16. Guía de formación de Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Subdirección General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos; 1996
 17. Guide to Clinical Preventive Services, 2005: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 05-0570, June 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm#MoreInfo>.
 18. Jonson M; Bulechek G, McCloskey J. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Harcourt; 2002.
 19. Junta de Castilla y León. Cartera de Servicios de atención primaria, 2006. Valladolid: Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud. Junta Castilla y León; 2006. Disponible en URL: www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=14056 –

-
20. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2005.
 21. Martín Ruano A. Guía de asistencia a los niños procedentes de adopción internacional, Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud. SEPEAP. 2.006.
 22. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
 23. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 3ª ed. Harcourt Ediciones; 2001
 24. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer Veralgg Ibérica; 1998.
 25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la Salud (INSALUD). Cartera de Servicios de atención primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura. 4ª Ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001. Disponible en URL: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/cartera.pdf>
 26. NANDA. Diagnósticos de Enfermería: definición y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt; 1999.
 27. OMS. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(S2):74-105.
 28. Pellegrini Belinchon J. La Historia Clínica en Pediatría Extrahospitalaria: particularidades. Como método de registro a evaluar. En: Del Pozo J, editor. Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. 1ª ed. Murcia: Ediciones BJ. 2.001.
 29. Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de geriatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
 30. Salleras LI. Vacunaciones Preventivas. Principios y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Masson; 2004.
 31. Sanz J, Gómez X, Gómez M, Núñez JM. Manual de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

-
32. semFYC. Programas básicos de salud. Programa del Adulto. Volumen 1-5. Madrid: Doyma; 1998.
 33. semFYC. Programas básicos de salud. Programa del anciano. Volumen I-II. Madrid: Doyma; 1999.
 34. semFYC. Programas básicos de salud. Programa de la mujer. Volumen I-II. Madrid: Doyma; 2000
 35. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Cartera de servicios en atención primaria, 2005. [Internet]. [acceso 5 de Junio de 2006]. Disponible en URL: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_serviciosanitarios1_300
 36. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). Actualización 2005. Aten Primaria, 2005; 36(Supl 2):1140. Disponible en URL: <http://www.papps.org/recomendaciones/suplemento.html>
 37. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Propuesta de Cartera de servicios en atención primaria. [Internet]. [acceso 5 de Junio de 2006]. Disponible en URL: http://www.semfy.com/es/investigacion/pdf/cartera_servicios.pdf
 38. Tojo R. Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Ediciones Doyma; 2001.
 39. Turabian JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria: un nuevo enfoque práctico. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
 40. Vázquez J. Asistencia al inmigrante desde el Equipo de atención primaria. Cuadernos de Gestión 2002; 8; 54-59.

Herramientas diagnósticas de apoyo

1. Catálogo de acceso directo a pruebas diagnósticas desde atención primaria. INSALUD, documento interno. 1998
2. Catálogo de pruebas diagnósticas y equipamiento clínico Centro de Salud Almanjayar. Documento interno. 2005

-
3. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia. 2005.
 4. Conde J.L., Campillo C. Ecografía en atención primaria. INHATA. Instituto de salud Carlos III. 2002
 5. Córdoba R, Lou S., Métodos diagnósticos en la consulta del médico de familia. Ed, Doyma 1.994
 6. Documento semFYC. Relaciones entre niveles asistenciales. 1.995
 7. Ichaso MS. Procedimientos diagnósticos realizados por atención primaria. Documento de consenso sobre cartera de servicios. Ministerio de Sanidad y Consumo. En elaboración.
 8. JM Manresa Presasa. J Rebull Fatsinib. M Miravalls Figuerolac. R Caballo Angelatsd. P Minué Magañae. R Juan Franquetf. La espirometría en el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria Aten Primaria. 2003; 32:435-6.
 9. Otero Rodríguez J.A., Capacidad resolutive del médico de atención primaria. Rev Adm Sanit 2005; 3 (1) 29-32.
 10. Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria y atención primaria. Pruebas diagnósticas en atención primaria en Navarra. Documento serigrafiado. 2001.

Prestaciones no asistenciales

1. Casajuana J, Gilbert E y Cortes X. Organización y administración del area de recepción en un EAP. En: Libro del año Medicina Familiar y Comunitaria 1998. Saned. Madrid 1988.
2. Estrategias organizativas en los centros de salud. Rivera F, Hernández I, Martí E y cols. Cuadernos de Gestión 1998; 4; 3-16.
3. Guía SEAUS. Líneas Estratégicas Básicas de Atención al Usuario. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Abril 2000
4. Manual de Atención e Información al Usuario de los Servicios Sanitarios. Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

-
5. Reguant M. ¿Qué espera la gente de nosotros?.. Cuadernos de Gestión 1999; 5; 77-87.

Atención a la comunidad

1. Aguiló-Pastrata E, Lopez-Martín M, Siles-Roman D y Lopez Fernández LA. Las actividades comunitarias en Atención Primaria en España. Un análisis a partir de la Red de Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Atención Primaria 2002; 29; 26-32.

Investigación y docencia en atención primaria

1. Bonal Pitz P. "Universidad y atención primaria". Aten Primaria 2005; 36(6):334-5.
2. Casado Vicente V y Bonal Pitz P. "La medicina de familia, clave en el sistema universitario español ante el reto del Espacio Europeo de Enseñanza Superior". Aten Primaria 2004; 33(4):171-3.
3. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, y Sans Miret A. "El modelo de atención primaria de Salud: balance y perspectivas". Aten primaria 2000; 25(1):48-58.
4. Saura Llamas J. "Como organizar la consulta docente para formar residentes. Algunos principios básicos". Aten Primaria 2005; 35(6):318-24.
5. Ortiz Camúñez MA y Gómez Gascón T. "Impacto asistencial de la formación de postgrado en los centros de salud". Tribuna Docente, 2000; 1:11-17.
6. Fernández Fernández I. "¿Investigación en atención primaria?. Aten Primaria 2003; 31(5):281-4.
7. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Medina Chozas ME, Rubio Hidalgo E y Alejandro Lázaro G. "Investigación en atención primaria: 1994-2003". Aten Primaria 2005; 36(8):415-23.
8. Diogène-Fadini E, por la Plataforma para la Promoción de la Investigación en APS. "Promoción de la investigación clínica en atención primaria de salud". Aten Primaria 2005; 36(10):563-5.

-
9. Cevallos C, Garrido S, López MA, Cervera E y Estirado A. "Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos". *Aten Primaria* 2004; 34:520-5.

Atención a la dependencia

1. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: Ediciones semFYC, 2004:93-100.
2. Atención al Mayor, curso de formación de formadores de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Granada 2006
3. Base de datos estatal de personas con discapacidad. Colección Documentos. Serie estadística. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 1º ed. 2000.
4. Bases para un modelo de atención sociosanitaria. Dirección general de planificación sanitaria. Ministerio de Sanidad. Madrid. Junio 2001
5. Boceta J et al, Cuidados Paliativos domiciliarios, atención integral al paciente y su familia, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Sevilla, 2003.
6. Cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud
7. CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Noviembre. Avance de resultados. Estudio nº 2581, Noviembre 2004.
8. Contel JC et al, Atención Domiciliaria, organización y práctica, Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1999
9. Instituto Nacional de Estadística, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados, Madrid, 2002
10. La protección social de la dependencia. Coordinación: Gregorio Rodríguez Cabrero. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Madrid, 1999.
11. Libro blanco sobre atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2005.
12. Martín Resende I et al, Atención a personas mayores desde atención primaria, grupo de trabajo de atención al Mayor de la semFYC, Barcelona, 2004

-
13. Muñoz Cobos F, Espinosa Almendro JM, Martos Palomo JF. Aspectos relevantes en atención domiciliaria. En: Grupo de trabajo de atención al mayor de la semFYC.

CAPÍTULO II

GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las estrategias de gestión en una organización sanitaria compleja como es el Sistema Nacional de Salud constituyen el instrumento para intentar armonizar los intereses y expectativas de los tres grupos de agentes implicados en el mismo (los administradores, los profesionales y los ciudadanos) hacia un objetivo común: proporcionar y recibir la atención sanitaria con el máximo nivel posible de eficacia y eficiencia científico-técnica y organizativa.

Los valores en los que ha de basarse la gestión pública podemos vincularlos a:

- la solidaridad, en el sentido de contribuir a disminuir las desigualdades que afectan a los más vulnerables.
- la equidad, para que el sistema sanitario realice una oferta de calidad para todos.
- la integración de cuidados, para asegurar la coordinación con el resto de los recursos que intervienen en el cuidado de la salud.
- la ética de servicio público, que promueva la eficiencia, la participación de los ciudadanos y la implicación activa de los profesionales.

La cronología de las transferencias sanitarias ha determinado evoluciones diferenciadas en algunos aspectos de gestión en las Comunidades Autónomas. Hasta 2001 se mantienen 10 autonomías integradas dentro del antiguo INSALUD, con una estructura organizativa y funcional básicamente homogénea. En las autonomías con transferencias sanitarias anteriores a esta fecha se produjeron cambios relacionados con su historia previa, así como con la correlación de alternativas en su escenario político y con las iniciativas promovidas por los sectores implicados. Estos cambios afectan a

aspectos tales como el modelo de provisión de servicios y su organización, así como al soporte financiero vinculado a la distribución presupuestaria de las distintas Comunidades Autónomas y al peso específico de la atención primaria en cada autonomía.

Presenta gran interés valorar los desarrollos de las Comunidades Autónomas en relación a las principales áreas de gestión, y a los aspectos tanto positivos como negativos que aportan, y de los que pueden generarse propuestas de líneas estratégicas para el futuro desarrollo de la atención primaria.

En los siguientes apartados se sintetizan las líneas prioritarias de gestión, de las que pueden derivarse propuestas de líneas estratégicas.

II.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

II.1.1. Definición de objetivos en salud como base de la planificación sanitaria

La legislación actual orienta sobre los objetivos del sistema sanitario dirigiéndolos hacia su consecución sobre el eje de la atención primaria. Así, el artículo 3.1 de la Ley General de Sanidad establece: “Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades” y el artículo 5.1 del Reglamento de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud: “Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada área de salud, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del área correspondiente.”

La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece entre sus principios generales, la prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad. Al referirse a la atención primaria indica que “es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación y trabajo social”.

La existencia de una definición estratégica de objetivos en salud, denominado mayoritariamente Plan de Salud, vigente en la actualidad con carácter plurianual en la mayoría de las Comunidades Autónomas, supone un instrumento clave para el análisis de las necesidades en salud de cada entorno, así como para la planificación y evaluación de la oferta de servicios y para la coordinación interinstitucional. El Plan de Salud constituye un elemento de estabilidad de la política sanitaria, al fijar las directrices a largo plazo y en relación a las necesidades detectadas de salud, incorpora la participación de los profesionales y de los ciudadanos, configurando un elemento de compromiso con ellos. La elaboración de los Planes de Salud es responsabilidad de las administraciones autonómicas, siendo, en algunos casos, aprobados o valorados en los Parlamentos autonómicos. Además, en algunas Comunidades Autónomas se ha avanzado hacia la elaboración de estrategias de ámbito provincial.

El fundamento de estas estrategias ha de apoyarse en la información epidemiológica sobre morbilidad y mortalidad, que permite definir prioridades con criterios de equidad y de eficiencia. En las estrategias dirigidas a la mejora de la salud es clave su carácter multisectorial con la participación de otros sectores (políticas de vivienda, transporte, alimentación) que están relacionados con la salud.

Por otro lado, estos Planes de Salud tienen algunas debilidades como son su tendencia a la burocratización, la frecuente falta de coherencia entre Planes de Salud y Planes de Gestión, las amenazas en la sostenibilidad financiera y el impacto de los cambios políticos. Además, en ocasiones, hay una excesiva orientación hacia la atención primaria como sustentadora de los objetivos del Plan de Salud, con una baja integración en su diseño y aplicación de otros niveles de atención.

Otros aspectos mejorables serían la coordinación de los niveles asistenciales con la red de salud pública y la información que reciben los ciudadanos y los propios profesionales sanitarios en relación a los objetivos en salud y su desarrollo.

Es por tanto fundamental asegurar que la planificación estratégica en salud establecida en las Comunidades disponga de procedimientos definidos para su elaboración, desarrollo y evaluación periódica, siendo aconsejable que desde las administraciones autonómicas y los correspondientes Parlamentos autonómicos se promueva la participación y la transparencia informativa hacia los ciudadanos y hacia los profesionales sanitarios.

Finalmente, es básico alcanzar la armonización entre las estrategias autonómicas de salud y las del Estado, en la medida en que muchos de los problemas contemplados pueden ser abordados con mayor eficiencia de manera conjunta, y con menor influencia de otros intereses que no sean estrictamente sanitarios.

II.1.2. Planificación de la oferta de servicios en atención primaria

La gestión que favorece el desarrollo de la organización sanitaria es aquella que se basa en el conocimiento, lo que supone crear y difundir el conocimiento científico, apoyar y divulgar los procesos eficientes de gestión clínica, favorecer las inversiones socialmente relevantes, traducir evidencias en procesos de gestión del cambio y favorecer innovaciones

fundamentadas. Frente a este modelo de gestión, el gerencialismo burocrático persigue el control del gasto como objetivo final, sin rentabilizar las experiencias de la organización y produciendo el distanciamiento de profesionales y ciudadanos.

La planificación anual /plurianual de objetivos que se realiza actualmente en las Comunidades Autónomas bajo una relación contractual financiador/proveedor contribuye a disminuir la variabilidad en la oferta de los servicios y a la mejora de la eficiencia. Permite la adaptación a los cambios demográficos y sociales, admite la participación de los profesionales en el pacto, y es una oportunidad para el "benchmarking" (comparación para aprender de las mejores prácticas) entre los proveedores. Su vinculación real a la orientación marcada por los Planes de Salud es variable; algunas Comunidades Autónomas definen estrategias en salud con un carácter plurianual, compatibilizándolo con objetivos de gestión de carácter anual.

El despliegue de la planificación se produce "en cascada", desde los niveles territoriales más altos con las áreas de salud, hasta los profesionales de las distintas unidades de provisión. La capacidad de intervención de los distintos agentes implicados es variable a lo largo de este proceso: en la mayoría de las Comunidades Autónomas existe participación de los profesionales sanitarios, pero no así de los ciudadanos en el ámbito que les afecta.

El seguimiento de los objetivos se ha visto impulsado en los últimos años por el desarrollo de las nuevas tecnologías, que además permite un ágil proceso de evaluación. Los sistemas de información permiten medir indicadores claves tales como el nivel y tipo de actividad, la utilización de los servicios, los costes, la calidad y la satisfacción de los ciudadanos, para establecer comparaciones entre centros y garantizar los derechos de los ciudadanos.

En algunas Comunidades Autónomas se han implementado metodologías de mejora de calidad vinculadas a la definición y evaluación de objetivos, así

como estrategias de incentivación en relación a la consecución de determinadas metas institucionales.

Son factores limitantes la sostenibilidad económica de la oferta, el todavía insuficiente desarrollo de los sistemas de información sanitaria y la parcialidad de los sistemas de evaluación, a menudo dirigidos más hacia los procesos que hacia resultados. En ocasiones, el impacto de las prioridades políticas altera el desarrollo de los objetivos previstos en gestión. Se considera que la planificación de objetivos debe incluir la valoración de los recursos necesarios para su realización, lo que no siempre ocurre.

La planificación conjunta entre niveles de atención es variable entre las Comunidades Autónomas, y se dirige fundamentalmente a la coordinación de las interconsultas, a excepción de aquellos ámbitos en los que se ha avanzado en la gestión de procesos.

II.1.3. Financiación de la oferta de servicios

El avance hacia un sistema sanitario en el que la atención primaria ocupe realmente un lugar central, exige una estrategia presupuestaria adecuada que tienda a incrementar el porcentaje de participación de la atención primaria en los presupuestos sanitarios de los servicios de salud. La trayectoria a lo largo de los últimos años presenta, sin embargo, datos que muestran la deficiente financiación en atención primaria, y que comprometen su futuro.

a) Recursos económicos

Gasto sanitario total sobre el Producto Interior Bruto (PIB): En España, se ha pasado del 6,5% en 1990 al 7,5% en 2002 (ver Figura 1). En 2004 es el 8,1%. La media de la OCDE en 2004 es del 8,9%.

Gasto sanitario público como porcentaje del gasto sanitario total: En la mayoría de los países de la OCDE, la parte más importante del gasto

sanitario tiene financiación pública. En España, el porcentaje de gasto sanitario público era del 71,7% en 2002 y del 70,9 % en 2004. Se observa, en comparación con otros países europeos, que la mayoría tenían un porcentaje de gasto sanitario público sobre el total más alto (ver Figura 1). En 2004 el promedio de financiación pública en los países de la OCDE fue del 73%.

En España, entre 1992-2002 se ha producido un aumento del peso del sector privado, que ha pasado del 22,6% del total al 28,6% y del 1,6% al 2,2% en porcentaje del PIB.

Gasto sanitario público en relación al PIB: Entre 1992-2002, aprovechando el crecimiento económico, la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) incrementaron moderadamente su gasto sanitario público en relación con el PIB, menos España que pasó del 5,6% al 5,4%.

Indicadores de gasto sanitario en la UE-15	Alemania	Austria	Bélgica	Dinamarca	Finlandia	Francia	Grecia	Holanda	Irlanda	Italia	Luxemburgo	Portugal	Reino Unido	Suecia	España
Indicadores de gasto sanitario (1)															
Gasto sanitario (%PIB) (1)	10,7	7,7	9	8,6	7	9,5	9,4	8,9	6,5	8,4	-	9,2	7,6	8,7	7,5
Gasto sanitario por habitante (\$ convertidos PPA)	2.808	2.191	2.490	2.503	1.841	2.561	1.511	2.626	1.935	2.212	2.719	1.613	1.992	2.270	1.600
Gasto Sanitario público (%PIB)	8	5,3	6,4	7,1	5,3	7,2	5,2	5,7	4,9	6,3	-	6,3	6,2	7,4	5,4
Gasto sanitario público por habitante (\$convertidos PPA)	2.104	1.489	1.784	2.063	1.392	1.947	846	1.663	1.470	1.666	2.386	1.113	1.637	1.935	1.143
Promedio de crecimiento, % anual 1999-2001	2	0,3	4,1	2,2	3,3	3,7	3,1	3	10,4	8,3	-1,7	5,8	6,1	3,9	2,2
Distribución del gasto sanitario por fuente de financiación 2000 (2)															
Gasto sanitario público (%)	75	69,4	72,1	82,5	75,1	75,8	56,1	63,4	73,3	75,4	87,8	68,5	80,9	85	71,7
Seguros privados (%)	12,6	7,2	-	1,6	2,6	12,7	-	15,2	7,6	0,9	1,6	-	-	-	3,9
Pagos directos (%)	10,5	18,8	-	16	20,4	10,4	-	9	13,5	22,6	7,7	-	-	-	23,5
Otros sistemas privados (%)	1,8	4,6	-	0	1,9	1	-	12,4	5,6	3,1	1,2	0,1	-	-	0,9
Distribución del gasto sanitario público por tipo de asistencia, 2000 (% gasto sanitario público)															
Gasto atención ambulatoria	24,3	26,8	41,9	23,6	28,6	19,8	-	11,8	-	26,5	47	-	-	-	15,6
Gasto atención hospitalaria	38,8	50	35,8	61,3	48,8	51,3	-	58,2	-	53	31,3	-	-	-	54,3
Gasto prevención y salud pública	4,5	0,8	-	-	2,2	2,1	-	2,4	4,3	0,5	-	-	-	1	1
Gasto público farmacéutico	11,6	-	11,5	5,2	10,4	17,2	20,4	11,1	10,6	13,6	10,2	24	12,8	10,9	21,7
Protección y fomento de la salud en % presupuesto público en I+D (2000) (3)	3,4	2,5	1,6	2	6,9	5,6	5,8	3,6	2,9	6,8	-	5,4	15,2	1,3	4,8

Figura 1: Indicadores de gasto sanitario en los países de la Unión Europea. Fuentes (1) OCDE. Health at a Glance. OECD Indicators 2003; (2) The OECD Health Project.

Private Health Insurance in OECD Countries, OECD 2004; (3) Eurostat Health statistics. Key data on health 2002.

Gasto sanitario en atención primaria: La Figura 2 muestra la clasificación funcional del gasto sanitario en España en 2003. Los principales componentes del gasto son la asistencia hospitalaria y especializada (53,68%), la farmacia (23,36%) y la atención primaria de salud con un porcentaje de gasto del 14,20% del gasto sanitario total.

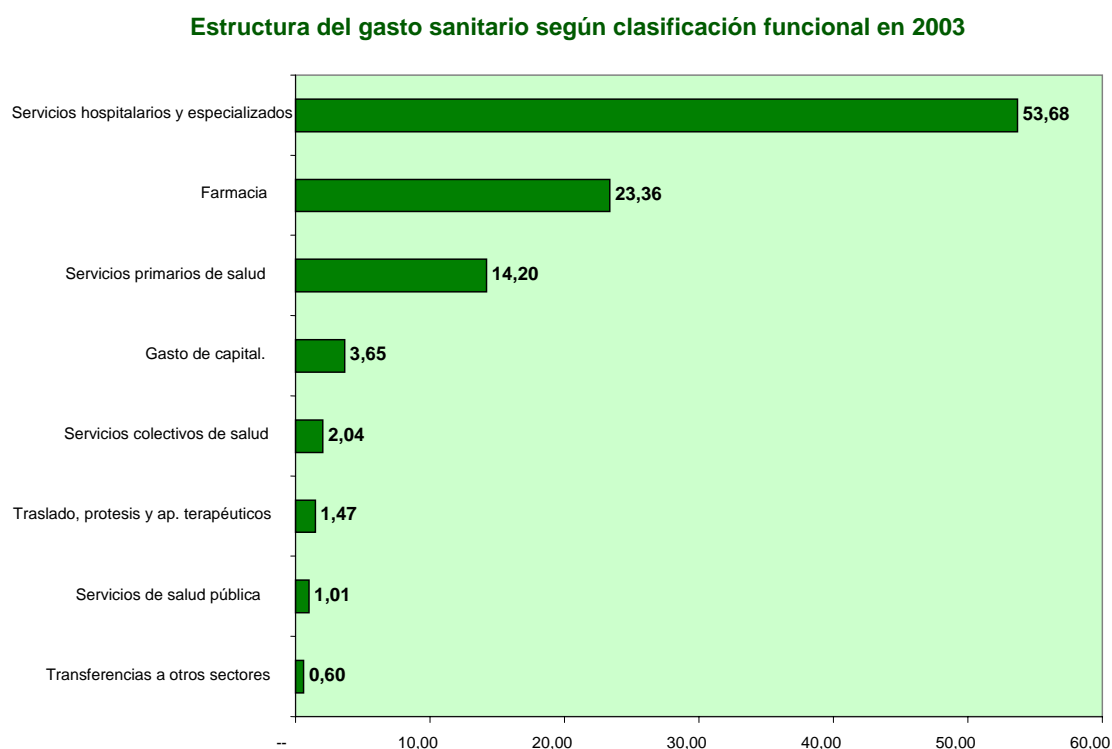


Figura 2: Estructura del gasto sanitario. Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado y creado por la Conferencia de Presidentes del 28 de octubre de 2004.

En la Figura 3 se muestra la evolución de los distintos componentes del gasto según la clasificación funcional desde 1999 a 2003.

Evolución del peso de las componentes funcionales del gasto sanitario. Base 1999=100

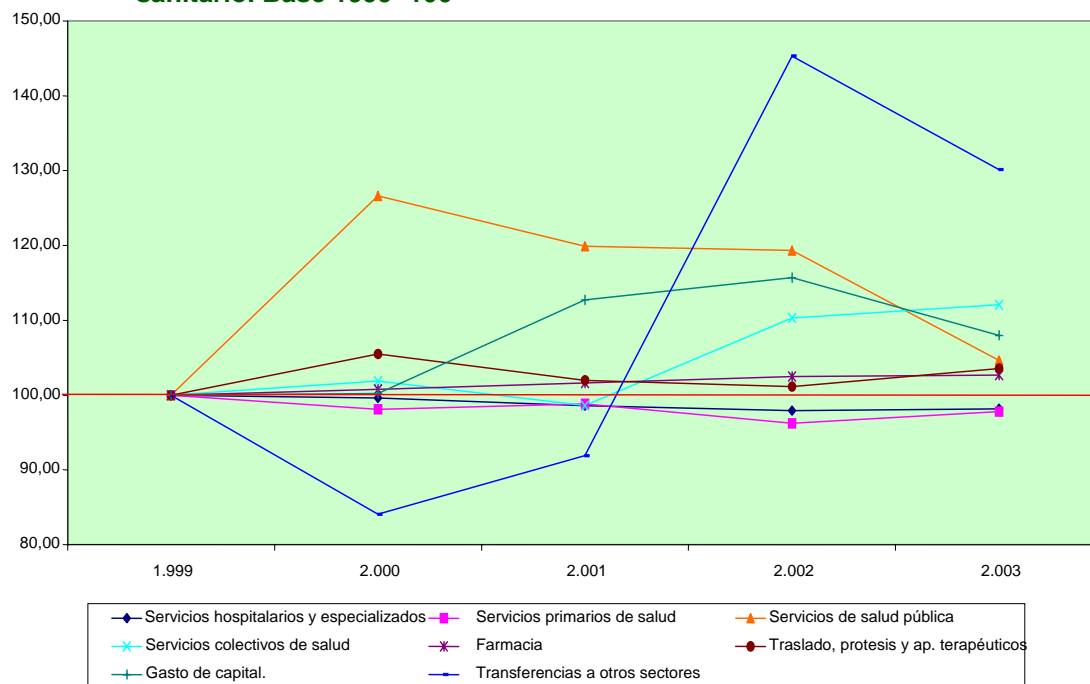


Figura 3: Evolución del peso de los componentes del gasto. Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado y creado por la Conferencia de Presidentes del 28 de octubre de 2004.

Se ha señalado que, en España, en las últimas décadas se ha producido un estancamiento en la financiación del primer nivel, con un gasto ambulatorio público como parte del PIB inferior al promedio europeo. Según algunos estudios, el peso de la parte ambulatoria del gasto sanitario público ha aumentado en Europa, mientras que en España se ha reducido entre 1987 y 2001; además, el gasto sanitario ambulatorio per cápita sería de los más bajos en Europa. Sin embargo, la definición funcional del gasto en atención primaria no es igual en los países de nuestro entorno, y esto dificulta hacer comparaciones.

Se constatan diferencias entre las Comunidades Autónomas en relación al gasto sanitario público por habitante. Además, existen diferencias en el porcentaje del gasto total destinado a atención primaria por Comunidades Autónomas. Este porcentaje desde 1999 a 2003 se refleja en la Figura 4. (Fuente: Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario, Julio 2005):

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1.999	2.000	2.001	2.002	2.003
Andalucía	14,72	14,73	15,33	15,64	15,57
Aragón	14,90	15,01	14,79	14,52	14,50
Asturias (Principado de)	12,83	13,25	12,71	12,97	12,25
Baleares (Islas)	13,85	14,24	13,95	12,38	12,91
Canarias	11,49	11,18	11,91	12,52	12,25
Cantabria	10,95	11,37	10,94	10,58	11,45
Castilla y León	18,86	17,02	16,62	16,03	15,61
Castilla-La Mancha	17,53	16,63	16,37	12,19	13,57
Cataluña	15,82	15,34	15,99	15,43	16,35
Comunidad Valenciana	13,86	13,34	13,16	12,88	13,04
Extremadura	17,82	16,86	16,88	15,71	18,49
Galicia	12,35	12,41	12,75	12,02	11,49
Madrid (Comunidad de)	12,07	12,06	11,68	11,53	11,76
Murcia (Región de)	13,22	12,86	12,44	13,27	12,92
Navarra (Comunidad Foral de)	16,30	16,63	16,99	17,00	16,65
País Vasco	15,08	14,99	14,90	14,67	14,54
Rioja (La)	13,48	13,82	13,72	13,01	13,80
Ceuta	17,54	17,77	18,50	17,94	18,44
Melilla	27,09	27,06	27,46	26,59	28,05
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA	14,52	14,24	14,35	13,97	14,20

Figura 4: Porcentaje del gasto en atención primaria sobre el total del gasto sanitario. Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado y creado por la Conferencia de Presidentes del 28 de octubre de 2004.

El capítulo presupuestario dirigido a la prescripción farmacéutica, hasta ahora adscrito como gasto realizado prioritariamente desde atención primaria, debería vincularse al conjunto del sistema sanitario, diseñándose estrategias para mejorar su eficiencia con un carácter integral.

b) Personal

La proporción de médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos por 1.000 habitantes en la atención primaria española es inferior a los respectivos promedios de la Unión Europea.

En 2003, según estimaciones del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, trabajan para el Sistema Nacional de Salud 83.726 médicos y 118.532 enfermeros. En relación a los médicos:

29.428 trabajan en atención primaria y 54.298 en atención especializada. La proporción de médicos de atención primaria, respecto al total (35%), pese a haber mejorado en los últimos años, sigue siendo un 20% inferior a la de los países de la UE.

Los recursos de medicina de familia con datos a diciembre de 2004 son:

Médicos EAP	Médicos MT	Total Médicos	Ratio tarjetas
23.381	1.699	25.080	1.484

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP), 2004.

MT: Modelo tradicional

Los recursos de pediatría son:

Ped. EAP	Ped. MT	Ped. de área	Total Pediatras	Ratio tarjetas
5.015	407	152	5.574	1.030

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP), 2004.

MT: modelo tradicional

En relación al personal de enfermería, trabajan en atención primaria 24.455 (un 20,6% del total) que es un 43,7% inferior al de la UE.

Los recursos de enfermería en atención primaria son:

Enfermería EAP	Enfermería MT	Total enfermería	Ratio tarjetas
24.036	1.009	25.045	1.710

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP), 2004.

MT: modelo tradicional

Según un estudio (Minué S. et al), España tenía en 1998 la tasa más alta de médicos por 1.000 habitantes de Europa (a excepción de Italia) y una de las más bajas de enfermería (solo superada por Italia, Grecia y Portugal). Sin embargo este exceso de facultativos es tributario del número de

especialistas, ya que el porcentaje de médicos de familia era uno de los más bajos de la Unión Europea.

Los recursos humanos existentes están desigualmente repartidos entre Comunidades Autónomas, existiendo diferencias entre las regiones en la proporción y distribución del personal de atención primaria (Figura 5).

Por otro lado, sería necesario profundizar en el estudio de los criterios de planificación de los recursos humanos que permitieran una mayor equidad entre territorios. Hay dificultades en la definición de las necesidades de recursos en atención primaria dada la oferta de los servicios prestados desde este ámbito, aunque algunas Comunidades Autónomas están estudiando diversas metodologías que permitirían establecer una aproximación a esa definición.

No existe información adecuada sobre los ratios de población adscrita a los profesionales de enfermería, al no existir la libre elección en este caso. Habría que valorar las ventajas y dificultades de establecer la libre elección de enfermería por parte de los ciudadanos.

En las siguientes tablas (Figuras 5 y 6) se exponen los datos relacionados con el número de profesionales que trabajan en los dos ámbitos asistenciales desglosados por Comunidades Autónomas, referentes a los años 2001 y 2002. Si bien pudieron cambiar relativamente en lo que respecta al número en estos últimos años, la proporción entre los profesionales de atención primaria y especializada, apenas ha variado.

Figura 5. Atlas de la Sanidad en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

Médicos y enfermeros que trabajan en Centros de Salud

	Médicos* por 100.000 habitantes	Enfermeros por 100.000 habitantes
Andalucía	67,8	52,3
Aragón	93,1	74,9
Asturias	69,0	59,2
Baleares	65,1	52,8
Canarias	65,9	55,6
Cantabria	76,7	64,3
Castilla y León	109,0	82,1
Castilla – La Mancha	76,2	66,8
Cataluña	64,1	60,2
Comunidad Valenciana	66,7	62,0
Extremadura	79,1	73,3
Galicia	72,7	54,7
Madrid	66,2	54,6
Murcia	59,2	49,1
Navarra	71,9	71,8
País Vasco	63,0	58,1
La Rioja	84,8	77,7
Ceuta	43,5	38,2
Melilla	53,3	40
Total	70	60

(*) Médicos = Médicos de familia + Pediatras

**Distribución por
tipo de
especialidad**

Medicina de Familia	82,1%
Pediatría	17,9%
Total	100%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria, 2002. Elaborado con información proporcionada por los responsables de los sistemas de información de las Comunidades Autónomas.

Disponibile en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/atlas/atlasD atos.htm>

Figura 6. Atlas de la Sanidad en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

Médicos y enfermeros que trabajan en hospitales

	Médicos por 100.000 habitantes	Enfermeros por 100.000 habitantes
Andalucía	158,1	264,5
Aragón	229,0	346,1
Asturias	183,0	285,2
Baleares	262,6	309,3
Canarias	178,5	266,9
Cantabria	178,1	304,3
Castilla y León	184,2	273,9
Castilla - La Mancha	151,9	227,0
Cataluña	202,2	277,4
Comunidad Valenciana	185,0	270,6
Extremadura	150,1	245,0
Galicia	181,7	263,8
Madrid	223,1	311,4
Murcia	186,6	269,7
Navarra	213,2	449,8
País Vasco	194,1	256,5
La Rioja	136,7	259,7
Ceuta y Melilla	148,6	315,7
Total	187,9	222
Distribución según dependencia del hospital		
Hospitales Públicos	65,2%	84%
Hospitales Privados	34,8%	16%
Total	100%	100%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, año 2000

Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/atlas/atlasDatos.htm>

c) Instalaciones y equipamiento

Después de una primera fase expansiva, las inversiones en construcciones de centros o reforma de los preexistentes, pasaron del 4,5% del total del gasto sanitario en 1991, al 2,7% en 1996. Actualmente con el traspaso de las competencias sanitarias a las autonomías, la tendencia es al alza, aunque insuficiente para las necesidades reales existentes.

En diciembre de 2004, el Sistema Nacional de Salud contaba ya con 2.756 centros de salud, disponiendo, además, 10.145 consultorios locales a los cuales se desplazan los profesionales de los centros de salud de zona con el fin de acercar los servicios básicos a la población que reside en núcleos dispersos.

Áreas de salud	Zonas básicas	Centros de salud	Consultorios locales
155	2.632	2.756	10.145

Sistema de Información de Atención Primaria del SNS (SIAP), 2004.

La II Conferencia de Presidentes, que reunió a los Presidentes de las Comunidades Autónomas con el Presidente del Gobierno de España, en septiembre de 2005, ya constató la necesidad de aumentar los presupuestos dedicados a atención primaria al incluir entre las medidas aprobadas de racionalización del gasto sanitario el “aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria”.

Por ello, un objetivo prioritario para promover las estrategias de avance en atención primaria es conseguir una orientación presupuestaria acorde con la importancia que implica su posición estratégica en el sistema sanitario español.

Si se pretende garantizar la sostenibilidad de una adecuada oferta sanitaria pública, los criterios de financiación se deben orientar hacia aquellas intervenciones sobre necesidades de salud que estén fundamentadas en la evidencia y demuestren una mayor eficiencia tras su evaluación sistemática.

La información que nos facilitan, hoy, las nuevas tecnologías, es una buena oportunidad para alcanzar este fin.

II.1.4. Modelo de provisión de servicios en atención primaria

El modelo de provisión de servicios en atención primaria en España es mayoritariamente el de equipo. Hay variaciones en el número y perfil profesional de sus componentes, que en algunas Comunidades Autónomas incluyen, (además de médicos de familia, pediatras, enfermeros y administrativos), odontólogos, trabajadores sociales y matronas. El modelo vigente multidisciplinar es valorado como una vía de mejora en la calidad de la atención, si bien se perciben rigideces que a menudo dificultan su mejor adaptación a entornos específicos.

La mayoría de los equipos se gestionan a través de un proveedor único y público, aunque en algunas Comunidades Autónomas coexiste este modelo con el de gestión a través de distintas entidades privadas con o sin ánimo de lucro.

Cuando la gestión se realiza a través de un único proveedor, son aspectos relevantes a considerar la mayor posibilidad de desarrollar objetivos comunes y la mayor factibilidad para instaurar sistemas de información adecuados, así como para evaluar de forma homogénea la calidad asistencial.

En el modelo de gestión diversificada, se sugieren ventajas en aspectos organizativos y en líneas de incentivación que podrían implicar una mayor eficiencia. Sin embargo, existiría un mayor riesgo de fragmentación del sistema, información atomizada, y un posible impacto de objetivos ajenos a los propios del sistema sanitario. Por otro lado, la multiplicidad de empresas proveedoras puede generar un aumento importante en los costes de transacción.

Las evaluaciones de estos modelos de gestión han puesto de manifiesto la variabilidad entre proveedores en relación a: la petición de pruebas complementarias, número de derivaciones, los criterios de prescripción y la cobertura de servicios. Sin embargo, dichas variaciones parecen relacionarse más con el nivel socioeconómico del entorno, con el patrón de uso de los servicios sanitarios y con el estado de salud de cada colectivo, que con la mayor o menor eficiencia de alguno de los modelos.

La actual provisión de servicios en atención primaria puede permitir adoptar modelos flexibles en la composición de los equipos, según las necesidades prioritarias del entorno.

Las experiencias alternativas de gestión deberían tener un enfoque limitado, en tanto no demuestren su mayor eficiencia. Además, se debe asegurar el enfoque a los fines del sistema, especialmente en lo que se refiere a la accesibilidad y a la cobertura de servicios, a través de procedimientos objetivos de control.

Un elemento de interés puede ser la acreditación de los centros sanitarios por instituciones que garanticen la independencia e imparcialidad respecto a financiadores, gestores y proveedores sanitarios, y que permitan rendir cuentas a la sociedad con transparencia.

II.1.5. Organización de la gestión en las áreas de salud

El área de salud o distrito sanitario se configura como el ámbito más adecuado para la planificación, seguimiento y evaluación de los objetivos en salud, así como para la participación efectiva de profesionales y ciudadanos. Ya en el artículo 69 de la Ley General de Sanidad se explicita que se ha de tender hacia la autonomía y control democrático de la gestión, promoviendo una dirección participativa por objetivos.

La gestión en el área de salud debe estar centrada en la facilitación y apoyo a la gestión de los procesos asistenciales que se producen en las distintas unidades de provisión.

En las áreas es factible abordar estrategias de eficiencia poblacional dirigidas a establecer prioridades y promover la equidad en la oferta de servicios, mientras que las unidades de provisión se orientan a la eficiencia productiva.

La intervención de los profesionales y ciudadanos en la gestión sanitaria puede desplegarse a través de los órganos de gobierno participativos de área, en los que deberían estar presentes la institución sanitaria, las entidades de gobierno local, las organizaciones de ciudadanos y las entidades representativas de profesionales y trabajadores sanitarios. Dentro de sus funciones se encontrarían el desarrollo de las estrategias prioritarias de salud, la planificación presupuestaria y el seguimiento y evaluación de los contratos de gestión acordados con los órganos gestores del área.

Los organismos de gestión de las áreas serían responsables de: la prestación de la cartera de servicios con garantía de calidad, la adecuación de los recursos, la continuidad asistencial, el funcionamiento de los sistemas necesarios de información y la gestión presupuestaria acorde con los criterios acordados con el ente financiador, dentro de una visión de transparencia y responsabilidad como sistema sanitario público.

La estructuración de los órganos directivos se orienta mayoritariamente en las comunidades autónomas hacia el modelo de gerencia única, por su posible efecto en una mayor eficiencia y en la continuidad de la atención (Figura 6). Existe, sin embargo, el riesgo de un aumento en el hospitalocentrismo actual, con una pérdida de competencias por parte de la atención primaria, especialmente en aquellos casos en los que se han unificado ambos presupuestos. Hasta ahora no se ha demostrado una clara ventaja de este modelo frente al mantenimiento de estructuras diferenciadas de gestión en ambos niveles, aunque se percibe mejor adaptación de la gerencia única al ámbito de áreas de Salud reducidas.

RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE LAS GERENCIAS ÚNICAS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS										
Comunidad Autónoma	Hay Gerencias Únicas	Número de Modalidades Gerencias Únicas	Número de Áreas con Gerencia Única	Integración Servicios*	Directivos atención primaria	Presupuesto de atención primaria	Movilidad Profesionales entre ámbitos	Sistema de Información sanitaria Compartido	Pruebas complementarias solicitadas médicos AP	Guías de Actuación compartidas
Andalucía	Sí	1	3	Si	Sí	Sí	Si	Si	Limitación	Si
Aragón	Sí	1	Todas	No	Sí	Sí	No	No	Sin limitación	No
Asturias	Sí	1	2	No	Sí	Sí	No	No	Sin limitación	Si ^a
Canarias	Si	1	5	No	Si ^a	No	No ^a	No	Limitación	Si
Cantabria	No									
Castilla-León	No									
Castilla-La Mancha	Sí	1	1	No	Si	No	No	No	Limitación	No
Cataluña	Sí	1 Var.	2 ^b 20 ^c	Si Sía	Si	Sí Si ^a	No No ^a	No No ^a	Sin limitación Limitación ^a	Si
Extremadura	Sí	1	Todas	No	Si	Sí	No ^a	No	Limitación	No
Galicia	Sí	1	1	No	No	Sí	No	No	Limitación	No
Illes Balears	Sí	1	2	Si	No	No	No	No	Limitación	No
La Rioja	Si	1	Todas	Sí	No	No	No	No	Limitación	No
Madrid	Si**									
Murcia	No									
Navarra	Si	1	2	No	Si	Sí	No	Sí	Sin limitación	No
País Vasco	No									
Valencia	Si	2	Todas 1	No	Si No	No	No	Si	Limitación ^a	Si

* proyecto en desarrollo. ** pendiente de desarrollar normativamente

a) Algunas. b) Ámbito del Institut Catalá de la Salut. c) Ámbito no ICS.

Figura 6: Situación de las gerencias únicas por Comunidades Autónomas. Fuente: Gerencia única: una ilusión sin evidencia. Aten Primaria 2006; 37(4):231-234.

Los órganos de dirección vinculados a la gestión de las unidades de provisión (responsables de equipos) tienen un carácter variable en las distintas Comunidades Autónomas, relacionado con sus competencias en los niveles de descentralización, aunque hasta ahora su capacidad real de intervención en la toma de decisiones es limitada.

En algunas Comunidades Autónomas se ha incluido la red de salud pública dentro del ámbito de gestión de las Áreas de Salud de atención primaria, lo cual puede favorecer una atención sanitaria más integral.

II.1.6. Descentralización de la gestión en la organización sanitaria

La descentralización de la toma de decisiones en las unidades de provisión persigue mejorar la gestión de los recursos, acercándola a su ámbito de actuación, para obtener mejores resultados. El profesional sanitario es el principal decisor sobre la utilización de recursos y, por lo tanto, el principal gestor de hecho. Se trata de poner a disposición de los profesionales, de las unidades de provisión, un espacio de decisión que les permita, dentro de los objetivos y pautas generales marcados por la organización, sentirse parte de la misma, alineando los objetivos de gestores y profesionales. El objetivo es asumir la dirección de la oferta de servicios, promover la organización más eficiente del equipo y lograr una mejor coordinación con los recursos sanitarios y sociales del entorno.

En la actualidad, coexisten diferentes estrategias en las Comunidades Autónomas en relación a los niveles de descentralización. Así, en la gran mayoría de los equipos, solo se gestionan asuntos de organización del centro y algunos aspectos del capítulo I y II del presupuesto, aunque con escasas repercusiones en los incentivos económicos, por el bajo nivel de riesgo asumido. Además, estos incentivos no están relacionados con evaluaciones individuales, aunque esto ya sería posible con los sistemas de información actuales. Por otro lado, los profesionales, en ocasiones, perciben los objetivos evaluables muy enfocados a la obtención de

resultados económicos. Finalmente, la descentralización de la gestión de los capítulos I y II, dadas las dificultades que tiene y la frecuente restricción presupuestaria, es vivida más como un carga añadida que como un elemento motivador.

Algunas Comunidades Autónomas promueven la iniciativa de los equipos para asumir voluntariamente pactos de gestión más complejos y en periodos plurianuales. En estos casos se individualizan los objetivos, se evalúa a través de los sistemas de información y hay un mayor compromiso de profesionales y gestores. Existe la percepción por parte de algunos profesionales de que este modelo pudiera ejercer una presión tal que influyese en la calidad de la atención prestada.

El nivel más elevado en la descentralización económica es el alcanzado en las Entidades de Base Asociativa, en las que los profesionales asumen la gestión con vinculación directa en las retribuciones. Ya se han mencionado algunos riesgos referidos a esta estrategia, así como sus limitaciones para ser una experiencia generalizable por el momento.

El nivel de autonomía organizativa ha de vincularse a la capacidad real de responsabilización del equipo implicado. La toma de decisiones puede referirse a aspectos tales como:

- La gestión y planificación de recursos humanos del equipo (composición, participación en la selección de personal).
- La organización de la atención, la distribución horaria, la organización de permisos y vacaciones y las agendas.
- La gestión de interconsultas y pruebas diagnósticas.
- La relación con las Unidades de apoyo.
- La organización de la formación continuada.
- La gestión de los capítulos presupuestarios I, II y IV.
- Las relaciones con la comunidad y otras instituciones locales o pertenecientes a otros ámbitos.

Sin embargo, puede ser conveniente la centralización de compras y suministros en el marco más eficiente para aplicar economía de escala.

Algunos requisitos que deberían cumplirse para avanzar en modelos más descentralizados de gestión serían: la existencia de un sistema de información válido y una mayor definición de las responsabilidades y funciones de los gestores de las Áreas de Salud y de los directivos de los centros de salud.

Los directivos de los centros de salud (directores, coordinadores, jefes de unidad, etc.) son responsables de la gestión organizativa y de la gestión clínica del centro, compartida o no con la labor asistencial. Deben disponer de formación adecuada para el cargo específico que ocupan y ser seleccionados por procedimientos adecuados. Su papel es clave para asegurar la oferta de atención por parte del equipo hacia su población, mediante intervenciones fundamentadas en la evidencia, asegurando la transparencia interna a través de los sistemas de información, potenciando la responsabilidad de los profesionales y con el compromiso de dar cuenta de los resultados ante los organismos financiadores y la comunidad.

Además, tal y como se ha dicho antes, dado que el profesional sanitario es el principal gestor de hecho, es necesaria una responsabilidad individual y evaluable de los profesionales en relación a la gestión de su práctica dentro de los objetivos del sistema.

II.1.7. Función directiva en el sistema sanitario

La gestión eficaz de las organizaciones sanitarias, también en atención primaria, exige el desarrollo adecuado de los distintos componentes de la función directiva.

La función directiva se inserta en el marco de la mesogestión, en la que se ubican las estructuras directivas de las áreas de salud, comarcas o distritos sanitarios, así como las direcciones de los centros de salud (zonas básicas

con uno o más equipos). Ambos niveles comparten la función de facilitar las decisiones de gestión clínica adoptadas por los profesionales dentro de los objetivos del sistema, así como garantizar la oferta de servicios hacia los ciudadanos, y el desarrollo de los sistemas de información que permitan basar las decisiones en el conocimiento disponible.

El apoyo institucional dirigido a mejorar la calidad de la función directiva es heterogéneo. En España, los equipos directivos de las áreas o distritos sanitarios sufren un notable impacto de los cambios políticos que provocan remodelaciones de esos órganos directivos.

Sólo en algunas Comunidades Autónomas se planifica el acceso de los gestores a una formación reglada y tienen una definición del perfil de competencias requerido para ocupar las responsabilidades de gestión, siendo escasas las experiencias de evaluación en este apartado.

Los directores/coordinadores de los centros de salud adquieren funciones directivas muy variadas. Desde aquellos que realizan fundamentalmente actividades de coordinación básica organizativa, hasta aquellos que desarrollan también funciones directivas/ejecutivas y planificadoras de la oferta de servicios en el entorno definido en el que trabajan. Además, también existen diferencias en las características retributivas y dedicación asistencial de los directores/coordinadores de los centros de salud.

Es preciso mejorar en el apoyo desde los niveles superiores de la organización sanitaria y en la definición del perfil competencial y de responsabilidad del gestor sanitario en atención primaria y la generalización de procesos de selección en los que sea necesario acreditar esos niveles de competencias y habilidades técnicas e interpersonales en relación a las tareas a desarrollar.

Además, es necesario que cada nivel de gestión tenga unos objetivos definidos en los que el directivo sea responsable del cumplimiento de indicadores que permitan evaluar la calidad de su función directiva en

aspectos como: resultados obtenidos, accesibilidad, capacidad de resolución de los problemas, apoyo técnico, etc.

Otros aspectos a promover son el desarrollo de la carrera profesional de gestión, el apoyo formativo estable para todos los niveles directivos y la remuneración adecuada que permita la dedicación exclusiva.

II.1.8. Continuidad en la atención sanitaria

La falta de continuidad entre atención primaria y atención especializada, sin criterios clínicos y organizativos comunes, es uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario. Esto origina perjuicios al ciudadano que tiene una imagen fraccionada del sistema y es causa de problemas de eficiencia y de accesibilidad.

Para tratar de solucionarlo existe una tendencia creciente en las Comunidades Autónomas para promover una atención integrada a través de estrategias de gestión clínica, que definen las intervenciones a garantizar en cada nivel. El modelo predominante es el de gestión clínica de procesos, con denominaciones diversas (dirección clínica, procesos claves de atención interdisciplinar, procesos integrales, etc.).

La visión integral de la atención permite situar a la atención primaria como eje del proceso, y orientar éste hacia las expectativas y necesidades del paciente. El diseño del proceso de atención requiere una selección de los problemas prevalentes, con alto impacto en la salud y en el gasto sanitario, que justifique el esfuerzo inversor para este tipo de iniciativas. En este diseño intervienen tanto atención primaria como atención especializada y los recursos sociales de apoyo, considerando, además, las expectativas de los pacientes. En la gestión clínica de procesos, se definen los protocolos de intervención tanto clínica como administrativa, así como los procedimientos de evaluación del proceso y de los resultados finales y/o intermedios. Son elementos claves la definición de las pruebas complementarias y los

circuitos de derivación mutua entre atención primaria y atención especializada.

El desarrollo efectivo de estas estrategias se relaciona prioritariamente con el apoyo político e institucional, la implicación de los profesionales y de los ciudadanos y con la existencia de potentes sistemas de información. Estas estrategias son más operativas en procesos de baja complejidad.

Son limitaciones relevantes: la segmentación de la organización asistencial, la desvinculación de los niveles asistenciales, la excesiva variabilidad de la práctica clínica, la baja cultura de búsqueda de la eficiencia por parte de los profesionales y su escasa sensibilidad hacia las expectativas de los ciudadanos.

Hasta el momento, no se evidencian diferencias en cuanto a mejoras en la continuidad de la atención, derivadas del modelo organizativo de las gerencias.

II.1.9. Motivación, implicación y satisfacción de los profesionales

Los estudios realizados en diferentes entornos coinciden en mostrar un nivel medio/bajo en la satisfacción de los profesionales, en relación a las cargas asistenciales y a la percepción de deficiente soporte directivo (Cortés et al).

Las estrategias de motivación e incentivación están focalizadas, actualmente, hacia la mejora de la eficiencia, y se centran en objetivos tales como la oferta de servicios, calidad de la atención, uso racional del medicamento, etc. Los sistemas de incentivación de las Comunidades Autónomas muestran variaciones en cuanto a la validez de los sistemas de evaluación, y a la participación de los profesionales en su diseño.

Algunos estudios alertan sobre el posible impacto negativo de los sistemas de incentivación, porque al requerir un mayor control sobre la actuación

profesional, producen una percepción de mayor presión laboral de los profesionales, y esto repercute en la satisfacción de los pacientes.

Los sistemas de incentivación dirigidos a conseguir objetivos a corto plazo, sin una planificación a medio y largo plazo que permita percibir al profesional las mejoras que se pretende introducir en el Sistema, se valoran como efectivos a corto plazo, y sólo durante el tiempo que dura la incentivación, pero no consiguen, en general, la implicación de los profesionales con los objetivos y estrategias de mejora de la organización. Se considera relevante la vinculación de los incentivos a los objetivos establecidos en los pactos de gestión, dotando a las áreas de autonomía suficiente para desarrollar estrategias de incentivación y motivación.

La carrera profesional se configura como un posible elemento de motivación para los profesionales, aunque se detecta una preocupante heterogeneidad en su configuración en las distintas Comunidades Autónomas, que puede desvirtuar su propósito, y conducir a una inequidad en las condiciones laborales y profesionales en el conjunto del Estado. Se remite al capítulo 4 para una mayor información sobre la evaluación profesional.

II.1.10. Sistemas de información como elemento estratégico

El desarrollo de los sistemas de información es clave para la gestión sanitaria basada en el conocimiento, para la acción coordinada y para la evaluación de resultados. Es necesario orientar los sistemas de información hacia fórmulas que permitan valorar el impacto de los servicios sanitarios en la mejora del nivel de salud de la población, y que aseguren la continuidad de la atención entre niveles.

La reforma de atención primaria ha potenciado el uso rutinario de la historia clínica, convirtiéndola en la base para mantener la calidad de la atención así como para asegurar la continuidad y la longitudinalidad de la misma. En 2006, la mayoría de los centros de salud españoles disponen, además, de

historias clínicas informatizadas. La historia clínica informatizada, junto con la tarjeta sanitaria individual, se configura como el eje del sistema de información y la fuente principal del mismo.

Los avances en este campo han sido importantes en todas las Comunidades Autónomas, aunque con diferencias en relación al grado de implantación de la historia clínica electrónica, la disponibilidad de cuadro de mando integral, de información compartida entre niveles, etc.

Los modelos de historia adoptados son distintos, aunque existe una tendencia general al uso de historias clínicas orientadas por problemas, que es el modelo que mejor se adapta a las necesidades de información en atención primaria y se utilizan diversas clasificaciones, aunque es muy utilizada la CIAP (clasificación internacional de atención primaria) unida al concepto de "episodio de atención". También se está extendiendo la utilización de otras clasificaciones de enfermería (NANDA, NOC, NIC). No obstante, hay problemas en la compatibilidad de los sistemas entre los dos niveles asistenciales y en la utilización de sistemas que permitan compartir la información entre profesionales, asegurando a la vez la confidencialidad de la información clínica.

La mayoría de las Comunidades están desarrollando sus sistemas de información, en algunos casos compartidos entre ambos niveles. En algunas zonas se ha avanzado hacia un cuadro de mando integral a nivel de Comunidad Autónoma, distrito/área de salud, y equipos, que permite un seguimiento continuo de indicadores vinculados a objetivos establecidos.

Los modelos de provisión de servicios pueden influir en la configuración de los sistemas de información, y en su capacidad para asegurar el alineamiento con los objetivos de los planes de Salud.

Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud:

El Consejo Interterritorial del SNS, en el año 2003, acordó la creación y desarrollo de un "Sistema de Información del SNS".

En el año 2004 el Consejo Interterritorial instó a trabajar para disponer de información recogida oficial y normalizadamente sobre atención primaria de toda España. La Subcomisión de Sistemas de Información, que es un órgano de participación y consenso técnico dependiente del propio Consejo, acordó abordar dicho sistema en fases sucesivas de complejidad, constituyendo un grupo de trabajo específico para tal fin.

La primera tarea realizada fue la identificación de las necesidades de información útil para el análisis de situación y evolución del primer nivel asistencial. Los contenidos acordados constituyen el eje de la construcción del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Se trata de elementos comunes presentes en todos los sistemas de información sanitaria autonómicos y recogidos igualmente en los de aquellos países que disponen de un nivel de atención primaria estructurado.

CONTENIDOS DEL SIAP ACORDADOS
Población protegida. Características sociodemográficas. Estado de salud, necesidades y expectativas.
Oferta sanitaria: recursos físicos, humanos y tecnológicos. Cartera de Servicios. Organización de los servicios y criterios de accesibilidad.
Utilización que la población ha realizado de lo ofertado: actividad llevada a cabo y recursos utilizados (consultas, exploraciones...), frecuentación, coberturas alcanzadas en determinados servicios.
Criterios de calidad que se han aplicado y alcanzado en la prestación de los servicios, en aquellos elementos que sean considerados esenciales.
Gasto que ha generado esta atención
Resultados obtenidos, ya sean en impacto en salud, en los denominados resultados intermedios o en satisfacción por parte de la población.

Hasta la fecha se han abordado los contenidos correspondientes a *población protegida y oferta sanitaria*. Tras el trabajo técnico, el Consejo Interterritorial en su reunión del 11 de octubre de 2006, ha acordado adoptar, difundir y dar continuidad a estos contenidos, posibilitando así que se empiece a disponer de información oficial y periódica sobre la Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud y se empiece a subsanar la carencia histórica de información del primer nivel asistencial.

La información del SIAP se encuentra disponible en la página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo. Está previsto, una vez obtenida esta información básica, avanzar en sistemas de ajuste de los datos que permitan una mayor y mejor comparabilidad dentro del SNS.

El Consejo Interterritorial acordó que, además de seguir ampliando y mejorando esta primera fase, se desarrollen los contenidos de *utilización de servicios y actividad*, que deberán estar disponibles a lo largo de 2007.

II.1.11. Participación de los profesionales en la gestión del sistema sanitario público

Existe una amplia experiencia de intervención de los profesionales de atención primaria en la gestión, a través de su participación en la definición de los objetivos institucionales, en su planificación y en su implementación, tanto individualmente como a través de colegios profesionales, sociedades científicas, y otras entidades asociativas.

Sin embargo, los canales formales de participación se han visto influidos a menudo por el impacto de diversos cambios políticos. Ello se acompaña de una limitada percepción de la necesidad de intervenir en los procesos de gestión, y una frecuente delegación de estos aspectos hacia los directivos.

Para avanzar hacia un desarrollo de la atención primaria es necesario conseguir una participación activa de los profesionales en la elaboración y desarrollo de los planes de salud, su intervención en las fases de evaluación

de los procesos de gestión, así como en la valoración de la función de los directivos.

Es fundamental el papel de las sociedades científicas en el impulso a la participación de los profesionales en la gestión del sistema sanitario público.

II.1.12. Participación de los ciudadanos en la gestión del sistema sanitario

El Ministerio de Sanidad y Consumo encarga anualmente la realización del Barómetro Sanitario al Centro de Investigaciones Sociológicas. Además, los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas realizan encuestas periódicas de satisfacción. Todo ello ha de servir para detectar las áreas de mejora del sistema en general y de la atención primaria en particular. No obstante, se observan dificultades técnicas para evaluar el impacto de las medidas de mejora que se derivan de ellas.

La participación de los ciudadanos en la gestión del sistema sanitario se realiza a través de los representantes democráticamente elegidos en los Parlamentos español y autonómicos, y en la administración local (ayuntamientos), mediante la aprobación de los planes y las normativas correspondientes.

Existen consejos de salud de ámbito autonómico, municipal y en zonas básicas de salud, en los que participan representantes de los ciudadanos y de la administración sanitaria, pero su desarrollo es, en general, escaso y de carácter consultivo.

Además de los aspectos recogidos en la Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad, algunas Comunidades Autónomas han impulsado los derechos y deberes de los ciudadanos a través de normativas específicas.

En la actualidad, no existen normativas, ni experiencias concretas en relación a la implicación y participación de las asociaciones de pacientes en

los diferentes ámbitos de la política sanitaria, ni en el de planificación o gestión sanitaria en nuestro país. Sin embargo, se prevé que adquieran mayor influencia en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. Revista SALUD 2000 2004; 99.
2. Alvarez Girón M, et al. Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria: un tema en debate. Aten Primaria 2003; 31(8):514.
3. Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada. November 2003. (Disponible en www.chrsf.ca)
4. Pinillos M, Antoñanzas F. La atención primaria de salud: descentralización y eficiencia. Gaceta Sanitaria 2002; 16(5):401-7.
5. Gené Badía J, Planes A. ¿Dirigir o coordinar? FMC 1994; 1 (10): 608-613.
6. Stille CJ, Jerant A, et al. Coordinating care across diseases, settings and clinicians: a key role for the generalist in practice. Annals of Internal Medicine 2005; 142 (8): 700-709.
7. Guarga A et al. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Aten Primaria 2000; 26 (9): 600.
8. Puig-Junoy J, Ortún V. Externalizar la provisión de servicios de atención primaria no aumenta la eficiencia en el corto plazo. Health Economics 2004; 13:1149.
9. El Área de Salud. La aportación de la atención primaria a la gestión sanitaria. Revista de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2005; 6 (monográfico 1).
10. Avaluació de la reforma de l' Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Fundació Avedis Donabedian 2002.
11. J Gené Badía. De la autogestión a la direcció clínica. Aten Primaria 2001; 28(3): 149-150.
12. Palomo L. Los límites de la excelencia profesional. Rev Salud 2000 2003; 91.
13. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos M A, et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria 2005; 36(8):442.
14. Informe sobre la situación comparativa de los servicios regionales de salud. FADSP mayo 2005.

-
15. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). *Aten Primaria* 2001; 28 (7): 484-490.
 16. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (II). *Aten Primaria* 2001; 28 (10): 668-673.
 17. Berraondo I. Aspectos éticos de la autogestión de los equipos. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3 (1): 7-14.
 18. Simó Miñana J, Gervás Camacho JJ, et al. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. *Aten Primaria* 2004; 34(9):472.
 19. Pou-Bordoy J, Gené Badía, J, de la Cámara González C, Berraondo Zabalegui I, Puig Barbera J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria* 2006; 37(4):231.
 20. Artells, JJ, Andrés J. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de atención primaria en el siglo XXI. *Cuadernos de Gestión* 1999; 5 (supl 1): 1-124.
 21. Berraondo Zabalegui I, Paíno Ortuter M, Darpon Sierra J. Gestión por procesos en atención primaria. Experiencia en Osakidetza/Servicio vasco de salud. *Cuadernos de de Gestión* 2004; 10 (4):205-213.
 22. Berraondo Zabalegui I. Aspectos éticos de la autogestión en los equipos. *Cuad de Gestión* 1997; 3 (1):7-15.
 23. Costa-Font J. Participación colectiva y preferencias sobre programas sanitarios: un enfoque de sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria* 2005; 19 (3): 242-52.
 24. Fernández Fernández I, Fernandez de la Mata E, Sanz Amores R. Gestión por procesos asistenciales: aplicación a un sistema sanitario público. *Cuad de Gestión* 2003; 9 (1):7-25.
 25. García Balboteo JM., Arrabal Díaz C, Vázquez Rodríguez F et al. Descripción de la gestión de los directores de los Centros de salud. *Cuad de Gestión* 1997; I3 (3):141-146.
 26. García Encabo M. Desde la gestión de recursos hacia la gestión de resultados. *Revista de Administración Sanitaria* 2005; 3: 99-110.
 27. Gené Badía J. Pacientes exigentes, profesionales competentes y gestores clínicos: claves de la atención primaria de salud en el siglo XXI. *Aten Primaria* 1999; 23 (supl 1): 71-75.

-
28. Grupo de trabajo del Proyecto de Dirección Clínica de la Dirección de atención primaria del ICS. Modelo de dirección clínica en atención primaria del Institut Catalá de la Salut. Cuad de Gestión 2001; 17 (2):65-72.
 29. Del Llano Señarís J. Innovación tecnológica e innovación organizativa en atención primaria ¿qué es antes, el huevo o la gallina? Cuad de Gestión 2001; 7 (1): 1-8.
 30. Oliva J, del Llano J, Antoñanzas F, et al. Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones en atención primaria. Cuad de Gestión 2001; 17 (4):192-202.
 31. Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador JR. Innovación: contexto global y sanitario. Rev Administración Sanitaria 2005; 3 (2): 333-345.
 32. Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (editores). Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible. Editorial Ariel, Barcelona 2005.
 33. Smith R. Why are doctors so unhappy? British Medical Journal 2001; 322: 1073-74.
 34. Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijo Cobo J, Rodríguez Balo A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Primaria 2003; 32: 288-95.

CAPÍTULO III

RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria supone el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y constituye el lugar donde se atienden y resuelven la mayor parte de sus problemas de salud. Su utilidad depende de su grado de accesibilidad, de su capacidad para dar cuidados integrales a lo largo de la vida del paciente (longitudinalidad), garantizando la coordinación de los cuidados prestados en diferentes niveles. Para lograr estos objetivos se necesita una atención primaria resolutoria.

En los últimos tiempos la utilización de este nivel asistencial ha aumentado considerablemente. Al ser la atención primaria el primer contacto del usuario con el sistema sanitario, es aquí donde se hace más evidente el desequilibrio entre el incremento de la demanda y la capacidad de respuesta asistencial.

La meta o imagen horizonte de la atención primaria podría resumirse como: resolver de forma efectiva, eficiente y satisfactoria los problemas de salud de los pacientes en base poblacional, integrando las diferentes parcelas de la persona (laboral, familiar y social) en un marco de equidad y justicia distributiva.

Atender con calidad es necesario pero no suficiente. Adquiere una gran relevancia en el buen o mal hacer lo que podríamos definir más como "idoneidad de las actuaciones" ante los problemas de salud. Resolución es un concepto que integra calidad e idoneidad y que debe ser el fin último. El objetivo no es atender, es resolver. En este sentido, atender cinco ó diez pacientes, probablemente no es relevante, en tanto que no se resuelvan sus problemas. Pero sí es relevante que se realice un adecuado seguimiento al 5 ó al 10% de los diabéticos, o se resuelvan adecuadamente cinco ó diez pacientes con hombro doloroso. Resolver es el objetivo, pero siempre en base a términos poblacionales.

El enunciar esta meta es el primer paso que abre otras necesidades: En primer lugar, hay que hacerla operativa y realista en la práctica asistencial. Ello conlleva identificar tanto en el área de prevención como en la de atención a problemas de salud, los procesos asistenciales de mayor relevancia y definir en cada uno de ellos los elementos clave en términos de resolución. En segundo lugar, hay que asumir que las metas no se convierten en realidad por el hecho de ser enunciadas. Son necesarios cambios en la estructura (infraestructuras, adecuación de los recursos humanos, competencia profesional, etc.) y en el proceso (modelo organizativo,...) para posibilitar los resultados, aunque esto no los garantice. En tercer lugar, no mejorará la capacidad resolutoria sin implicación de los profesionales. Por lo general, la política de personal de las organizaciones burocratizadas no favorece el establecimiento de diferencias en función de los resultados, lo que dificulta los incentivos por el trabajo bien hecho o que los trabajadores asuman nuevas responsabilidades. Se puede afirmar que sin motivación no hay resolución.

A continuación se analizarán más profundamente cuáles son estos factores que inciden en la capacidad de resolución, cuál es la situación actual en nuestro país y finalmente se harán una serie de propuestas de mejora.

III.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

III.1.1. Factores que influyen en la resolución dependientes del sistema

III.1.1.1. Recursos y financiación

Para resolver satisfactoriamente los problemas sanitarios de la población, la organización sanitaria debe disponer de recursos en personal, equipamiento y medios apropiados y suficientes. El déficit de recursos puede dar lugar a una menor resolución en atención primaria, insuficiente tiempo de consulta

y dificultades para realizar otras labores propias de este nivel, redundando esto en una menor eficiencia del sistema.

El crecimiento progresivo de la demanda asistencial unido a un número insuficiente de médicos para atenderla, se ve reflejado en que estos profesionales en España atienden un 40% más de pacientes/día que la media de los países europeos (Informe de la OMS: "Health Care Systems in Transition", Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000).

Por otro lado, la necesidad de personal de enfermería tiene relación directa con las funciones y tareas asistenciales que asuman. Así, en los casos que enfermería atienda patología de baja complejidad, urgencias en los centros (al estilo de los walk-in centres atendidos por enfermeras), además de las técnicas y programas de crónicos, producirán una mayor necesidad de dotación de enfermeros en los centros de salud.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que existe una escasez de personal administrativo y de apoyo lo que obliga al personal sanitario a dedicar una parte importante de su tiempo a actividades burocráticas en detrimento de las asistenciales, constituyendo este hecho una de las carencias más graves de nuestra atención primaria.

III.1.1.2. Herramientas de apoyo, equipamiento y acceso a pruebas diagnósticas

Las herramientas de apoyo y el equipamiento clínico en atención primaria han constituido un determinante fundamental de la oferta de servicios que podía ofrecerse desde atención primaria, así como un factor decisivo en la propia capacidad resolutoria de este nivel.

Las herramientas de apoyo diagnóstico y el equipamiento son, por definición, cambiantes en el tiempo, en función de los avances tecnológicos

y el conocimiento científico que hace que se vayan incorporando algunas o dejando de usar otras.

El acceso a las pruebas diagnósticas en nuestro país ha sido muy heterogéneo en función de factores geográficos, organizativos o de otro tipo. Sin embargo, en una perspectiva de la atención primaria del siglo XXI y teniendo en cuenta el nivel de formación actual de los médicos de familia y pediatras, es obligado llevar a cabo una ampliación de la oferta de pruebas diagnósticas en atención primaria que permitan aumentar su capacidad resolutoria.

Cuando el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos que precisan los pacientes está limitado, el médico de atención primaria deriva más y por tanto es menos resolutorio. La eficiencia del sistema exige que solo se deriven a atención especializada problemas seleccionados adecuadamente, y susceptibles de ser abordados a ese nivel. Por tanto, un elemento clave para mejorar la resolución en atención primaria es el acceso de los profesionales a las pruebas diagnósticas que precisa el paciente. No obstante, habrá que tener en cuenta que muchas pruebas diagnósticas han sido validadas en entornos de alta prevalencia de enfermedad (hospital) y, por tanto, hay que tener precauciones a la hora de aceptar dicha validez en otros ámbitos, donde la prevalencia es menor y el espectro de enfermedad es menos "florido" como ocurre en atención primaria.

Al no considerar los niveles asistenciales como compartimentos estancos se entiende que la apuesta no puede ser de pruebas diagnósticas "ubicadas" en atención primaria, sino "accesibles" para los profesionales de este nivel asistencial.

En España, es común la limitación del acceso a determinadas pruebas como la densitometría, tomografía computerizada, resonancia magnética nuclear, punción y aspiración con aguja fina, mamografía o incluso la ecografía, entre otras. Y esto supone en muchas ocasiones retrasos en el diagnóstico y el tratamiento, así como una mayor utilización de los servicios de atención especializada. Por tanto, las dificultades en el acceso a las pruebas desde

atención primaria podría incidir directamente en la situación de las listas de espera y los tiempos de demora para primeras consultas de atención especializada.

El criterio general para considerar que una prueba diagnóstica debe ser accesible desde atención primaria es que de los resultados de su aplicación mejore la capacidad de resolución del primer nivel de atención. De igual forma, el criterio para proponer que un equipamiento o instrumento diagnóstico se encuentre en el centro de salud es que, además de mejorar la capacidad resolutoria sea rentable en un sentido amplio, tanto económico como en términos de accesibilidad.

Se considera inadecuado poner límites al catálogo de pruebas complementarias a las que tenga acceso el médico de familia y pediatra de atención primaria, siendo el propio facultativo el que valore la idoneidad de las solicitudes en función de las necesidades del paciente y su capacitación profesional.

No obstante, y dada la heterogeneidad existente en la actualidad en equipamientos y accesibilidad es importante apostar por un paquete básico que debe quedar garantizado para todo equipo de atención primaria y que sirva de referencia a las estructuras de gestión. Al igual que se detalla la oferta de servicios de atención primaria como garantía de prestaciones para los ciudadanos, disponer de un referente en pruebas diagnósticas y equipamiento también debe servir como garante de accesibilidad para los ciudadanos.

La propuesta de pruebas diagnósticas accesibles para atención primaria se detalla en el Anexo VII.

La propuesta de equipamiento para consultas de atención primaria se detalla en el Anexo VIII.

III.1.1.3. Dotación tecnológica

El acceso rápido a tecnologías de apoyo puede ser un incentivo para la buena práctica clínica, además de aumentar la eficiencia, siempre que estas tecnologías se usen de forma adecuada. Son especialmente determinantes para ello: la informatización de las historias clínicas, la digitalización de las imágenes, el acceso informático a pruebas complementarias y la conexión telemática entre los distintos niveles de atención.

Respecto a la historia clínica informatizada, y teniendo presente que debe servir para mejorar la atención al paciente, hay que señalar que aporta numerosas ventajas, como son: un mayor contenido de información, la información es más legible, se facilita la protocolización de los procesos y la transmisión de resultados, y favorece la investigación. También puede tener algún inconveniente, como es el cambio en la relación profesional-paciente y la existencia de riesgos en relación a la confidencialidad de los datos.

En la actualidad, las Comunidades Autónomas están realizando un esfuerzo importante para informatizar las consultas de atención primaria. Sin embargo, existe todavía un elevado número de centros de salud sin informatizar.

Finalmente, es necesario disponer de sistemas de información compatibles entre atención primaria y atención especializada, dentro de las áreas de salud, dentro del ámbito de cada Comunidad Autónoma y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, con el objeto de compartir la información clínica relevante y así favorecer la continuidad de la atención.

III.1.1.4. Coordinación y cooperación entre niveles asistenciales

Es preciso un cambio cultural en nuestro sistema sanitario, en donde se tenga en cuenta que el médico de atención primaria es el agente de salud del paciente, y que el especialista va a jugar muchas veces el papel de

consultor. En cualquier organización sanitaria con diferentes niveles asistenciales es esencial establecer elementos de continuidad y atención integral como un elemento clave de la calidad de los servicios sanitarios. La adecuada relación entre atención primaria y atención especializada implica varios elementos conceptuales:

- La atención primaria como filtro o puerta de entrada al sistema sanitario.
- La visión del médico de familia/pediatra/enfermera como agente de salud.
- La posibilidad de establecer distintas maneras de interrelación.
- La necesidad de desarrollar una atención compartida.

Los condicionantes de que finalmente la coordinación resulte efectiva dependen, en lo que a atención primaria se refiere, de dos factores:

a) La fórmula organizativa de que se dote al primer nivel, entendiéndose por tal la asunción real de una oferta integral de servicios, de la función de filtro dentro de la organización sanitaria y del ejercicio como gestor de casos.

b) La capacidad resolutive que pueda hacer efectiva en función de factores como el equipamiento, el acceso a herramientas diagnósticas compartidas con el nivel hospitalario, la formación de sus profesionales y la adecuación de los recursos humanos.

Una atención primaria que se comporte como verdadero filtro, con un adecuado nivel de resolución, puede actuar como gestora de casos en el sistema sanitario, estableciendo relaciones con atención especializada en condiciones de igualdad, para facilitar la continuidad y longitudinalidad de la asistencia. Por ello hay que procurar que la atención primaria no esté burocratizada ni sobrecargada, en definitiva, que sea resolutive, de forma que pueda ofrecer valor añadido al conjunto del sistema sanitario y a los ciudadanos.

El objetivo último de la coordinación es que cada problema de salud sea resuelto con criterios de calidad en el nivel más eficiente. Esto sólo puede ser cumplido desde una atención primaria fuerte y resolutive que tenga marcados objetivos clínicos, pautas de actuación y circuitos compartidos.

Las ventajas de la coordinación entre niveles para la organización son entre otras el aumento de la efectividad y la eficiencia, la reducción de los costes de transacción, la mejora global de la capacidad resolutive, la reducción de flujos ineficientes de pacientes facilitando la tarea de los profesionales y la clarificación de los circuitos asistenciales mejorando la relación entre los profesionales. Pero para el propio ciudadano la coordinación proporciona una mayor accesibilidad, mejor integración sociosanitaria, resultados clínicos óptimos, bidireccionalidad de la información clínica relevante y mayor satisfacción. Por tanto, una buena coordinación entre atención primaria y hospital garantiza la continuidad asistencial y esto redundará en unos mejores resultados.

Por el contrario, una relación entre estos dos niveles inadecuada origina derivaciones innecesarias, amplios tiempos de demora y dificulta la transferencia de actuaciones desde un medio al otro. En definitiva, impide la asistencia integral, integrada y racional de los pacientes.

Los obstáculos para una adecuada coordinación provienen tanto del área profesional como de la misma organización. **Entre los profesionales** por la existencia de competencias profesionales, recelos y desconfianzas mutuas, por la ausencia de objetivos asistenciales compartidos, falta de guías o protocolos comunes, por las discrepancias en el abordaje clínico y en las pautas terapéuticas, así como por cierto desinterés y desmotivación. Los obstáculos generados por **la propia organización** se deben a desconocimiento mutuo (tanto de clínicos como de gestores), la falta de comunicación, diálogo y pacto, las discontinuidades cuando los pacientes saltan de un nivel a otro, las dificultades para el acceso entre profesionales, la sobrecarga de algunos servicios y consultas de atención primaria y, finalmente, la dificultad de disponer de información clínica compartida, sistemas de información incompatibles entre niveles, etc.

La atención compartida puede entenderse como la mejor estrategia para mejorar la coordinación asistencial al dejar claras las responsabilidades que tienen los profesionales de atención primaria y los del hospital en la atención de salud de los pacientes. Esta estrategia se fundamenta en el consenso entre los profesionales y la adecuada circulación de la información entre niveles e implica por igual a todos los niveles de la organización; sean servicios, unidades, consultas de atención primaria; sean administrativos, enfermeras, médicos de familia, pediatras, trabajadores sociales, etc.

En un sentido amplio podría definirse la atención compartida como la capacidad de articular una perfecta continuidad en los procesos de atención, con independencia del lugar donde ésta se preste, y concentrando lo más cerca posible del paciente los recursos necesarios, con los criterios genéricos de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

Bases del modelo de atención compartida
Visión compartida por atención primaria y atención especializada, y misión específica para cada nivel, con relaciones de cooperación altamente incentivadas.
Objetivos comunes, con actividades y responsabilidades específicas para cada ámbito.
Interiorización de la función de filtro de atención primaria por ambos niveles.
Corresponsabilización del paciente.
Coordinación en el seguimiento.
Protocolos y guías de actuación consensuados.
Incentivos compartidos.

III.1.1.5. Libre elección de especialista

El médico de familia y el pediatra como agentes del paciente, deben tener la posibilidad de elegir el servicio especializado y el especialista que va a seguir atendiendo a sus pacientes en el segundo nivel. La libre elección de especialista favorece la relación entre niveles, el acceso a pruebas, la utilización conjunta de guías, etc. lo cual influye en una mejoría en la resolución.

En el momento actual, la capacidad de elegir libremente especialista o servicio especializado por parte del médico de atención primaria no está del todo resuelta. Su labor de agente del paciente, en estas condiciones, se ve, por tanto, limitada.

III.1.1.6. Cartera de servicios

La definición del tipo de servicios que oferte un sistema de salud en su primer nivel de atención, influirá en su capacidad de resolución. Esto no quiere decir que siempre exista una relación directa entre oferta y resolución, ya que puede haber una amplia oferta de servicios sanitarios que se pongan en práctica de manera poco efectiva y por tanto con un bajo nivel de resolución.

La prestación de atención primaria se definió por primera vez legalmente en el Real Decreto 63/95 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; y más recientemente en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad y en el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el que hay un desarrollo más detallado de esta cartera (ver Anexo I).

En el ámbito del INSALUD, en 1991 se estableció la oferta básica de servicios que se debería dar a los usuarios desde el primer nivel asistencial.

En general, se ha producido un aumento progresivo de los servicios de cartera de atención primaria de las Comunidades Autónomas. A pesar de las diferencias, hay mucha similitud entre las ofertas de las distintas Comunidades Autónomas, surgiendo los mayores contrastes en la definición de los criterios de inclusión y de los criterios de calidad de atención de los servicios.

Con todo, se considera que actualmente, la oferta de servicios en este ámbito es todavía limitada y podría ampliarse de forma que la capacidad de resolución del primer nivel alcanzase la solución de algunos problemas de salud que ahora se tratan en atención especializada, cuando podrían resolverse de forma más efectiva y eficiente en el primer nivel asistencial.

El tema de cartera de servicios es tratado con mayor amplitud en el capítulo I: Contenido de la actividad en atención primaria.

III.1.1.7. Otros factores que influyen en la resolución

Composición de los equipos de atención primaria

La composición actual de los equipos parece no dar respuesta a las nuevas necesidades planteadas. Así por ejemplo, el aumento de tareas burocráticas de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) puede hacer necesario el incremento de personal administrativo de apoyo; o el envejecimiento de la población y el incremento de la expectativa de vida (que implica, en algunos casos, la situación de dependencia), puede hacer necesario la incorporación de profesionales que colaboren en la mejora de la atención en aspectos sociales y de rehabilitación.

Por otro lado, si la normativa legal es poco flexible, limita el desarrollo de nuevas fórmulas que sirvan para introducir modificaciones que mejoren la capacidad de resolución del profesional.

Motivación

La motivación y el clima laboral están relacionados directamente con la mejora en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo. La desmotivación, especialmente en aquellos sujetos con determinadas características de personalidad, puede conducir a un desgaste profesional y afectar consecuentemente a la práctica clínica.

Algunas causas pueden ser, en el ámbito de la atención primaria, la sobrecarga asistencial y burocrática, el aumento de demanda de la población, la disminución de la autonomía profesional y de su reconocimiento, la ausencia de una carrera profesional que recompense y promueva el desarrollo profesional efectivo y el compromiso, las dificultades para realizar formación continuada de calidad, etc.

Aparte de los factores de motivación intrínseca (sentimiento de propia estima, de éxito, la satisfacción por aprender y por el trabajo bien hecho), o trascendente (el valor de ayudar a otros), el salario y los complementos económicos son importantes factores motivacionales. No obstante, en el sistema sanitario público hay escasa relación entre el nivel de compromiso del profesional y el salario.

Los complementos económicos por la consecución de objetivos pueden ser determinantes en el aumento de la capacidad de resolución de los profesionales, al favorecer la realización de nuevos servicios complementarios (cirugía menor, seguimiento del embarazo, etc.), o para incrementar la cobertura de los servicios de prevención. Por otro lado, el incremento del componente capitativo de la nómina, podría incentivar de forma más intensa a aquellos profesionales que tienen mayor población asignada.

Por otra parte, en muchos estudios, se ha demostrado una percepción de poco apoyo directivo por parte de los profesionales. No sienten suficiente implicación de los mandos intermedios en la resolución de los problemas que plantea el quehacer diario.

III.1.2. Factores que influyen en la resolución relacionados con el profesional

III.1.2.1. Organización

Una organización adecuada puede facilitar la resolución en atención primaria. Para mejorar la resolución, la organización sanitaria debe ser flexible y los profesionales deben tener suficiente autonomía en las decisiones organizativas, para así maximizar los resultados. En estas condiciones puede potenciarse la descentralización de la toma de decisiones organizativas en los propios equipos de atención primaria.

Desde un punto de vista teórico, se puede analizar la organización desde la óptica de la administración sanitaria y también desde la del propio centro de salud.

a) Administración sanitaria: La gestión sanitaria pública se caracteriza, de forma mayoritaria, por un importante grado de integración de la financiación y la provisión de servicios; se rige por el principio de jerarquía, sometida al derecho público en todos sus ámbitos y se sujeta a un significativo proceso de centralización en la toma de decisiones. Está regulada con vocación garantista, que prioriza, en general, la legalidad frente a la eficiencia. Esto alcanza a las principales materias de contenido laboral o económico (el régimen presupuestario y de contratación, la tesorería), por lo que los directivos se encuentran con dificultades para dar respuesta a las necesidades cambiantes que se les plantean en su gestión diaria.

b) Centro de salud: Los desarrollos organizativos son heterogéneos, aunque es necesario hacer esfuerzos en una mayor orientación al paciente, participación en la elaboración de objetivos, mayor flexibilidad en las agendas, mejoras en los equipamientos informáticos e historia clínica informatizada, en la distribución de tareas entre los diversos componentes de los equipos (así por ejemplo, los profesionales de enfermería pueden

atender de forma más eficiente los controles de crónicos, recogida de resultados e implicación incluso en el tratamiento, así como en el manejo inicial de enfermedades agudas de baja complejidad).

En general, se debería tender a fórmulas de organización más creativas, eficientes y motivadoras que las actuales, en donde el profesional pudiera tener mayor implicación en la gestión de recursos y en la toma de decisiones, puesto que son los que mejor conocen las peculiaridades de su trabajo. Dotar de mayor capacidad de decisión a los profesionales permitiría responder de forma más adecuada a las necesidades.

III.1.2.2. Procedimientos burocráticos y resolución

El exceso de tareas burocráticas consume un porcentaje elevado del tiempo del profesional. Hay que considerar que existe una burocracia útil (la que es imprescindible) y una burocracia inútil (de la que podemos prescindir). Dentro de la útil, distinguiremos entre la que debe ser realizada por el médico y la que debe ser realizada por otro personal. Por último, dentro de la que realiza el médico distinguiremos entre la que se puede efectuar al margen de la consulta y la que debe realizarse necesariamente en la consulta.

Las actividades de tipo burocrático suponen el 40% del tiempo del Médico de Familia en atención primaria (FADSP. La Atención Primaria del futuro. Madrid. Informe 2005). Entre ellas cabe destacar las recetas de crónicos, recetas de opioides (duplicadas), los informes para visado de fármacos, los partes de interconsulta para revisiones de atención especializada, los documentos de renovación de baja laboral, las solicitudes de pruebas de laboratorio, las solicitudes de ambulancia y las solicitudes que requieren otros formularios impresos (oposiciones, deportivos, acceso a balnearios, acceso a universidades, incapacidad, solicitud de teleasistencia, etc).

La desburocratización de la consulta permite “liberar tiempo médico” consumido de manera poco eficiente, para dedicarlo a las tareas propias de

la atención primaria: asistenciales, formación, investigación, actividades comunitarias, etc. Las medidas para reducir la burocracia innecesaria pueden requerir cambios organizativos o la introducción de procesos de informatización (por ejemplo: historia clínica electrónica). Además, pueden ser necesarios cambios normativos, como la disminución de los partes de incapacidad temporal en determinados casos o la implantación de la receta multiprescripción.

De todas estas actividades, las de prescripción de recetas y de los partes de incapacidad temporal, son las que representan el mayor grado de ineficiencia en el sistema, por el tiempo que el médico dedica a las mismas.

La implantación de la receta electrónica supondría que los pacientes no tendrían necesidad de acudir a su centro de salud a pedir y recoger recetas repetidas de sus problemas de salud crónicos, proporcionando una prescripción hasta la próxima revisión médica, que puede llegar a 6 meses e incluso un año. Esta implantación requiere la consolidación del uso de la tarjeta sanitaria electrónica y a nivel nacional, la codificación de intercambio de información entre Comunidades.

III.1.2.3. Demanda asistencial y resolución

Cuando la demanda asistencial es excesiva aboca a una masificación de las consultas y por consiguiente a una menor dedicación de tiempo al usuario. Si los profesionales disponen de tiempo suficiente por paciente, abordan más problemas y mejor; utilizan más racionalmente los medicamentos y las pruebas diagnósticas; producen menos derivaciones tanto a consultas externas de especialidades como al hospital; pueden hablar, escuchar, pactar con el paciente la mejor alternativa a sus problemas, aclaran sus dudas; abordan mejor los problemas psicosociales; mejora la comunicación y la confianza, aumenta la satisfacción de ambos, disminuye la frecuentación, etc.

Según el Observatorio Europeo de Sistemas de Cuidados de Salud (Oficina Regional de la OMS para Europa), España es el país europeo que tiene el número más elevado de pacientes por semana y médico (con una media de 154 pacientes, frente a los 94 de Finlandia, los 98 de Portugal y los 90 de Suecia) y el que dedica menos tiempo por paciente. Un reciente estudio realizado a nivel nacional, apunta en la misma dirección. Por tanto, se puede decir que actualmente existe una sobrecarga asistencial sobre todo en el medio urbano y semiurbano.

Esto se debe, en ciertas ocasiones, a insuficiente dotación de profesionales, pero también existen deficiencias organizativas en la gestión de las consultas y en el reparto de trabajo entre los profesionales de los centros de salud. Por tanto, la sobrecarga asistencial puede deberse a una inadecuada macrogestión del sistema, responsabilidad de la administración sanitaria, o por una insuficiente organización del propio equipo y del profesional sanitario (microgestión). Además, se observa una progresiva pérdida del papel de la familia en el ámbito de los autocuidados, que puede conllevar un mayor número de consultas a los dispositivos sanitarios.

La organización de las agendas (demanda, programada, urgente, administrativa, etc.) y de la gestión de las tareas burocráticas es capaz de influir sensiblemente en la frecuentación y mejorar la capacidad de resolución.

III.1.2.4. Formación y gestión del conocimiento

Para alcanzar una mejor capacidad de resolución en atención primaria, es imprescindible la existencia de profesionales con amplios conocimientos y habilidades, que incluyan todos los correspondientes a su especialidad, para atender a la población sin límite de edad, sexo o condición del paciente. Estos profesionales deberán ser capaces de integrar la información clínica relevante de la biografía del paciente y aquella procedente de otros proveedores sanitarios. La administración deberá apoyar el desarrollo pleno de esos conocimientos y habilidades.

Los equipos, además de ofrecer asistencia sanitaria y cuidados en salud a los ciudadanos, tienen la responsabilidad de formar a aquellos que trabajarán en el futuro en atención primaria. La formación de estos profesionales debe recaer, de manera principal, en los propios equipos de este nivel asistencial, excepto en aquellos casos que la formación en atención primaria sea sólo un área complementaria.

El desarrollo de la actividad docente de postgrado (medicina de familia y pediatría), y en menor medida, la de pregrado (médica y de enfermería) ha adquirido relevancia significativa en términos cuantitativos y cualitativos en atención primaria. A pesar de ello, persiste cierta falta de reconocimiento y apoyo a este grupo de actividades por parte de las estructuras de gestión.

Entre los obstáculos más importantes para el desarrollo de las actividades formativas se encuentran: el predominio de la actividad asistencial y la desmotivación de los profesionales; unidos a veces, a una mala gestión del tiempo y de la organización del equipo. Además, en ocasiones se producen interferencias por parte de la industria farmacéutica.

Pese a todo, se ha señalado que la formación de profesionales y de estudiantes es un aliciente y estímulo para la mejora continua y para la renovación de los equipos, siendo los retornos positivos que ofrece a medio plazo superiores a las inversiones de tiempo y energías depositados en ellos.

La docencia pregrado en atención primaria

La formación universitaria en España, aún siendo de las mejores valoradas en el mundo, minusvalora el perfil del profesional de atención primaria. Así, por ejemplo, no se reconoce de manera expresa a la medicina de familia como área de conocimiento. En el contexto sanitario actual, un cambio en la formación pregrado que potenciara la incorporación de las disciplinas de atención primaria, y asumiendo la fácil sustitución en la producción de salud

entre la atención primaria/ especializada, podría conducir a medio plazo a un sistema más eficiente.

La atención primaria es un entorno docente idóneo para el aprendizaje de numerosas profesiones universitarias como Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo social, etc. La formación pregrado de Enfermería contempla las prácticas en el nivel de atención primaria con carácter obligatorio. La Pediatría se estudia como asignatura durante la etapa de pregrado, con su contenido teórico y práctico correspondiente, aunque se podrían ampliar las prácticas a atención primaria. El conocimiento de la disciplina de Medicina de Familia con sus contenidos científicos, profesionales y el aprendizaje de sus principales habilidades y actitudes, serán muy útiles para el futuro de cualquier estudiante de medicina, con independencia de su futura especialización en otras áreas. En la consulta del médico de familia, los alumnos pueden integrar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera. Pero, además, algunas de estas habilidades, adquiridas en atención primaria, son diferentes y complementarias a las logradas mediante rotaciones hospitalarias, algo ya puesto de manifiesto tanto en nuestro país como en el extranjero. Las ventajas del entorno docente de la atención primaria en docencia pregrado son múltiples por la localización y por la disponibilidad de problemas de salud y pacientes (Figura 1). Se facilitan las prácticas de los alumnos por la existencia de una amplia variedad de pacientes y patologías, la existencia de pacientes pluripatológicos y polimedicados, el conocimiento de los entornos sociales y familiares condicionantes en la génesis de los problemas de salud, por encontrarse con pacientes en situación clínica estable, sin la gravedad del hospitalizado.

En la actualidad, todas las Facultades de Medicina tienen convenios suscritos con sus Servicios de Salud. Sin embargo, la posibilidad de participar en docencia pregrado desde un centro de salud está muy condicionada por los contenidos de esos convenios.

A pesar de todo lo anterior, es muy probable que la atención primaria tenga cada vez más peso en los planes de estudios de la universidad.

Figura 1: Entornos de aprendizaje de la medicina y enfermería en atención primaria

Centro de salud	Consulta de medicina de familia y pediatría Programas de salud Consulta de enfermería y trabajador social Reuniones de equipo y formación continuada
Domicilio del paciente	Visitas domiciliarias Contacto con el paciente en su entorno
Comunidad	Colegios, residencias de la tercera edad, asociaciones, etc.

La docencia postgrado en atención primaria

La formación postgrado de los profesionales de atención primaria, ha mejorado mucho con la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria y de las unidades docentes en 1977, con la normalización en 2002 por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría de la rotación por Atención Primaria y con la aprobación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en 2005.

El centro de salud y la consulta son los espacios adecuados para la formación, pues son en los que se puede conocer el medio profesional y donde se cuenta con el apoyo de los tutores. Además, el centro de salud es flexible y adaptable para permitir el conocimiento de otros medios laborales posibles. El contacto frecuente e intenso con los pacientes y sus problemas les permitirá adaptar su formación posgraduada a las necesidades de la población y detectar sus necesidades formativas.

En la actualidad, existe gran experiencia de centros docentes acreditados con profesionales motivados y tutores con experiencia en formación de residentes y estudiantes de Enfermería. La existencia de procedimientos de

acreditación garantiza que los procesos formativos sean respaldados por profesionales cualificados.

Sin embargo, para el adecuado desarrollo de esta función docente, los centros de salud docentes deben tener una organización específica y un funcionamiento adaptado a la función que desarrollan. La docencia ha de estar incorporada en la organización general del centro de salud sin ser relegada o absorbida por las necesidades asistenciales.

En relación a la Pediatría, se ha abogado por modificar la formación clásica eminentemente hospitalaria por una formación que contemplara la Atención Primaria. Así, en el año 2002, la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría, normalizó expresamente la rotación por Atención Primaria proponiendo unas bases curriculares para los Pediatras de Atención Primaria tutores de los MIR de Pediatría y la creación de Unidades Docentes Asociadas. La Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, establece la rotación obligatoria por Atención Primaria y una guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de pediatría y sus áreas específicas por centros de salud. Por tanto, de forma progresiva se irá implantando la formación postgrado en atención primaria de los pediatras.

El real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, establece la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, lo cual va a suponer la mejora de las competencias y la formación postgraduada de las enfermeras de atención primaria, que dispondrán de sus programas de residencia, su comisión de la especialidad, centros docentes, etc.

La formación continuada en atención primaria

Hay que señalar que muchos equipos de atención primaria realizan actividades de formación continuada para sus propios miembros. Aún así, sigue teniendo numerosos retos como son: las dificultades organizativas

para su realización, el que gran parte de ella se realiza fuera del horario laboral, que su impacto real en la calidad del trabajo clínico no sea bien conocido, que una parte importante de la misma esté organizada o financiada por la industria farmacéutica (congresos, reuniones, charlas, etc.) que la asocia muchas veces a sus promociones comerciales, etc.

La formación continuada tiene un doble papel: mantiene el perfil competencial del profesional y modela la cultura organizacional. Ambos componentes tienen una importancia trascendente en la capacidad "resolutiva" del profesional. En todo caso, para aumentar esta capacidad en atención primaria es preciso fomentar e integrar los conceptos de la medicina basada en la evidencia de una manera global en todo el sistema de salud, creando guías de práctica clínica que abarquen a los dos niveles de atención, con sus correspondientes adaptaciones territoriales (Comunidades Autónomas).

III.1.2.5. Investigación y su impacto en la resolución

Para mejorar la salud y el bienestar de la población, se debe disponer de la información adecuada para tomar las mejores decisiones y mejorar la calidad y eficiencia de la atención. Esta información debe proceder de estudios de investigación metodológicamente correctos y cuyos resultados puedan ser extrapolados a la práctica del profesional.

Si bien la investigación forma parte de las funciones de los equipos de atención primaria, la realidad es que aún está poco desarrollada y asumida. Hasta comienzos de la década de los ochenta, la investigación en atención primaria era anecdótica (menos del 1% de los artículos publicados estaban relacionados con la atención primaria). A partir de ese momento aumenta hasta alcanzar el 4.1% en 1994, debido a la reforma de la atención primaria, el impulso que supuso la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, las aportaciones de los pediatras de atención primaria y el nuevo perfil de la enfermería. A este período de crecimiento le sigue otro de estancamiento, en el que nos encontramos en la actualidad.

Una evolución similar ha seguido el número de proyectos, procedentes de atención primaria, financiados por el Fondo de Investigación Sanitaria, que desde comienzos de la década de los noventa se mantiene en torno al 4% del total de proyectos.

En la actualidad, se puede afirmar que la producción investigadora en atención primaria es relativamente baja, con poco factor de impacto y con gran variabilidad territorial. Son escasos los estudios multicéntricos, las estrategias de investigación definidas y las líneas de investigación estables. Además, la participación de profesionales de atención primaria en ensayos clínicos de calidad es poco frecuente.

Los obstáculos más importantes para el desarrollo de la investigación en atención primaria son, al igual que se ha señalado para la docencia, el predominio de la actividad asistencial, la dispersión de centros y profesionales, la falta de reconocimiento de la organización y la ausencia de una cultura de investigación entre los profesionales. Otros factores responsables de esta situación son la falta de formación, la ausencia de incentivos y de una carrera profesional que reconozca y premie esta actividad, la elevada presión asistencial, la falta de tiempo, los déficit estructurales, etc.

No obstante, la investigación en atención primaria tiene como ventajas el que se atienden enfermedades en estadios más precoces, que existe una relación longitudinal con los pacientes y que se dispone de una mayor accesibilidad a la comunidad. Para los profesionales sanitarios las actividades investigadoras aportan mejoras en la formación, estimulan el espíritu crítico y, por lo general, aumentan la satisfacción y motivación profesional.

Por otro lado, existen circunstancias como la emergencia de grupos de investigadores, la presencia cada vez mayor de estudios multicéntricos y multidisciplinares y la mejora del acceso a fuentes de financiación, que sugieren que los obstáculos a la investigación en atención primaria se van salvando poco a poco.

La creación de departamentos universitarios de atención primaria podría ejercer un importante estímulo, señalando líneas de investigación prioritarias, promoviendo la formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la atención primaria.

III.1.2.6 Compromiso y motivación de los profesionales

Para que los profesionales tengan una buena capacidad resolutive, también es necesario el compromiso de estos con sus pacientes, con el sistema sanitario y con su propio cuerpo de conocimientos y aptitudes. Es necesario que exista además un buen clima laboral y una calidad de vida laboral adecuada.

Dado el importante papel de los directivos en la mejora de la motivación de los profesionales, se trata más ampliamente en el apartado III.1.1.7.

III.1.3. Factores que dependen del paciente

III.1.3.1. Expectativas del paciente

La capacidad de resolución del profesional está también muy relacionada con las expectativas y la actitud del paciente en relación a su salud. Al cambiar las expectativas y las demandas, la capacidad de resolución puede verse modificada.

Las demandas del paciente no siempre están en consonancia con necesidades objetivas, sino que pueden estar influidas por los medios de comunicación, por la atención sanitaria privada o por la falta de información de la administración sanitaria pública. Así, cuando los medios de comunicación, en ocasiones, magnifican y alertan sobre peligros remotos, crean necesidades no fundamentadas que pueden dificultar la labor resolutive de la atención primaria.

También puede cambiar el comportamiento del médico de atención primaria e influir en su resolución, el aumento de la medicina defensiva.

III.1.3.2. Capacitación-empowerment del paciente

La resolución de los procesos asistenciales pasa también por educar y crear ciudadanos cada vez más autónomos e independientes, que a la vez que participan en los cambios de nuestro sistema sanitario, sean capaces a través de la incorporación de conocimientos sobre autocuidados, utilizar los recursos sanitarios con responsabilidad (filtro sanitario familiar).

Los cambios sociales producidos en España en el último tercio de siglo, sobre todo los referidos a la organización sanitaria, al avance de las tecnologías, al desarrollo científico y de las técnicas de información y difusión en el ámbito sanitario, han condicionado un cambio en la tradicional relación médico-paciente. Un paciente más informado es, sin duda, más exigente con el sistema sanitario y con los profesionales que lo componen.

En este sentido, la Ley 41/2002, de autonomía del paciente pone de manifiesto el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes, dejando patente una relación médico-paciente más igualitaria, y por consiguiente menos paternalista. Esta situación puede dar lugar a una medicina defensiva ya que la relación con el médico es más adulta y menos tolerante con las equivocaciones, haciendo más necesario aún tener tiempo suficiente para la comunicación con el paciente.

III.2. PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

Los indicadores que miden los resultados de su actividad suponen, tanto para la administración como para los profesionales sanitarios, la herramienta necesaria para mejorar la calidad de sus intervenciones, y ofrecen información sobre el índice de respuesta alcanzado frente a las necesidades de salud de la población. En este sentido, es necesario utilizar indicadores que engloben todos los aspectos que se quieran medir, faciliten información para la toma de decisiones de los profesionales y sean reproducibles y comparables.

A nivel teórico los resultados clínicos que se esperan de la atención primaria son la resolución de las necesidades y demandas de la población, y partiendo del concepto de capacidad resolutive señalado anteriormente, se puede de una manera resumida, definir la resolución como la prestación del servicio en el lugar y de la forma más adecuada en cada caso.

Está bastante generalizada la idea de que el 90-95% de las demandas se “resuelven” en atención primaria, cuando en realidad se debería decir que se “manejan” en atención primaria, dado que el hecho de que se queden en este nivel no quiere decir que se “resuelvan” (p.e. un catarro de vías altas tratado con antibiótico, o un paciente con cardiopatía isquémica sin antiagregación, son problemas tratados en atención primaria pero mal resueltos), a la vez que el hecho de no “manejar” el caso en atención primaria, puede significar una buena “resolución” (p.e. derivar a urgencias una apendicitis aguda; o al oftalmólogo una retinopatía diabética).

Así pues, para medir los resultados clínicos de la atención primaria debería medirse la adecuación de la respuesta dada a cada caso, teniendo en cuenta no sólo las demandas de la población, sino también las necesidades no demandadas (p.e. actividades preventivas).

Actualmente no disponemos en nuestro país de información contrastada del conjunto de la actividad clínica de la atención primaria y debemos conformarnos con mirar aspectos muy parciales y en absoluto homogéneos. De hecho el Atlas de la Sanidad en España sólo incorpora como datos “clínicos” las prevalencias de algunas patologías crónicas. Por otra parte los resultados clínicos que se miden en las distintas Comunidades Autónomas no suelen recogerse con un formato homogéneo de indicador y proceso de recogida de datos. Todo ello determina una enorme dificultad para poder obtener datos que sean mínimamente comparables.

Hay que tener en consideración que pretender medir lo que se ha venido en llamar el producto de la atención primaria, todo lo que se hace de forma cuantitativa y cualitativa, y en relación a la cobertura poblacional alcanzada y a los costes generados, no es actualmente posible. De los distintos tipos de medidas que se han propuesto para medir el case-mix de la atención primaria, quizá los ACG (Adjusted Clinical Groups) son los que han sido más estudiados. Sin embargo, no resultan demasiado útiles en la práctica para el profesional, dado que se trata de una clasificación hecha por isoconsumos y por ello sólo serviría, en todo caso, para valorar cómo asignar recursos, no para valorar como estamos haciendo nuestro trabajo. El único intento que se conoce de buscar un acercamiento conceptual al case-mix con criterios de “iso-resolución” es el denominado GER/CNA (grupos de episodios relacionados por criterios de necesidad de atención). De todos modos se trata de un proyecto aún en fase de desarrollo, y la escasez de información publicada al respecto no permite por ahora hacer ninguna valoración adecuada.

Asumiendo que el acercamiento al análisis de resultados o de resolución de la atención primaria será parcial, el desarrollo inicial de las propuestas de evaluación deberían dirigirse a un conjunto sensible de indicadores clínicos que representen una parte del impacto real que puede tener este nivel, y podrían resumirse en un tipo de indicador sintético de los resultados clínicos de los profesionales, equipos y servicios.

Así, con un planteamiento posibilista, en la situación actual podríamos intentar acercarnos a una medida más o menos comparable del resultado de la atención primaria de las distintas Comunidades a partir de lo siguiente:

- Patologías crónicas “protocolizadas” (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, asma infantil, obesidad infantil).
- Indicadores cualitativos de farmacia.
- Indicadores de incapacidad temporal.
- Atención domiciliaria.
- Actividades preventivas.
- Derivaciones a atención especializada.
- Utilización de los servicios de urgencia hospitalarios.
- Condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios.
- Inmunizaciones.

Pero los resultados de la atención primaria no deberíamos medirlos sólo desde la dimensión biológica o científico-técnica. Hay muchos aspectos de la actividad del día a día que cubren parcelas que no tienen una relación directa con la salud pero deben incorporarse a la cuenta de sus resultados. Por ello, además de los indicadores clínicos, y de los de costes, deben introducirse como medida de resultado indicadores que valoren la satisfacción y la accesibilidad a los servicios.

A partir de estos planteamientos, proponemos algunos indicadores que consideramos factibles y válidos para ser aplicados inicialmente en la evaluación de los resultados de la atención primaria:

- Patologías crónicas “protocolizadas”:
 - Pacientes isquémicos con ácido acetil salicílico, beta-bloqueantes y estatinas.
 - Pacientes hipertensos con tensión arterial controlada.
 - Pacientes diabéticos con hemoglobina glicosilada inferior al 8%.
 - Pacientes pediátricos asmáticos con tratamiento específico.

-
- Pacientes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad con tratamiento farmacológico.
 - Indicadores cualitativos de farmacia:
 - Porcentaje de prescripciones de antihipertensivos, broncodilatadores, antidepresivos y estatinas de "primera línea".
 - Dosis diarias definidas por 1000 habitantes y día (DHD) de antibióticos, ansiolíticos y antiinflamatorios no esteroideos.
 - Indicadores de incapacidad temporal:
 - % de pacientes activos en incapacidad temporal en 1 año.
 - Duración media de las incapacidades temporales.
 - Atención domiciliaria:
 - Cobertura poblacional del programa de atención domiciliaria.
 - Actividades preventivas:
 - Coberturas vacunales.
 - Cobertura del cribado de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo.
 - Actividades de educación sanitaria en el ámbito escolar.
 - Derivaciones a atención especializada:
 - Derivaciones en un año por 100 habitantes (global y por especialidades).
 - Utilización de los servicios de urgencia hospitalarios:
 - Visitas a urgencias hospitalarias en un año por 100 habitantes.
 - Problemas de salud sensibles a la atención ambulatoria (ACSC):
 - Ingresos por ACSC por 100 habitantes en un año.
 - Satisfacción:
 - Satisfacción global con el centro de salud (escala numérica) o porcentaje de pacientes que recomendarían el centro de salud a un amigo o familiar.
 - Accesibilidad:
 - % de llamadas para pedir cita efectivas.
 - % de días con espera inferior a 48 h.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atlas de la Sanidad en España. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Disponible en:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/atlas/atlasDatos.htm>.
2. Baena Camús L. Reflexiones sobre las reflexiones de V. Grenzner sobre "Medicina de familia y listas de espera". *Aten Primaria* 2004; 34: 384-6.
3. Blanquer J, Ortuño J, Galiano L, Fluixá X, Montiel I, Mira E. Gestión por procesos de los circuitos administrativos repetidos: un paso hacia la desburocratización de las consultas de atención primaria. *Cuadernos de gestión* 2003; 9: 192-210.
4. Borrell i Carrió F. Hay que comprar más tiempo a los médicos. *Jano* 2005; nº 1566: 1714.
5. Caminal J, Martín A y Grupo de Acuerdo de Bellaterra. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutive del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria* 2005; 36: 456-61.
6. Casajuana J. Diez minutos ¡qué menos! *Aten Primaria* 2001; 27: 297-8.
7. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC* 2005; 12: 579-81.
8. Cubí R, Faixedas D. Viabilidad de la receta electrónica en España. *Aten Primaria* 2005, 36: 5.
9. Díaz E, Medel JG, De Pablo R, Palomo L, Toquero F, Pérez F et al. Criterios básicos para el ejercicio médico en atención primaria. Organización Médica Colegial. Informe, marzo 2003.
10. Estrategias futuras en atención primaria de Salud en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Reunión Técnica, Octubre 2003.
11. FADSP. La atención primaria del futuro. Madrid. Informe, 2005.
12. Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 315.
13. Guillo MJ. IX Congreso Nacional de informática de la Salud. SEIS. Madrid, Marzo 2006.
14. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammerley V, Coupland C et al. Information in practice. The electronic patients record in primary

-
- care-regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1439-43.
15. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2004.
 16. Informe de la OMS: "Health Care Systems in Transition", Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000. AMS 5012667 (SPA) target 19.2000.
 17. Jiménez Villa J. Necesitamos más y mejor investigación en atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 34: 525-7.
 18. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15-11-2002, pp. 40126-40132).
 19. López F, Fernández O, Medina ME, Rubio E, Alejandre G. Investigación en atención primaria: 1994-2003. *Aten Primaria* 2005; 36: 415-23.
 20. Marcos JM, Díez F, Lissarrague A, Peral A. ¿Hay asociación en la calidad de cumplimentación de las hojas de interconsulta entre niveles asistenciales? *Aten Primaria* 2004; 34: 382-3.
 21. Martín García, M. La atención primaria, una asignatura pendiente. *El Médico* 2005; 955: 9-14.
 22. Martínez Pérez JA, Zarco Rodríguez J, Chavida García F. Study on the general practitioner's situation in Spain. 11th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine. Kos Island, Greece, 2005: September 3-7.
 23. Mesa redonda. Comunicación interniveles asistenciales. En XXVII Congreso Nacional de Semergen. *Semergen* 2005; 31 (Supl. 1): 8-12.
 24. Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En: Informe Sespas 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed). Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES): 2002, pg 395-437.
 25. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31: 564-74.

-
26. Montori VM, Wyer P, Newman TB, Keitz S, Guyatt G. Tips for learners of evidence-based medicine: The effect of spectrum of disease on the performance of diagnostic tests. *CMAJ* 2005; 173:385-90.
 27. de Pablo González R. La atención primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *Semergen* 2005; 31: 214-22.
 28. Palomo L. Cuando en atención primaria la rabia se transforma en virtud. *Semergen* 2005; 31: 453-5.
 29. Reig Mollá B, Bisbal Andrés E, Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I, Esparza Pedrol MJ, Martín González RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria*. 2004; 34:300-5.
 30. Ruiz Téllez A. Medida del producto sanitario en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (Supl 1): 29-32.
 31. Ruiz Téllez A. GER/CNA. Grupos de episodios relacionados por criterios de necesidad de atención. *Cymap*. Enero 2004. Extracto del documento tutorial de Isis y GER/CNA. Instituto @pCOM.
 32. Scheck Mc Alearney A, Scweikhart SB, Medow MA. Doctor's experience with handheld computers in clinical practice: qualitative study. *BMJ* 2004; 328: 1162-5.
 33. Seguí Díaz M. ¡Por favor, inviertan en los centros de salud! No especialicen. *Semergen* 2002; 28:370-3.
 34. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco Lopez W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33 (9): 496-502.
 35. Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, cien veces europea. *Aten Primaria* 2004; 34: 472-481.
 36. Simó Miñana J. Empowerment profesional en la atención primaria médica española. *Aten Primaria* 2005; 35: 37-42.
 37. Simó J. La carrera profesional del médico de familia: el sentido y valor de su motivación. *JANO* 2005; 68 (1558): 885-894.
 38. Starfield B. atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson SA; 2000.

39. Zambrana J. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Med Clin (Barc) 2002; 119: 302-5.

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN Y MEJORA DE PROCESOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

IV.1. MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los sistemas sanitarios tienen el compromiso de mantener actividades permanentes para mejorar las prestaciones que ofrecen a los ciudadanos. Dado que los conocimientos en salud están sometidos a un proceso de cambio continuo, los sistemas sanitarios deben garantizar que sus profesionales trasladen esos conocimientos a su práctica diaria.

En atención primaria hay una especial dificultad para conseguir una actualización permanente en los conocimientos y en las actuaciones. Esta dificultad viene condicionada por diferentes variables. Por un lado, los profesionales de atención primaria tienen que solucionar problemas muy diversos y que superan en número a los que se enfrenta cualquier otro profesional. Por otro lado, son necesarios diferentes métodos de trabajo para responder a las necesidades de salud, requiriendo actuaciones de prevención, de diagnóstico, terapéuticas, de apoyo y acompañamiento y de inserción social. Además, desde atención primaria se trabaja en ámbitos tan diferentes como la propia consulta, el entorno social, las organizaciones sociales o el domicilio del paciente. Por tanto, hay multitud de procesos a atender y cada uno de ellos presenta una gran variedad de opciones.

Además, los problemas de salud requieren, en muchas ocasiones, recursos que no están al alcance de los profesionales de atención primaria, o bien se necesita la participación de otros profesionales. Estos condicionantes determinan la dificultad de implantar procesos de mejora de la calidad. Así, si no es posible la realización de determinadas pruebas complementarias o la interconsulta con otros profesionales del sistema sanitario, será difícil establecer ciclos de mejora que repercutan en la calidad de la atención integral de los problemas de salud.

La mejora de la calidad se concibe como una herramienta que requiere una cualificación de los profesionales para su implantación. Los profesionales todavía disponen de un débil bagaje en los conocimientos, en las actitudes y habilidades necesarias para la implementación de actuaciones en este ámbito. Por ello, la formación debería ser uno de los objetivos esenciales para el cambio de cultura en el sistema sanitario, en general, y en atención primaria en particular.

Los modelos de calidad que se están aplicando en atención primaria son adaptaciones que proceden de la industria. Hasta la fecha, a escala internacional, se aplican tres modelos que tienen sus ventajas e inconvenientes (Anexo IX). En cualquier caso, todavía faltan pruebas para asegurar cuál es el más adecuado para su aplicación en atención primaria y en nuestro país. Por ello, la aplicación de los programas de calidad se debe adecuar a los conocimientos reales y requiere la participación e implicación de los profesionales.

Una de las características más relevantes del éxito en un programa de calidad es la contribución del liderazgo en su aplicación, a través de las acciones emprendidas por las estructuras de gestión o por uno o varios profesionales, para facilitar que toda la organización alcance objetivos comunes. Los diferentes autores que estudian el funcionamiento de las organizaciones llegan a considerar el liderazgo como la variable que más influye en los resultados de los programas de calidad. Por esto, resulta determinante impulsar el papel del liderazgo en las estructuras gerenciales y de gobierno de la atención primaria, cuando se pretenda la implantación de las estrategias de mejora de la calidad.

Todo sistema de calidad lleva aparejado una labor complementaria de registro de la actividad y de evaluación con indicadores que se establezcan para orientar los objetivos. Para disponer información de la actividad que se realiza y poder utilizar criterios de evaluación son necesarios sistemas de registros fiables y orientados a los objetivos de la evaluación. Esto conlleva que los profesionales deben realizar un trabajo de registro simultáneo que

ha de incorporarse de manera rutinaria en su actividad. Pero para que los profesionales persistan en las tareas de registro han de encontrar que son de utilidad y que tienen una aplicación práctica para mejorar su trabajo, lo cual no siempre sucede. Cuando los registros no les reportan beneficios o son de escasa utilidad, es habitual la tendencia a abandonarlos o a mantenerlos con un sobreesfuerzo que repercute de manera negativa en el grado de satisfacción en el trabajo.

Por último, para la aplicación de los sistemas de calidad es preciso que los profesionales dispongan de modelos contrastados de práctica clínica. En salud, los modelos de práctica clínica los representan las guías clínicas sustentadas en los principios de la medicina basada en la evidencia científica. Como el conocimiento está sometido a un cambio continuo por los avances de la investigación y de las nuevas evaluaciones de la práctica, hay que disponer de materiales de referencia para orientar los modelos y así alcanzar una práctica clínica de calidad.

En los últimos años se ha producido un progresivo interés por incorporar procesos de mejora de la calidad en atención primaria. Hemos asistido en nuestro país, con mayor o menor continuidad, a iniciativas de los Servicios de Salud para mejorar su actividad mediante la implantación de programas de calidad. A éstos hay que sumar las iniciativas de formación continuada que los profesionales mantienen de forma regular, así como las actividades que se organizan desde las sociedades científicas.

Sin embargo, se puede considerar que muchas de las iniciativas han sufrido una cierta discontinuidad y que todavía no han sido capaces de consolidarse como una práctica habitual. Aunque parece que asistimos a un nuevo impulso en la implantación de las herramientas de mejora de la calidad, los métodos de aplicación tienen una desigual aceptación entre los profesionales. Las evaluaciones disponibles hasta el momento indican que estas actividades tienen dificultades para consolidarse, especialmente por las dificultades para implicar a los profesionales. Se detallan algunos de los aspectos más destacados en la implantación de los modelos de calidad en atención primaria.

Una cultura de calidad poco desarrollada

Se puede afirmar que no se ha implantado de forma generalizada en el sistema sanitario una cultura de la calidad como herramienta que permita la mejora de la actividad. No obstante, en general, los profesionales se preocupan de actualizar sus conocimientos a través de la formación continuada y mantienen una actitud favorable para realizar su trabajo con el mayor beneficio hacia sus pacientes.

Dificultades para la implicación de los profesionales

Algunas de las barreras para generalizar esta cultura de la calidad en atención primaria han sido: la falta de formación; la tendencia de algunos directivos a utilizar la calidad más como control que como una herramienta de mejora; la percepción de los profesionales de que es algo impuesto y en lo que no han tenido una participación activa; la percepción de que no responde a los problemas cotidianos. A esto hay que añadir los temores derivados de todo proceso de evaluación que pueden derivar en sentimientos de culpabilidad por el señalamiento de errores.

Para evitar estas respuestas que dificultan la implantación de los programas de calidad, es preciso: transmitir valores que incidan en el aprendizaje reflexivo; que los propios profesionales controlen el proceso; y demostrar que con la aplicación de estos programas se consiguen resultados que inciden favorablemente sobre el desarrollo y en el crecimiento profesional.

Insuficiente liderazgo desde las estructuras gerenciales y políticas

Para la implantación de programas de calidad, es preciso el liderazgo de las estructuras gerenciales. Muchos profesionales opinan que se ha producido un distanciamiento y poca sintonía entre los objetivos de los profesionales de los equipos y de los responsables de la gestión. Esto dificulta el impulso de nuevas actuaciones.

En este mismo sentido, las estructuras de gobierno de los equipos, con sus figuras de directores o coordinadores, presentan en algunas ocasiones dificultades para transmitir sus objetivos. Se les asigna, de manera simultánea, un papel de representación de los profesionales y funciones de gestión, lo que origina que estén sometidos, con frecuencia, a situaciones complejas y contradictorias. Por tanto, se puede afirmar que el papel de los coordinadores/directores de los equipos está más condicionado por las cualidades y capacidades de la persona que ostenta el cargo, que por la propia concepción y misión del puesto.

Excesiva burocratización por la necesidad de registrar

Se acepta que cualquier modelo de calidad debe sustentarse en un buen sistema de registro y en el compromiso de los profesionales para realizar las anotaciones y registros. Desde la reforma de la atención primaria y en especial en la última década, con el desarrollo de los indicadores de actividad, el registro se ha convertido en un quehacer cotidiano en los centros de salud. Sin embargo, en muchas ocasiones, la información registrada no se ha utilizado para introducir mejoras en la actividad. El resultado es que se ha consolidado un clima crítico ante las labores de registro de la actividad, llegándose a rechazar de forma indiscriminada cualquier tipo de registro.

Por ello, es preciso que los profesionales noten que los registros se utilizan para introducir mejoras y así lograr una actitud más favorable al registro.

Insuficiente asignación de recursos

Las iniciativas de mejora de la calidad requieren, en muchos casos, la asignación de recursos adicionales para llevar adelante los cambios. Los profesionales de atención primaria expresan la necesidad de incorporar cambios en su actividad diaria para obtener mejores resultados, pero no siempre se introducen recursos estructurales suficientes para conseguir auténticas transformaciones. Esto produce, a veces, recelo entre los profesionales ante los programas de calidad. Suelen requerirse recursos

para la formación individual y en equipo de los profesionales, así como para la liberación de tiempo para implantar todas las propuestas de mejora que resulten de la evaluación.

Escaso desarrollo de los sistemas de información

Para la implantación de los programas de calidad en atención primaria es necesario que existan indicadores que sean aceptados y reconocidos por los profesionales.

Hay poca aceptación en relación a los criterios utilizados en los últimos años para la evaluación de atención primaria porque no han sido capaces de demostrar mejoras en los resultados en salud y no han sido útiles para discriminar de manera adecuada la calidad del trabajo de los profesionales.

Aunque se han producido avances significativos en la informatización, queda todavía pendiente un mayor desarrollo y se siguen produciendo dificultades en los procesos de informatización de las consultas.

Excesiva rigidez en los modelos de calidad

Hasta el momento se están utilizando tres modelos de gestión de la calidad que provienen de su adaptación de otros entornos diferentes al sanitario (Anexo IX). Se puede afirmar que ninguno de ellos ha demostrado hasta la fecha garantizar mejores resultados en el producto final. Sin embargo, en todos los casos se observan dificultades para ser integrados en el quehacer cotidiano de los profesionales, una evidente complejidad para ser ejecutados en las organizaciones sanitarias y un aumento de la actividad administrativa y burocrática para los sistemas.

Estas características les convierten en modelos rígidos para su aplicación en los sistemas sanitarios en general y en atención primaria en particular, aunque han demostrado su efectividad en otros sectores productivos. Hay que señalar que en la actualidad existe un grupo de trabajo que está desarrollando un nuevo modelo de gestión de calidad, específico para la

atención primaria, que es el Maturity Matrix. Consiste en una herramienta de autoevaluación para miembros de los equipos. El análisis de los tres modelos de gestión de la calidad de mayor aplicación se puede consultar en el Anexo IX de este documento.

Carencia de planes integrales de formación

La formación continuada es la herramienta fundamental para facilitar una progresiva adaptación de los profesionales a los nuevos conocimientos y para mejorar en la práctica diaria. Para que sea efectiva ha de estar orientada a producir cambios en los profesionales y ha de sustentarse en una metodología docente que asegure la implicación activa del discente y la transferencia de los conocimientos y habilidades adquiridas a su práctica diaria. Sin embargo, muchas veces, la oferta formativa carece de objetivos finalistas de mejora de la salud de los usuarios, pocas veces se sustenta en una metodología que facilite cambios en la práctica profesional y existe una débil participación de los destinatarios y, en ocasiones, de las propias unidades de formación. Por ello, son necesarios planes integrales de formación, en consonancia con los objetivos del Sistema Nacional de Salud, que deben adaptarse a las necesidades de los profesionales y de los equipos, como estrategia de mejora de la calidad.

IV.2. EVALUACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Los conocimientos necesarios para ofrecer una atención de calidad a los ciudadanos están sometidos a cambios. Este hecho condiciona que los profesionales tengan que responder con una permanente adaptación a las demandas y las necesidades sociales en salud. La estrategia de formación se considera fundamental para esa adaptación.

Las respuestas han de orientarse tanto a las nuevas necesidades en salud y a los cambios sociales, como al avance de los conocimientos y a los objetivos en salud del sistema sanitario y de la atención primaria. Por ello, cuando se concibe el desarrollo profesional continuo han de contemplarse

tanto las necesidades de formación percibidas por los profesionales como los requisitos que el sistema sanitario en general haya definido para responder a los problemas de salud de los ciudadanos.

También es preciso garantizar ante los usuarios que los profesionales responden con criterios de calidad y excelencia a sus demandas. Para ello, la administración debe contemplar criterios de certificación, renovables periódicamente, de los profesionales.

Existe un acuerdo generalizado en la necesidad de conseguir una implicación de los profesionales en los procesos de formación, que ha de contemplarse en el marco de un desarrollo profesional continuo. Para que los profesionales tomen parte directa en el proceso formativo se han diseñado herramientas que permiten adecuar con mayor precisión y sensibilidad las actividades de formación a las necesidades de los profesionales. Las dos herramientas que en este momento a escala internacional han demostrado su utilidad y que están validadas y adaptadas a la atención primaria de nuestro país son la prueba ECOE (evaluación clínica objetiva y estructurada) y el Portfolio.

Los escalones de la pirámide de Miller de la capacidad profesional son: 1 (sabe), 2 (sabe cómo), 3 (muestra cómo) y 4 (hace). Pues bien, la evaluación tipo ECOE ya ha demostrado su utilidad en el tercer escalón de Miller (situación de laboratorio en la que se valora la actuación clínica a través de la resolución de casos, articulados en un circuito de estaciones o situaciones por las que los candidatos rotan consecutivamente). Esto se correlaciona mucho más con la capacidad real del profesional que el escalón de conocimientos. Se puede afirmar que representa un sistema muy adecuado especialmente en áreas como las habilidades técnicas, comunicación, manejo diagnóstico-terapéutico e identificación de capacidades de abordaje de situaciones poco prevalentes. Como desventaja tiene el largo periodo de entrenamiento necesario para su correcta preparación y el coste.

Para compensar estas limitaciones ha surgido un nuevo circuito de evaluación con gran impacto a nivel internacional centrado en el cuarto escalón de Miller (evaluación de la práctica clínica) llamado Portfolio o Portafolio. Es un sistema de evaluación que consiste en una recopilación de documentos (en papel, audio o vídeo grabación) con los que el profesional demuestra su desarrollo profesional partiendo de la existencia en los mismos de evidencias de que un determinado nivel de competencia existía previamente o se ha alcanzado durante el propio proceso de evaluación.

Como un instrumento complementario para la gestión de la formación y el desarrollo de los profesionales, las administraciones disponen de la carrera profesional. La carrera profesional se puede convertir en el vehículo que oriente las vías que espera el sistema sanitario que han de seguir los profesionales a lo largo de su vida laboral. Pero también como una herramienta para la motivación de los profesionales y para la evaluación de la calidad de la actividad. Por tanto, la carrera profesional se ha de convertir en el instrumento de gestión que puede orientar la formación continuada de los profesionales, a la vez que permite discriminar entre el nivel de competencias adquirido por cada profesional.

En la última década se han generalizado procedimientos de evaluación de la actividad que se realiza en atención primaria. El procedimiento que se ha aplicado de forma generalizada han sido los contratos programa entre los equipos de atención primaria y las gerencias. Estos contratos de gestión se han utilizado para orientar a los equipos en la implantación o el desarrollo de nuevos servicios y como herramienta para satisfacer criterios de distribución de incentivos entre equipos y entre profesionales. Sin embargo, estas prácticas han presentado algunos problemas y sólo en algunas ocasiones han servido realmente para los fines propuestos. Después de más de una década de utilización de los contratos de gestión, nos encontramos son escasos los estudios que demuestren que han servido para mejorar los resultados en salud sobre la población atendida. Además, han sido una fuente de tensión y de complejas relaciones entre los gerentes y los profesionales, al proponerles, en ocasiones, el cumplimiento de objetivos poco alcanzables o de confusa interpretación. Por todo ello, se han

convertido en un instrumento de gestión que tiene una desigual aceptación por parte de los profesionales.

Se presentan algunos de los aspectos que han destacado hasta el momento en los criterios adoptados para evaluación de los profesionales.

Evaluación mejorable de los servicios ofertados

Aunque la oferta de servicios en atención primaria está generalizada en todas las Comunidades Autónomas, existen algunas diferencias según los territorios. Esta variabilidad es debida, en parte, al diferente acceso a pruebas diagnósticas y al desarrollo desigual de los propios equipos. En este sentido, hay que recordar la reciente publicación del Real Decreto de cartera de servicios 1030/2006, que define los servicios comunes de atención primaria del Sistema Nacional de salud, más pormenorizadamente que la normativa anterior, lo cual puede servir para garantizar de una forma más decidida los servicios comunes en este ámbito asistencial.

En relación a la evaluación de la oferta, existen iniciativas que comienzan a extenderse en algunos servicios de salud, y que tienden a la utilización de indicadores de evaluación de resultados y de proceso, pero esto no está generalizado. Por otro lado, existen pocos estudios que analicen el impacto de la evaluación a pesar de que, en teoría, se defiende su importancia como método para mejorar la gestión y la organización de la actividad en los equipos.

Por tanto, nos encontramos con una cartera de servicios que comienza a estar definida, aunque presentando un desigual desarrollo dependiendo del territorio y con una débil presencia de indicadores de evaluación que hayan sido contrastados y evaluados.

Desconfianza ante los criterios de evaluación

Cualquier propuesta destinada a incorporar una comparación entre los profesionales ha de sustentarse en indicadores rigurosos y aceptados por

ellos. Los contratos de gestión se perciben como procedimientos de poca utilidad para mejorar la actividad. Esto está motivado, en parte, porque los indicadores utilizados para la evaluación de los resultados no se considera que discriminen con criterios de calidad.

Desigual aceptación de la acreditación

La cultura que predomina entre los profesionales del sistema sanitario es de una importante resistencia a ser evaluados y a rendir cuentas periódicas de su actividad, aunque en atención primaria sí se evalúa anualmente una parte del producto. Esta cultura está instaurada desde el propio sistema de formación postgrado, MIR, que finaliza su periodo de formación para la obtención de las diferentes especialidades sin una evaluación independiente o externa de las competencias de los nuevos especialistas. Una vez finalizada la residencia, no se ha instaurado ningún procedimiento para facilitar la autoevaluación o la orientación de la formación continuada.

En atención primaria hay una estructura profesional plana en la que no existen procesos de selección o de reconocimiento de méritos, determinado en buena parte por la ausencia de una carrera profesional. Además, no se ha establecido distinción entre los profesionales de acuerdo con su competencia. Hasta fechas recientes, la única oportunidad de alcanzar un estatus diferente por los profesionales era desempeñando puestos de gestión, que en la mayoría de los casos eran ocupados con criterios de libre designación.

Con todo, son muchas las voces contrarias a la acreditación en defensa del valor y la integridad de los conocimientos de los profesionales.

Dificultades para aceptar la reacreditación de las competencias profesionales

Si la aceptación de los criterios de acreditación de profesionales está llevándose a cabo con cierta dificultad entre los médicos de familia de atención primaria, y es incipiente entre el colectivo de enfermería, la

reacreditación periódica de los profesionales presenta mayores dificultades. No se han identificados criterios básicos para la acreditación periódica, no se han constituido entidades o agencias de reconocido prestigio responsables de la misma. Además, existen entre los profesionales importantes resistencias a someterse a procesos de revisión de su cualificación, entre otras razones, porque hay una desconfianza en la utilización de los resultados. Todo esto sucede en un contexto internacional en el que se generalizan los procesos de acreditación y reacreditación, y en el que adquiere un importante protagonismo el desarrollo de herramientas para la autoevaluación de los profesionales.

Dificultades de la evaluación de equipo

Los equipos fundamentan su actividad en el trabajo en grupo. Sin embargo, ha prevalecido el trabajo y la responsabilidad individual sobre la colectiva. La evaluación basada en la cartera de servicios no siempre se ha realizado discriminando según la calidad y capacitación de cada profesional, lo que ha originado la frecuente desmotivación de los más cualificados. Son escasos los indicadores de evaluación de equipo que realmente respondan a resultados en salud.

Necesidad de definir los objetivos de la evaluación

La evaluación actual no es valorada por los profesionales como un mecanismo para mejorar su actividad y la calidad del servicio que prestan. Más bien se cree que el fin principal es la percepción de incentivos económicos por los resultados obtenidos, para lo que es preciso un procedimiento de evaluación que no se aprovecha para la mejora. En ocasiones también se percibe un excesivo control por las estructuras de gestión en este proceso, así como la tentación de realizar cierto “maquillaje” de los resultados. Por eso es importante que exista un liderazgo responsable que acompañe en este proceso.

Además, se observan problemas en la validez de los indicadores de evaluación. Por ejemplo, la evaluación de la cartera de servicios ha incluido

indicadores que no han sido actualizados. Muchas veces los objetivos son difíciles de alcanzar por el propio volumen de cartera y en contextos de elevada presión asistencial.

Barreras a la participación de los usuarios

Para obtener un sistema sanitario de calidad es necesaria la participación de los ciudadanos en su organización y evaluación.

A pesar de que en atención primaria existen experiencias del impacto favorable en la salud cuando se incorpora la participación ciudadana, estas siguen siendo poco frecuentes.

Se puede afirmar que persiste un relativo recelo por parte de los profesionales a que los usuarios puedan disponer de información de la actividad asistencial. Además algunos profesionales siguen practicando una relación con el paciente basada en el paternalismo y en la posición de autoridad. El resultado es que persisten barreras para favorecer la autonomía y responsabilidad de los ciudadanos sobre su propia salud y su incorporación a las decisiones de planificación y evaluación de la actividad asistencial en atención primaria.

Carrera profesional incipiente

Después de muchos años en los que se había puesto de manifiesto la necesidad de regular la carrera profesional, en 2003 se promulgaron varias leyes que constituyen su armazón legislativo (Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, la Ley de Ordenación Profesional y el Estatuto Marco). Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han fijado los principios generales con el fin de asegurar un reconocimiento mutuo, al objeto de garantizar la circulación de los profesionales dentro del SNS, dejando a las Comunidades Autónomas definir su propio modelo de carrera profesional. Los primeros modelos que comienzan a conocerse están encontrando dificultades para equilibrar los objetivos de las

administraciones, los criterios de las sociedades científicas y las demandas de los sindicatos como representantes de los trabajadores.

La tendencia generalizada es una carrera orientada más al reconocimiento del tiempo trabajado, que a favorecer una evaluación de los profesionales de acuerdo con la calidad de su actividad, incluyendo la formación, la investigación y la gestión clínica, basada en criterios de igualdad, mérito y capacidad, valorados con procedimientos claros, objetivos, explícitos y transparentes. El riesgo de esta tendencia es que la carrera pierda su potencialidad de impulsar una formación continuada y un desarrollo profesional de calidad.

La carrera deberá ser voluntaria y contar con la participación de los profesionales. Además debe diferenciarse de la revalidación o certificación periódicas.

IV.3. PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y DE SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES

En todos los modelos que se han propuesto en los últimos treinta años para la organización de los sistemas sanitarios, se destaca la importancia de la participación de los usuarios. Estos son concebidos como *clientes* o pacientes, dependiendo de la modalidad de financiación del sistema sanitario, pero con frecuencia se generaliza su concepción a toda la población, cuando se trata de sistemas sanitarios públicos universales, que se ocupan de una atención integral a la salud, y no sólo a la atención cuando aparece la enfermedad.

La orientación hacia la participación de los ciudadanos está recogida en el sistema sanitario español a partir del artículo 5 de la Ley General de Sanidad (en cumplimiento del artículo 129.1 de la Constitución), en la que se define la necesidad de ofrecer una orientación biopsicosocial a los problemas de salud y la constitución de estructuras de gestión en las que se incorpore una representación de los usuarios del sistema. Sin embargo, este

desarrollo ha sido muy desigual, con una tendencia poco marcada para facilitar su participación. Podemos afirmar en líneas generales que desde la atención primaria se han realizado y se mantienen algunas experiencias de participación, mientras que éstas son excepcionales en los otros niveles del sistema sanitario.

Son varios los argumentos que sostienen la relevancia de conseguir que el sistema sanitario y la atención primaria incorporen la participación de los ciudadanos. Por un lado, para mantener y mejorar la salud de la población es necesario garantizar la equidad y el acceso a los servicios sanitarios. Pero además, el sistema sanitario tiene el reto de influir en las prácticas y en los estilos de vida de los ciudadanos, porque la salud es mucho más que la curación de las enfermedades. La salud está determinada por variables sociales, familiares y de estilos personales, que son determinantes para el mantenimiento o la pérdida de la salud.

El modelo de salud se ha de apoyar en unos ciudadanos capacitados para establecer sus propios autocuidados y en difundirlos entre sus familias. Hay que favorecer que la población conozca los determinantes de la salud y que adquiera y desarrolle actitudes, aptitudes y habilidades para obtener los máximos beneficios sobre su propia salud. Las indicaciones han de orientarse hacia la generalización de las actividades de prevención y a fomentar la responsabilidad con los autocuidados. Por ello, los servicios sanitarios han de dirigirse hacia los ciudadanos para mejorar sus objetivos en salud. Estos objetivos se deben relacionar con la participación de los ciudadanos en la organización y la gestión del sistema sanitario, y con la corresponsabilidad con la propia salud. Los sistemas sanitarios tienen como misión incorporar a los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones de su organización. Y al hablar de ciudadanos nos referimos tanto a los pacientes como al resto de usuarios potenciales.

Para conseguir la participación e incorporación de los ciudadanos y de los pacientes en el sistema sanitario existen varias opciones. Puede ser decidida activamente por el propio usuario o mediante asociaciones que le representen; o bien puede ser solicitada por el propio sistema, mediante

entrevistas, encuestas o cualquier otro procedimiento que facilite la recogida de información. En cualquier caso, lo importante es la capacidad del sistema sanitario de generar los cambios necesarios, tanto en su estructura como en el personal, para adaptarse a las necesidades de los usuarios. Cualquiera de ellas se considera como un procedimiento imprescindible para ofrecer una atención sanitaria en la que se dé prioridad a la calidad asistencial.

IV.3.1. Análisis de las expectativas y las necesidades de los usuarios

La atención primaria de salud tiene entre sus objetivos ofrecer unos servicios de calidad, y para ello debe incorporar entre sus líneas estratégicas una orientación permanente hacia las necesidades y expectativas de sus usuarios. En los servicios que tienen como objetivo la calidad, el "cliente" es considerado como el centro del servicio que se presta desde la organización. Más allá de la diferente denominación que se adopte: cliente, usuario, beneficiario, ciudadano, paciente, etc.; en términos de mejora de la calidad asistencial, siguiendo la definición de La Mata *"el enfoque de cliente quiere decir que nos pongamos en el punto de vista del paciente y nos preguntamos como esperaría ser tratado. El enfoque del cliente reivindica una personalización de la asistencia y una atención libre de paternalismo y cargada de corresponsabilización"*.

Por tanto, en la definición de la misión de la atención primaria han de incorporarse de manera simultánea los objetivos derivados de los conocimientos científicos, los objetivos del propio sistema sanitario y las necesidades y expectativas de los ciudadanos acerca de su salud y de la oferta de servicios que reciben del sistema sanitario. En cualquier caso, no siempre es posible o conveniente atender la demanda de los servicios que solicitan los ciudadanos. La falta de recursos, la complejidad técnica, la ineficiencia o la demanda inadecuada para conseguir los objetivos de un sistema de salud, pueden ser algunas de las razones que determinan que no sea conveniente satisfacer las demandas. Pero en estas situaciones

resulta especialmente importante identificar las necesidades y expectativas de los ciudadanos y establecer las estrategias de comunicación adecuadas para modular y transformar las demandas iniciales.

En este sentido, se ha recogido la visión de los pacientes y ciudadanos sobre la atención primaria en el trabajo que se presenta como Anexo X de este documento.

IV. 3.2. Satisfacción de los usuarios/pacientes

La medida de la satisfacción de los usuarios con la atención primaria se está convirtiendo cada vez más en uno de los elementos indicativos de la calidad del sistema sanitario. En cualquier caso, medir la satisfacción es un proceso complejo y son diferentes los modelos teóricos actualmente vigentes en el ámbito de la salud. El modelo teórico más utilizado define la satisfacción como una actitud positiva, producto de la interacción entre las expectativas del paciente y la percepción de la atención recibida. En definitiva, cuando se habla de satisfacción se hace referencia a un constructo multidimensional, una suma de acontecimientos positivos y negativos, debiendo indagar las causas de la satisfacción. Es preciso diferenciar la satisfacción de las necesidades del paciente de la satisfacción con el servicio, debiendo tener en cuenta la calidad científico-técnica ofrecida al paciente que es de difícil valoración por su parte.

La importancia de incorporar la medida de la satisfacción de los usuarios viene justificada por:

- La necesidad de dar participación a los usuarios y de democratizar los Servicios de Salud.
- La influencia demostrada de la satisfacción en las tasas de utilización de los servicios y en el cumplimiento terapéutico.
- Su relación con el estado de salud y con la relación del profesional con el paciente.

-
- Ofrecer a los pacientes información adecuada y útil del proceso de atención, abriendo la oportunidad a decidir a los usuarios entre la oferta de servicios.
 - La posible utilización como uno de los indicadores de la actuación clínica.

En conclusión, la medida de la satisfacción debe hacerse de manera descriptiva, identificando indicadores que pueden ser mejorados e incluyendo la medida de las expectativas y necesidades de los ciudadanos. Su medida ha de garantizar la continuidad, de tal manera que permita conocer la evolución y las tendencias derivadas de las intervenciones aplicadas. Sin olvidar que, a pesar de sus imperfecciones, es uno de los indicadores más importantes para conocer la cercanía y la proximidad de los sistemas sanitarios a los ciudadanos.

IV.3.3. Participación de los ciudadanos en atención primaria

La atención primaria tiene entre sus objetivos la participación y la implicación de los ciudadanos en el sistema sanitario. Este principio es plenamente aceptado entre todos los teóricos de modelos sanitarios y está ampliamente recogido en la legislación española que regula nuestro sistema sanitario. Sin embargo, a pesar de esta coincidencia en las posiciones, la realidad en nuestro sistema sanitario es que hasta la fecha apenas se han desarrollado estructuras o modalidades de organización en las que sea relevante la participación de los ciudadanos.

Son múltiples los argumentos que se han esgrimido para apoyar un incremento en la participación de los usuarios en el sistema sanitario. Se destacan los elementos que pueden considerarse de mayor importancia:

- Es preciso superar el modelo biomédico clásico por el modelo biopsicosocial. Este modelo integral requiere entender que son múltiples las causas que intervienen en la salud, tanto en su génesis como en su resolución, por tanto su abordaje ha de tener en cuenta

las condiciones personales y el entorno social y familiar de los individuos. Además, el tránsito de la salud a la enfermedad no es un modelo dual, en el que ambos fenómenos son excluyentes entre sí. Por el contrario, los estados de salud y/o enfermedad en los que se encuentran las personas son el resultado de un proceso en el que, en la mayoría de los casos, es difícil establecer una barrera que diferencie con claridad el estado de salud del estado de enfermedad. Por ello, para afrontar los problemas de salud es necesario atender a la percepción y a la vivencia de enfermedad de cada uno de los sujetos, no existiendo respuestas universales para cada uno de los problemas.

- La salud de la personas y de los pueblos está estrechamente vinculada con sus estilos de vida. La mayoría de las enfermedades que se presentan con mayor prevalencia no pueden resolverse con el clásico modelo de la curación, porque sencillamente están abocadas al fracaso. Al contrario, sólo con el desarrollo de estrategias de promoción y prevención, dirigidos a modificar y consolidar estilos de vida y hábitos saludables, es posible abordar los problemas de salud. Los procedimientos empleados para modificar los estilos de vida requieren conseguir un compromiso activo de las personas y de sus comunidades con su propia salud. Se requiere que cada persona, familia o colectivo tengan conocimientos, actitudes y habilidades que les faciliten mantener el mejor estado de salud posible. Para ello se requiere que los individuos puedan tomar decisiones responsables sobre su propia salud y que reciban un trato por los profesionales que promueva su capacidad de autonomía, evitando los estilos paternalistas que todavía prevalecen en bastantes ocasiones.
- Si la atención primaria quiere garantizar una atención equitativa y de calidad, resultará necesario la incorporación progresiva de la participación de los usuarios. Esta participación ha de realizarse facilitando mecanismos para que los ciudadanos expresen su valoración sobre la atención recibida, pero también desarrollando procesos activos que permitan recoger sus expectativas y

necesidades sobre el sistema sanitario, y procediendo a una adaptación continuada. Por último, es necesario establecer estructuras que permitan incorporar a los usuarios en la gestión y planificación de los recursos de la atención primaria y una mayor proximidad con el tejido social y el resto de administraciones públicas que ofrecen servicios con gran proximidad a los ciudadanos.

IV.3.4. Medicalización de la salud

Hace un cuarto de siglo la crítica a la medicalización hizo su aparición en los debates sanitarios. El artículo publicado por Ivan Illich en 1974 afirmaba que *"en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante"*. Cada día más la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. Conforme aumenta la capacidad tecnológica, aumenta la sensibilidad en la identificación de patologías aumentando la incidencia de las enfermedades y por tanto reduciendo el umbral para la introducción de los tratamientos. Así, cada vez es más frecuente definir la enfermedad solo ante simples síntomas y signos, problemas estéticos, la presencia de factores de riesgo o la probabilidad de padecer en el futuro una patología.

El riesgo ha pasado a considerarse una enfermedad prevalente. Es fácil encontrar desacuerdos sobre cómo afrontar los factores de riesgo entre los diferentes textos y guías de tratamiento, dependiendo del colectivo de profesionales que lo elaboren y de los intereses que sustenten su publicación. De este modo, los fármacos destinados a tratar los factores de riesgo se pueden convertir en un enorme negocio. Estos procesos de medicalización suceden con una escasa participación de la población en la toma de decisiones sobre el empleo de los fármacos y en la ponderación de los riesgos y beneficios para su salud.

Con frecuencia se observa que los nuevos tratamientos y tecnologías son incorporados al sistema sanitario sin que hayan sido sometidos a evaluación de su efectividad y eficiencia para la salud de las poblaciones. Es

necesario, por ejemplo reflexionar sobre la incidencia que tendrá en unos años la posible extensión de las pruebas genéticas, como técnica para la detección de factores de riesgo para contraer enfermedades, ante la ausencia de una adecuada evaluación de los beneficios de las intervenciones derivadas de un diagnóstico de presunción.

En este contexto de creciente medicalización y de aumento de los riesgos de iatrogenia, la atención primaria tiene la oportunidad de intervenir, promoviendo un modelo de salud centrado en los ciudadanos, abriendo su participación en la toma de decisiones sobre su salud y realizando un abordaje integral de los procesos de salud y enfermedad, que garantice una atención individual adecuada.

IV.3.5. Análisis de la situación

En líneas generales se puede afirmar que la participación de los ciudadanos en la atención primaria tiene un alcance desigual. Desde el inicio de la reforma en la década de los años ochenta se ha producido un cambio permanente en la relación de los pacientes con los profesionales sanitarios. Partiendo de un modelo más directivo y de poca participación en las decisiones sobre su salud, se ha evolucionado a otro modelo más centrado en las necesidades de los pacientes y que se ha construido con una formación de los profesionales en estrategias de comunicación, dirigidas a profundizar en las relaciones entre profesionales y pacientes. Sin embargo, se han acumulado escasas experiencias reales de participación de los ciudadanos en las estructuras de gestión de la atención primaria, aunque algunas de las existentes ofrecen resultados bastante satisfactorios. De otra parte, añadir que comienzan a generalizarse las iniciativas de medida de la satisfacción de los usuarios en los diferentes Servicios de Salud.

A continuación se exponen algunos de los aspectos más destacados sobre el análisis de la situación actual de la atención primaria.

Evolución favorable de la medida de la satisfacción

En la última década existe una intención de obtener con regularidad la medida de satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario en general y con la atención primaria en particular. Esta valoración de la opinión de los ciudadanos, salvo la excepción de algún Servicio de Salud, ha tenido un valor esencialmente informativo, al no estar integrado en estrategias globales de mejora de la calidad de la atención. En cualquier caso, las encuestas disponibles permiten conocer la tendencia de la satisfacción en este periodo, así como identificar las carencias más significativas.

La valoración que realizan los usuarios de la atención recibida desde los centros de salud ha experimentado un lento pero continuado crecimiento, situándose en la última encuesta elaborada por el CIS en el punto más elevado de los últimos quince años. Sin embargo, los datos también indican aspectos que se presentan claramente mejorables y que se han mantenido sin mucha variación en todo este periodo. Indicadores como la confianza en los profesionales, el trato y la capacidad de comunicación tienen una buena valoración. Mientras que los tiempos de espera o la capacidad de resolución de la atención primaria son reclamados por los ciudadanos como elementos que necesitan mejorar.

Desigual accesibilidad ante diferentes colectivos sociales

El carácter universal de la atención primaria es uno de sus valores fundamentales para garantizar la equidad en la provisión de servicios sanitarios a todos los ciudadanos. Los equipos de atención primaria aspiran a intervenir de forma proactiva en su población como estrategia para anticiparse a la aparición de la enfermedad o intervenir en los periodos más precoces de la misma, en especial sobre los factores de riesgo.

Sin embargo, las limitaciones estructurales y presupuestarias a las que se ha enfrentado en los últimos años la atención primaria, han generado la dificultad para dar respuestas a las expectativas y necesidades en la atención de ciertos colectivos sociales. De esta forma asistimos, tal como nos indican los últimos datos de las encuestas del CIS, a una pérdida en la

atención de ciertos colectivos sociales. Los estudios de satisfacción señalan que las poblaciones más jóvenes, los menores de treinta y cinco años y las clases con mayor poder adquisitivo disponen de un segundo aseguramiento, que valoran como de primera elección para resolver sus problemas de salud, en un porcentaje próximo al 40% de los casos, por delante de su centro de salud. En cualquier caso, es preciso observar cómo evoluciona esta tendencia en próximas encuestas, al ser un dato de reciente aparición.

En contraposición a la situación anterior, en los últimos años han surgido voces entre los médicos de familia, que advierten del riesgo de haber generado excesiva dependencia a un grupo determinado de pacientes. Este debate se ha establecido acerca de la pertinencia y la frecuencia en el seguimiento desde el centro de salud de las personas que padecen ciertas patologías crónicas, y en especial de ciertos factores de riesgo. En este momento se revisan criterios en la periodicidad en el seguimiento de estos pacientes, al sospechar que se haya generado un exceso de frecuentación inducida por los propios profesionales, con el inconveniente añadido de no haber sido capaces en muchas ocasiones de alcanzar con estos colectivos cambios relevantes en sus estilos de vida. En contraposición a este argumento, se destacan los posibles beneficios en otros ámbitos de la salud de estas personas, que han visto favorecida su accesibilidad al sistema sanitario. Especialmente, al tratarse muchos de ellos de integrantes de los colectivos con menor poder adquisitivo y niveles de instrucción más bajos.

Limitaciones para ofrecer una orientación adecuada a la prevención y promoción

Uno de los objetivos permanentes de la atención primaria desde su creación, ha sido la de imponer una orientación del sistema sanitario centrado en la promoción de los estilos de vida saludables y en el desarrollo de estrategias de prevención. Actuaciones todas ellas que pasan por un compromiso activo de las personas y de sus colectivos por su salud. Como resultado de esta orientación permanente, la realidad es que se ha producido un desarrollo todavía insuficiente en esta orientación del sistema sanitario.

Como consecuencia de las inercias del pasado, de las presiones permanentes hacia una mayor y más rápida medicalización de los problemas relacionados con la salud, de la influencia y de la aglutinación de la mayoría de los recursos en las estructuras hospitalarias y de las limitaciones y escasas experiencias de participación de los usuarios en la gestión y organización del sistema sanitario, ha resultado difícil el desarrollo de esta nueva orientación. Las consecuencias de esto es que sigue predominando un modelo que está más centrado en la curación que en un equilibrio entre la curación y la prevención, y en el que los usuarios no terminan de conseguir los niveles de participación que serían deseables.

Ausencia de estrategias dirigidas a reorientar las demandas de los ciudadanos

Atender las necesidades y expectativas de los usuarios del sistema e intentar mejorar los índices de satisfacción de los usuarios, no significa renunciar a establecer objetivos globales para el sistema sanitario que puedan reorientar algunas demandas sociales. Incluso podría afirmarse que para un adecuado funcionamiento del sistema sanitario público, y también para el funcionamiento de la atención primaria, es preciso ordenar y regular los flujos de usuarios y de sus demandas. Esta regulación se debe concebir desde una perspectiva de educación sanitaria, con la finalidad de incidir y orientar las expectativas de los ciudadanos.

Para conseguir resultados en la reorientación de las demandas de la población es preciso tener identificados con claridad la misión, visión y valores del sistema sanitario, invertir en recursos para informar y generar actitudes favorables entre los usuarios, reforzar las inversiones en aquellas estructuras del sistema sanitario hacia las que son orientadas los ciudadanos y utilizar los medios de comunicación como herramientas de información.

Así ha habido una tendencia a reforzar los servicios de urgencias hospitalarias, al tiempo que no se ha progresado en la capacidad resolutive

de la atención primaria, perdiendo una oportunidad para intervenir en la reorientación de las demandas de la población.

Tendencia a la medicalización progresiva de la salud

Asistimos a un modelo cultural y social que tiende a la medicalización de la salud. Es fácil observar como se hacen sinónimos términos como bienestar personal, satisfacción individual y buen estado de salud. Aspectos relacionados con la imagen corporal, la estética y leves desajustes vitales se transforman en problemas de salud que “requieren” la intervención de los profesionales sanitarios. Se generaliza la utilización, e incluso el consumo, de medicamentos para pequeñas alteraciones de la normalidad; y se amplían las coberturas de los fármacos destinados a controlar factores de riesgo, aunque resulte insignificante su influencia real en el desarrollo de futuras enfermedades.

Por tanto, la medicalización se ha convertido en un fenómeno bastante generalizado y aceptado. Sin embargo, las iniciativas para controlar y minimizar sus posibles consecuencias adversas, son todavía escasas. Se comienza a hablar de la seguridad de los pacientes y de los riesgos derivados del consumo excesivo de fármacos, de la potencial iatrogenia por la aplicación desmedida de los métodos diagnósticos o de la necesidad de delimitar con mayor precisión las indicaciones de los tratamientos en personas con factores de riesgo. En cualquier caso, estos impulsos no son capaces de contrarrestar las presiones existentes, unas tangibles y otras intangibles, a favor de la medicalización.

IV.4. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Las teorías contemporáneas que estudian los mecanismos para obtener una mejora de la calidad en los sistemas sanitarios, demuestran que el componente con mayor importancia es el trabajo en grupo. Incluso se llega a afirmar que el bajo rendimiento individual es el reflejo de un más amplio

“fallo del sistema” o de la ausencia de un amplio sistema de organización del control de la calidad. Por tanto, si los profesionales se proponen conseguir unos resultados óptimos en la atención que ofrecen a los problemas de salud de los ciudadanos, debe compaginar en todo momento un crecimiento en su desarrollo individual con un crecimiento en el desarrollo profesional del resto del equipo.

Reconociendo la importancia de estos principios en la organización de un sistema sanitario, es más fácil comprender el valor que tiene potenciar a los equipos como modelo organizativo en la atención primaria. De la misma manera se deriva la relevancia que tiene poder entrelazar el trabajo que se realiza desde los diferentes niveles del sistema sanitario para conseguir una mejora de la calidad de la atención. A lo que hay que añadir que el trabajo en equipo es el único modelo viable y posible capaz de dar respuestas al modelo biopsicosocial, explicativo de salud. Un modelo que se caracteriza por superar el modelo biologicista y que tampoco entiende que la respuesta a los problemas de salud se pueda realizar exclusivamente desde una perspectiva individual de las personas, sin atender a su contexto social y familiar.

En este contexto de atención a la salud, el sistema sanitario debe disponer de una visión global del trabajo, en el que se compagina el aprovechamiento íntegro de los profesionales para que aporten al trabajo conjunto, con un fortalecimiento de cada uno de los componentes del equipo. Para ello, se trata de delegar poder de decisión a los profesionales, eliminar las barreras que pudieran limitar la potencialidad de desarrollo, aumentar el sentido de responsabilidad sobre los resultados y optimizar la utilización de los recursos. En definitiva, el papel de los directivos y de las estructuras de gestión es el de asumir las tareas de facilitadores al resto de la organización para proporcionar mayores beneficios a los usuarios y a la sociedad.

Se identifican dos elementos estratégicos: El desarrollo organizacional y la gestión clínica.

IV.4.1. El desarrollo organizacional

El desarrollo organizacional se entiende como un campo de las ciencias aplicadas del comportamiento que buscan desarrollar los principios y la práctica de la gestión de cambio y mejorar la efectividad de las organizaciones. Los elementos que definen el desarrollo organizacional son el clima en la organización, la cohesión en el equipo, el estilo de liderazgo y la satisfacción de los profesionales.

Los profesionales de atención primaria no son gobernados por la jerarquía o autoridad, por tanto para conseguir los objetivos colectivos requieren ser responsabilizados y por tanto convencidos. Se han considerado como áreas más importantes del desarrollo organizacional: un cambio cultural, que asegura que las creencias subyacentes y valores de la organización sostienen la reflexión constructiva requerida para un efectivo gobierno clínico; un desarrollo técnico, que asegura que los profesionales tienen las herramientas para llevar a cabo su trabajo y mejorar la capacidad resolutive; y un desarrollo estructural de los comités y de los sistemas de apoyo, necesarios para coordinar y monitorizar el trabajo de mejora de la calidad. Además, el desarrollo organizacional efectivo requiere un liderazgo decidido. Se necesita que los líderes comprendan de forma clara lo que se está intentando implantar y por qué.

IV. 4.2. La gestión clínica

Una de las fórmulas que ha demostrado un aumento de la cohesión y criterios de calidad es la gestión clínica, también conocida con el término de *gobierno clínico*. El término gobierno clínico se utiliza para definir el rango de actividades requerido para mejorar la calidad de los servicios de salud. El ejercicio basado en la evidencia, audit, manejo del riesgo, mecanismos para monitorizar los resultados en salud, aprendizaje longitudinal permanente entre clínicos y sistemas para gestionar la mala calidad contribuirán al desarrollo de la gestión clínica efectiva. Además el término combina un

énfasis en la mejora del cuidado de pacientes individuales con la mejora de la calidad enfocada a poblaciones totales.

La consideración explícita de los valores que sustentan la gestión clínica puede ayudar a evitar conflictos e incrementar la claridad de los objetivos durante la implementación. Se ha discutido sobre el conflicto entre derechos individuales y la ética utilitaria que se produce cuando la atención primaria moderna combina un compromiso con los pacientes individuales con objetivos basados en la población. Un segundo grupo de estos conflictos se relaciona con la implementación de guías que es una parte central del trabajo de la gestión clínica. Muchas guías intentan promover la mejor evidencia clínica, pero algunas pueden ser vistas como herramientas de racionamiento que excluyen a pacientes seleccionados del tratamiento. El deseo de implementar una guía vendrá en parte modelado por el balance que los equipos hagan entre mejorar la calidad de la atención en los individuos o en las poblaciones. Señalar que es importante realizar una declaración de los valores generales del equipo que será importante para el desarrollo de la gestión clínica.

Muchos cambios en atención primaria necesitan recursos adicionales, así para avanzar en la gestión clínica se necesitarán: asesorías para realizar audits, desarrollo de guías de práctica clínica que requieren inversión de tiempo de los clínicos, inversión en entrenamiento y formación, así como en tecnología de la información para monitorizar los cambios.

La responsabilidad es el corazón del concepto de gestión clínica. Los profesionales de la salud no sólo deben esforzarse en mejorar la calidad de los cuidados, sino que tienen que ser capaces de demostrar que lo están haciendo. El objetivo central de la gestión clínica es conseguir que los grupos de profesionales sean responsables del comportamiento de cada uno de sus miembros. Uno de los objetivos de la gestión clínica en atención primaria es promover un nuevo sentido de la responsabilidad colectiva para la calidad de los cuidados proporcionados por todos los profesionales de atención primaria.

De tal manera que los equipos deben verse a si mismos como responsables ante: la comunidad local en la que se sitúa el centro, la gerencia o Servicio de Salud al que pertenecen, los compañeros en el grupo de atención primaria al que pertenecen los profesionales, los pacientes que están siendo tratados actualmente en atención primaria y ante su propio colectivo o institución responsable de su acreditación profesional.

Por último, señalar que para desarrollar la gestión clínica es necesario un *aprendizaje basado en el equipo*. Hasta hace poco, la educación médica continuada en atención primaria se centraba en los médicos de familia y pediatras y obviaba las necesidades de enfermería y otros colectivos de profesionales. El nuevo énfasis animará a los clínicos a reflexionar sobre sus necesidades educacionales y conocerlas. Este es un proceso activo donde la reflexión sobre la atención que prestamos conduce a la identificación de debilidades o necesidades educacionales. Pueden determinarse de diferentes formas incluido lecturas tradicionales, pero lo mejor parece ser la discusión entre pares, referencias a la literatura publicada o consulta de guías. La monitorización de los “sucesos significativos” a partir de la experiencia en la consulta, (portfolio o plan de desarrollo personal) es un método de identificación de necesidades educacionales, a partir de lagunas que uno tiene pasando consulta. Pensar en ellas requiere un poco de tiempo, requiere una cierta confianza y ayuda mutua entre los miembros del equipo.

IV.4.3. Análisis de la situación

La estructura y el desarrollo de la atención primaria están soportados en el trabajo en equipo. Este modelo estructural está prácticamente concluido en todo el Sistema Nacional de Salud, por tanto, salvo los matices propios de la diversidad, la situación que se expone a continuación puede asegurarse que es representativa de todo el sistema.

Modelo de Equipos de atención primaria consolidado

Después de los veinte años de iniciada la reforma de la atención primaria se ha consolidado el modelo estructural de organización en forma de equipos de trabajo constituidos por diferentes profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal no sanitario, etc.). Aunque se puede encontrar diversidad en la composición del tipo de profesionales que lo componen, es común en todos los equipos un patrón similar de funcionamiento y un reconocimiento entre los profesionales de sentirse, en mayor o menor medida, partícipes del propio equipo. Por tanto se puede afirmar que la atención primaria dispone de una estructura que ha consolidado los equipos de profesionales, como forma de organizar la atención sanitaria. Existe una aceptación generalizada, tanto por gestores como por los profesionales, de este modelo.

Predominio del trabajo individual frente el trabajo colectivo

Cuando se analizan las formas de trabajo de los profesionales en atención primaria, destaca que los equipos tienen diferentes desarrollos, dependiendo de múltiples variables. De tal manera que, según el modelo de gestión implantado en cada territorio, el perfil de los profesionales que lo componen, la Comunidad Autónoma en la que se ubican, el liderazgo asumido por sus gerencias o las iniciativas adoptadas por los propios profesionales, el trabajo realizado tiene un mayor carácter individual o colectivo. En cualquier caso, a pesar de que ha habido un gran avance en el desarrollo del trabajo colectivo y compartido entre los diferentes profesionales, y que existe un enorme salto cualitativo al periodo previo a la reforma de la atención primaria, hay que señalar que queda un largo camino para poder avanzar en el desarrollo del trabajo colectivo y para el avance de la gestión clínica.

Hay que destacar la contribución contradictoria que han tenido los contratos de gestión que se realizan entre las unidades de gestión y los equipos de atención primaria. Esta herramienta, pensada para potenciar el compromiso de los profesionales con los objetivos del sistema sanitario y para promover

el trabajo cooperativo, ha tenido, en ocasiones, efectos opuestos a los deseados. Los contratos han generado desconfianza y malestar en los profesionales por: la escasez de recursos para llevarlos adelante, la falta de liderazgo bien definido por los responsables de gestión y la selección de objetivos muchas veces poco realistas. Así, los equipos de atención primaria han aceptado estos contratos, pero no se ha vencido del todo la desconfianza comentada anteriormente.

Desigual colaboración entre distintos colectivos profesionales

En atención primaria, se han producido avances significativos en la colaboración entre los médicos de familia y los pediatras y los profesionales de enfermería. Sin embargo, todavía existen escollos pendientes de resolver. Muchas veces no ha existido una buena comunicación entre médicos y enfermeras, más allá de que en contextos particulares se han producido excelentes modelos de trabajo conjunto. Pero, en general, se puede afirmar que la interacción entre estos profesionales es desigual.

Los farmacéuticos de atención primaria se han incorporado a las gerencias de atención primaria con el objetivo de potenciar todas aquellas actividades orientadas a conseguir una utilización óptima de los medicamentos en el ámbito de la atención primaria. Esto ha originado recelos entre algunos médicos de familia y pediatras. Por eso, son necesarios mayores esfuerzos en la integración de acciones conjuntas con el objetivo común de mejorar la calidad de la atención que se ofrece a los ciudadanos.

Escasas iniciativas que promuevan el desarrollo organizacional de los equipos

No han sido suficientes las iniciativas para favorecer el desarrollo organizacional de los equipos de atención primaria. En definitiva, los profesionales perciben que sus directivos dedican esfuerzos en obtener buenos resultados de gestión, y no tanto en favorecer el desarrollo de los profesionales y de los equipos. Esto se ha reflejado, en ocasiones, en un

clima de distanciamiento e incomunicación entre las unidades de gestión y los equipos de atención primaria.

IV. 5. MEJORA DE LA PRESCRIPCIÓN. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

La gestión de la prescripción de medicamentos es uno de los elementos más atendidos y controvertidos en atención primaria. El resultado es que con frecuencia, se producen tensiones entre los diferentes sectores que influyen o participan en este proceso. Esta compleja situación que afecta a la prescripción de los medicamentos la hace susceptible de intervenciones destinadas a conseguir una mejora en la calidad de la misma.

En primer lugar, hay que señalar que el proceso asistencial puede implicar o no, al final del mismo, la indicación de un medicamento. Por tanto, no hay que caer en la tentación de magnificar las cualidades de los fármacos, ya que, a veces, se desplazan a un segundo término aspectos esenciales como el diagnóstico, la aplicación de medidas para modificar hábitos insanos, el seguimiento de los pacientes o la indicación de medidas terapéuticas no farmacológicas.

En segundo lugar, hay que destacar que, en los últimos años se ha consolidado entre muchos profesionales la necesidad de acotar la indicación de fármacos a lo que marca el uso racional de los medicamentos. Consecuencia de ello es la aparición de guías clínicas destinadas a orientar la intervención de los profesionales, elaboradas con la metodología de la medicina basada en la evidencia, que facilitan el papel de los médicos de familia y pediatras de atención primaria.

Sin embargo, la presencia de una diversidad de actores, con intereses en muchas ocasiones contrapuestos, dificulta la implantación de medidas para una utilización de medicamentos de mayor calidad. Los actores principales son:

-
- Las administraciones sanitarias, que muestran un especial interés en frenar el gasto que representa para el sistema sanitario el consumo de medicamentos. La factura de farmacia representa cerca del 25% del total del gasto del sistema sanitario, con un crecimiento anual medio alrededor del 10%, aunque los años 2004 y 2005, así como los primeros 8 meses de 2006, los crecimientos anuales no superan el 6,5%. Esto conlleva que, en ocasiones, los profesionales perciban en la administración un mayor interés por frenar el crecimiento del gasto que por mejorar el uso racional del medicamento.
 - La industria farmacéutica, que desarrolla estrategias para conseguir una mayor cuota de mercado para cada uno de sus productos. Para ello, utiliza estrategias de marketing cuyos destinatarios finales son los profesionales sanitarios y los pacientes y sus asociaciones. Junto a la labor de investigación e innovación de nuevos productos, destinan importantes cantidades para la promoción de los mismos.
 - Las oficinas de farmacia, que adquieren un papel protagonista como dispensadores y distribuidores de los medicamentos y al disponer de un margen de intervención en la entrega de los fármacos a los pacientes. Una especial relevancia adquieren los colegios farmacéuticos, responsables de la gestión de la facturación al Sistema Nacional de Salud de los medicamentos financiados.
 - Los médicos, que en la prescripción de los medicamentos se ven influidos por diferentes factores, en especial por la necesidad permanente de la actualización de los conocimientos, derivada de la continua renovación de la información médica. Deben existir buenos sistemas de información terapéutica y recursos de formación continuada accesibles, para avanzar en el uso racional de los medicamentos. También el exceso de presión asistencial en atención primaria limita la capacidad de intervención con los pacientes.
 - Los ciudadanos, que tienen unas expectativas sobre los medicamentos cada vez más altas. En parte influidos por los medios de comunicación y las campañas publicitarias de la industria del sector, que, en ocasiones, magnifican los resultados de los medicamentos. Todo esto conlleva la medicalización de la vida

cotidiana, con una tendencia al consumo de fármacos que en muchas ocasiones son innecesarios.

Análisis de la situación

Podemos ver la complejidad en la que se encuentra envuelta la prescripción de los medicamentos y su uso racional, si atendemos a los debates que se han derivado de la reciente aprobación de la *Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. La incorporación a esta Ley de estrategias concretas para intensificar el uso racional de los medicamentos habla de por sí de la importancia del problema. En cualquier caso, la realización de un adecuado y exhaustivo análisis de la situación de partida puede permitir implantar medidas adecuadas destinadas a mejorar la calidad de la prescripción de los medicamentos.

A continuación se analizan algunos de los elementos que determinan la situación actual.

Preocupación por el gasto en la factura farmacéutica

Se ha convertido en uno de los aspectos más controvertidos del sistema sanitario. Es indiscutible que adquiere gran importancia desde una perspectiva de la sostenibilidad y de la equidad del sistema sanitario. Sin embargo, el gasto en medicamentos se utiliza con frecuencia como un estandarte por parte de los responsables de las administraciones y de la industria farmacéutica para justificar sus actuaciones. Esto conlleva que los profesionales lleguen a percibir que el control del gasto farmacéutico se convierte en un objetivo que se antepone a la necesidad de mejorar el uso racional de los medicamentos, lo que dificulta su compromiso con la gestión de los recursos del sistema sanitario.

Patrocinio de la formación continuada de los profesionales

Una parte importante de las actividades de formación continuada de los médicos de familia y pediatras de atención primaria es financiada con el apoyo de entidades privadas, en especial las sociedades científicas o la industria farmacéutica o por ellos mismos. Aunque en los últimos años la oferta formativa por parte de las administraciones sanitarias ha mejorado, todavía es mayor la oferta de formación externa. Esto conlleva que los objetivos de la formación continuada no se correspondan suficientemente con objetivos del sistema sanitario y que puedan estar sujetos a los intereses de los patrocinadores externos.

Dificultades en la prescripción

El proceso de la prescripción está determinado por múltiples elementos. Los médicos no solo deben tomar la decisión de qué fármaco es el más indicado para cada paciente según los criterios científicos, sino que han de asegurar que lo obtiene de la farmacia, que lo toma con la pauta establecida, que no hay interacciones con otros medicamentos y al final, que se producen los resultados esperados. Es decir, que se pone en marcha todo un proceso de gestión del medicamento que hay que considerar en su totalidad y que incluiría también el apoyo de enfermería para mejorar el cumplimiento terapéutico.

La realidad actual es que los médicos se encuentran con importantes trabas que complican este proceso, con una excesiva burocratización. El modelo de receta impide la multiprescripción de fármacos y obliga a una reiteración administrativa en la prescripción del mismo medicamento a los pacientes crónicos o a la necesidad de visados para la prescripción de medicamentos de uso común en atención primaria. Además, la falta de desarrollo de los sistemas informáticos o la todavía insuficiente generalización de las guías terapéuticas, dificultan una mejora en la calidad de la indicación de fármacos.

Intervención sobre la aprobación de la financiación y la promoción de medicamentos

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años desde la administración para separar la autorización de medicamentos de la aprobación de su financiación, el impulso de los precios de referencia, los listados negativos de fármacos, etc., muchos profesionales siguen percibiendo que se traslada a las consultas las decisiones sobre gasto en medicamentos.

La promoción de medicamentos que realiza la industria farmacéutica se concreta en la visita médica. Este modelo tiene más de treinta años de vigencia y seguramente es susceptible de mejorar.

Participación de los farmacéuticos de atención primaria

En los últimos años se han incorporado los farmacéuticos de atención primaria para facilitar la labor de los médicos en el uso racional de medicamentos. La nueva Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios consolida esta figura profesional y reconoce las unidades o servicios de farmacia de atención primaria como estructura de soporte para el uso racional de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de atención primaria. Su labor como profesionales de apoyo para potenciar todas aquellas actividades orientadas a conseguir una utilización óptima de los medicamentos en el ámbito de la atención primaria, representa un desarrollo importante. En muchas ocasiones participan en trabajos de colaboración con los equipos, favoreciendo la tarea de los médicos y mejorando los indicadores de prescripción. Sin embargo, en algunas gerencias les han asignado funciones de control y supervisión, lo cual ha generado recelos entre los médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gené J, Contel JC. Gestión en atención primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial. Barcelona, 2001.
2. Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care: gate keeping, Commissioning and managed care. Br Med J 1998; 317:125-128.
3. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid, 1994.
4. European Foundation for Quality Management. The EFQM Excellence Model. Bruselas: EFQM, 1999.
5. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Clinical guidelines: Using Clinical guidelines. Br Med J 2000; 320: 998-1001.
6. Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Madrid, 2006.
7. Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P (coord). Tratado de calidad asistencial en atención primaria. 1997.
8. Saturno PJ. La definición de la calidad en la atención primaria. En: Marquet R: Garantía de la calidad en atención primaria. Barcelona, 1993 7-17.
9. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona. 1988: 37-102.
10. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
11. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The future Family Medicine: A collaborative project of the Family Medicine Community. Ann Fam Med 2004; 2: S3-S32.
12. Allen P. Clinical governance in primary care: Developing collective responsibility for quality in primary care. BMJ 2000; 321; 608-601.
13. Mercado FJ, Alcántara E, Lara N, Sánchez A, Tejada LM. La atención médica la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos en un estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública 2002,76, 5; 461-471.

-
14. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gest Clin y San* 2003, 5, 2; 47-53.
 15. Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona 1975.
 16. Expósito J. Los costes sociales de nuestras prácticas. Actores y espectadores. *Gest Clin y San* 2000 2 (2): 39-40.
 17. Laibovici L, Lièvre M. Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ* 2002; 324: 255.
 18. Del Llano J, Polanco C, García S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el sistema nacional de salud español. Madrid 2004.
 19. Coalición de Ciudadanos con enfermedades crónicas. La salud del sistema. Estudio exploratorio sobre los usuarios del sistema sanitario español. Madrid. 2006.
 20. Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*, 2005; 36(7):358-366.
 21. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centros de los sistemas sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17:9-22.
 22. Vázquez JR, De León JM. Punto de partida: conocimiento de necesidades y expectativas. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P (coord). *Tratado de calidad asistencial en atención primaria III*. 1997.
 23. Tzchohl J, Franzmeyer S. Alcanzando la excelencia mediante el servicio al cliente. Madrid: Díaz de Santos. 1994.
 24. Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.

CAPÍTULO V

RESULTADOS EN SALUD. LA PERSPECTIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La capacidad de influencia de la atención primaria en la mejora del nivel de salud ha sido valorada por distintos autores, tanto desde el punto de vista de organización general y resultados globales de los sistemas sanitarios (Starfield), como mediante la aproximación a resultados relacionados con actividades o políticas específicas (Holland) e incluso buscando la repercusión en resultados de actividades específicamente atribuibles a la atención primaria en un sistema sanitario concreto (McColl).

La salud es la resultante de la interacción de múltiples determinantes o factores más allá de los estrictamente biológicos, y los servicios sanitarios son un elemento importante, pero no el único, con capacidad para influir en el estado de salud de los individuos y las poblaciones. También es necesario recordar que si bien los dispositivos sanitarios tienen capacidad para elevar los niveles de salud, la tienen también para actuar como inductores de enfermedad por efectos secundarios de la propia actividad asistencial, incluso aunque ésta sea teóricamente correcta. Los sistemas sanitarios han de atender entre otros, problemas de salud que en muchas ocasiones no tienen soluciones definitivas y para los que las actuaciones sanitarias tradicionales procuran medios parciales o paliativos, que además en algunos casos pueden conllevar efectos indeseados. Desde esta perspectiva, la mejora del poder resolutivo de los sistemas sanitarios no deja de ser un producto intermedio en el camino hacia la meta de la mejora de la salud.

En el campo sanitario el resultado de las acciones y políticas puede definirse como el efecto atribuible a una intervención, o a su ausencia, sobre un estado de salud previo. Los resultados constituyen una función de las características clínicas, sociodemográficas y psicosociales del paciente, teniendo en cuenta los tratamientos o intervenciones aplicadas y el

escenario de aplicación. La medición de resultados en salud proporciona en cierta forma un engarce entre la experiencia personal de la salud y la enfermedad (sistema de valores sociales como suma de los sistemas de valores de cada individuo) y las responsabilidades que respecto a la salud individual y colectiva toman quienes tienen la capacidad de decisión a nivel social.

Un buen sistema de atención primaria que aúne disponibilidad geográfica y normativa (aseguramiento universal) que facilite el acceso, con características de longitudinalidad (seguimiento de pacientes en el tiempo), con coordinación entre niveles de atención y dispositivos de atención social y con orientación grupal (familiar-comunitaria), parecen asociarse a una mejor salud de la población. Pero para poder cuantificar estos beneficios obtenibles de los cuidados sanitarios que se prestan, así como de nuevas intervenciones, se necesitan unidades estandarizadas de medición que permitan conocer la eficacia en un momento dado, y también su evolución.

La investigación de resultados en salud aporta evidencias para relacionar los resultados obtenidos con la estructura y el proceso de los cuidados prestados. Dicha investigación está basada en la práctica clínica habitual e implica medir las consecuencias clínicas y económicas de las diversas intervenciones sanitarias, teniendo en cuenta a los receptores de éstas. Permite la evaluación de las intervenciones sanitarias en todas sus dimensiones: eficacia y efectividad (morbimortalidad y calidad de vida), eficiencia (coste/efectividad), equidad y viabilidad.

Precisamente es su base en la práctica clínica lo que hace que la medición de los resultados en salud, especialmente en sus aspectos de efectividad y equidad, encuentre una excelente acogida entre los profesionales de atención primaria que trabajan cotidianamente en relación con los pacientes. Sin embargo, para adquirir utilidad es necesario que la información refleje la relación de un determinado resultado con la actividad cotidianamente desarrollada en su propio ámbito, que haga visible esa realidad.

Diversas experiencias en áreas y zonas de salud han constatado que el facilitar el conocimiento de los propios resultados ha sido capaz de promover una mayor y mejor implicación de los profesionales, al proporcionarles un excelente instrumento de autovaloración. En sentido contrario, algunas experiencias de fiscalización externa de resultados locales sin implicación de los profesionales y con finalidades puramente gestoras no han producido dichos efectos, sino una actitud reticente, crítica y defensiva.

La aparición de nuevas intervenciones sanitarias y la variabilidad en la atención sanitaria, recibida y percibida por los pacientes, así como la creciente participación de éstos en la toma de decisiones clínicas, han conducido a incorporar nuevas variables en los estudios, especialmente las más relevantes para el propio paciente, como la calidad de vida o la satisfacción con el tratamiento. El notable aumento de la cultura sanitaria de la población y la fácil accesibilidad a la información sanitaria y terapéutica a través de Internet está condicionando cambios muy profundos en la tradicional relación de agencia entre el profesional sanitario y el paciente y su entorno.

El introducir la valoración de resultados como elemento fundamental de la evaluación de la atención primaria y específicamente de la autoevaluación por los propios profesionales fue una de las propuestas realizadas en 2003 por los grupos de trabajo reunidos en la jornada de expertos españoles y extranjeros que bajo el lema "La atención primaria como eje del Sistema Nacional de Salud", cerró la Reunión Mundial de atención primaria de la OMS (Madrid, noviembre 2003) con una reflexión específica sobre la atención primaria en España.

También el Grupo de Trabajo sobre gasto sanitario del Ministerio de Economía y Hacienda, preparatorio de la Conferencia de Presidentes de septiembre de 2005 en la cual tiene su origen la iniciativa de estrategias AP21, recoge un capítulo específico sobre indicadores de resultados en salud (en este caso como parte de los indicadores relacionados con el gasto),

incluyéndose tanto los referidos a algunos aspectos de morbimortalidad (resultados clínicos finales) como los de satisfacción.

En fin, la orientación del sistema sanitario hacia el ciudadano encuentra su máxima expresión en la obtención de mejoras en salud y en satisfacción. La obtención de estos resultados y la disminución de inequidades dan legitimidad al gasto público en los servicios sanitarios, pero además son el principal objetivo compartido por los distintos actores del escenario sanitario (ciudadanos, usuarios, profesionales, administraciones sanitarias, entidades profesionales y sociedades científicas, partidos políticos). En nombre de los resultados en salud se producen todo tipo de justificaciones, peticiones y exigencias procedentes tanto desde los distintos actores antes mencionados, como en las relaciones de éstos con proveedores de bienes y servicios sanitarios.

Y sin embargo, la medición de resultados parece ser un reto que se resuelve con dificultad, tanto en atención primaria como hospitalaria; y tanto en España como en otros países, independientemente del tipo de sistema sanitario. La evaluación de los resultados de la atención sanitaria debe estar basada en las mejores evidencias disponibles y utilizar indicadores de calidad, pero el hecho de que dicha medición deba producirse en el momento actual mediante instrumentos limitados e imperfectos, no debería frenar la búsqueda de una mayor perfección precisamente mediante un uso rutinario aunque críticamente constructivo de los datos y sistemas disponibles. Entre las dos únicas posibilidades que se les presentan a todos los sistemas sanitarios respecto a la medición de resultados en salud (medirlos imperfecta y parcialmente o no medirlos en absoluto), el Sistema Nacional de Salud de España y cada servicio regional de salud deben unirse a aquellos países que han optado por una medición (imperfecta) de resultados. Y esto es así porque la medición rutinaria de resultados puede generar impactos favorables sobre:

- El nivel operativo clínico: Los profesionales desean conocer su participación directa sobre la obtención de mejores niveles de salud y ver relacionado su trabajo con los objetivos en salud que consiguen y más si

estos resultados se vinculan directamente con los perfiles sociodemográficos y sanitarios de la población con la que trabajan. Ver los resultados del propio trabajo tiene un conocido impacto, con evidencias empíricas que lo refrendan, sobre la motivación de los profesionales y por ende sobre la viabilidad del sistema.

- El nivel táctico-estratégico: La identificación de determinados resultados en relación con patrones de salud-enfermedad de determinadas zonas, teniendo en cuenta los patrones sociodemográficos y sanitarios, puede permitir reajustes razonables (y razonados) de recursos, con un esperable impacto sobre la equidad, por una adaptación si no idónea, al menos sí suficiente de los recursos a las necesidades reales.

- El nivel normativo y político: Permitirá dotar de evidencias (pruebas) al papel que la normativa sanitaria (Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad) ha asignado a la atención primaria como eje del sistema, como gestor de casos y regulador de flujos. Este teórico papel central de la atención primaria se encuentra con frecuencia muy rebajado en la práctica por el funcionamiento cotidiano de la relación entre ambos niveles asistenciales y también por las políticas de prioridades presupuestarias. En definitiva, conocer el papel de la atención primaria sobre la efectividad del sistema permitiría sustentar las prioridades político-presupuestarias en relación con la atención primaria acordes con la prioridad teórico-normativa existente.

V.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La mejora de salud de la población es, sin duda, el objetivo de nuestro sistema sanitario. Pero como ya se ha indicado previamente, la obtención de resultados en salud no se consigue sólo, y ni siquiera mayoritariamente, a través del sistema sanitario en ninguno de sus niveles de atención.

Las políticas sanitarias deben enmarcarse en políticas de salud, forzosamente intersectoriales para ser plenamente efectivas en muchos aspectos. El sistema sanitario en general y la atención primaria en particular

necesitan conocer y emplear los indicadores de salud, en parte como forma de conocer el resultado de su propia actividad, pero también para otras finalidades:

a) El sistema sanitario ha de actuar como impulsor de políticas de salud, aplicables tanto en el propio ámbito sanitario como en otros sectores, al reconocer el efecto de determinadas actitudes o exposiciones sobre la salud (tabaco, cinturones de seguridad, amianto, etc.). Este papel impulsor requiere conocer determinados resultados en salud, aunque sean los sectores de seguridad vial, industrial u otros, quienes deban tomar las medidas de control.

b) El sistema sanitario debe ajustar el tipo y volumen de servicios prestados para abordar aquellos problemas de salud considerados susceptibles de prevención y solución por la actividad específicamente sanitaria. En este sentido, conocer y emplear los indicadores de resultados será un instrumento que permita reorientar actividad y recursos hacia las necesidades sanitariamente abordables.

c) El sistema sanitario debe valorar en qué medida las actividades con probada eficacia en la mejora de la salud logran ponerse en práctica y alcanzar su objetivo de mejorar la salud y disminuir la frecuencia de la enfermedad, la severidad de la misma, la discapacidad y la muerte prematura. Este aspecto de la medida de resultados es el que precisa habitualmente mayores esfuerzos respecto a la cantidad y calidad de información, ya que busca precisamente obtener pruebas empíricas de la actuación efectiva del sistema en muy distintos aspectos y ámbitos de su actividad.

En definitiva, muchos resultados en salud se conocen y reconocen como fruto de mejoras sociales y económicas más que como efecto del sistema sanitario, y no debieran imputarse básicamente a éste sus éxitos ni fracasos, sino a la sociedad en su conjunto. La esperanza de vida o la mortalidad por causas externas (violencia, accidentes) entrarían en este tipo de consideración, y nos informan mucho más sobre la situación social

que sobre el funcionamiento del sistema sanitario. Por el contrario otros indicadores, como la mortalidad prematura por causas sanitariamente evitables, exploran en mayor medida la relación del sistema sanitario con la mejora de la salud.

V.1.1. Situación actual respecto a la obtención de resultados en salud a través de publicaciones del sistema sanitario

Además de la tradicional evaluación y reevaluación de indicadores de salud que con carácter general se emplean en las valoraciones de las estrategias Salud para Todos y otras de la OMS o la producción de indicadores internacionalmente comparables en el ámbito de la OCDE, existen numerosos trabajos que investigan en España los resultados en salud obtenidos sobre enfermedades o situaciones específicas, al aplicar algunas actividades sanitarias concretas, o comparando dos tipos de actuación clínica. Se trata sin duda de valoraciones de interés y por supuesto necesarias y, en general, podríamos decir que se realiza una variada publicación de indicadores de salud y de resultados en salud por parte de profesionales y administraciones, si bien su orientación tiene en general un sentido más descriptivo que evaluativo, por lo que su producción es un fin en sí mismo (el interés por conocer una realidad concreta o general), más que un medio para evaluar o autoevaluarse.

Pero, sin duda es también necesaria esa investigación evaluativa que relacione los resultados en salud con el funcionamiento general del sistema sanitario, y en este aspecto se conocen pocos estudios que hayan sido realizados en España o referidos a nuestro país y que hayan sido publicados en revistas incluidas en las indexaciones internacionales. Sin embargo algunos, como los trabajos de Starfield, han sido claves para valorar la atención primaria como variable independiente sobre los resultados en salud, satisfacción y consumo de medicamentos. Son precisamente estos trabajos, los que han permitido ubicar a la atención primaria de España en el tercer mejor puesto, entre los 11 sistemas sanitarios de nuestro entorno socio-económico estudiados.

A pesar de existir en los últimos años múltiples publicaciones y estudios (de ámbito nacional y regional) encaminados a conocer resultados en salud y niveles de control de factores de riesgo, no siempre es fácil relacionar, y menos aún identificar, el papel específicamente desempeñado por la intervención de la atención primaria en estos resultados. La existencia de "papeles grises" y en general de trabajos no indexados es frecuente, pero de difícil obtención (comunicaciones presentadas en congresos regionales y nacionales, libros o publicaciones monográficas no periódicas y documentos de centros de salud y administraciones sanitarias).

Además, las estrategias de búsqueda deben tener en cuenta que, al menos hasta el momento, el término "resultados en salud" o sus equivalentes más habituales en inglés (output, outcome), permiten encontrar pocas referencias en España, encontrándose sin embargo trabajos que contienen indicadores de resultados intermedios y finales en salud cuando en la estrategia de búsqueda se usan términos como "producto", "medida del producto", "cartera de servicios", "mortalidad", "calidad de vida", "evaluación", "estado de salud", "control de..." o realizando la búsqueda por problemas de salud concretos.

Los trabajos publicados o los pendientes de publicación que tienen como objetivo la evaluación de un sistema o parte del mismo (y no una actividad), se centran en los resultados finales y especialmente en el análisis de causas MIPSE (muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables) y, en general, se inspiran en los trabajos de Holland sobre mortalidad evitable. La valoración de resultados intermedios es más habitual en papeles grises (documentos de investigación evaluativa de centros de salud y administraciones sanitarias) y aportaciones a congresos.

Las referencias localizadas pueden consultarse en la bibliografía de este capítulo.

V.1.2. Situación actual respecto a la disponibilidad de datos para la elaboración de indicadores de resultados en salud

Afortunadamente la aparición de los nuevos sistemas de información, como las bases de datos clínico-administrativas y la aplicación general de la informática a la medicina, hace que se pueda tener acceso a información exhaustiva de los resultados clínicos y económicos de un gran número de pacientes. Sin embargo, la obtención de resultados de bases de datos administrativas requiere tiempo, dado que se debe haber incluido en ellas un número suficiente de pacientes y haber realizado el seguimiento durante el tiempo necesario para poder evaluar las variables de resultado. Esta situación de acumulación de datos referidos a periodos de tiempo suficientemente prolongados se da ya con cierta frecuencia en la atención primaria, si bien la falta de homogeneidad en los indicadores y bases de datos que se manejan por distintas instituciones y servicios de salud hace que, con frecuencia, sea mayor su utilidad para comparar la evolución longitudinal de un centro o grupo de centros que para comparar transversalmente territorios mediante agregados. Esto requeriría, además, definir homogéneamente los indicadores a obtener, teniendo en cuenta las variables de diversidad estructural, organizativa y demográfica.

La información estadística disponible sobre mortalidad y los repertorios de micro-datos clínicos actualmente existentes en la atención pública primaria (historias clínicas informatizadas) y hospitalaria (CMBD al alta informatizados) en España, permiten una aproximación probablemente más ambiciosa que la que venimos realizando, respecto a la evaluación de resultados en salud referidos a morbilidad evitable y a actividades clínicas y preventivas con repercusión probada en el nivel de salud. Existe, por tanto, un marco de referencia global, o la posibilidad de obtenerlo, respecto a las variables de carácter clínico. También están disponibles las bases documentales para valorar la situación de territorios pequeños frente a dichos marcos de referencia. Sin duda, el sesgo de explotación de datos y publicación es especialmente notable en estos aspectos en nuestro país, dado el desbalance entre la recogida de datos y su divulgación.

Por otra parte, para la valoración de resultados basados en la autopercepción (del estado de salud, de la calidad de la atención y los cuidados, de la discapacidad o el grado de dependencia), no se cuenta en general con un repertorio de micro-datos suficientes para proporcionar mediciones referidas a poblaciones pequeñas, pero sí con un marco de referencia de carácter general, mediante valores periódicamente obtenibles de estadísticas, encuestas de salud y de satisfacción de ámbito nacional, regional y en algunos casos municipal.

No ocurre lo mismo con la valoración de la calidad de vida (relacionada con la salud, relacionada con el rol de cuidador), bien en población general o en colectivos específicos, tema respecto al cual se dispone de trabajos puntuales de investigación, sobre todo relacionados con la aplicación de intervenciones y medicamentos en patologías concretas, o con micro-datos de reciente recogida en ámbitos territoriales concretos. Pero no se cuenta con datos de carácter general ni tampoco con un marco de referencia suficientemente amplio y estable que permita situar un resultado local en un patrón medio de referencia, como sí ocurría con las variables clínicas, satisfacción o auto percepción de salud.

V.1.3. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades

En definitiva, en la situación actual las debilidades detectables son ante todo operativas, ya que, al igual que se detectó en 2003 para los expertos internacionales participantes en la Conferencia OMS-España (ver documento), existe en nuestro país un consenso amplio acerca de lo que es necesario hacer, aunque no se materialice por el momento un acuerdo sobre cómo llevarlo a la práctica. Se constata, además, como una debilidad notable, la dificultad para que los trabajos realizados sobre resultados en el ámbito de la atención primaria tengan una difusión suficiente que permita un efecto de imitación de buenas prácticas.

Por lo tanto, buscar una evaluación más sistemática de resultados, así como un conocimiento amplio de la experiencia existente puede evitar la acusación reiterada de no haber probado la efectividad (a pesar de que no es habitual que se evalúen las reformas sanitarias, ni en España ni en otros países). Además esta evaluación ofrece la oportunidad de mostrar cómo la obtención de resultados en salud es una de las fortalezas de la atención primaria española, tal y como ha sido demostrado y publicado en los estudios comparativos internacionales, que han sido realizados utilizando datos ya disponibles para nuestro país, lo que demuestra la viabilidad de hacer visible, en forma continuada y no sólo esporádica, esta fortaleza.

Por último, demostrar esta fortaleza en la obtención de resultados en salud conllevaría lo que para el resto del sistema sanitario (aunque no para los profesionales que trabajan en atención primaria) sería una insospechada fortaleza añadida de la atención primaria: la capacidad para continuar produciendo mejoras en los resultados en salud mediante su ductilidad para adaptarse a situaciones cambiantes en las poblaciones atendidas, y para generar una más coste-eficiente producción de resultados por el resto del sistema cuando se proporcionan en el nivel de atención primaria los instrumentos clínicos y organizativos pertinentes.

V.2. PROPUESTA DE INDICADORES DE RESULTADOS DE SALUD

Es muy recomendable, en primer lugar, adoptar un criterio común respecto a lo que se incluye en la definición de “resultado en salud”: Se considera resultado en salud tanto el resultado final (resultado en salud propiamente dicho), como los denominados resultados intermedios (resultado de actividades con efectividad probada para mejorar la salud), ya que en la determinación de la secuencia causa- efecto- resultado, con frecuencia no es fácil establecer relaciones unívocas que definan de forma explícita resultados finales. La existencia de lo que algunos autores denominan “zonas oscuras” intermedias que influirían en los resultados finales, obliga con frecuencia a hablar de estos resultados intermedios. Se han

mencionado variables de tipo psicosocial, de estado emocional y otras, como responsables de algunas de estas injerencias en el resultado final.

Por otra parte, los resultados pueden ser valorados tanto por los profesionales como por los propios usuarios, por lo que pueden abordarse desde esta doble visión:

- Resultados en salud percibidos por los pacientes: Percepciones del estado de salud, de síntomas, percepción funcional y calidad de vida y medidas de preferencias para valorar intervenciones alternativas. Asimismo, corresponderían a esta valoración subjetiva la autodeclaración de hábitos y actitudes y algunos aspectos de satisfacción: satisfacción con el tratamiento, con la intervención sanitaria y, en general, con la información y asistencia sanitaria recibidas.
- Resultados clínicos y, en general, aquellos valorados por los profesionales de la salud: Tanto la pérdida de salud valorada mediante indicadores de morbilidad y eventos clínicos e indicadores de mortalidad, como las medidas de la evaluación funcional y salud psicosocial y los resultados de salud grupales (funcionamiento de la familia y la comunidad relacionados con la salud de los individuos que las componen).

Además, los resultados en salud pueden distribuirse entre la población en términos equitativos (igual resultado para igual situación de salud, igual oportunidad de resultado para igual situación de salud) según la accesibilidad real a las prestaciones y la influencia o no de condicionantes de raza, procedencia, edad, sexo, hábitat, nivel educativo y social.

Aunque la investigación de resultados en salud como ámbito conceptual abarca también elementos de utilización y evaluación económica (costes por estancias hospitalarias, visitas, uso de medicamentos, costes indirectos como el absentismo laboral, o costes intangibles como el absentismo

escolar, ansiedad, etc.), esta aproximación económica rebasa los cometidos de este trabajo.

Por tanto, se presentan un conjunto de indicadores como componentes de un sistema de información que permita establecer y medir resultados en salud. Además, es necesario recordar que algunos eventos aislados constituyen una alarma auténtica y que, en este sentido, no deben ser obviados como sistema de evaluación de resultados.

La selección de indicadores efectuada para conformar este sistema de evaluación de resultados en salud ha atendido, siempre que ha sido posible, al criterio de adoptar indicadores propuestos o ya avalados por el uso por instituciones nacionales y/o internacionales para la valoración de resultados en salud relacionados con la actividad del sistema sanitario y sobre los cuales, teniendo en cuenta la organización del Sistema Nacional de Salud de España, existe factibilidad de obtención en algún nivel del sistema y, preferiblemente, posibilidad de obtención con nivel de desagregación de área de salud o zona básica si se emplean los instrumentos pertinentes.

Los indicadores que se proponen para los distintos tipos de resultados, así como las anotaciones respecto a su obtención y uso en nuestro medio, se recogen en el apartado "Tipo de indicadores", en el que se reflejan también lagunas de información que, a nuestro juicio, deberían quedar subsanadas en el futuro. Ni la definición concreta de algunos indicadores (coincidentes con los ya avalados por su utilización previa en planes integrales y estudios nacionales o internacionales) ni la más genérica sobre tipos de indicador (cuando distintos estudios aportan diferentes concreciones para una misma materia de análisis) pretende la exhaustividad. Por el contrario, se ha procurado más bien ofrecer una panorámica de lo que sería abordable en los próximos años. Pueden obtenerse visiones más amplias sobre indicadores empleados o propuestos por diversas instituciones (National Health Service para sus trust de atención primaria, Rand Corporation para la evaluación de calidad en la atención de adultos y otros relacionados con la infancia), o los empleados en el área de salud de Tarragona para la

evaluación de resultados de sus zonas de salud, etc.) en el apartado enunciado como "bibliografía sobre indicadores".

De los indicadores posibles, existen algunos que por la generalización de su uso en distintos estudios, utilidad y factibilidad de obtención deberían constituir el núcleo prioritario y rutinario de valoración tanto nacional, como regional y también de área o zona, siempre que sea factible. Para algunos de estos indicadores es fácilmente obtenible una medición actual incluso en el limitado ámbito de este trabajo. Todos se consideran prioritarios, en base a magnitud, gravedad, vulnerabilidad del problema, factibilidad de la obtención de datos y repercusión sobre el sistema, y se reseñan a continuación por ser muy accesibles, por lo que hacen visible la propuesta de hacer de la medición de resultados algo cotidiano. Lamentablemente algunos grupos completos de indicadores, como son los relativos a la calidad de vida, no cuentan con un valor de referencia que permita enmarcar resultados dispersos obtenidos para territorios pequeños. Por esta razón, no se han incluido sus valores actuales.

INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD INFLUIBLES POR LA ATENCION PRIMARIA

Fuente OCDE 2005 (datos referidos a 2002-2004)	España	Promedio UE15
% de mujeres de + 65 con percepción de buena salud	33	48,5
% de mujeres con percepción de buena salud	63,5	70,5
% de hombres de + 65 con percepción de buena salud	44,9	57
% de hombres con percepción de buena salud	73,2	75,8
Tumores malignos de mama APVP/100000 mujeres <70 años	164	188,1
Tumores malignos de pulmón APVP/100000 mujeres <70 años	59	94,9
Tumores malignos de pulmón APVP/100000 hombres <70 años	342	246,9
Efectos adversos medicamentos APVP/ 100000 mujeres <70 años	0	1,4
Efectos adversos medicamentos APVP/100000 hombres <70 años	2	0,6
Diabetes mellitus APVP/100000 mujeres <70 años	16	29,5
Diabetes mellitus APVP/100000 hombres <70 años	31	50,5
Enfermedades isquémicas APVP/100000 mujeres <70 años	58	95,8
Enfermedades isquémicas APVP/100000 hombres <70 años	326	431,4
Vacunación: % de niños vacunados DTT	98	94,4
Vacunación: % de niños vacunados Sarampión	97	88,6
Vacunación: % población 65 años o más vacunados Gripe	56,1	56,7
Consumo de tabaco: % mujeres fumadoras diarias	22,4	22,6
Consumo de tabaco: % hombres fumadores diarios	34,2	29,6
% mujeres con IMC >25	41	40,8
% hombres con IMC >25	56,4	55,8

DTT: Difteria, tétanos y tosferina.

IMC: Índice de masa corporal.

APVP: años potenciales de vida perdidos

En este cuadro se incluyen algunos indicadores para los que existe un valor de referencia para España (y en ocasiones un valor de referencia internacional), dando dicho valor para la última fecha disponible.

Cuando se intenta seleccionar indicadores de resultados para valorar un nivel de atención, es necesario valorar con un elevado grado de incertidumbre en qué medida son atribuibles o no a dicho nivel, en nuestro caso a la atención primaria. Atribuir algún grado del éxito o fracaso de un resultado concreto a la atención primaria (o a otro nivel) es un ejercicio complejo y siempre imperfecto que, sin embargo, puede dar grandes oportunidades de mejora al orientar, no sólo el sentido del cambio, sino el nivel o niveles de la organización que pueden contribuir a esa mejora. Asumir el riesgo de opinar sobre si un resultado es en algún grado atribuible a actividades de uno u otro nivel asistencial, de ambos, a un correcto funcionamiento de las interfases de atención social-primaria-hospitalaria, a la definición e implantación de políticas de salud o de información etc., parece necesario para producir avances operativos. Se ha realizado pues este ejercicio de atribución imperfecta, intentado incluir aquellos indicadores que en nuestra opinión tiene una relación más estrecha con las actividades contenidas en las carteras de servicios de atención primaria.

Se han obviado, sin embargo, algunos resultados que siendo atribuibles al primer nivel asistencial en las condiciones de práctica clínica habituales en otros países, pueden no serlo en España, dada la restricción de medios de apoyo diagnóstico en que se desenvuelve el ejercicio de la atención primaria en nuestro país, pero llevando hacia el máximo la posibilidad de alguna atribución. Como ejemplo se incluye como resultado en parte atribuible a la atención primaria, en forma paralela a la atribución hecha en otros países, la mortalidad por cáncer de mama, cuyo despistaje está recogido en las carteras de servicios de atención primaria, a pesar de la imposibilidad para solicitar mamografías en muchas áreas de salud, debiendo realizarse derivaciones al nivel hospitalario como paso intermedio (se asume como parte del resultado de atención primaria el desfavorable efecto de la doble demora así generada, lo cual será para muchos difícilmente aceptable). Situaciones similares se han producido respecto a otros indicadores, decidiendo más por una aproximación pragmática que académica.

La utilización de un número creciente de indicadores simples puede convertir en compleja la valoración global comparativa entre servicios o territorios. Así, puede que en determinados periodos temporales o en algunas zonas se obtengan aparentes mejores resultados en un indicador y peor en otros. Para facilitar la comparabilidad, además de efectuar las pertinentes estandarizaciones de población, será necesario el empleo de indicadores sintéticos. Los indicadores sintéticos se utilizan ya en España para realizar comparaciones de resultados de salud inter-zona (Vila A), comparar perfiles profesionales de prescripción farmacológica en una misma zona o para dar a conocer al público los 20 hospitales con mejor calidad global. En general, resultan útiles e incluso necesarios cuando se trata de valorar situaciones complejas mediante un sistema de valoración de tipo resumen, fácilmente visualizable tanto por técnicos y políticos como por ciudadanos. Existen múltiples ejemplos en distintos países y en la Organización Mundial de la Salud respecto al uso de indicadores sintéticos. La elaboración de índices sintéticos debe realizarse posteriormente a la obtención y empleo de los subindicadores que pudieran formar parte de dicho indicador sintético. En cualquier caso, es necesario avanzar en este sentido, ya que la presentación ágil y lo más simple posible de resultados es necesaria para facilitar la comprensión.

La evaluación de resultados debe ir dirigida en primer lugar, a aquellos que pueden producir mejoras en la actividad cotidiana: los profesionales clínicos de ambos niveles asistenciales. Pero esto requiere accesibilidad a la información. Es muy importante desarrollar sistemas de explotación de datos que sean aplicables directamente por los profesionales y equipos de atención primaria a sus propias bases de datos, que les ofrezcan la posibilidad de autoevaluarse y buscar oportunidades de mejora mediante la obtención de sus resultados en salud, mediante el mismo tipo de rutina informativa que actualmente se aplica para conocer, por ejemplo, el número y tipo de consultas. Existen diversas aplicaciones que permiten obtener dicha explotación en cada centro o servicio. Aunque podría resultar de gran interés y utilidad el empleo de una única herramienta de explotación, esto no debe suponer el retraso en la obtención de resultados por zona hasta haber conseguido dicha homogeneidad. Se debe emplear cualquiera de las

herramientas de explotación existentes u otras de nueva elaboración en todos los centros de salud. Es decir, que se considera prioritaria la obtención descentralizada de indicadores de resultados, empleando los programas que estén accesibles.

TIPOS DE INDICADORES

Los tipos de indicadores que a continuación se proponen, tanto en los aspectos clínicos como percibidos, lo son a título indicativo y en ocasiones se expone el sentido y tipo de contenido buscado en el indicador más que un indicador concreto (que requeriría la definición precisa de su numerador y denominador, procedimiento de ajuste, etc.). Por lo tanto, en muchos casos para su empleo se necesitará tomar una definición concreta, preferiblemente mediante la adopción de una definición ya utilizada en estadísticas, estudios y trabajos previos, con arreglo al siguiente orden de preferencias:

1. Definición internacionalmente aceptada (OMS, OCDE).
2. Definición nacionalmente aceptada (definición INE, Instituto de Información Sanitaria, sistema EDO, estrategias de salud).
3. Definición regionalmente aceptada (planes regionales, sistemas regionales de información).
4. Otras.

Indicadores de resultados clínicos

Área	Objetivo	Tipo de INDICADOR	Fuentes	Distribución de resultados
MATERNO INFANTIL	Salud materno infantil	IVE en menores de 18 años	Estadísticas	Españolas/no españolas
		Partos en mujeres de 10 a 17 años	Estadísticas	Españolas/no españolas
		Tasa RN con enfermedades prevenibles por atención preconcepcional o en primer trimestre	CMBD	Madre española/no española
NIÑOS	Enfermedades prevenibles por vacunación en niños	Tasas de enfermedades prevenibles por vacunación: tasas de sarampión, rubéola, difteria, tétanos, tos ferina, etc.	EDO	Edad, etnia
		Cobertura vacunal	Estadísticas; carteras	
	Control de factores de riesgo en niños	% de niños de 6 y 14 años con peso/talla en percentil 3-97	carteras	Edad, etnia
		% de niños de 5 a 16 años no sedentarios	ENSE	Edad, sexo
	Eventos Clínicos	Nº de altas hospitalarias con procedimiento quirúrgico luzca congénita de cadera (a definir edades)	CMBD	Edad, sexo
ADULTOS	Enfermedades prevenibles por vacunación en adultos	Tasas de enfermedades prevenibles por vacunación: tasas de gripe, tétanos, rubéola, etc.	EDO	Edad, sexo
		Coberturas vacunales	Estadísticas, carteras	Edad, sexo
	Control de factores de riesgo	% población con hipertensión arterial reconocida	ENSE; carteras	Edad, sexo
		% población con hipertensión arterial bien controlada (por criterios de TAS/TAD generalmente aceptados)	Carteras, Registros centro de salud	Edad, sexo
		% población con diabetes mellitus reconocida	ENSE, Carteras	Edad, sexo
		% población con diabetes mellitus aceptablemente controlada (por criterio de HbA1c generalmente aceptado)	Carteras, registros centro de salud	Edad, sexo
		% población exfumadora (más de un año de abandono y menos de 10)	ENSE, carteras	Edad, sexo

		% población con abandono de tabaco en los últimos 2 años	ENSE, carteras	Edad, sexo
	Prevención secundaria	Utilización de AAS en cardiopatía isquémica	Registros centro de salud (falta valor de referencia global)	Edad, sexo
		Uso de anticoagulación en fibrilación auricular	Registros centro de salud (falta valor de referencia global)	Edad, sexo
	Prematura (< de 65 y <75 años)	Mortalidad ajustada por cáncer pulmón y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
		Mortalidad ajustada por cáncer pulmón y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
		Mortalidad bruta y ajustada por Ca cervix y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
		Mortalidad bruta y ajustada por asma y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
		Mortalidad bruta y ajustada por Enfermedad vascular cerebral y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
		Mortalidad bruta y ajustada por cardiopatía isquémica y APVP	Estadísticas	Edad, sexo
	Eventos clínicos	Úlceras por presión: Número de usuarios en atención domiciliaria con úlceras por presión / Número total de usuarios en atención domiciliaria	registros centro de salud (falta valor de referencia global)	Edad, sexo
		Amputaciones de miembros inferiores en población diabética: tasa y edad media	CMBD hospital. Registros centro de salud	Edad, sexo
		Infección de heridas quirúrgicas post-alta hospitalaria: tasa	registros centro de salud (falta valor de referencia global)	Edad, sexo
		Nº altas hospitalarias con diagnóstico principal: descompensación		

		diabética/1000 hab.; edad media casos o población ajustada	CMBD	Edad, sexo
		Nº altas hospitalarias con diagnóstico principal: reagudización EPOC / 1000 habitantes; edad media de los casos o población ajustada	CMBD	Edad, sexo
		Nº altas hospitalarias Diagnóstico principal úlcera péptica	CMBD	Edad, sexo
		Nº altas hospitalarias diagnóstico principal IAM /1000 hab. ; edad media de los casos o población ajustada	CMBD	Edad, sexo
SEGURIDAD DE PACIENTES	Prescripción racional de fármacos	DHD antibióticos	Prestación farmacéutica: prescripción de AP	
		DHD ansiolíticos	Prestación farmacéutica: prescripción de AP	
		DHD AINE (antiinflamatorios no esteroideos)	Prestación farmacéutica: prescripción de Atención Primaria	
		DHD fármacos nuevos	Prestación farmacéutica: prescripción de Atención Primaria	
		DHD opiáceos mayores	Prestación farmacéutica: prescripción de Atención Primaria	

Anotaciones a las fuentes

EDO (sistema de alerta de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Su referencia incluye los sistemas EDO de las Comunidades Autónomas).

CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria. En cada caso es necesario definir los códigos CIE incluidos).

ENSE (Encuesta Nacional de Salud de España. Su referencia se hace extensiva a Encuestas regionales de Salud).

Registros centro de salud: historia clínica electrónica y sus sistemas de explotación. En cada caso es necesario definir los códigos CIAP o CIE incluidos.

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo.

APVP: Años de vida productiva perdidos.

IAM: Infarto agudo de miocardio.

DHD: Dosis diaria definida por 1000 habitantes.

Indicadores de resultados percibidos

Área	Objetivo	Tipo de indicador	Fuentes	Distribución de Resultados
Autopercepción del estado de salud	Mejora de autopercepción en adultos	% buena/muy buena	ENSE y encuestas de salud	Sexo, nivel educativo
	Mejora de autopercepción en niños	% buena/muy buena	ENSE y encuestas de salud	
Calidad de vida	Calidad de vida relacionada con la salud	% buena/muy buena en cuestionario validado	COOP-WONCA, EQ 5, SF 36 Falta valor de referencia global	Edad, sexo y estado de salud autopercebido
	Calidad de vida cuidadores de inmobilizados	% cuidadores con cansancio en el rol	Falta valor de referencia global	Edad, sexo
	Calidad de vida en patologías o situaciones clínicas específicas	Escalas de valoración específicas validadas para osteomuscular, HTA, asma y EPOC, síndrome prostático	Ver Anexo XI: escalas de CVRS	
Percepción del estado funcional	Independencia para las actividades de vida diaria en población general	Tipo de indicador a definir		Edad, sexo
	Independencia para las actividades de vida diaria en mayores de 65 años	Índice global de autonomía	ENSE	Edad, sexo
		Índice de autonomía para actividades domésticas	ENSE	Edad, sexo
		Índice de autonomía para cuidado personal	ENSE	Edad, sexo
		Índice de autonomía para movilidad	ENSE	Edad, sexo
Satisfacción	Satisfacción con conocimiento del historial y seguimiento de problemas	Escala Likert	Barómetros sanitarios	Edad, sexo
	Satisfacción con consejos sobre	Escala Likert	Barómetros sanitarios	Edad, sexo

	alimentación, tabaco, alcohol, etc.			
	Satisfacción con comprensión del régimen terapéutico	A definir. Debe diferenciarse por tipos de patologías		Edad, sexo
	Satisfacción con atención en consulta	Escala Likert	Barómetros sanitarios	Edad, sexo

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud

HTA: Hipertensión arterial

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

BIBLIOGRAFÍA

Documentos metodológicos y conceptuales

1. Abad JM, Carreter C. Indicadores sanitarios por comunidades autónomas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Invertir para la salud, prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Valencia: EVES; 2002.
2. Aragonés R, Iglesias B, Casajuana J, Llach M, Guinovart C. Nivel de resolución de un equipo de atención primaria: el "cuanto" como indicador del producto y el "qué" como instrumento de formación y mejora. Cuadernos de Gestión 2003; 9:61-8.
3. Badia X, Lizán L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. Aten Primaria 2002; 30(6): 388-91.
4. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona: Edimac, 2002.
5. Badia X. La investigación de resultados en salud. Barcelona: Edimac; 2000.
6. Caminal J, Martín-Zurro A. Sobre la contribución de la atención primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. Aten Primaria 2005; 36:456-61.
7. Casado-Vicente, V. Opinión de la semFYC sobre la valoración de los resultados de la actividad de los centros de salud. Propuestas para evaluar resultados. En Morell L: El producto sanitario. MediFam-semFYC 2003
8. Idvall E, Rooke L, Hamrin E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 1997; 25(1): 6-17.
9. Jiménez-Villa J, Cutillas S, Martín-Zurro A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5. Aten Primaria 2000; 25:123-38.
10. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Characteristics of clinical indicators. Quality Review Bulletin 1989; 15(11): 330-339.

-
11. Lozano JV, Redón J, Cea-Calvo L, Fernández C, Navarro J, Bonet A y González J, en representación del grupo de los investigadores del estudio ERIC-HTA 2003. Evaluación del riesgo de un primer ictus en la población hipertensa española en atención primaria. Estudio ERIC-HTA. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(7):247-51.
 12. Maceira D. *Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case*. Washington: Inter-American Development Bank; 1998. Working paper #391.
 13. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States *New England Journal of Medicine*, June 26, 2003
 14. Minue S, Manuel E, Solas O. Situación actual y futuro de la atención primaria. En *Informe Sespas 2002*: 395-437. (Disponible en <http://www.sespas.es/informe2002/cap19.pdf>).
 15. Moorhead S, Johnson M, Maas M. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª Ed*. Madrid: Elsevier España; 2005
 16. Plaza A, Guarda A, Farres J, Zara C. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten primaria* 2005; 35:130-9.
 17. Ruiz-Téllez A, Alonso-López F. Sistemas de información maduros para una atención primaria adulta: el proyecto GESHIP. *Medifam* 2001; 11:247-52.
 18. Sherbourne CD, Sturm R, Weis KB. What outcomes matter to patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14:357-63.
 19. Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial? *Lancet* (ed. esp.) 1995; 26: 58-62.
 20. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2001 (Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-1/salud-dossier.pdf>).

Documentos que incluyen mediciones de resultados en salud relativos a varios aspectos

1. Harrington C, O'Meara J, Collier E, Schnelle JF. Nursing indicators of quality in nursing homes. A Web-based approach. *J Gerontol Nurs.* 2003 Oct; 29(10):5-11.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.
3. Marek K. (1989) Outcome measurement in nursing. *Journal of Nursing Quality Assurance* 4(1), 1-9.
4. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-1360.
5. Ministerio de Sanidad: Encuesta Nacional de Salud de España: serie desde 1987
(www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm)
6. Ministerio de Sanidad: Indicadores de salud
(www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm)
7. Monras M, Mondon S, Ortega LI, Gual A. Alcoholismo en el hospital general: mortalidad y hospitalizaciones a los 4 años de su detección. *Med Clin (Barc)* 2005; 125(12):441-7.
8. OCDE Health Data (www.oecd.org/topicstatsportal topic health)
9. Vila Córcoles A, Ansa X, Gómez A, Fort J, Grifoll J, Pascual I. EQA-17: propuesta de un indicador sintético del producto de la atención primaria en mayores de 14 años. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 17-26.
10. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferrán M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 468-474.

Mortalidad evitable

1. Arán M, Gispert R, Puig X, Puigdefábregas A, Tresserras R. Distribución geográfica y evolución temporal de la mortalidad evitable en Cataluña (1986-2001). *Gac Sanit* 2005; 19(4):307-15.
2. Colomer J, Ondategui S. La disminución de la mortalidad general en zonas de nivel socioeconómico bajo se asocia al proceso de reforma de la atención primaria. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2000; 2: 68.
3. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable Mortality revisited. The Nuffield Trust. 2004.
4. Vila Córcoles A y Bria Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7 (3):134-141.

Hospitalización evitable

1. Alfonso JL, Sentís J, Blasco S, Martínez I. Características de la hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(17):653-8.
2. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274:305-11.
3. Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15:128-41.
4. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:185-92.
5. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Rev Clin Esp* 2001; 201: 501-7.
6. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996; 8:51-9.

-
7. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268:2388-94.

Cáncer

1. González JR, Moreno V, Fernández E, Izquierdo A, Borrás J, Gispert R, y el Grupo de Investigación sobre el impacto del Cáncer en Cataluña. Probabilidad de desarrollar y morir por cáncer en Cataluña en el periodo 1998-2001. Med Clin (Barc) 2005; 124(11):411-4.
2. Gual A, Lligoña A, Costa S, Segura L, Colom J. Tratamiento del alcoholismo y su impacto a largo plazo. Resultados a 10 años de un estudio longitudinal prospectivo de 850 pacientes. Med Clin (Barc) 2004; 123(10):364-9.
3. Hernández S, Abad M. Controversia en las diferentes medidas de cribaje en la prevención del cáncer de mama. SEMERGEN 2002; 28 (Sup. 2): 94.
4. Masuet C, Séculi E, Brugulat P, Tresserras R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña. Un paso adelante. Gac Sanit 2004; 18(4):321-5.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo: La situación del cancer en España 2005 (<http://193.146.50.130/cancer/cancer-msc.pdf>).
6. Ripoll MA. Características de las mujeres con cáncer de mama incluidas en el registro RIMCAN 1991-2002. Med Clin (Barc) 2004; 123(4):156.

Enfermedades transmisibles

1. Pachón del Amo I. Impacto de los programas de vacunación en España. atención primaria. 2005; 35(6):314-7
2. Rodrigo T, Caylá JA, por el Grupo de Trabajo para Evaluar Programas de Control de Tuberculosis. Efectividad de los programas de control de la tuberculosis en España. Med Clin (Barc) 2003; 121(10):375-7.
3. Velarde-Mayol C, Gómez JA, Gil A. Inmunidad a la difteria en una población anciana. R: Med Clin (Barc) 2005; 125(11):409-11.

Cardiovascular

1. Álvarez Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, Barrios V en nombre del grupo PREVENCAT. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. Med Clin (Barc) 2005; 124(11):406-10
2. Aranceta J, Pérez C, Serra LI, Ribas L, Quiles J, Vioque J et al, y el Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc) 2003; 120(16):608-12.
3. Aranceta-Bartrina J, Serra LI, Foz M, Moreno B y Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin (Barc) 2005; 125(12):460-66.
4. Arroyo J, Badía X, de la Calle H, Díez J, Estmatjes E, Fernández I y cols. Tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria en España. Med Clin (Barc) 2005; 125(5):166-72.
5. Baena JM, Salas LH, Sánchez R, Altes E. Impacto de la revisión de los criterios de la ADA-2003 sobre la prevalencia de la glucemia basal alterada. Med Clin (Barc) 2004; 122(13):517-8.
6. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. Hipertensión 2005; 22(9):353-62.
7. Bautista I, Molina J, Montoya JA, Serra L. Factores de riesgo cardiovascular en el sobrepeso y la obesidad. Variaciones tras tratamiento de pérdida ponderal. Med Clin (Barc) 2003; 121(13):485-91.
8. Clua JL, Dalmau R, Arraut B, Aguilar C, Satué B, Moya R. Prevención primaria del infarto de miocardio en una unidad territorial de atención primaria. Simulación sobre población atendida basada en una revisión exhaustiva de la literatura. Medicina General 2005; 78:653-9.
9. Coca A, Dalfó A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordoñez J, Gomis R, González-Juanatey JR, Martín-Zurro A, en representación del grupo PREVENCAT. Tratamiento y control del riesgo cardiovascular en atención primaria en España. Estudio PREVENCAT. Med Clin (Barc) 2006; 126(6):201-5.

-
10. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión* 2005; 22(1):5-14
 11. Cuende JI, Acebal A, Abad JL, Álvarez J, de Miguel A, Triana JM, et al, en representación del grupo ERVPA. Percentiles de riesgo: un nuevo método adaptado para la valoración del riesgo vascular. Estudio ERVPA. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(4):126-6.
 12. Cruz I, Sánchez-Ledesma M, Puerto E, Sánchez-Rodríguez A. Anticoagulación en la fibrilación auricular, ¿cumplimos las recomendaciones? *Med Clin (Barc)* 2005; 125(5):198-9.
 13. De la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Goday A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(12):446-50.
 14. De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M, Roca B, Alcalá J y Grupo estudio CIFARC (Grupo Riesgo Vascular SEMI. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(2):44-9.
 15. EAP El Greco. Evaluación del grado de control de los diabeticos tipo 2 hipertensos de un centro de salud del area 10 de Madrid. Noviembre 2005 (obtenible presentación mediante email a CS El Greco)
 16. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernández R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitas. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(3):96-8.
 17. Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borrás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de la Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003; 102:14-6.
 18. Galiano Muñoz L, y cols Calidad global y gestion clinica basada en la evidencia en la atención al paciente en riesgo vascular XXIV Congreso SEMFYC. SEVILLA 2004

-
19. García J, Elosua R, Tormo MJ, Audicana C, Zurriaga O, Segura A, et al. Mortalidad poblacional por infarto agudo de miocardio. Estudio IBERICA. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(16):606-12.
 20. García O, Lozano JV, Vegazo O, Jiménez FJ, Llisterri JL, Redón J, en representación de los investigadores del Estudio DIAPA. Control de la presión arterial de los pacientes diabéticos en el ámbito de atención primaria. Estudio DIAPA. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(14):529-534.
 21. Gómez A, Rodilla E, Albert A, García L, González C, Pascual JM. Uso clínico de las estatinas y objetivos terapéuticos en relación con el riesgo cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(14):527-31.
 22. Llisterri JL, Rodríguez GC, Alonso FJ, Lou S, Divisón JA, Santos JA, Raber A, et al, en representación del Grupo HTA/SEMERGEN y de los investigadores del estudio PRESCAP 2002. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(5):165-71.
 23. Martín D, Pedrero P, Martínez JA, González A, Hernando T, Herreros I. Prevención de la enfermedad tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular crónica en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(2):53-6.
 24. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(16):606-12.
 25. Miguel F, García A, Montero MJ, miembros del Grupo de Información sobre Medicamentos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Sacyl. Objetivos del tratamiento antihipertensivo en la población diabética. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(15):584-91
 26. Ministerio de Sanidad y Consumo Morbilidad y mortalidad hospitalaria por cardiopatía isquémica.
<http://193.146.50.130/htdocs/cardiov/isquemica/isquemica.htm>
 27. Mostaza JM, Vicente I, Taboada M, Laguna F, Echániz A, García F, Lahoz C. La aplicación de las tablas del SCORE a varones de edad avanzada triplica el número de sujetos clasificados de alto riesgo en comparación con la función de Framingham. *Med Clin (Barc)* 2005; 124(13):487-90.

-
28. Ramos R, Solanas P, Cordón F, Rohlfes I, Elosua R, Sala J et al. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(14):521-6.
 29. SEMFYC. Grupos de Dislipemia y Diabetes de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.: ¿Hay que reducir el colesterol LDL de todos los diabéticos por debajo de 100 mg/dl? *Med Clin (Barc)* 2003; 120(18): 717
 30. Soriguer F, Rojo G, Esteva I, Ruiz MS, Catalá M, Merelo MJ, et al. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en la población general. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(15):565-9.

Calidad de vida

1. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JC, García N y Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31(5): 285-94.
2. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M y Segura H. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin* 1999; 112 (Supl 1): 79-86.
3. Dalfó A, Badia X y Roca-Cusachs. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) *Aten Primaria* 2002; 29 (2): 116-21.
4. Espinosa de los Monteros MJ, Alonso J, Ancochea J y González A. Calidad de vida en asma: fiabilidad y validez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a la población asmática de un área sanitaria. *Arch Bronconeumol* 2002; 38 (1): 4-9.
5. Guallar P, Santa-Olalla P, Banegas JR, López E, Rodríguez-Artalejo F. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clínica (Barc)* 2004; 123(16):606-10.
6. Lizán L, Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 378-84.
7. Ministerio de Sanidad: Esperanza de vida libre de incapacidad (www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLI.pdf).

-
8. Roca-Cusachs A, Badia X, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Varela C y Velasco O. Relación entre variables clínicas y terapéuticas y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial. Estudio MINICHAL. Med Clin 2003; 121 (1): 12-7.
 9. Sánchez T, Goñi N, Serrano-Martínez M, Buil P, Zabaleta A, de Miguel G, Beldarrain O. Impacto de los motivos comunes de consulta en el sentimiento de vitalidad y en el rendimiento físico de personas mayores de 65 años. Aten Primaria 2005; 35(5): 246-52.
 10. Sanjuás C. Medición de la calidad de vida ¿cuestionarios genéricos o específicos? Arch Bronconeumol 2005; 41 (3): 107-9.

Seguridad de pacientes

1. Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union: The Lancet 2001; 357:1851-3.
2. Gossens H, Ferech M, Vander R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. The Lancet 2005; 365(9456):579-87.
3. Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum, Gahrn-Hansen B, Munck A, Forés D, Miravittles M y grupo de estudio AUDITINF02: Variabilidad de la prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias de dos países de Europa. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005; 23(10):598-604.
4. Llor C. Hay que reducir la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio. Aten Primaria 2005; 35(9):449-50.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consumo de medicamentos por grupo terapéutico.
(www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Consumo_farmaceutico_por_tramos_edad_y_sexosII_Final.pdf)
6. Ripoll MA, Urraca C, Sánchez-Camacho R. Sintomatología de los enfermos oncológicos terminales y su grado de control. Medicina General 1999; 16: 74-80.
7. Torrejón M, Fernández J, Sacristán A. Uso de fentanilo en pacientes oncológicos terminales. ¿Está justificado su amplio uso? Inf Ter Sist Nac Salud 2005; 29(3):69-73.

ANEXO I: CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Las administraciones sanitarias con competencias en la gestión de esta prestación determinarán la forma de proporcionarla en su ámbito.

La atención primaria tiene como apoyo, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, los servicios contemplados en el apartado 2.

La atención primaria, que incluye el abordaje de los problemas de salud y los factores y conductas de riesgo, comprende:

1. Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.

Comprende todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria.

La atención a los procesos agudos incluye el abordaje de problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato digestivo, infecciosos, metabólicos y endocrinológicos, neurológicos, hematológicos, de la piel, del aparato urinario, del aparato genital, músculo-esqueléticos, otorrinolaringológicos, oftalmológicos, de la conducta y de la relación, conductas de riesgo, traumatismos, accidentes e intoxicaciones.

Los procesos agudos y crónicos más prevalentes se han de atender de forma protocolizada.

La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye las siguientes modalidades:

- 1.1. Consulta a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa.
- 1.2. Consulta programada, realizada por iniciativa de un profesional sanitario.
- 1.3. Consulta urgente, por motivos no demorables.

2. Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Comprende los siguientes procedimientos diagnósticos y terapéuticos accesibles en el nivel de atención primaria:

2.1. Procedimientos diagnósticos:

2.1.1. Procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria, incluyendo entre otros:

- a. Anamnesis y exploración física.
- b. Espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría.
- c. Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, oscilometría y/o doppler.
- d. Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, laringoscopia indirecta y acumetría cualitativa.
- e. Medición de la agudeza visual y fondo de ojo.
- f. Determinaciones analíticas mediante técnica seca, incluyendo la reflectometría.
- g. Obtención de muestras biológicas.
- h. Tests psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida.

2.1.2. Procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria, conforme a los protocolos establecidos y cuando la organización propia de cada servicio de salud lo haga posible:

- a. Pruebas de laboratorio.
- b. Anatomía patológica.
- c. Diagnóstico por imagen, entre otros radiología general simple y de contraste, ecografía, mamografía y tomografía axial computerizada.
- d. Endoscopia digestiva.

2.2. Procedimientos terapéuticos:

2.2.1. Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adaptados a los condicionantes físicos y fisiológicos del paciente. Se incluyen los materiales para la aplicación de tratamientos con insulina y el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con atención especializada, conforme a la priorización y los protocolos de cada servicio de salud.

2.2.2. Administración de tratamientos parenterales.

2.2.3. Curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas.

2.2.4. Inmovilizaciones.

2.2.5. Infiltraciones.

2.2.6. Aplicación de aerosoles.

2.2.7. Taponamiento nasal.

2.2.8. Extracción de tapones auditivos.

2.2.9. Extracción de cuerpos extraños.

2.2.10. Cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales.

2.2.11. Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos.

2.2.12. Resucitación cardiopulmonar.

2.2.13. Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado.

2.2.14. Cirugía menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia de cada servicio de salud.

3. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Comprende las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que se realizan en el nivel de atención primaria, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados.

Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de

los programas establecidos por cada servicio de salud, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

3.1. Prevención y promoción de la salud:

3.1.1. Promoción y educación para la salud:

Comprende las actividades dirigidas a modificar o potenciar hábitos y actitudes que conduzcan a formas de vida saludables, así como a promover el cambio de conductas relacionadas con factores de riesgo de problemas de salud específicos y las orientadas al fomento de los autocuidados, incluyendo:

- a. Información y asesoramiento sobre conductas o factores de riesgo y sobre estilos de vida saludables.
- b. Actividades de educación para la salud grupales y en centros educativos.

3.1.2. Actividades preventivas:

Incluye:

- a. Vacunaciones en todos los grupos de edad y, en su caso, grupos de riesgo, según el calendario de vacunación vigente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y las administraciones sanitarias competentes, así como aquellas que puedan indicarse, en población general o en grupos de riesgo, por situaciones que epidemiológicamente lo aconsejen.
- b. Indicación y administración, en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran.
- c. Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).

El resto de actividades preventivas se incluyen de manera más específica en los correspondientes apartados de este anexo.

3.2. Atención familiar:

Comprende la atención individual considerando el contexto familiar de los pacientes con problemas en los que se sospecha un componente familiar. Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar.

3.3. Atención comunitaria:

Conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

Comprende las siguientes actividades:

4.1. Información para el análisis y valoración de la situación de salud de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios.

4.2. Vigilancia epidemiológica, que incluye:

4.2.1. Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para enfermedades de declaración obligatoria.

4.2.2. Participación en redes de médicos centinelas para la vigilancia de ciertos problemas de salud, según determinen los servicios de salud pública.

4.2.3. Participación en el sistema de farmacovigilancia, mediante la comunicación de efectos adversos.

5. Rehabilitación básica.

Comprende las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de atención primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliaria si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad.

Incluye:

- 5.1. Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.
- 5.2. Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.
- 5.3. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.
- 5.4. Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.
- 5.5. Fisioterapia respiratoria.
- 5.6. Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso.

6. Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

Comprende, además de lo ya indicado con carácter general, las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se realizan en el nivel de atención primaria, en aplicación de los protocolos y programas de atención específicos de los distintos grupos de edad, sexo y grupos de riesgo.

Las actividades dirigidas a grupos de riesgo se prestan tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud, en relación con las necesidades de salud de la población a la que atienden.

6.1. Servicios de atención a la infancia:

6.1.1. Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural y del desarrollo psicomotor.

6.1.2. Prevención de la muerte súbita infantil.

6.1.3. Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.

6.1.4. Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.

6.1.5. Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.

6.1.6. Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a:

- a. Detección precoz de metabolopatías.
- b. Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- c. Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.
- d. Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas.

6.2. Servicios de atención a la adolescencia:

6.2.1. Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes.

6.2.2. Valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen corporal.

6.2.3. Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

6.3. Servicios de atención a la mujer:

6.3.1. Detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.

6.3.2. Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.

6.3.3. Atención al embarazo y puerperio:

- a. Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo.
- b. Seguimiento del embarazo normal, de manera coordinada y protocolizada con atención especializada, según la organización del correspondiente servicio de salud.
- c. Educación maternal, incluyendo el fomento de la lactancia materna, la prevención de incontinencia urinaria y la preparación al parto.
- d. Visita puerperal en el primer mes del posparto para valoración del estado de salud de la mujer y del recién nacido.

6.3.4. Prevención, detección y atención a los problemas de la mujer en el climaterio.

6.4. Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos:

Comprende, en general, la valoración del estado de salud y de factores de riesgo, los consejos sobre estilos de vida saludables, la detección de los problemas de salud y valoración de su estadio clínico, la captación del paciente para el seguimiento clínico adecuado a su situación, la atención y seguimiento de personas polimedicadas y con pluripatología y la información y consejo sanitario sobre su enfermedad y los cuidados precisos al paciente y cuidador/a, en su caso.

Y en particular:

6.4.1. Atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes:

- a. Diabetes mellitus, incluyendo el suministro al paciente diabético del material necesario para el control de su enfermedad.
- b. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial.
- c. Hipercolesterolemia.
- d. Hipertensión arterial.
- e. Insuficiencia cardiaca crónica.
- f. Cardiopatía isquémica.
- g. Obesidad.
- h. Problemas osteoarticulares crónicos o dolor crónico musculoesquelético.

6.4.2. Atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

6.4.3. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, que comprende:

- a. Valoración integral de las necesidades del paciente, incluyendo las causas de inmovilización.
- b. Establecimiento de un plan de cuidados, médicos y de enfermería, que incluya medidas preventivas, instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales, así como la coordinación con los servicios sociales.
- c. Acceso a los exámenes y procedimientos diagnósticos no realizables en el domicilio del paciente.
- d. Realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.
- e. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

6.4.4. Atención a personas con conductas de riesgo:

- a. Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco. Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

-
- b. Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.
 - c. Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

6.4.5. Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.

6.5. Atención a las personas mayores:

6.5.1. Actividades de promoción y prevención en relación a:

- a. Alimentación saludable y ejercicio físico.
- b. Identificación de conductas de riesgo.
- c. Prevención de caídas y otros accidentes.
- d. Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional.
- e. Detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria.
- f. Consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología.

6.5.2. Detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar.

6.5.3. Atención al anciano de riesgo: Valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.

6.5.4. Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las

personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

6.6. Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad:

6.6.1. Detección de situaciones de riesgo.

6.6.2. Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos.

6.6.3. Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.

6.6.4. Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.

7. Atención paliativa a enfermos terminales.

Comprende la atención integral, individualizada y continuada de personas con enfermedad en situación avanzada, no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada (en general, inferior a 6 meses), así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

Esta atención, especialmente humanizada y personalizada, se presta en el domicilio del paciente o en el centro sanitario, si fuera preciso, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos y de acuerdo con los protocolos establecidos por el correspondiente servicio de salud. Incluye:

7.1. Identificación de los enfermos en situación terminal según los criterios diagnósticos y la historia natural de la enfermedad.

7.2. Valoración integral de las necesidades de pacientes y cuidadores/as y establecimiento de un plan de cuidados escrito que incluya medidas

preventivas, recomendaciones higiénico-dietéticas, control de los síntomas y cuidados generales.

7.3. Valoración frecuente y control de síntomas físicos y psíquicos, indicando el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor y de otros síntomas. Información y apoyo al paciente en las distintas fases del proceso.

7.4. Información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

7.5. En las situaciones que lo precisen, y particularmente en los casos complejos, se facilita la atención por estructuras de apoyo sanitario y/o social o por servicios especializados, tanto en consultas como en el domicilio del paciente o mediante internamiento, en su caso.

8. Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.

Incluye:

8.1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

8.2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

8.3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

8.4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y

derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.

- 8.5. Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

9. Atención a la salud bucodental.

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.

La indicación de esta prestación se realiza por los odontólogos y especialistas en estomatología.

La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

- 9.1. Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
- 9.2. Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. Incluye consejo bucodental, tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera, exodoncias, exodoncias quirúrgicas, cirugía menor de la cavidad oral, revisión oral para la detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
- 9.3. Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas: Incluye instrucciones sanitarias en materia de dieta y salud bucodental, acompañadas de adiestramiento en higiene bucodental, y aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

9.4. Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: Aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.

9.5. Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:

9.5.1. Tratamiento reparador de la dentición temporal.

9.5.2. Tratamientos ortodóncicos.

9.5.3. Exodoncias de piezas sanas.

9.5.4. Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.

9.5.5. Implantes dentarios.

9.5.6. Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

9.6. En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

ANEXO II

PROPUESTA DE DESARROLLO FUTURO DE LA OFERTA DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud se establece en el Real Decreto 1030/200, de 15 de septiembre (Anexo I).

No obstante, el grupo de expertos del Proyecto AP21 ha realizado esta propuesta de desarrollo futuro de la cartera de servicios en atención primaria, que en parte pormenoriza los servicios ofertados en Atención Primaria y en parte incluye algunos nuevos. Esto puede ser una herramienta útil en el futuro para la revisión de la cartera de servicios comunes de atención primaria.

1. SERVICIOS SEGÚN EDAD

1.1. Edad entre 0 y 14 años. Infantil

Comprende las edades entre el periodo neonatal (desde el momento del parto hasta los 28 días) o primera infancia, pasando por la segunda etapa infantil o preescolar y siguiendo por la edad escolar hasta el inicio de la adolescencia. Se realizará un seguimiento del crecimiento, desarrollo y maduración del niño desde un punto de vista biopsicosocial.

1.1.1. Prevención y promoción de la salud

La actividad de promoción tiene como estrategia el fomento del autocuidado. Entre los más pequeños, este autocuidado pasa a ser realizado por los padres y/o cuidadores, los cuales se responsabilizan de los cuidados prestados al niño. Iniciando esta actividad de forma temprana nos aseguraremos de que los ciudadanos del futuro mejoren su bienestar y calidad de vida.

- Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del lactante.
- Promoción de la lactancia materna
- Prevención de accidentes en las distintas edades.

-
- Promoción de la actividad física y el deporte.
 - Prevención del cáncer de piel (protección solar).
 - Prevención del maltrato en la infancia. Promoción del buen trato y cuidados adecuados.
 - Promoción de la salud bucodental (higiene bucodental).

1.1.2. Vacunas

- Vacunaciones infantiles según calendario.
- Vacunas fuera de calendario, en niños de riesgo (Gripe, Neumococo, Varicela, VRS, etc.).

1.1.3. Detección precoz y atención de problemas en la infancia

- Cribado neonatal de metabolopatías congénitas: Fenilcetonuria. Hipotiroidismo. Fibrosis quística del páncreas. Hiperplasia suprarrenal congénita. Drepanocitosis o anemia de células falciformes en niños de origen subsahariano.
- Diagnóstico temprano y control de la displasia evolutiva de caderas.
- Seguimiento y control temprano de alteraciones de la marcha.
- Diagnóstico temprano de criptorquidia.
- Diagnóstico temprano de las anomalías oculares y de la visión.
- Diagnóstico temprano de las alteraciones de la audición.
- Prevención de la enfermedad cardiovascular: cribado de hipertensión infantil. prevención de la obesidad infantil, hipercolesterolemia familiar, abordaje del niño con estos problemas.
- Actividades preventivas en niños con Síndrome de Down.
- Detección precoz de trastornos del espectro autista.

1.1.4. Seguimiento del desarrollo del niño

- Control del crecimiento y desarrollo físico.
- Control del desarrollo psicomotor.
- Alimentación del niño en los dos primeros años de vida.
- Alimentación del preescolar y del escolar.

1.1.5. Revisiones del niño en diferentes tramos de edad

- Consulta prenatal: Prevención prenatal. Inicio de relación padres-pediatra, control de habilidades y actitudes e inicio de la promoción de la lactancia materna.
- Seguimiento y control del prematuro con menos de 1.500 gramos al nacer.
- Atención al recién nacido normal.
- Revisión del niño: 0-23 meses, 2-5 años, 6-10 años, 11-14 años.

1.1.6. Atención a problemas de salud agudos

1.1.7. Atención dental

1.1.8. Atención a problemas de salud crónicos

- Atención al niño con asma.
- Prevención y atención al niño obeso.
- Atención al niño con infección del tracto urinario.
- Atención al niño con dolor abdominal recurrente.
- Atención a niños con trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.
- Atención al niño con trastornos del sueño.
- Prevención y atención al niño con problemas de esfínteres (enuresis, encopresis, etc.).
- Atención a otras enfermedades crónicas: diabetes y otros trastornos endocrinológicos, fallo del medro, enfermedades reumatológicas, alteraciones renales, cardiopatías, malformaciones congénitas, cefaleas, epilepsia, convulsiones febriles, problemas dermatológicos (dermatitis atópica y seborreica, acné), alergias alimentarias, enfermedad celíaca, dolor abdominal recurrente, alteraciones musculoesqueléticas, trastornos de conducta y aprendizaje.

1.1.9. Atención al niño con problemas socio-sanitarios: niño emigrante, adoptado o en acogida, seguimiento del niño con discapacidad.

1. 2. Edad entre 15 y 19 años. Adolescencia

La etapa de la adolescencia se puede definir como el período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición de la infancia a la edad adulta. Se inicia con la pubertad y termina cuando la persona alcanza la completa madurez física, psíquica y social. Se reconocen tres etapas dentro de este periodo: la adolescencia temprana (desde la pubertad hasta los 14 años), la adolescencia media (entre los 15 y los 17 años) y la adolescencia tardía o adulto joven (entre los 18 y los 21 ó 24 años según algunos criterios y autores). Para hacer un corte más común se han incluido en adolescencia las edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

1.2.1. Prevención y promoción de la salud:

Los padres siguen teniendo un papel importante en la salud de sus hijos, al participar en las actividades preventivas y de promoción de la salud. Pero en esta etapa, aparece el propio adolescente como responsable también de su salud con especial atención en este periodo a los cambios no solo biológicos, sino psicosociales que llegan a ser de gran importancia dentro del proceso de desarrollo y madurez. Las actividades no solo van a ir dirigidas a los padres, si no también a los adolescentes, como grupo. La educación en la escuela en esta etapa sigue siendo una herramienta básica de promoción de la salud y prevención de problemas.

- Consejos sobre hábitos nocivos como: tabaco, alcohol y sustancias ilegales.
- Asesoramiento sobre las conductas de riesgo que comprometan el nivel de salud (conducta sexual, enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, accidentes de tráfico, trastornos de la conducta alimentaría, actividades de ocio con alto riesgo, etc.).
- Asesoramiento sobre el autocuidado: estilos de vida saludables (dieta, ejercicio físico, etc.).

-
- Asesoramiento sobre adaptación a padres y familiares y al entorno.
 - Promover el desarrollo personal y social.
 - Detección de adolescentes con problemas de control de impulsos y de conductas agresivas, que provoquen problemas tanto en su entorno como al resto de la sociedad.
 - Prevención, diagnóstico y tratamiento del abuso sexual y maltrato físico y emocional.
 - Prevención, diagnóstico y tratamiento del retraso escolar y problemas de aprendizaje.

1.2.2. Vacunas

- Vacunas según calendario.
- Vacunas en grupos de riesgo.

1.2.3. Atención a problemas de salud agudos

1.2.4. Atención a problemas de salud crónicos: hipertensión arterial, hiperlipidemia, depresión recurrente, psicosis en fase inicial, etc.

1. 3. Edad ente 20 y 74 años. Adultos

Este grupo de edad heterogéneo se caracteriza por una elevada prevalencia de enfermedades agudas y crónicas relacionadas con los hábitos de vida no saludables y la exposición ambiental a factores nocivos para la salud. Las actividades se centrarán en la atención clínica y seguimiento de estas patologías y en la prevención y promoción de los factores de riesgo.

1.3.1. Prevención y promoción de la salud

- Actividades de cribado específicas para este grupo de edad: prevención de enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) o hábitos de riesgo (alcohol, tabaco, drogas, sedentarismo, obesidad, etc.).
- Asesoramiento sobre el autocuidado: higiene, alimentación, ejercicio físico, hábitos tóxicos, etc.

-
- Vacunación en población adulta: campañas vacunales, grupos profesionales de riesgo, viajeros a zonas endémicas, etc.
 - Educación para la salud dirigida a grupos con hábitos o circunstancias comunes (educación para la salud sobre tabaquismo, alcoholismo, drogas, accidentes de tráfico, etc.) con el objetivo de abandono del hábito no saludable, así como educación a grupos con problemas de salud comunes (educación para la salud dirigida a diabéticos, a hipertensos, obesos, EPOC/asma, ansiedad, etc.) para un mejor control de su enfermedad.
 - Prevención del cáncer de incidencia en este grupo de edad.
 - Atención preconcepcional.
 - Prevención de los trastornos relacionados con la salud mental: pérdidas de funciones psicofísicas, jubilación, cambios frecuentes de domicilio del anciano, prevención del suicidio, detección precoz de los trastornos de ansiedad o depresión.

1.3.2. Atención a los problemas de salud agudos

- Problemas cardiovasculares
 - Manejo clínico de diferentes cuadros cardíacos: síndrome coronario agudo, parada cardio-respiratoria, insuficiencia cardíaca aguda, arritmias cardíacas, pericarditis aguda, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, obstrucción arterial periférica aguda.
 - Manejo diagnóstico de diferentes síndromes cardíacos: disnea, dolor torácico, palpitaciones, edemas, síncope, soplos cardíacos.
- Problemas respiratorios
 - Reagudizaciones: EPOC, asma, alergia.
 - Manejo diagnóstico de problemas respiratorios: disnea, cianosis, hemoptisis, tos, etc.
- Problemas del tracto digestivo y del hígado
 - Manejo de situación de urgencia: abdomen agudo, hemorragia digestiva, patología anorrectal, insuficiencia hepática, etc.
 - Manejo diagnóstico de los siguientes problemas: náuseas / vómitos, dispepsia, pirosis, disfagia, dolor abdominal, trastornos

del ritmo intestinal, ictericia, alteración analítica hepática, etc.

- Problemas infecciosos: respiratorios, cutáneas, tuberculosis, gastrointestinales, urinarios, genitales y de transmisión sexual, oculares, profilaxis infecciosas, antropozoonosis.
- Endocrino-metabólicos: diabetes mellitus, trastornos tiroideos y otros problemas metabólicos y endocrinológicos.
- Problemas de la conducta y de la relación. Problemas de salud mental.
- Problemas del sistema nervioso.
- Problemas hematológicos: alteraciones de las series, detección de hemopatías malignas, profilaxis y terapia antitrombótica.
- Patología derivada de traumatismos y afectación de partes blandas periarticulares.
- Accidentes e intoxicaciones.
- Problemas de la función renal, de las vías urinarias y genitales.
- Problemas músculo-esqueléticos.
- Problemas de oftalmológicos, ORL.
- Consultas derivadas de las conductas de riesgo adictivo.

1.3.3. Problemas de salud crónicos más prevalentes

- Factores de riesgo y problemas cardiovasculares
 - Hipertensión arterial.
 - Insuficiencia cardíaca crónica.
 - Cardiopatía isquémica crónica.
 - Manejo de arritmias crónicas.
 - Hiperlipidemia.
 - Insuficiencia venosa crónica.
- Problemas endocrino-metabólicos
 - Diabetes mellitus.
 - Disfunciones tiroideas.
 - Obesidad.
- Trastornos nutricionales por defecto: bajo peso, detección de anorexia y bulimia.
- Trastornos gastrointestinales: estreñimiento, hepatitis crónicas/cirrosis, ulcus péptico y gastritis crónica, reflujo

-
- gastroesofágico, diverticulosis, colon irritable, patología anal, etc.
- Trastornos neurológicos: vértigo, cefaleas y otras algias faciales, neuropatías, temblor, esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedad de Parkinson, enfermedades cerebrovasculares, demencia y deterioro cognitivo, etc.
 - Enfermedades respiratorias crónicas: EPOC, asma, insuficiencia respiratoria, alergia, etc.
 - Problemas osteoarticulares crónicos: artropatías degenerativas, inflamatorias, microcristalinas, reumatismos de partes blandas, fibromialgia, etc.
 - Atención preventiva y terapéutica de la osteoporosis.
 - Manejos del dolor crónico de cualquier etiología.
 - Enfermedades nefrourológicas crónicas: insuficiencia renal crónica, hipertrofia prostática, incontinencia urinaria, cuidados del paciente con sondaje vesical, disfunción eréctil, nefrolitiasis, etc.
 - Deterioro de la integridad cutánea: heridas crónicas (por ejemplo, úlceras vasculares).
 - Seguimiento clínico de los procesos oncológicos.
 - Manejo de las infecciones recurrentes: genitourinarias, respiratorias.
 - Atención específica a los trastornos derivados del consumo de alcohol.
 - Atención específica a los trastornos derivados del consumo del tabaquismo.
 - Problemas de salud mental.

1.3.4. Atención a los trabajadores: identificar la interacción básica de las condiciones del trabajo y la salud.

- Prevención y manejo de las patologías prevalentes en salud laboral.
- Asesoramiento e información básica al usuario, en relación con los aspectos clínico-preventivos, legales y administrativos relacionados con la salud laboral.

1. 4. Edad mayor de 75 años. Atención al mayor

Entre un grupo poblacional y el siguiente no existe discontinuidad, la asistencia es un continuo. Si en el grupo etario anterior se pretende iniciar lo que la OMS ha acuñado como *envejecimiento activo* de la población, donde los objetivos de la prevención en el colectivo de las personas mayores van encaminados a: reducir la morbi-mortalidad prematura originada por la enfermedad, evitar la pérdida de independencia funcional, aumentar la expectativa de vida libre de discapacidad y a mejorar la calidad de vida, en este grupo de los más mayores sigue siendo algo prioritario.

Si a partir de los 75 años aumenta el deterioro funcional de la persona, desde un punto de vista clínico, físico y/o mental, dando lugar a grandes repercusiones socio-familiares; es desde la edad de 80 años donde la fragilidad en el mayor le hace más vulnerable a los cambios. Es aquí cuando existe un especial riesgo de sufrir reagudizaciones de sus enfermedades, discapacidad y dependencia (haciéndose necesaria la ayuda de terceras personas para realizar las actividades cotidianas), reacciones adversas, institucionalizaciones, etc.

1.4.1. Prevención y promoción de la salud. Actividades dirigidas al mayor y al cuidador principal.

- Vacunación (campañas de vacunación, viajeros a zonas endémicas, etc.)
- Asesoramiento sobre el autocuidado (higiene, alimentación, ejercicio físico, ejercicio mental, etc.).
- Detección de problemas funcionales con influencia en las Actividades de la Vida Diaria, tanto básica como instrumental. Valoración física o funcional específica.
- Prevención de caídas.
- Asesoramiento en la modificación del entorno.
- Asesoramiento sobre medidas de apoyo para la deambulación.
- Detección de problemas que cursan con deterioro cognitivo crónico o agudo. Valoración mental específica.

-
- Prevención del deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión.
 - Prevención del deterioro de la movilidad física (asesoramiento sobre ejercicios articulares).
 - Promoción de actividades que favorezcan la autonomía.
 - Promoción de actividades de relación (ocio, cultura, etc.).
 - Prevención de la claudicación del cuidador.
 - Información y formación sobre cuidados.
 - Movilización de recursos familiares y sociales.
 - Apoyo en la toma de decisiones.
 - Apoyo psicológico.

1.4.2. Problemas de salud agudos. Los generales de las personas adultas comprendidas en el tramo de edad 20-74 años, más los específicos:

- Atención a traumatismos (caídas, etc.)
- Detección y tratamiento de deterioro cognitivo agudo.
 - Atención a infecciones agudas.
 - Detección y tratamiento de depresiones.
 - Detección y tratamiento de alteraciones analíticas.
- Déficit de autocuidado: baño, higiene, alimentación, etc.
- Impactación fecal.
- Apoyo al cuidador principal.

1.4.3. Problemas de salud agudos. Problemas de salud crónicos más prevalentes

- Atención a los problemas de salud crónicos (hipertensión, dislipemias, diabetes, etc. como en el periodo anterior del adulto de 20 a 74 años).
- Detección y manejo de los grandes síndromes geriátricos.
 - Inmovilidad.
 - Malnutrición.
 - Aislamiento social.
 - Incontinencia.
 - Estreñimiento.
 - Deterioro cognitivo: delirium-demencia.

-
- Deterioro visual-auditivo.
 - Alteración del sueño: insomnio, despertares nocturnos, etc.
 - Polimedicación.
 - Inestabilidad-caídas.
 - Úlceras por presión
 - Trastornos neurológicos específicos: enfermedad de Alzheimer, Parkinson, enfermedades cerebrovasculares
 - Enfermedades degenerativas osteoarticulares.
 - Gestión del caso: coordinación social y sanitaria
 - Detección de necesidades sanitarias
 - Detección de necesidades sociales
 - Oferta de ayudas sanitarias y sociales, así como apoyo en la toma de decisiones
 - Asesoramiento y apoyo al cuidador principal.

2. SERVICIOS GENERALES SIN RELACIÓN CON LA EDAD

Los servicios transversales obedecen a necesidades de salud o a demandas de la población que no tienen relación con un grupo específico de edad. Estos servicios abordan problemas, bien porque se pueden dar en cualquier grupo de edad como la atención a la dependencia, la atención a pacientes terminales o la atención a situaciones de riesgo familiar, bien por ser específicos de la mujer.

2.1. Servicios específicos de atención a la mujer

Estos servicios abordan diferentes etapas de la vida de la mujer desde que es fértil, estando relacionados con aspectos de métodos anticonceptivos, atención al embarazo y postparto, atención al climaterio y la detección precoz de cáncer ginecológico. Se consideran los siguientes servicios:

2.1.1. Asesoramiento sobre el autocuidado.

2.1.2. Problemas de salud agudos. Asesoramiento y seguimiento de métodos anticonceptivos, con el fin de prevenir embarazos no deseados y disminuir el número de interrupciones voluntarias.

2.1.3. Atención al embarazo.

-
- Captación de la mujer embarazada.
 - Seguimiento del embarazo no de riesgo, en coordinación con el segundo nivel de atención.
 - Preparación al parto.
 - Asesoramiento sobre los autocuidados en los primeros días después del parto.
 - Seguimiento del postparto sin riesgo.

2.1.4. Atención en el climaterio, tanto en aspectos de promoción como de prevención ante los cambios que se producen en esta etapa de la vida.

- Apoyo en los cambios vitales en esta etapa.
- Educación para la salud a este grupo de mujeres.

2.1.5. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico (cérvix y mama), dada la evidencia demostrada en su impacto en salud.

2. 2. Servicio de atención al enfermo con infección por VIH

Es un servicio que tiene el objetivo principal de disminuir la incidencia de la infección por el VIH, contribuir a la detección precoz y al seguimiento clínico y mejorar la calidad de vida de las personas infectadas.

2.2.1. Prevención de la infección y promoción de conductas generadoras de salud:

- Asesoramiento sobre conductas generadoras de salud: vacunas recomendadas según situación, disminución de riesgos de contagio
- Asesoramiento sobre el autocuidado.

2.2.2. Identificación de las personas de riesgo, del entorno más próximo al enfermo.

2.2.3. Detección y seguimiento del enfermo con infección VIH.

2.2.4. Atención a los problemas de salud agudos del paciente con infección por el VIH.

2.2.5. Atención a los problemas de salud crónicos del paciente con infección por el VIH.

2.2.6. Apoyo emocional durante el proceso.

2. 3. Servicio de atención a los problemas de salud mental

Servicio dirigido a la atención de pacientes con enfermedades psicosociales y a personas con problemas situacionales o de transición.

2.3.1. Detección y control evolutivo de la ansiedad e insomnio.

2.3.2. Diagnóstico y control evolutivo de la depresión.

2.3.3. Atención a los trastornos menores: distimia, trastornos adaptativos, etc.

2.3.4. Atención a los problemas de conducta y de relación: trastornos alimentarios y de la autoimagen, agresividad, disfunción sexual, etc.

2.3.5. Detección de conflicto situacional (atención de la situación de pérdida): duelo, jubilación, divorcio, paro, nido vacío, problemas laborales, etc.

2.4. Servicio de atención al enfermo terminal

En las últimas décadas estamos asistiendo al aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de nuestra sociedad. Los avances de la ciencia y condiciones de vida, así como la cultura, nos han llevado a conseguir una supervivencia mayor a procesos incurables.

El enfermo terminal es aquella persona con una enfermedad en estado avanzado, progresiva e incurable (pronóstico de vida < 6 meses); donde ya no hay respuesta al tratamiento y además ocurren una serie de síntomas multifactoriales que empeoran la situación de la persona y su familia. El tratamiento general va a ser paliativo y nuestros esfuerzos irán dirigidos a la mejora del bienestar y confort del enfermo, así como al apoyo de la familia. La propuesta de servicios es la siguiente:

2.4.1. Valoración de la situación del enfermo terminal y su entorno para detectar las necesidades tanto reales como potenciales.

2.4.2. Actividades de prevención dirigidas al enfermo, al cuidador principal y su familia:

- Asesoramiento sobre los cuidados.
- Actuación en situaciones de alarma.

2.4.3. Seguimiento del enfermo terminal y su familia: Atención en las diferentes fases de la enfermedad.

2.4.4. Preparación del duelo:

- Ayudar a verbalizar dudas, miedos, sentimientos.

2.4.5. Escucha activa y apoyo emocional.

2.4.6. Apoyo al cuidador y familia en las diferentes fases del duelo.

2.6. Servicio de atención a la dependencia y discapacidad

En este grupo toma relevancia la figura del cuidador principal ya que asume el cuidado de otra persona. Es importante tener al cuidador informado y formado, así como motivado. Aquí la actividad educadora de los profesionales del equipo de atención primaria, mediante la educación para la salud conseguirá los objetivos de mejora en la aplicación de cuidados, y además servirá al cuidador para la obtención de una formación básica en cuidados que le ayude en el campo laboral para futuras ofertas de trabajo, fomentando de esta manera la integración de la persona en este mercado.

Los servicios que proponemos son:

2.5.1. Atención en el domicilio del paciente con deterioro de la movilidad física y gran discapacidad:

- Promoción de actividades de relación: ocio, cultura, etc.
- Promoción de actividades mentales.
- Atención al encamado: cuidados dirigidos a mejorar el bienestar del ciudadano:
 - Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
 - Ejercicios articulares.
- Atención de los problemas de salud específicos, tanto agudos como crónicos (ver oferta de servicios generales según edad, etc.).

2.5.2. Gestión del caso: coordinación social y sanitaria.

- Detección de necesidades sanitarias.
- Detección de necesidades sociales.
- Oferta de ayudas sanitarias y sociales, así como apoyo en la toma de decisiones.
-

2.5.3. Atención al cuidador principal:

- Prevención de la claudicación del cuidador y la familia:
 - Información y formación sobre cuidados.
 - Movilización de recursos familiares y sociales.
 - Apoyo en la toma de decisiones.
 - Apoyo psicológico.
- Detección del riesgo de claudicación/cansancio del cuidador.
- Atención al síndrome del cuidador.

2.5.4. Atención temprana: conjunto de actuaciones sobre el niño, progenitores y entorno para la prevención primaria, secundaria o terciaria de los trastornos del desarrollo.

2.6. Servicio de atención a las situaciones de riesgo familiar y de exclusión social

2.6.1. Identificar personas en riesgo.

- De exclusión social: inmigrantes, drogodependientes, personas de etnia diferente personas con trastornos mentales, indigentes / personas sin hogar etc.
- De riesgo familiar: trastornos adictivos, dependencia, violencia familiar, paro, etc.

2.6.2. Identificar necesidades y gestionar los recursos sociosanitarios que faciliten la resolución de las dificultades para su integración.

2.6.3. Identificar las necesidades y gestionar los recursos sociosanitarios y familiares.

2.7. Servicio de atención específica dirigida a la familia

2.7.1. Conocer la estructura familiar e identificar las crisis de desarrollo por las que atraviesa la familia a lo largo de su ciclo vital.

2.7.2. Detectar los problemas psicosociales y brindar asesoramiento familiar anticipatorio.

2.7.3. Realizar una evaluación sistemática e intervenir de forma planificada con ocasión de la aparición de problemas familiares.

2.7.4. Terapia familiar u otras técnicas de intervención familiar.

3. SERVICIOS DE APOYO

Unidades que prestan un servicio especializado a los profesionales del EAP y que le facilitan la correcta prestación de los servicios. Estas unidades, siempre que sea posible deben depender funcional y organizativamente de atención primaria.

- Trabajador social
- Fisioterapia.
- Unidades de rehabilitación de pacientes con discapacidad (centros de día)
- Unidades de terapia y rehabilitación en salud mental (psicólogos)
- Matronas.
- Salud bucodental
- Equipos de apoyo en la atención domiciliaria
- Unidades de atención continuada/urgencia
- Centros de realización y análisis de pruebas complementarias básicas: laboratorio de análisis clínico, radiodiagnóstico
- Cualquier otra unidad que permita la correcta prestación de los Servicios desde el EAP.

4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Procedimientos y técnicas básicas, realizados en el centro de salud, por los profesionales que forman parte del Equipo, que facilita la correcta prestación de los servicios.

4.1. Extracciones y toma de muestras:

- Analíticas de sangre.
- Cultivos microbiológicos.
- Citologías, anticoncepción.

4.2. Realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas:

- Manejo de la anticoagulación.
- Curas, aplicación de tratamientos por vía parenteral.
- Aplicación de sondas nasogástricas, vesicales y rectales.
- Extracción de tapones de cerumen.
- Cuidado de ostomías..

-
- Aerosolterapia.
 - Técnicas de cirugía menor (aplicación de suturas, drenaje de abscesos, extirpación-biopsia de lesiones dermatológicas, crioterapia, termocoagulación, taponamientos, etc.).
 - Técnicas de traumatología menor (infiltraciones, vendajes, inmovilizaciones, etc.).
 - Electrocardiografía.
 - Técnicas de reanimación cardiopulmonar y soporte vital.
 - Realización de técnicas diagnósticas:
 - De imagen: ecografía, eco-doppler.
 - Espirometrías.
 - Audiometría.
 - Oftalmología: optometría, tonometría, fondo de ojo.

4.3. Técnicas psicoterapéuticas básicas.

4.4. Técnicas fisioterapéuticas y rehabilitadoras.

4.5. Tratamientos bucodentales: sellado de fisuras, obturación del molar, extracción de piezas dentales.

ANEXO III

PROPUESTA DE ESTRUCTURA, SERVICIOS Y ORGANIZACIÓN BÁSICA DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El grupo de trabajo del Proyecto AP21 ha realizado una revisión sobre la estructura, servicios y organización de las unidades administrativas en atención primaria que se presenta a continuación.

1. ESTRUCTURA MARCO

1.1. Oficina de usuarios

Los servicios que ofrecen las unidades administrativas en esta área son de información, de gestoría, de admisión y de opinión del usuario.

Servicio de información: Tiene como cometido informar acerca de los derechos y deberes de los ciudadanos, la oferta de servicios del equipo de atención primaria, los circuitos del conjunto del sistema de salud, las prestaciones asistenciales y no asistenciales y las conexiones con la red sociosanitaria.

Además de la información directa, se ejerce una función de asesoría y orientación sobre todo tipo de gestiones a realizar dentro del Servicio de Salud y los servicios vinculados (por ejemplo centro especialidades y hospital).

La información puede ofrecerse de forma presencial, por teléfono o por escrito y de forma irrenunciable con carácter personalizado.

Servicio de gestoría: Se encarga de la recepción, comprobación y tramitación de documentos.

- Base de datos de usuarios: Actualización de datos de filiación de los usuarios. Propuestas de alta en las bases de datos (recién nacidos o usuarios no regularizados)
- Asignación de médico: Adscripción inicial (alta) y temporal (desplazados) de médico de familia / pediatra.
- Libre elección de médico. Cambio de médico de familia y pediatra.
- Asignación de enfermera/libre elección de enfermería (que es posible en algunas Comunidades Autónomas).
- Tramitación de tarjeta sanitaria individual. Solicitudes iniciales, pérdidas, altas. Gestión para inmigrantes e indocumentados.
- Gestión del derecho de asistencia sanitaria. Captación de usuarios sin asistencia sanitaria y gestión del derecho a asistencia (inmigrantes, bajas en Seguridad Social, desamparo social).
- Documentación clínica: documentos de derivación, visados, gestión de medicamentos, pruebas complementarias, partes de incapacidad temporal, informes, renovación de recetas, etc.
- Documentos para el acceso a prestaciones (ortoprotésicas, bucodentales, dietoterápicas, nutricionales o transporte sanitario).
- Documentos para la devolución económica de gastos por ortoprótesis, artículos y servicios parasanitarios.
- Documentación para la gestión de facturación a terceros.

Servicio de admisión. El grueso de esta actividad lo proporciona la gestión de las citaciones.

a) Interna, para el equipo de atención primaria y dispositivos de apoyo, que se realiza por:

- Profesionales: Médicos de familia, pediatría, enfermería y trabajadora social.
- Pruebas diagnósticas funcionales (ECG y espirometría) y servicios

-
- comunes centralizados (extracciones y cuarto de curas).
- Modalidad: Consulta, urgencia o domicilio.
 - Unidades de apoyo: fisioterapia, odontología, matronas, salud mental.

b) Externa, para el segundo nivel de atención:

- Consultas nominales de especialistas (personalizadas por libre elección).
- Consultas de especialidades (no reguladas con libre elección).
- Pruebas complementarias (mamografías, endoscopias, radiología, etc.).

Servicio de opinión y reclamaciones: Tiene encomendada la misión de recoger, registrar y tramitar las sugerencias verbales o escritas de los usuarios, así como las reclamaciones a través del registro específico para las mismas. Este servicio se complementa con el de información al que está indisolublemente unido.

1.2. Oficina de centro de salud

Sus funciones pueden subdividirse en diferentes servicios:

Gestión: Planificación, organización y normalización (sistemas de información, gestión del personal, etc.) con el resto de la comisión directiva o dirección del centro.

Registro y archivo: Recepción, envío, organización y clasificación de documentos: Gestión del archivo normativo-administrativo (informes de lesiones al juzgado, informes de violencia de género, voluntades vitales anticipadas, segunda opinión médica, sugerencias y reclamaciones, consentimiento informado y solicitudes de historia clínica), gestión del archivo sanitario, gestión del archivo documental.

Gestión de la documentación interna y externa: Tratamiento, proceso, transmisión de la información oral/escrita. Incluye: manual de mantenimiento, manual de catástrofes, emergencias e incidencias urgentes, manual de gestión de residuos sanitarios, manual de procedimiento de medicamentos y vacunas en centros de salud y otros.

Logística: mantenimiento del centro y procesos de formalización documental (gestión de averías y partes de incidencias, gestión de almacén y distribución de material).

Otros servicios: aquellos prestados por los trabajadores sociales que se canalizan en gran medida desde las unidades de atención al usuario a través de información y asesoramiento, la mayoría de los cuales podemos englobarlos en el servicio de gestoría y de información del área funcional, oficina de usuarios.

- Gestión de los reintegros de gastos por asistencia, desplazamientos o transporte.
- Tramitación de las solicitudes de asistencia en centros sanitarios externos al ámbito provincial o al servicio de salud.
- Tramitación de solicitudes de ayudas económicas para prótesis auditivas, lentes, o ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas, etc.
- Información sobre prestaciones, acceso y utilización de los recursos sanitarios y sociales existentes.
- Información y asesoramiento sobre recursos prestados por las administraciones públicas, grupos de autoayuda y entidades que prestan servicios de carácter social a los ciudadanos.

2. ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Como principio general las unidades administrativas deben estar vinculadas y funcionar en estrecha relación con la parte asistencial, la labor conjunta redundará tanto en beneficio del usuario como de los propios profesionales sanitarios.

Los procesos que se desarrollan en las unidades administrativas son por iniciativa de los usuarios (internos o externos) y pueden protocolizarse como procedimientos operativos. La experiencia demuestra que todos los procedimientos pueden desglosarse en tareas definidas con responsables concretos.

Tipo de actividad: Los servicios de oficina de usuarios son los que requieren mayor dedicación y por tanto, mayor número de profesionales. La atención al usuario se desarrolla en dos etapas, alternativas o simultáneas, dependiendo de la prestación solicitada:

- Directa (atención personalizada que requiere la presencia obligada del usuario).
- Diferida (gestión administrativa que se deriva de la anterior, donde no se requiere la presencia del usuario).

Priorización: La actividad de atención al usuario se prioriza siempre sobre la actividad de secretaría del equipo. En la actividad de atención, la forma directa se prioriza sobre la diferida. Los procedimientos operativos prioritarios prevalecen sobre el resto. En el caso improbable de que se requieran dos simultáneamente prevalecerán los criterios de urgencia y gravedad.

Responsable de la unidad administrativa: El jefe o responsable de la unidad administrativa es una figura imprescindible y debe disponer de autoridad delegada del director o coordinador del equipo de atención primaria. Tiene como principal responsabilidad establecer una organización que asegure que los servicios se prestan en su totalidad y de forma

adecuada. De esta figura dependerán jerárquicamente los auxiliar/es administrativo/s y celador/es.

La ordenación de los espacios: La Unidad administrativa debe diferenciar al menos dos espacios:

a) Puesto de atención directa: Espacio destinado para la realización de las actividades de atención directa (oficina de usuarios). Se garantiza la doble modalidad de atención presencial o telefónica.

En función de la disponibilidad de espacio pueden crearse módulos de atención:

- Específicos: cuando el puesto tiene asignada una tarea concreta, por decisión interna o por limitaciones materiales.
- Polivalentes: cuando es posible realizar más de una tarea desde el mismo puesto.

b) Puesto de interior: Espacio destinado para la realización de las actividades de interior.

ANEXO IV

PROPUESTA DE ACTUACIONES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

El grupo de expertos de AP21 realiza una propuesta sobre cuáles debieran ser las actuaciones de los equipos de atención primaria en el ámbito de la salud pública.

1. ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD

Básicamente orientadas a promoción de hábitos de vida saludables. Según a quién vayan dirigidas pueden ser:

1.1. Actividades dirigidas a población general

En este caso, la promoción de la salud generalmente se realiza mediante técnicas de marketing a través de los medios de comunicación general.

El papel de la atención primaria en estas actividades se concreta en:

- Su participación a requerimiento de la autoridad de salud pública (grupos de trabajo, intervención en medios, etc.).
- Debe haber formación e información previa en los aspectos que se van a tratar, puesto que es inevitable la "traslación" a la consulta de atención primaria de los aspectos tratados, ya que el mensaje del sistema sanitario debe ser coherente.
- Desde atención primaria se participa en la difusión de materiales (carteles, folletos, etc.) y en el refuerzo de los mensajes a nivel individual y, si procede, grupal.
- Debe preverse la posible respuesta de la población a este tipo de mensajes en demanda de más información, de servicios aconsejados de forma directa o subliminal.
- Cabe encuadrar en este tipo de servicios, especialmente, los

programas formativos orientados a la promoción (educación para la salud) sobre hábitos de vida saludables. Este tipo de programas suelen ir acompañados de: actuaciones educativas sobre grupos de riesgo, sobre individuos y actividades de prevención primaria (protección y/o diagnóstico precoz).

1.2. Actividades orientadas a grupos de riesgo

En este caso, la promoción de la salud se realiza también a través de los medios de comunicación, o bien, a través de entornos específicos como lugares frecuentados, colegios, asociaciones, etc.

El papel de la atención primaria es similar a lo dicho en el apartado anterior, pero hay que valorar una participación mucho más activa dentro de la propia zona de salud, donde debe tener el liderazgo de este tipo de actividades.

1.3. Actividades individualizadas

Se realizan de forma protocolizada y programada sobre individuos que forman parte de grupos de riesgo o que, en razón de marcadores de riesgo, son susceptibles de enfermar.

El tipo de actuación más utilizada es la llamada "consulta oportunista", aunque puede combinarse con difusión a través de los medios de comunicación u otras actuaciones.

Para conseguir alcanzar amplias coberturas, este tipo de actuaciones deberían "impregnar" la cartera de servicios de forma transversal (ej.: anamnesis y consejo antitabaco).

Deben incluir: anamnesis sobre factores de riesgo y consejo individualizado (educación para la salud).

2. ACTUACIONES DE PROTECCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

Cabe integrar en atención primaria las siguientes líneas de trabajo:

2.1. Protección frente a enfermedades trasmisibles

- Vacunaciones. Acordes con el calendario vacunal de cada Comunidad Autónoma.
- Calendarios vacunales adaptados a inmigrantes: actuando tanto a su entrada al país, buscando la equiparación de su inmunización con el de la población autóctona, como a su vuelta al país de origen, buscando el mejor estado de inmunización frente a la situación de su país de origen.
- Profilaxis o quimioprofilaxis cuando proceda, con las mismas salvedades que en el apartado anterior.

2.2. Participación en las diferentes actividades de vigilancia epidemiológica, según se requiera: Sistema de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, redes centinela, estudios de brotes epidémicos.

2.3. Participación, en función de la legislación, organización y requerimientos de cada Comunidad Autónoma en otros tipos de vigilancia y/o intervenciones colectivas: Vigilancia farmacológica o vigilancia medio-ambiental.

3. ACTUACIONES DE DIAGNÓSTICO PRECOZ

3.1. Con carácter universal

- Salud bucodental, en especial tres grupos de actividades: higiene buco-dental (en realidad una actividad de promoción de salud), revisión periódica y/o sellado de fisuras y/o obturación de lesiones de caries en niños y/o adolescentes y consejo, revisión periódica y/o sellado de fisuras y/o obturación de caries en embarazadas.

-
- Programa de revisiones periódicas del niño sano.
 - Programas de revisiones periódicas en adultos. Particularizando el caso de la población inmigrante.
 - Valoración periódica de riesgos en el anciano.

3.2. Dirigidos a grandes grupos de población

- Actividades de diagnóstico precoz dentro del programa de atención a la mujer.
- Actividades de diagnóstico precoz dentro del programa de atención al adulto.
- Actividades de diagnóstico precoz dentro del programa de atención al anciano.
- Actividades de diagnóstico precoz sobre grupos de riesgo.

ANEXO V

TIPOLOGÍA DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS

1. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Incluye todas las interacciones que tienen lugar en los mecanismos formalizados del sistema sanitario para su gestión como los consejos de salud, comisiones de participación, comités de dirección, comisiones de coordinación intersectorial, comisiones de reclamaciones, etc. Aquí se incluyen una trama de instrumentos muy diversos en los que se deben contemplar la capacidad de control y la toma de decisiones que tienen y mejorar su identificación y valoración.

1.1. Consejos de Salud

La Ley General de Sanidad estableció que las Áreas de Salud deberían tener un *órgano de dirección* (consejo de dirección del Área), en el que estarían las Corporaciones Locales con una representación del 40% como mínimo, y otro *de participación*, (consejos de salud de Área) constituidos por representantes de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales con el 50% de sus miembros y de las organizaciones sindicales más representativas en una proporción no inferior al 25%. Sus principales funciones incluirían el verificar la adecuación de las actuaciones del área a las normas y directrices de la política sanitaria, analizar los problemas de salud, establecer prioridades de actuación e informar el Plan de Salud proponiendo medidas.

En general la legislación autonómica otorga la posibilidad de participación en la política sanitaria (*con nivel decisorio*) a los representantes de las corporaciones locales en los dos niveles superiores de gestión (Comunidad Autónoma y Área Sanitaria), mientras que los agentes sociales (sindicatos,

asociaciones vecinales, asociaciones de consumidores y otros agentes sociales y profesionales como corporaciones profesionales, entidades científicas, universidades, y organizaciones sectoriales de ciudadanos) ven su papel reducido a participar en los órganos de seguimiento (*no decisorio*). El mayor desarrollo al respecto está en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha que establece el consejo de salud con funciones consultivas y el Consejo de Administración del Servicio de Salud que tiene funciones de dirección y control de la gestión y en el que participan representantes de asociaciones de vecinos y consumidores y usuarios, corporaciones locales y sindicatos.

Podemos señalar dos ámbitos diferenciados para su puesta en práctica:

a) En la gestión estratégica del Sistema Nacional de Salud, de los servicios autonómicos de salud y de las áreas sanitarias (macrogestión / macroparticipación):

La participación se desarrollará en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció la composición del Comité Consultivo del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo destinado a hacer *"efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud"*. Entre sus funciones principales están:

- Informar sobre las materias que resulten de especial interés en el funcionamiento del SNS y que respondan a las necesidades sociales de la población.
- Preparar informes para el proceso de toma de decisiones.
- Estructurar el diálogo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los agentes sociales.

Sin embargo, hay que señalar que en su composición se excluyó a los representantes de los consumidores y usuarios, quedando únicamente representados en dicho órgano las Administraciones, Estatal y Autonómica, y las organizaciones empresariales y sindicales.

La Ley General de Sanidad estableció: que las Comunidades Autónomas ajustarían sus competencias a criterios de participación democrática de todos los interesados; que formarían parte de los órganos de la misma, como mínimo, los representantes municipales, los sindicatos y las organizaciones patronales; y que los municipios deberían estar presentes en los órganos de dirección de los servicios con un mínimo del 40% de los miembros de los mismos.

Esta Ley estableció una estructura del sistema sanitario público descentralizada en Servicios de Salud autonómicos que deberían articular la participación ciudadana través del consejo de salud de la Comunidad Autónoma y en todos sus servicios sanitarios.

Todas las Comunidades Autónomas tienen elaboradas sus Leyes específicas de constitución de los Servicios Regionales en donde especifican la creación de los órganos de participación a nivel de la Comunidad Autónoma y de las Áreas de Salud.

En todo caso, la existencia de una normativa específica no supone necesariamente su cumplimiento. Creemos que su desarrollo e implantación es heterogéneo y muy deficitario, por lo que puede decirse que existe un déficit generalizado de participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Los ejemplos sobre el funcionamiento de los órganos de participación constituidos en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, muestran que no se respetan los criterios sobre la periodicidad de las reuniones y en sus contenidos, lo que dificulta o impide a la larga que puedan controlar la ejecución de la política sanitaria: La documentación presupuestaria es proporcionada con poco margen de tiempo para poder ser analizada y enmendada por los representantes de la comunidad; hay una gran dificultad para acceder a los datos de gestión (las administraciones alegan necesidad de respetar la confidencialidad de los datos) y los plazos temporales entre reuniones de estos órganos son excesivos lo que desincentiva a participar a los representantes comunitarios.

Estas trabas a la participación se dan en un contexto de desinterés general de las organizaciones sociales (sindicales, sociales o profesionales) por la participación y de desconfianza de las administraciones hacia las mismas. Tampoco los representantes municipales parecen tener conciencia de la necesidad y ventajas de su presencia en los organismos de gestión sanitaria.

b) En la gestión operativa de los centros mediante los consejos de salud de zona básica (microgestión/microparticipación).

Estos son los más relevantes en el nivel de atención primaria y se consideran como el prototipo de la participación comunitaria.

“Un Consejo de Salud es un órgano donde se reúnen un grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusiones sobre la salud y también a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios” (Revilla, 1987).

En el conjunto del Estado español la competencia legislativa y normativa para la puesta en marcha y desarrollo de estos órganos pertenece a los cuerpos legislativos y de gobierno de las Comunidades Autónomas. La normativa es amplia y diversa y se ha ido introducido de forma escalonada. Una gran mayoría de Comunidades han aprobado legislación sobre el particular si bien el desarrollo y cumplimiento adecuado de la misma deja mucho que desear para todos los intervinientes.

En los orígenes de los consejos de salud podemos encontrar diferentes circunstancias. En algunos casos la iniciativa ha partido de las propias Comunidades Autónomas y son ellas las que han regulado la composición y las funciones de los consejos de salud de zona básica. En otros son los propios equipos de atención primaria quienes han promovido su desarrollo y, por último, en otros la iniciativa ha partido de los propios Ayuntamientos o de las asociaciones de vecinos de la Zona.

En general, y sea cual sea su origen, puede decirse que los *integrantes habituales* de estos consejos han sido:

- Miembros de la administración sanitaria, sobre todo en aquellos donde existe regulación por normativas oficiales.
- Miembros de los equipos de atención primaria, ya sea el coordinador u otros miembros del equipo, junto con las unidades de apoyo de trabajo social.
- Miembros de asociaciones formales de la zona básica del equipo.
- Líderes informales de algunos colectivos sociales.
- Representantes de otro tipo de asociaciones y administración local (ayuntamientos, ONG, centros escolares, sindicatos, etc.).

Es importante señalar el carácter de “representación” que tienen cada uno de los participantes del Consejo con respecto a sus respectivas asociaciones o entidades, por lo que esto conlleva tanto a la hora de diseñar las diversas actuaciones como en la toma de decisiones pertinentes.

Entre las funciones y objetivos de los consejos podemos contemplar las siguientes:

- Participar y/o colaborar en el Plan de salud o programas y/o actividades a desarrollar en la zona.
- Captar y vehiculizar las demandas de salud de la población, llevando a cabo la detección, el análisis de los problemas y marcando prioridades.
- Evaluar las decisiones que respecto a la salud tome el equipo, los programas que se desarrollen y la organización del centro. Conocer e informar las memorias de los equipos.
- Colaborar en la educación sanitaria de la población y contribuir a mejorar la comunicación entre el equipo y la comunidad local.

Los consejos de salud por tanto, forman parte del propio desarrollo de la atención primaria, participando y trabajando con y para los ciudadanos, tanto con los problemas detectados por ellos, como con los problemas que

los profesionales observan de modo habitual. Se trata, por tanto, de colaborar y no de manipular.

No existe una información centralizada sobre el marco legislativo aprobado en las Comunidades Autónomas, su desarrollo y los consejos de salud con sus características esenciales existentes en el conjunto del Estado.

Conocemos de la existencia de algunos consejos de salud en Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha, Castilla-León, Navarra, Canarias, Madrid y Extremadura pero no están generalizados. Se han realizado estudios de evaluación sobre los mismos siendo el más completo el efectuado en Castilla La Mancha (Aguilar MJ).

Por otro lado, existe un amplio debate sobre su justificación, objetivos, utilidad, funcionamiento, composición y sus fortalezas y debilidades.

1.2. Comisión intersectorial para propiciar la coordinación entre los sectores sanitario, educativo, social y otros.

Existen comisiones de coordinación intersectorial con composición, naturaleza, fines y funcionamiento diversos. A veces son comisiones para actuaciones puntuales sobre problemas de salud o de sectores de la población, otras están incluidas en programas de intervención como órganos de participación o son consecuencia de legislaciones específicas con una estabilidad mayor. Todas ellas buscan la participación más amplia posible de los sectores implicados, la coordinación y utilización adecuada de los recursos comunitarios y al abordaje global de los problemas.

A modo de ejemplo señalamos:

- Comisiones sociosanitarias de atención al mayor.
- Comisión de protección del menor.
- Comisión para el abordaje de la violencia de género.
- Comisión de coordinación de atención a las drogodependencias.

1.3. Comisiones o grupos específicos de participación

En diversos centros de salud se han ido constituyendo comisión o grupos de trabajo con distintas denominaciones (comisiones de participación, de promoción de la salud, de relaciones con la comunidad, etc.). En unos casos, se constituyen para comprometer al equipo en las tareas del Consejo y en otros para suplir la ausencia del mismo y propiciar en el equipo el abordaje comunitario. En estas comisiones suelen participar miembros de asociaciones vecinales y sociales y líderes comunitarios para tratar y abordar temas específicos y llevar a cabo iniciativas conjuntas.

2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Los objetivos de la educación para la salud son los siguientes:

- Promover la reflexión y el análisis sobre todos los factores medio-ambientales, políticos, socioculturales, físicos y psíquicos que intervienen en los comportamientos de las personas.
- Desarrollar o reforzar comportamientos saludables. Involucrar a las personas para hacer elecciones acertadas en sus estilos de vida.
- Prevenir enfermedades y conductas de riesgo.
- Proporcionar recursos y habilidades básicas para el autocuidado, la competencia personal y social, para resolver sus problemas de salud, generar comportamientos saludables y cambios sociales.

-
- Introducir aspectos individuales como la autoestima, para hacer un aprendizaje saludable, o el trabajo con la comunidad.

Los tipos de intervención en promoción y educación para la salud que se están llevando a cabo a nivel local son las siguientes:

- Consejo y asesoramiento: Dirigido a personas que acuden a una consulta profesional para plantear una demanda o buscar solución a determinados problemas. Es una intervención breve realizada, habitualmente, aprovechando una oportunidad en la atención individual.
- Educación para la salud individual: Serie organizada de consultas educativas programadas que se pactan entre el profesional y el usuario.
- Educación para la salud grupal y/o colectiva: Intervenciones programadas dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios con la finalidad de mejorar su competencia para abordar determinado problema o aspecto de salud. También se contemplan las intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad, desarrollando talleres, cursos o sesiones para aumentar su conciencia sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.
- Información y comunicación: Incluye la elaboración y utilización de distintos instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones, calendarios...) y la participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, Internet), especialmente de carácter local.
- Acción y dinamización social: Para el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos.
- Medidas de abogacía por la salud en la promoción de salud local: Para el desarrollo de estrategias intersectoriales, modificaciones organizativas de los servicios y puesta en marcha de medidas legislativas, económicas y/o técnico administrativas.

Las dos primeras se realizan a nivel individual y tienen una amplia extensión e implantación en la atención primaria, si bien no se han evaluado en profundidad en todo el país. La educación para la salud con grupos es una de las actividades comunitarias más introducida en el conjunto del Sistema Sanitario. La gran mayoría de los Servicios Regionales lo tiene incluida como una prestación específica y un servicio ofertado en la cartera. En general, la cobertura de estos servicios es baja y aunque hay una gran diversidad de temas y grupos de población abordados sabemos que existen en el momento actual dificultades para su desarrollo adecuado. Se piensa que alrededor del 40 % de los centros de salud realizan alguna actividad educativa.

La promoción y educación para la salud deben responder de forma coherente a las diferentes necesidades de salud que se plantean en nuestras sociedades desarrolladas. Para abordarlas, varias son las áreas de intervención prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales. Estas áreas de intervención van a condicionar los objetivos y planteamientos de la formación, ya que son necesarios conocimientos, actitudes y habilidades para comprender y abordar estas necesidades en salud y los factores con ellas relacionados.

En la Figura 1 se resumen algunas necesidades de salud y áreas de intervención que se están abordando desde la educación y promoción de salud con distinta intensidad y metodología en el conjunto de los Servicios de las Comunidades Autónomas.

Figura 1. Necesidades/ áreas de intervención y su enfoque desde la promoción de salud

Necesidades	Áreas de intervención	Enfoque desde la promoción de salud
Problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades crónicas ▪ Discapacidades ▪ Derechos y deberes de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención centrada en la calidad de vida ▪ Educación de los pacientes y afectados centrada en sus expectativas, creencias y valores dirigida a la asunción de decisiones responsables ▪ Oferta de recursos y servicios
Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentación ▪ Actividad física ▪ Sexualidad ▪ Tabaco y otras drogodependencias ▪ Estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover comportamientos saludables ▪ Facilitar que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar ▪ Modelos socioculturales favorables
Transiciones vitales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infancia y adolescencia ▪ Inmigración ▪ Cuidado de personas dependientes ▪ Envejecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Favorecer las condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida ▪ Oferta de recursos y servicios ▪ Modelos socioculturales favorables ▪ Desarrollar habilidades personales y sociales: afrontamiento de problemas, manejo de emociones, comunicación, etc.
Estrategias multisectoriales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entornos saludables ▪ Escenarios promotores de Salud ▪ Equidad y desigualdades en salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la coordinación intersectorial y el trabajo en red ▪ Facilitar el acceso a las personas y grupos en situación de desigualdad

Los escenarios o ámbitos de intervención identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan puesto que, para actuar con eficacia, las intervenciones de promoción de salud se deben desarrollar e integrarse en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos.

Los escenarios más importantes son los servicios sanitarios (atención primaria y especializada, salud mental y otros) y sociales, el medio escolar (Centros de educación infantil, primaria y secundaria, de personas adultas, universidades y otros) y laboral y el ámbito social (entidades sociales, tejido asociativo, etc.).

La colaboración con el ámbito escolar es un escenario privilegiado clave para la promoción de salud, que puede ir dirigida tanto al profesorado, los alumnos, los padres/madres, como a todo el conjunto de sus integrantes. Son muy diversas las actividades que se realizan y la coordinación entre ambos sectores en las distintas Comunidades Autónomas. El sector sanitario debe apoyar en esta tarea al educativo que es el protagonista. Las ideas clave que se manejan en estas intervenciones son la prevención es mejor que la curación, por tanto el abordaje de hábitos saludables debe producirse desde la infancia, antes de que estén establecidos y haya que realizar una doble acción: deshabituar, instaurar estilos de vida sana. Por otro lado, hay que abordar las conductas que pueden constituirse en factores de riesgo tempranamente en la vida: alimentación, consumo sustancias adictivas, sexualidad, etc.

3. PLANES O PROCESOS COMUNITARIOS

El Plan Comunitario constituye un intento científico de promocionar el desarrollo comunitario integral de la comunidad.

Entre otras cosas pretende:

- Fomentar la participación de los ciudadanos en la tarea común de mejorar la convivencia, las relaciones interpersonales y el respeto a la naturaleza.
- Promocionar y mejorar la red social.
- Desarrollar programas para conocer cuales son las necesidades del barrio y presentar a las instituciones propuestas de solución.
- Apoyar a las instituciones para conseguir la máxima eficacia en la utilización de los recursos.
- Solicitar de las instituciones cauces más flexibles de comunicación.
- Plantear un triple reto:

-
- A los ciudadanos: descubrir nuevas formas de compromiso, nuevos campos de actuación y responsabilidad.
 - A las profesionales y técnicos de las Instituciones: explorar nuevas formas de acción que vayan más allá de la acción puntual y eficaz.
 - A la Administración pública: el facilitar los cauces de participación ciudadana y el sostenimiento de una política de protección social y bienestar colectivo.

El Plan Comunitario por tanto, trabaja en todas aquellas áreas que supongan una mejora en la calidad de la vida de los ciudadanos tanto de forma directa como indirecta. Tienen una metodología bien definida y un proceso formativo.

En estos Planes o Procesos comunitarios los Centros de Salud son una parte más de los agentes intervinientes pero no son los hegemónicos. No es una experiencia muy extendida pero existen diversas en todo el Estado en donde el sector salud está implicado. Entre ellas señalamos el Plan Comunitario de Carabanchel, Plan 18000 de Vallecas, Moratalaz, el proceso comunitario del área 9 de Madrid, Plan Labañou de la Coruña, el Plan de Canarias y los llevados a cabo en Cataluña.

4. TRABAJO CON REDES SOCIALES. ACTIVIDADES DIVERSAS QUE PROPICIAN EL CONTEXTO Y LA ACCIÓN COMUNITARIA

Dentro de este apartado podemos distinguir las siguientes:

4.1. Contacto con asociaciones y otro tipo de organizaciones

Es uno de los mecanismos más ampliamente utilizado, ya sea mediante contactos puntuales con el objetivo de incorporar las asociaciones a los órganos formales (consejos de salud de distrito o zona básica), o bien mediante el contacto directo de los equipos con las mismas para realizar alguna acción conjunta.

Aunque existen asociaciones de muy diversa índole tenemos que tener en cuenta que un porcentaje alto de nuestra población no está representado por ellas. Sin embargo se debe intentar trabajar en esta vía con el fin de adaptar el funcionamiento y los programas ofertados en el centro a pacientes y usuarios más ó menos representados.

4.2. Relaciones con otros sectores sociales

En la Declaración de Alma-Ata se refleja la acción interterritorial como uno de los ejes fundamentales en la estrategia de atención primaria, y es dentro de este marco donde se establece el trabajo con el ayuntamiento, los colegios, los servicios sociales o los medio- ambientales.

Se debe tener en cuenta que cada uno de estos organismos tiene su propia dinámica, objetivos, prioridades y manera de trabajar, que en muchas ocasiones no coincidirán con atención primaria, lo que puede ser motivo de conflictos.

Se trata, por lo tanto, de trabajar conjuntamente con una relación de igualdad y no meramente como una acción de apoyo, siendo de suma importancia, definir desde el principio, tanto las funciones como las responsabilidades de cada uno.

4.3. Contactos con las redes sociales y líderes de la comunidad

Una persona no es una isla, se relaciona continuamente con otras, ya sea por motivos familiares y/o sociales. El conjunto de todos estos contactos es lo que se denomina "red social" de la persona. A su vez las diferentes redes sociales de cada uno de los individuos interaccionan entre sí, formando un entramado social. Es a través de este entramado donde se canalizan acciones de tipo diverso.

Algunos individuos ocupan lugares destacados en estas redes sociales, constituyéndose en lo que denominamos “líderes de la comunidad”. Es importante descubrirlos ya que pueden ser personas muy útiles tanto como informadores clave como por ser potenciales agentes de salud.

4.4. Agentes comunitarios de salud

Los “agentes de salud” son personas de la comunidad que desarrollan determinado tipo de actividades beneficiosas para la misma. Es por tanto el trabajo realizado de modo altruista por personas profanas a la Salud, que supone, según la OMS, el 80% de este tipo de cuidados. Se enmarcan aquí los cuidados de las madres a sus hijos, a los ancianos, el cuidado vecinal, etc., es decir, todo el conjunto de atenciones que se prestan unas personas a otras de modo cotidiano y que en nuestra sociedad tienen en la mujer a su principal agente. Incluye el voluntariado, y las cuidadoras informales.

Desde los equipos se trabaja con ellos en diferentes formas: capacitándoles mediante talleres, ayudándoles a trabajar mejor; solicitando su ayuda de tal forma que se facilite el abordaje de programas por parte de los centros o bien sirviendo de consultores a la hora de establecer algunas actividades a partir de las sugerencias del personal del centro o de dichos agentes.

4.5. Creación de grupos de apoyo y autoayuda

Es un instrumento de intervención en la comunidad más que un mecanismo de participación social. Consiste en fomentar la agrupación de diferentes personas, tanto sanas como enfermas, que estén preocupadas por un determinado problema sanitario en un colectivo donde la ayuda mutua y las experiencias personales vertidas en él, ayuden a mejorar determinados aspectos de la evolución de los pacientes y/o de los cuidadores o familiares. La formación de estos grupos puede configurarse como una actividad más dentro de algunos programas de los Servicios de Salud.

4.6. Medios de comunicación social

Entre los instrumentos que están a nuestro alcance tanto para acercarnos a la comunidad en la que nos integramos, como para aprovechar los distintos canales de difusión de la información sobre salud, están los medios de comunicación: radio, televisión, revistas, etc. Es no sólo lícito intentar participar en los medios existentes, sino que debe formar parte de nuestra estrategia de comunicación con la población. En ese sentido tenemos identificadas diversas experiencias de actividades realizadas por los equipos con los medios de comunicación social.

ANEXO VI

PUNTOS DE URGENCIAS UBICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

1. Propuesta de problemas de salud a atender en urgencias de atención primaria

El grupo de expertos del Proyecto AP21 presenta una propuesta de los problemas de salud a atender en urgencias en atención primaria. Desde atención primaria deben atenderse problemas de salud urgentes que van desde los de baja complejidad hasta otros más complejos que precisan valoración y estabilización, asegurando en caso necesario el traslado en las mejores condiciones posibles. En todos los casos las actuaciones han de ir dirigidas a la obtención de la máxima resolución posible dentro del ámbito de actuación de la atención primaria.

Independientemente de quien preste los servicios, dependiendo del modelo organizativo de la atención continuada/ urgencias que se defina, atención primaria debe asegurar atención adecuada a los problemas de salud que se definen a continuación:

1. Urgencias digestivas.

- Diagnóstico, valoración, manejo inicial y tratamiento, en su caso, de: dispepsia, dolor abdominal, diarreas, vómitos, oclusión / suboclusión intestinal, ictericia, hemorragia digestiva alta y baja.
- Valoración y manejo inicial de lesiones por ingesta de cáusticos, ascitis y abdomen agudo.
- Diagnóstico, valoración y manejo inicial de hernias abdominales / inguinales / crurales.
- Diagnóstico, valoración y manejo / tratamiento inicial de patología anal aguda.
- Manejo inicial del niño con diarreas y deshidratación.

-
- Diagnóstico, valoración y manejo inicial del niño con un cuerpo extraño en el aparato digestivo.

2. Urgencias cardiovasculares.

- Valoración y manejo inicial de la insuficiencia cardíaca.
- Diagnóstico, valoración y manejo inicial de: dolor torácico agudo, síndrome coronario agudo, choque cardiogénico, arritmias cardíacas, síncope, trastornos arteriales agudos, trastornos venosos agudos.
- Valoración y manejo inicial de un niño con soplo.

3. Urgencias respiratorias.

- Diagnóstico, valoración y manejo inicial de: dolor torácico agudo, tos, disnea, hemoptisis, derrame pleural, descompensación de patologías respiratorias crónicas (EPOC, asma, enfermedades restrictivas), insuficiencia respiratoria aguda e infecciones respiratorias altas y bajas (bronquiolitis, neumonías, etc.).

4. Urgencias endocrinológicas del metabolismo y la nutrición.

- Valoración y tratamiento, en su caso, de trastornos hidroelectrolíticos y deshidratación.
- Diagnóstico, valoración y manejo inicial de hiperglicemias e hipoglucemias.

5. Urgencias neurológicas.

- Diagnóstico, valoración y manejo inicial de: vértigo, cefalea, temblor, pérdida de conciencia, accidente vascular cerebral agudo, alteración de pares craneales, convulsiones, meningitis, encefalitis, depresión del nivel de conciencia y traumatismo craneo encefálico.

6. Urgencias del aparato locomotor.

- Diagnóstico y abordaje de: dolor articular agudo, rigidez articular aguda, cervicalgia aguda, dorsalgia aguda, lumbalgia aguda,
- Diagnóstico y manejo inicial de una monoartritis / poliartitis.
- Diagnóstico y manejo inicial de: lesiones traumáticas de partes blandas (esguinces, distensiones, bursitis, tendinitis, etc.), fracturas

leves / no complicadas (colocación de yesos, férulas, y vendajes diversos), luxaciones no complicadas.

- Diagnóstico y manejo inicial de fracturas o luxaciones graves / complicadas y preparación para el traslado.
- Diagnóstico y abordaje de la cojera en el niño.

7. Urgencias dermatológicas.

- Diagnóstico y valoración inicial de: lesiones cutáneas de presentación aguda, enfermedades exantemáticas, lesiones urticariformes.
- Valoración y manejo inicial del prurito.
- Curas y suturas de heridas y lesiones cutáneas sin afectación tendinosa.
- Valoración y tratamiento de quemaduras no graves, celulitis y mordeduras humanas o de animales.
- Valoración y desbridamiento de abscesos cutáneos.

8. Urgencias nefrourológicas.

- Diagnóstico y abordaje inicial de: hematuria, proteinuria, disuria y polaquiuria.
- Diagnóstico y tratamiento del cólico nefrítico no complicado y de las infecciones urinarias.
- Valoración y manejo inicial del síndrome escrotal agudo y parafimosis.

9. Urgencias hematológicas.

- Diagnóstico y manejo inicial del síndrome anémico y las alteraciones de la serie blanca.

10. Urgencias oftalmológicas.

- Diagnóstico y abordaje inicial de: ojo rojo, ojo seco, epifora, pérdida aguda de visión y dolor ocular agudo.
- Valoración y tratamiento inicial de traumatismos oculares, cuerpos extraños, úlceras y erosiones corneales.
- Diagnóstico y tratamiento inicial de patología infecciosa de la conjuntiva, la córnea y anejos oculares.

11. Urgencias otorrinolaringológicas.

- Diagnóstico y abordaje inicial de: odinofagia, otalgia, disfonía, estridor, otorrea, hipoacusia, taponamiento nasal, rinorrea y estornudos.
- Diagnóstico y tratamiento de: otitis, faringo-amigdalitis, laringotraqueitis, sinusitis y epistaxis.
- Valoración y extracción de cuerpos extraños del conducto auditivo externo, conductos nasales y faringe.

12. Urgencias ginecológicas.

- Valoración y manejo inicial de: dismenorrea, metrorragias, alteraciones hemorrágicas durante el embarazo, agresiones sexuales y anticoncepción postcoital.
- Valoración y tratamiento inicial del prurito vulvovaginal, vulvovaginitis y mastitis.
- Atención inicial ante la sospecha de un embarazo.
- Valoración de fármacos durante el embarazo.

13. Urgencias psiquiátricas.

- Atención inicial y valoración de: intentos de autolisis, brote psicótico, agitación psicomotriz, episodio depresivo agudo y trastornos de ansiedad.
- Manejo inicial del síndrome neuroléptico agudo.
- Valoración y tratamiento inicial de sobredosis y síndrome de abstinencia por sustancias adictivas.

14. Urgencias sistémicas.

- Valoración inicial al paciente politraumatizado.
- Fluido terapia inicial.
- Manejo inicial del paciente con fiebre.
- Manejo de las urgencias hipertensivas.
- Manejo inicial de las intoxicaciones.
- Manejo inicial del ahogamiento y el casi ahogamiento.
- Manejo inicial del golpe de calor y la hipertermia.
- Diagnóstico y manejo inicial de las infecciones.

-
- Valoración, manejo inicial y tratamiento de cuadros de hipersensibilidad.
 - Abordaje de la sospecha de maltrato infantil, de género o del anciano.

15. Emergencias médicas.

- Soporte básico a las funciones vitales
- Soporte avanzado en la primera fase a las funciones vitales
- Uso de desfibrilador y fármacos de uso habitual en el mantenimiento de las funciones vitales
- Mantenimiento previo al traslado del paciente crítico.

16. Otros.

- Vacunación antitetánica.
- Sueroterapia.
- Oxigenoterapia.

17. Resolución de actividades administrativas.

- Programación de visitas sucesivas en el equipo derivadas de la resolución de problemas abordados.
- Programación de visitas sucesivas a los especialistas u hospitales de referencia derivadas de la resolución de problemas abordados.

2. Propuesta de equipamiento básico de los puntos de atención continuada / urgencias de atención primaria

El grupo de expertos del Proyecto AP21 presenta una propuesta de equipamiento básico de los puntos de atención continuada/urgencias, aunque este equipamiento puede variar en función del tipo de centro al que nos refiramos o al área geográfica que atienda o la situación de mayor o menor aislamiento.

-
- Instalación de dispositivos para la administración de oxígeno y aerosolterapia.
 - Cámaras de inhalación.
 - Equipos de reanimación para adultos y pediátricos.
 - Desfibrilador semiautomático.
 - Electrocardiógrafo, al menos uno portátil.
 - Pulsioxímetro.
 - Doppler vascular.
 - Analítica seca básica: hemograma, parámetros bioquímicos básicos, tiras reactivas de orina, faringotest o un sistema de remisión ágil de muestras al laboratorio hospitalario de referencia.
 - Equipos de perfusión.
 - Equipos de exploración general: esfigmomanómetros, termómetros, otoscopios y oftalmoscopios, negatoscopio, etc.
 - Equipo de radiología simple digitalizada que permita realizar radiología de cráneo, cervical, tórax, abdomen y extremidades.
 - Equipos y material de curas y de suturas.
 - Equipos para la aplicación de vendajes, incluidos los de escayola.
 - Aspirador de secreciones.
 - Maletín de urgencias con material necesario para soporte vital básico.
 - Maletín de urgencias para la atención domiciliaria.
 - Material informático con conexión a un sistema de información que comparta la información entre atención primaria y el nivel hospitalario.

ANEXO VII

PROPUESTA DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

EL grupo de trabajo del Proyecto AP21 ha realizado una reflexión sobre las pruebas diagnósticas que se solicitan o deberían poder solicitarse desde Atención Primaria, atendiendo a criterios de utilización, accesibilidad, etc.; y ha realizado una propuesta priorizada para su extensión o futura implantación en Atención Primaria. En todo caso, hay que tener en cuenta que aspectos como la accesibilidad o la experiencia de uso son variables de unas Comunidades a otras o incluso entre los centros de una misma Comunidad Autónoma. Por ello, la puntuación de los criterios se ha realizado de manera consensuada dentro del grupo de trabajo y no refleja todas las realidades sino que es una aproximación a lo más frecuente dentro del sistema de atención primaria en España.

Criterios para el análisis de las pruebas diagnósticas: se utilizan en el documento los siguientes criterios:

- Utilización o experiencia de uso (**UTI**): **A**: alta; **B**: media; **C**: baja.
- Accesibilidad –incluyendo coste- (**ACC**): **A**: alta; **B**: media; **C**: baja.
- Necesidad de nueva capacitación técnica (**CT**): **A**: poca; **B**: media; **C**: elevada.
- Selección según guías de práctica clínica (**GPC**): **A**: abierta; **B**: aconsejable con GPC; **C**: siempre con GPC.
- Desarrollo en atención primaria (**FUT**): **A**: ya desarrollada; **B**: desarrollo corto-medio plazo; **C**: desarrollo medio-largo plazo.

Priorización (PR): A cada categoría se le asignan los siguientes puntuaciones: A: 3 puntos; B: 2 puntos y C: 1 punto. La suma de puntuaciones clasificará las pruebas diagnósticas en:

- **Prueba de prioridad alta** en atención primaria (**PA**). **12-15 puntos**. Es una prueba básica y deberá garantizarse siempre su accesibilidad en atención primaria.
- **Prueba de prioridad media** o desarrollo medio plazo (**PM**): **8-11 puntos**.
- **Prueba de baja prioridad** o desarrollo largo plazo (**PB**): **5-7 puntos**.

Además se señalarán:

- Pruebas no extendidas de modo generalizado que deben desarrollarse en la atención primaria del siglo XXI: (*)
- Prueba que ha perdido parte de su valor diagnóstico o de menor utilidad en el momento actual: (**X**)

1. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DISPONIBLES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA CON EQUIPAMIENTO PROPIO:

1.1. ANÁMNESIS Y EXPLORACIÓN

De incuestionable valor, es la herramienta diagnóstica fundamental para el médico de atención primaria: **AAAAA: PA**

1.2. PRUEBAS BÁSICAS DE EXPLORACIÓN

- FONENDOSCOPIA: Método exploratorio básico imprescindible **AAAAA: PA**
- MEDICIÓN DE LA PRESION ARTERIAL: Método exploratorio básico imprescindible **AAAAA: PA**
- MEDIDA PESO Y TALLA: Método exploratorio básico imprescindible **AAAAA: PA**
- MEDIDA PLIEGUE CUTÁNEO. Útil en estudio de alteraciones nutricionales **BAAAA: PA**
- EXPLORACIÓN CON MARTILLO DE REFLEJOS: Exploración diagnóstica básica **BAAAA: PA**

- SENSIBILIDAD VIBRATORIA CON DIAPASON (*): Poco utilizada pero muy util en diabéticos **BABBA: PA**
- SENSIBILIDAD AL MONOFILAMENTO (*): Poco utilizada pero muy útil en diabéticos **BABBA: PA**
- FOTOGRAFÍA DIGITAL (*): Poco utilizada hasta ahora pero gran desarrollo futuro **BBABB: PM**

1.3. PRUEBAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS

- TRANSMISIÓN ACÚSTICA CON DIAPASÓN: Poco utilizada constituye una exploración accesible que requiere poco entrenamiento **BAAAA: PA**
- OTOSCOPIA: Muy utilizada, prueba básica en patología auditiva en atención primaria **AAAAA: PA**
- OTOSCOPIA-AUDIOMETRÍA MANUAL TONAL (*): De fácil manejo es una prueba no demasiado utilizada pero útil en pediatría para detectar alteraciones de la audición y seguimiento de procesos óticos. También en ancianos. Buena correlación con la audiometría tonal pura. **BBAAA: PA**
- RINOSCOPIA: Fácil manejo, prueba diagnóstica básica no demasiado utilizada **BAAAA: PA**
- LARINGOSCOPIA INDIRECTA: Poco utilizada, accesible por su coste, requiere entrenamiento y experiencia de uso. **CBBA: PM**

1.4. PRUEBAS OFTALMOLÓGICAS

- OTFALMOSCOPIA: Prueba básica, no demasiado utilizada porque requiere entrenamiento y experiencia de uso. La introducción del retinógrafo puede hace que disminuya su utilización. **BABAA: PA**
- RETINOGRAFÍA DIGITAL (*): Prueba de alto coste, muy útil en atención primaria para el diagnóstico precoz de retinopatías en diabéticos de alta sensibilidad y especificidad que debe desarrollarse en el futuro **CBCBB: PM**

- MEDICION AGUDEZA VISUAL: Método básico, sencillo y accesible **AAAAA: PA**
- TEST DE VISIÓN ESTEREOSCÓPICA: para la detección precoz de la ambliopía.
- TONOMETRÍA OCULAR (*): Prueba de gran futuro en atención primaria para la detección y seguimiento del glaucoma. Mediante tonómetro de aire cuyo coste no es demasiado elevado **CBBBB: PM**
- TINCIÓN FLUORESCEÍNA: Exploración sencilla, muy útil y de bajo coste. **BABBA: PA**

1.5. PRUEBAS RESPIRATORIAS

- MEDIDA DEL PICO-FLUJO ESPIRATORIO (PEAK-FLOW): Prueba básica imprescindible en atención primaria para el diagnóstico y seguimiento del asma bronquial: **AAABA: PA**
- ESPIROMETRÍA: Prueba fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC y del asma bronquial, con una ya larga experiencia de uso en atención primaria. **ABBBA: PA**
- PULSIOXIMETRÍA (*): Muy útil para la evaluación inicial rápida de patología respiratoria en consulta normal y urgente. Prueba accesible y útil que se está extendiendo al ámbito de la atención primaria. **BAABB: PA**
- COOXIMETRÍA (*): Prueba muy útil en atención primaria para el abordaje del tabaquismo, en la valoración inicial y seguimiento del tratamiento de deshabituación. **BBABB: PM**

1.6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CARDIOVASCULARES

- ELECTROCARDIOGRAMA (basal y tras esfuerzo): Prueba fundamental en el diagnóstico de los trastornos cardíacos muy extendida en atención primaria. **AAAAA: PA**
- DESFIBRILADOR (*): Aunque es un método terapéutico mas que diagnóstico lo consideramos también como de ayuda diagnóstica en

la fibrilación ventricular o en la asistolia. Necesario disponer de este equipamiento. **AABBB: PA**

- ECO-DOPPLER vascular (*): Prueba muy útil en el diagnóstico y seguimiento de la patología arterial crónica cuyo uso debe extenderse en atención primaria. **BABAA: PA**
- AMPA (Automedida de la presión arterial): De fácil realización y bajo coste es una prueba muy útil en el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial. **BAABA: PA**
- MAPA (*): Monitorización ambulatoria de la presión arterial. Tiene mayor precisión diagnóstica que la AMPA pero de elevado coste es una prueba de desarrollo futuro en atención primaria. **BCBCC: PB**

1.7. TESTS REACTIVOS DIRECTOS. METODOS DE QUÍMICA SECA

- GLUCEMIA CAPILAR: Prueba muy extendida en atención primaria muy útil en el diagnóstico y seguimiento de la diabetes. **AAAAA: PA**
- MICROALBUMINURIA: Prueba no muy extendida, elevado coste, útil para detección precoz complicaciones de la diabetes. **ABBAB: PA**
- DETERMINACIÓN COLESTEROL SANGRE CAPILAR (*): Poco utilizado por su menor fiabilidad respecto a colesterol plasmático. Coste elevado tiras.
- TIRA DE ORINA: muy utilizada, útil para una orientación diagnóstica rápida. **AAAAA: PA**
- TEST DE EMBARAZO EN ORINA (*): Poco disponible en general en los centros de salud debido a la preferencia por test en laboratorio. Muy útil en situaciones de urgencia. **BAABB: PA**
- MANTOUX: Prueba muy utilizada de gran valor para el diagnóstico de TBC. **AAABA: PA**
- MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN MICROBIOLOGIA- Estreptococo en faringe. **CBBBB: PM**
- INR CAPILAR (*): Muy desarrollado en los últimos años es un método muy ventajoso para el paciente. comparado con el tradicional de extracción de sangre periférica y envío al laboratorio. **AABBA: PA**

-
- TEST DEL ALIENTO: con urea marcada con C13 o C14, muy útil para control de la erradicación de H. Pylori o para el diagnóstico inicial.

BBABA: PA

1.8. TESTS Y ESCALAS DE VALORACIÓN: deben desarrollarse en el futuro en todos los centros de salud, su utilización debería estar al alcance de los profesionales sanitarios de atención primaria

- TEST DE EVALUACION COGNITIVA (*): Miniexamen cognoscitivo de Lobo, test del informador (TIN), SPSMQ de Pfeiffer, test de Isaacs.

BAABB: PA

- ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL (*): Escalas de Lawton y Brody, Barthel, Katz. **BAABB: PA**

- ESCALAS EN PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA (*): Escalas de Hamilton, Goldberg, Malt, Cage - De gran utilidad en atención primaria, algunos muy extendidos como el Mini-mental test, deben desarrollarse más en el futuro. **BAABB: PA**

1.9. OTRAS PRUEBAS

- TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS: Se incluyen citologías, extracción de sangre, recogida de orina y de muestras bacteriológicas. Son pruebas en general extendidas y accesibles a la mayoría de los centros: **AAAAA: PA**

- OBTENCIÓN DE MUESTRAS PARA ANATOMÍA PATOLÓGICA (*): Se va desarrollando a medida que se implantan programas de cirugía menor. **BABAB: PA**

- PODOSCOPIA: Muy utilizada en pediatría para detectar anomalías plantares. **BBAAA: PA**

- ECOGRAFÍA CON EQUIPAMIENTO PROPIO (*): Se está desarrollando en algunos centros aunque todavía existe poca experiencia. Es necesaria una fase de experimentación ya que precisa una importante capacitación técnica. Puede tener mucho desarrollo futuro a medio-largo plazo. **CCCCC: PB**

2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS A LAS QUE TIENE ACCESO ATENCIÓN PRIMARIA REALIZADAS EN CENTROS EXTERNOS:

2.1. PRUEBAS DE LABORATORIO

Como criterio general la propuesta de desarrollo futuro es que todas las pruebas de laboratorio descritas a continuación estén disponibles para el médico de atención primaria con la única limitación de la capacidad de oferta del laboratorio de referencia y de su propia capacitación técnica para valorarlas e interpretarlas. Los laboratorios que sirven de referencia a los centros de salud deben, por lo tanto, ofrecer todo este catálogo de pruebas al médico de atención primaria.

- HEMATOLOGÍA (*): Incluyendo hemograma, VSG, coagulación, grupo sanguíneo, Coombs, antitrombina III, reticulocitos, vitamina B12, ácido fólico, anticoagulante lúpico. **AAAAA: PA**
- BIOQUÍMICA SANGRE (*): Ácido úrico, amilasa, AST, ALT, GGT, bilirrubina total y directa, calcio, fósforo, CK, LDH, urea y creatinina, Na, K, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, colinesterasa, curva glucemia estándar y gestación, fosfatasa ácida prostática, fosfatasa alcalina, función renal, aclaramientos de urea y creatinina, fructosamina, glucosa basal, hemoglobina glicosilada A1C, hierro sérico, transferrina, ferritina, lipasa pancreática, composición del cálculo, litio, proteínas totales y albúmina, aldolasa, proteinograma, gasometría. **AAAAA: PA**
- BIOQUÍMICA ORINA:
 - EN MUESTRA DE ORINA: Anormales y sedimento, osmolaridad, amilasa **AAAAA: PA**
 - EN ORINA DE 24 HORAS (*): Ácido úrico, calcio, fósforo, urea y creatinina, iones, glucosa, proteínas, proteinograma, microalbuminuria. **AAAAA: PA**

-
- SEROLOGÍAS (*): Hepatitis A, hepatitis B, DNA virus hepatitis B, hepatitis C, RNA virus hepatitis C, cribado VIH y anticuerpos, antígeno VIH, ASO, brucelosis, salmonelosis, hidatidosis, toxoplasmosis, lúes, rubéola, VEB, CMV, virus herpes simple, varicela zoster, sarampión, parotiditis, neumonía, borrelia, yersinia, helicobacter, leishmania, rickettsiosis, candidiasis, aspergillus. **AAAAA: PA**

- MICROBIOLOGÍA (*): Hemocultivo, frotis faringoamigdalares, placa de tos, frotis nasal, ótico y bucal, esputo, urocultivo, urocultivo sonda, líquido ascítico y pleural, coprocultivo, toxina C, Ag rotavirus, adenovirus y astrovirus, frotis endocervical, uretral y vaginal, semen, úlcera genital, líquido prostático, frotis conjuntival, catéter periférico, drenaje/redón, LCR por punción lumbar, absceso, lesión piel, herida quirúrgica, fístula, ganglio linfático, herida no quirúrgica, líquido articular, control esterilización, control agua legionella, micobacterias esputo, orina y sangre, parásitos en heces, test de Graham, gota gruesa, hongos en piel, pelo, uñas, mucosas y sangre, chlamydia trachomatis, micoplasma, legionella, trichomona vaginalis, pneumocystis carinii, microsporidios. **AAAAA PA**

- INMUNOLOGÍA (*): Estudio inmunidad celular, Inmunoglobulinas, IgE, IgE anisakis, proteína C reactiva, factor reumatoide, alfa-1 antitripsina, estudio de inmunodeficiencia VIH, genoma VIH-carga viral-. **AAAAA: PA**

- AUTOANTICUERPOS: (*) ANA/DNA, autoanticuerpos contra mitocondria, antitiroideos, antigliadina IgA, antitransglutaminasa tisular IgA, contra reticulina y endomisio, complemento, factor C1-Q inactivador. **AAAAA: PA**

- INMUNOLOGÍA ALIMENTOS: (*) Proteínas vacunas, huevo y leche **AAAAA PA**

- PHADIATOP (*): Detecta Ig E específicas a neuroalergenos comunes. Útil en rinitis alérgica y asma bronquial. **CAABB: PM**

- MARCADORES TUMORALES (*): PSA, alfafetoproteína, CEA, CA 19.9, carcinoma epitelial de ovario **AAAAA PA**
- HORMONAS (*):
 - SANGRE: TSH, calcitonina, cortisol basal y vespertino, dehidroepiandrosterona sulfato, 17B estradiol, progesterona, beta-HCG, testosterona total y libre, FSH, LH, prolactina, aldosterona, renina plasmática, PTH, HGH, C-péptido, 17 hidroxiprogesterona, androstenodiona, 25-OH-vitamina D3, frenación con dexametasona, **AAAAA PA**
 - ORINA: prueba de embarazo, piridinolina, catecolaminas, 5-hidroxi-indol-acético. **AAAAA PA**
- FÁRMACOS Y SUSTANCIAS ADICTIVAS(*).
 - SANGRE: Digoxina, teofilina, antiepilépticos, litio. **BAABA PA**
 - ORINA: Opioides, anfetamina, cocaína, **BAABA PA**
- OTRAS PRUEBAS (*): Sangre oculta en heces, estudio digestión en heces, espermiograma en infertilidad y post-vasectomía.

2.2. PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN:

- RADIOLOGÍA BÁSICA: son exploraciones en general accesibles desde atención primaria y de reconocida utilidad para el diagnóstico.
 - TORAX. **AAAAA: PA**
 - ABDOMEN. **AAAAA: PA**
 - OSEA. **AAAAA: PA**
 - ORL. **AAAAA: PA**
 - TELERADIOGRAFIA DE COLUMNA Y EXTREMIDADES. **AAAAA: PA**
 - ORTOPANTOMOGRAFIA (en Odontología). **AAAAA: PA**
- ECOGRAFÍA: De gran valor diagnóstico debería ser una prueba accesible para el médico de atención primaria.
 - ABDOMINAL: Debe ser una exploración abierta y accesible : **AAAAA PA**

-
- GENITO-URINARIA (*): Debe ser una exploración abierta y accesible para el estudio de patología renal, vesical, y uterina. **BAAAAA: PA**
 - TIROIDEA (*): De gran ayuda diagnóstica en patología tiroidea controlable en atención primaria. **BBABB: PM**
 - PROSTÁTICA (*): Útil para valorar dimensiones y morfología en el contexto del estudio de síndrome prostático. **BBABB: PM**
 - MÚSCULO-ESQUELÉTICA (*): De gran valor para una correcta derivación a traumatología. **CBABB: PM**
 - CADERA y TRANSFONTANELAR: De gran utilidad en el despistaje de alteraciones específicas de pediatría. **AAAAA: PA**
- RADIOLOGÍA CON MEDIOS DE CONTRASTE
 - ESTUDIO GASTRODUODENAL (X): De baja sensibilidad y especificidad ha perdido valor diagnóstico desde la generalización de la gastroscopia. Únicamente se podría justificar en aquellos pacientes que se niegan a someterse a una endoscopia.
 - ENEMA OPACO (X): Actualmente no se considera un método diagnóstico para patología colorrectal desde la generalización de la rectocolonoscopy.
 - TRÁNSITO INTESTINAL: prueba poco utilizada en atención primaria, de interés en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal y otras enteropatías. **CBBCA: PB**
 - UROGRAFÍA DE ELIMINACIÓN (UROGRAFÍA INTRAVENOSA): Muy utilizada para el diagnóstico de patología renal y de vías urinarias y para valorar la función excretora, puede utilizarse en atención primaria según protocolos establecidos. **BBABA: PA**
 - TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC)
 - TAC CRANEAL (*): Se está extendiendo en atención primaria como prueba directa con protocolo o GPC en coordinación con neurología, en deterioro cognitivo y en cefaleas. **BBBCA: PM**

-
- TAC LUMBAR (*): Se está extendiendo su utilización en muchos centros de salud para el estudio de la lumbalgia con clínica radicular según protocolo o GPC con nivel especializado. **BBBBA: PM**
 - TAC OTRAS LOCALIZACIONES (*): Según patologías y de forma coordinada con especializada de acuerdo con GPC y protocolos. **BBBBB: PM**
 - RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN):
 - RMN CRANEAL: accesibilidad limitada a un acuerdo con nivel especializado en determinadas patologías con GPC o protocolo. **CCBCC: PB**
 - RMN LUMBAR (*): de uso en determinados casos, dentro del mismo protocolo de TAC lumbar. **BCBCB: PM**
 - RMN RODILLA (*): con acuerdos con especializada puede ser muy útil para el diagnóstico de lesiones de menisco y ligamentos. **CCBCB: PB**
 - RMN OTRAS LOCALIZACIONES: según protocolos y GPC de forma consensuada con el nivel especializado. **CCBCC: PB**
 - MAMOGRAFÍA (*): Prueba habitualmente accesible a través de programas específicos de prevención del cáncer de mama coordinados con atención primaria. Debería extenderse su uso de forma directa en patología mamaria sospechosa en mujeres no incluidas en los programas. **BBAAB: PA**
 - ECOCARDIOGRAFÍA: Podría plantearse su acceso desde atención primaria en el estudio de cardiopatías como la fibrilación auricular o la insuficiencia cardíaca a través de GPC o protocolos consensuados con cardiología. **CCBCB: PB**

2.3. OTRAS PRUEBAS

- ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS

-
- ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (*): De uso cada vez mas extendido en atención primaria, se han establecido acuerdos con los servicios de digestivo para su acceso por el médico de atención primaria según GPC muy extendidas. **BBABA: PA**
 - RECTOSIGMOCOLONOSCOPIA (*): De uso cada vez más extendido en atención primaria, para el diagnóstico del cáncer de colon y recto, se han establecido acuerdos con los servicios de digestivo para su acceso por el médico de atención primaria según GPC muy extendidas. **BBABA: PA**
 - PRUEBA DE ESFUERZO: Podría plantearse a medio plazo su acceso directo desde atención primaria en el estudio de la cardiopatía isquémica, a través de GPC o protocolos consensuados con cardiología. **CCBCB: PB**
 - DENSITOMETRÍA ÓSEA (*): En general con poco acceso desde atención primaria, existen controversias sobre sus indicación con fines diagnósticos. Utilidad en casos con elevado riesgo de fractura. **BCBBC: PM**
 - ELECTROMIOGRAMA Y ELECTRONEUROGRAMA (*): De utilidad en pacientes con clínica de neuropatía por atrapamiento como el síndrome de túnel carpiano o radiculopatías cervicales o lumbares. **BBBBB: PM**
 - ESTUDIO DEL SUEÑO: Para el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva del sueño según GPC o protocolo con neumología. **CCBCC: PB**
 - GAMMAGRAFÍA:
 - TIROIDEA (*): Buena experiencia de utilización desde atención primaria, muy útil en el diagnóstico de patología tiroidea. **BBBBA: PM**

-
- ÓSEA: poco utilizada en general desde atención primaria, podría plantearse su indicación con protocolos o GPC con nivel especializado. **CBCC: PB**

ANEXO VIII

PROPUESTA DE EQUIPAMIENTO DIAGNÓSTICO Y CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El grupo de expertos del Proyecto AP21 ha realizado una propuesta de equipamiento diagnóstico y clínico en Atención Primaria que se presenta a continuación.

EQUIPAMIENTO BÁSICO DE LAS CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA Y PEDIATRÍA

- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Medidor pliegue cutáneo
- Martillo reflejos
- Diapasón vibratorio exploración sensibilidad
- Diapasón acústico
- Audiómetro manual tonal (*)
- Monofilamento
- Oftalmoscopio
- Optotipos y estenopeico
- Otoscopio
- Rinoscopio
- Peak flow
- Luz frontal
- Peso y tallímetro
- Podoscopio (consulta de pediatría)
- Test y escalas de valoración cognitiva, funcional y psíquica
- AMPA (*)

EQUIPAMIENTO BÁSICO DE LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA

- Fonendoscopio

-
- Tensiómetro
 - Reflectómetro para determinación de glucemia capilar
 - Tiras de orina y test de embarazo
 - Material para curas básico
 - Pesabebés (en enfermería pediátrica)
 - Peso y tallímetro
 - Test y escalas de valoración cognitiva, nutricional, cutánea, funcional y psíquica
 - Optotipos
 - Termómetro digital
 - Cinta métrica
 - Medidor de pliegue cutáneo
 - Rinoscopio
 - Otoscopio
 - Diapasón
 - Monofilamento
 - Peak Flow

EQUIPAMIENTO GENERAL CENTRALIZADO DEL CENTRO DE SALUD

- Electrocardiógrafo
- Espirómetro
- Desfibrilador
- Pulsioxímetro(*)
- Coaguhech(*)
- Aspirador
- Bisturí eléctrico (*) (cirugía menor)
- Laringoscopio y equipo intubación
- Ambú
- Equipo oxigenoterapia
- Equipo aerosolterapia(*)
- Autoclave
- Eco-doppler(*)
- Cooxímetro(*)
- Fotografía digital(*)

-
- Tonómetro ocular (**)
 - MAPA(**)
 - Ecógrafo(**)
 - Retinógrafo digital(**)

(*): Equipamientos no disponibles de forma generalizada que deberían extenderse a corto plazo.

(**): Equipamientos no disponibles actualmente que deberían extenderse a medio-largo plazo.

ANEXO IX

ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

La calidad ha de entenderse como un componente que influya en la totalidad del sistema sanitario. Para evitar que se constituyan espacios estanco, los modelos de calidad deben aplicarse de forma común en ambos niveles asistenciales, dado el riesgo de fragmentar la atención sanitaria y aumentar los problemas de continuidad en la atención.

Ha de quedar bien establecido el ámbito de aplicación del modelo: Comunidad Autónoma, Área de salud, centro de salud, equipo de atención primaria. Algunos modelos de calidad se aplican con dificultad si nos centramos en un centro de salud.

La implantación de cualquier modelo de calidad está soportada en dos premisas básicas, la mejora continua a través de la aplicación de ciclos basados en el PDCA y la gestión de/por procesos. Por tanto para la implantación de un modelo de calidad es necesario crear una cultura previa de mejora continua e identificar y controlar nuestros procesos para mejorarlos posteriormente.

Existen numerosas experiencias de gestión de procesos en atención primaria en nuestro país, integradas dentro de otros modelos (Osakidetza) o bien como objetivo principal (procesos asistenciales integrados en el Servicio Andaluz de Salud). De la experiencia acumulada parece intuirse que promover e implantar la gestión por procesos puede ser una estrategia suficiente para la mejora, que posteriormente se extienda hacia otros modelos.

Los modelos a los que nos referiremos y de los cuales existen experiencias en atención primaria son la acreditación (utilizando los estándares de la

Joint Commisión of accreditation of healthcare organizations –JCAHO- o por modelos propios), el aseguramiento de la calidad a través de la certificación ISO y la implantación de modelos de calidad total como el que promueve EFQM. Para cada uno de ellos destacaremos sus principales ventajas e inconvenientes.

Los tres modelos son compatibles entre sí, y en algunos aspectos pueden ser complementarios o sucesivos en el camino hacia la excelencia. Para cada modelo señalaremos también alguna de las experiencias que existen en España de su aplicación.

1. MODELOS DE ACREDITACIÓN

La aplicación de modelos de acreditación supone la utilización de criterios de calidad concretos, asociados a un nivel de cumplimiento (estándares). Estos estándares pueden venir determinados por un modelo externo, como ocurre con el modelo de la JCHAO o bien ser definidos por cada Comunidad Autónoma, como ocurre en Andalucía. Para la acreditación, una entidad externa a la organización que se quiere acreditar, verifica el cumplimiento de los estándares en el centro a acreditar.

EXPERIENCIA EN ESPAÑA

La JCHAO es una organización independiente que se dedica a acreditar organizaciones sanitarias reconociendo su competencia técnica para realizar las labores de asistencia sanitaria. El modelo de JCHAO está más extendido a nivel hospitalario, aunque existen pocos centros con acreditación completa (por ejemplo la Clínica Universitaria de Navarra o el Hospital Costa del Sol).

En atención primaria su implantación en nuestro país se limita al Centro de atención primaria de Salou (Instituto Catalán de Salud) acreditado por la fundación Avedis Donabedian en la aplicación de una adaptación de los estándares para centros no hospitalarios.

El modelo de acreditación más implantado es el del Servicio Andaluz de Salud. Existiendo también experiencias en acreditación en la Comunidad Valenciana y la Comunidad de Madrid.

Ventajas:

- Los modelos de acreditación referidos son de utilización sanitaria, no suponen utilizar modelos que vienen del mundo empresarial o industrial.
- Los estándares se adaptan más al concepto de criterios de calidad "clínico".
- Una Comunidad Autónoma puede definir o adaptar los estándares a su situación concreta o a sus necesidades.
- Permite su utilización tanto en una unidad clínica aislada como en un centro de salud.
- Permite definir niveles mínimos/imprescindibles y óptimos lo que estimula la mejora.

Inconvenientes:

- Es necesario una evaluación cada 2-3 años.
- Precisa de la utilización de auditores/acreditadores externos a la unidad.
- Estas personas suponen un coste para el sistema.
- Se necesita formación para los acreditadores y para los miembros de las unidades a acreditar.
- Al no implantarse en todos los centros al mismo tiempo, crea un sistema de salud a varias velocidades en cuanto al nivel de calidad.

2. CERTIFICACIÓN UTILIZANDO NORMAS ISO 9000:2000

Las Normas ISO 9000 suponen un sistema de gestión de la calidad muy extendido en otras organizaciones. La certificación supone que una entidad externa garantiza que una organización/proceso tiene vigente un sistema de gestión de la calidad que se ajusta a las recomendaciones recogidas en la Norma. En general se certifican servicios o procesos concretos.

EXPERIENCIA EN ESPAÑA

En España existen numerosos hospitales que tienen procesos o servicios con certificación ISO, fundamentalmente a través de la norma 9001:2000.

En atención primaria el impulso más importante se produce en Osakidetza, donde se han certificado los servicios de recepción, información y gestión administrativa de las unidades de atención primaria. Para facilitar el proceso Osakidetza ha editado una Guía de gestión por procesos y certificación ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias.

Ventajas:

- La certificación ISO permite delimitar el alcance a un proceso o servicio en concreto (procesos de las unidades administrativas, gestión de las urgencias...). Su implantación puede iniciarse en procesos no asistenciales para posteriormente ampliarse hasta llegar al alcance total.
- Es aplicable en el ámbito de un centro de salud y el modelo una vez implantado puede ser extensible, con pequeñas adaptaciones, al resto de unidades.
- La revisión de las Normas ISO del 2000 simplifica el proceso y acerca el lenguaje a nuestras organizaciones.
- Se basa fundamentalmente en la mejora continua y la gestión por procesos, por lo que puede ser el paso siguiente a la implantación de un sistema de gestión de procesos en un equipo, para asegurar y mantener su calidad.
- Es un sistema compatible con el modelo EFQM, pudiendo ser un paso previo para la utilización de modelos de gestión de la calidad total.
- La certificación ISO aporta un prestigio para la organización por parte de muchos ciudadanos que reconocen el valor, ya que su uso está muy extendido en otros ámbitos.
- La utilización de este modelo como referencia no obliga a certificarse por una tercera parte independiente, aunque puede ser recomendable para conseguir y mantener el compromiso con la calidad.

Inconvenientes:

- La complejidad de algunos procesos ejecutados en las organizaciones sanitarias puede dificultar su abordaje entre los límites de los requisitos marcados por la Norma. Por esta razón, la certificación de los mismos puede tener una eficacia limitada.
- La certificación, en general, necesita de un importante apoyo externo de personas expertas en certificación ISO.
- Supone un coste económico importante, especialmente si queremos conseguir una certificación externa.
- Exige un sistema documental complejo.
- Puede ser difícil conseguir y mantener el compromiso/implicación de los trabajadores.
- La certificación exige el mismo esfuerzo para los centros pequeños y puede suponer una carga de trabajo excesiva.
- Falta de formación por parte de los profesionales sanitarios en calidad.
- Lenguaje extraño y dificultad para su comprensión.
- Necesidad de formar a expertos en auditoría.
- Algunos aspectos de la Norma quedan fuera del alcance de los equipos de atención primaria (compromiso de la dirección, gestión de recursos humanos y estructuras)
- Muchos de los recursos para la solución de las No conformidades no están al alcance de los equipos.

3. MODELO EFQM DE CALIDAD TOTAL

Fue creado en 1988 por la European Foundation for Quality Management, con la misión de permitir a organizaciones de distinta naturaleza establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico de la Organización.

Los modelos de gestión de la calidad total son instrumentos de autoevaluación de las organizaciones. Establecen referencias de Calidad, detectan áreas fuertes y débiles en la organización y permiten conocer

caminos de mejora continua. El modelo no es una finalidad en sí mismo, es solo una herramienta. El objetivo es mejorar continuamente hacia la excelencia.

Esta estructurado en nueve Criterios, cinco corresponden a los Criterios Agentes y otros cuatro a los Criterios Resultados. Se entiende por Criterios Agentes aquellos cuyo enfoque es relevante para la consecución de la excelencia en los resultados de la organización y son: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos. Por Criterios Resultados se entiende aquellos que permiten valorar lo que se ha conseguido o se está consiguiendo en la organización, e incluyen los resultados en clientes, en personas, en la sociedad y los resultados clave.

EXPERIENCIA EN ESPAÑA

La implantación del modelo EFQM en el ámbito sanitario está muy extendida en nuestro país siendo mayoritaria en Euskadi, Madrid, Aragón y Murcia y muy amplia en otras Comunidades Autónomas.

Su impulso fundamental surge de Osakidetza donde está muy implantado especialmente en algunos hospitales que han tenido reconocimiento externo como organizaciones que avanzan en el camino de la excelencia (Zumárraga, Bidasoa).

Existen experiencias de aplicación en centros de atención primaria como el de La Mina (Instituto Catalán de Salud) o la adaptación del modelo europeo de excelencia a los centros de salud elaborada en Castilla-León.

Ventajas:

- El Modelo EFQM de Excelencia permite respetar e incorporar el trabajo realizado con otros modelos, sistemas y procedimientos como, por ejemplo, el de la certificación ISO y los sistemas de acreditación y garantía de la calidad específicos de cada organización.
- Supone una evaluación que aborda la totalidad de los aspectos de

nuestra organización.

- Orienta la planificación de las actividades y de los objetivos.
- Muestra el comportamiento del centro y su evolución en la búsqueda de la excelencia (mejora continua observada tras sucesivas evaluaciones).
- Es un proceso que progresivamente elimina los niveles de subjetividad propios de una opinión aislada e individual.
- La comparación entre los resultados de los distintos centros puede permitir compartir mejores prácticas, difundir el conocimiento y, por tanto, mejorar el Sistema Sanitario en su conjunto (Benchmarking).
- Permite compararnos con organizaciones no sanitarias.
- Existen modelos de evaluación que hacen más sencillo el proceso como la utilización de la herramienta de autoevaluación rápida para organizaciones sanitarias de Osakidetza.

Inconvenientes:

- Requiere un apoyo fuerte y explícito por parte de la alta dirección y una amplia participación.
- El modelo es poco directivo, es necesario conocerlo bien para interpretarlo.
- Es conveniente homogeneizar el proceso de autoevaluación dentro de todas las unidades que componen una organización sanitaria para permitir la comparabilidad.
- Precisa una formación previa importante de los equipos de autoevaluación.
- El proceso consume bastantes recursos, fundamentalmente de tiempo, por parte de los evaluadores.
- Es muy discutible la utilidad de la aplicación de este modelo en el ámbito de un centro de atención primaria. Muchos de los criterios contienen aspectos que quedan fuera del alcance de los equipos.
- En cualquier caso su utilización en un centro de salud supondría un gran esfuerzo sin ventajas claras sobre otros modelos más sencillos.
- Algunos de los criterios están poco adaptados a las organizaciones sanitarias públicas.

-
- La autoevaluación mediante el Modelo EFQM en sí misma no supone una actuación de mejora sobre las diferentes debilidades encontradas en una organización, por lo que se hace necesario completar el trabajo mediante la definición e implantación de acciones o medidas correctoras, en la dinámica del ciclo PDCA de mejora continua.

4. MODELO MATURITY MATRIX

La Maturity Matrix está diseñada para ser una herramienta de autoevaluación para miembros de las organizaciones de atención primaria, para ser usado por un facilitador externo en un escenario grupal. Se encuentra en una fase de análisis y desarrollo en el ámbito europeo, con la participación de un grupo español de investigación. Este modelo de calidad nace con la voluntad de crear una herramienta que sea de fácil adaptación a la atención primaria.

Su procedimiento de aplicación se inicia en el equipo de atención primaria con una reunión en la que se incluye la participación de médicos, enfermeras (del centro y comunidad), coordinador y personal administrativo. No hay límite en el número de personas que puede estar presente. Trabajadores sociales, matronas y cualquier otro personal asociado pueden estar presentes. Sin haber conocido previamente la Maturity Matrix, a cada individuo se le da un perfil en blanco, y se le pide que marque las celdas equivalentes al nivel de desarrollo organizacional obtenido en su centro. En este estadio los individuos no deben consultarse.

Cuando estos individuos han completado su puntuación, el facilitador modera una discusión siguiendo el guión área por área. El objetivo es examinar el acuerdo entre los miembros del centro de salud sobre niveles de desarrollo conseguidos en cada área. El objetivo no es provocar un debate entre los miembros del equipo sino buscar el consenso. De esta forma se dirige al grupo a decidir colectivamente que celda es la que mejor los representa. Se debe conseguir el acuerdo al nivel más bajo en el que ocurra el consenso. El perfil acordado se guarda para análisis posteriores en muestras agregadas.

ANEXO X

LA VISIÓN DE PACIENTES Y CIUDADANOS: GRUPO FOCAL DE CIUDADANOS Y PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Dirección del grupo: María Dolores Navarro. Fundación Biblioteca Josep Laporte y Foro Español de Pacientes.

Este trabajo recoge la participación de los pacientes/ciudadanos en el proyecto AP21, tratando de crear un espacio para escuchar la “voz del ciudadano” y así incorporar esta visión a este estudio de Estrategias para la atención primaria del siglo XXI. Esta participación se concretó en una Jornada de Trabajo cuyos objetivos se describen a continuación.

OBJETIVOS

El objetivo general de la jornada de trabajo fue valorar la satisfacción del paciente/ciudadano sobre la atención primaria, sus expectativas respecto a la misma, los valores que identifica en este nivel asistencial y las posibles mejoras que podrían introducirse.

Los objetivos específicos fueron:

- Describir las características actuales de la atención primaria en España.
- Determinar las posibles situaciones de mejora de la atención primaria en España.

METODOLOGIA

Procedencia de la información

Para poder alcanzar los objetivos del estudio, se planteó realizar una estrategia de recogida de datos a través de metodología cualitativa. De esta forma, el 6 de julio de 2006, se organizó una jornada de trabajo con

pacientes/ciudadanos conduciéndose la técnica del grupo focal como método de recogida de información.

Las técnicas de investigación cualitativa se han utilizado desde hace tiempo en las ciencias sociales, ciencias de la educación, la antropología o la sociología. En cambio, la introducción de estas técnicas en la investigación en ciencias de la salud se ha ido produciendo de forma paulatina, sobre todo en las últimas décadas.

El interés de esta metodología radica en la interpretación de los hechos humanos y sociales. Su aplicación intenta entender situaciones, interpretar fenómenos y desarrollar conceptos en su contexto natural, poniendo especial interés en el significado, la experiencia y la opinión de los participantes. De esta forma, se pueden responder nuevas preguntas de estudio, sobre todo ante situaciones complejas o demasiado amplias como para ser abordadas desde un solo punto de vista o técnica metodológica.

Dentro de las técnicas cualitativas, los grupos focales consisten en sesiones de debate o discusión, realizadas con el propósito de obtener información cualitativa a partir de un número determinado de personas con experiencia en el tema de estudio. La idea es entender la situación a debate, en toda su amplitud y variabilidad, a partir de la experiencia de cada una de las personas seleccionadas.

Selección de los participantes

El grupo de trabajo estuvo formado por siete personas representantes de asociaciones de pacientes del Estado español.

Los criterios de selección de estos participantes fueron:

- Pertener a una asociación de pacientes española.
- Padecer o tener relación con pacientes crónicos.
- Conocer o ser usuario habitual de la atención primaria de salud.
- Aceptar la participación en el estudio.

En primer lugar, se contactó con el Foro Español de Pacientes (FEP) y con la Coalición de Pacientes con Enfermedades Crónicas. A continuación y a partir de estas entidades, se invitó a participar a personas de diferentes asociaciones de pacientes, con los criterios anteriormente descritos.

Los participantes fueron:

Xavier Bosch	Secretario Técnico Asociación de Diabéticos de Catalunya
Angel Cabrera	Coordinador Federación de Diabéticos Españoles
Carlos Celaya	Secretario Ejecutivo Coalición de Pacientes con Enfermedades Crónicas
Plácido García	Presidente Asociación de Enfermos del Corazón
José Antonio Herrada	Presidente Coalición de Pacientes con Enfermedades Crónicas
Fernando Jaime	Presidente Immunitas Vera, Asociación de alérgicos alimentarios/làtex
María Teresa Pariente	Secretaria General Fundación Hipercolesterolemia Familiar

El grupo fue conducido por una moderadora (del Foro Español de Pacientes) conocedora de los objetivos del estudio, así como de las técnicas de conducción de grupos y análisis cualitativo. Se contó también con la presencia de dos observadores (del Ministerio de Sanidad y Consumo).

Funcionamiento general de la jornada

Los participantes fueron informados con anterioridad a la jornada de trabajo sobre los objetivos y funcionamiento general de la misma.

El día de la reunión, una vez presentados los asistentes (participantes, moderadora y observadores), se explicó el funcionamiento de la jornada, se realizó una pequeña introducción sobre el estudio AP21 y se expusieron los posibles temas de debate del grupo como: accesibilidad, atención continuada, necesidades de información, humanización de la asistencia sanitaria, participación de los ciudadanos, autocuidados en salud, actividades comunitarias, actividades de prevención, derechos de los ciudadanos, atención domiciliaria y calidad de la atención sanitaria, entre otros.

A continuación, se realizaron dos sesiones de trabajo. La primera se centró en un brainstorming inicial, para dar paso a un análisis de la situación actual de la atención primaria en España y empezar a definir algunos aspectos de mejora.

En la segunda sesión se concretaron y priorizaron las acciones a desarrollar o a tener en cuenta para mejorar la situación actual, concluyendo la jornada con una descripción de los aspectos más relevantes de la misma.

Recogida y análisis de la información

La jornada de trabajo fue grabada en su totalidad (audio). Tras la misma, se realizó la transcripción de las cintas magnetofónicas para su posterior análisis y codificación de conceptos clave.

Se tuvieron en cuenta también las anotaciones realizadas por los observadores asistentes a las sesiones y las de la propia moderadora. Además, los resultados de este análisis fueron enviados a los participantes del grupo focal para su posterior validación.

RESULTADOS

1. Primera sesión: Descripción de la situación inicial

El sistema sanitario

El sistema sanitario español, en su globalidad, cuenta con aspectos que los pacientes/ciudadanos entrevistados valoran muy positivamente. Destacarían características como su universalidad, gratuidad o accesibilidad, entendida como proximidad e inmediatez:

“gratuidad; si tuviésemos que pagar, la visión crítica cambiaría un poco”

“proximidad”

“accesibilidad ... como mínimo, física o topográfica”

“carácter universal” de la asistencia pero también “diversidad de los pacientes”

“amplio espectro de acciones que puede tomar ... globalidad en el campo de la salud”

“inmediatez”

No obstante, alguno de los participantes quiere destacar que el sistema sanitario público *“se paga con dinero público, es decir, que previamente lo aportan los ciudadanos de sus impuestos”* y que *“una gran parte de los ciudadanos vuelve a pagar un porcentaje de forma directa al retirar los medicamentos de la farmacia, ... lo que deja claramente invalidado el concepto de gratuidad”*

A la vez que se dan también casos y situaciones que podrían mejorar, entre ellos, los trámites administrativos o burocráticos, la falta de profesionales en algunas situaciones, la disparidad de criterios o protocolos y la atención integral a los enfermos crónicos:

“la verdad es que el sistema es mejorable”

“yo tengo un montón de quejas enorme”

“nadie está pensando políticamente en esas pequeñas situaciones que no tienen que ver con recursos económicos,... si no que consiste en pensar en

los usuarios, en pequeñas reordenaciones o pequeños detalles que constituirían una nueva visión del sistema"

"pérdida de tiempo en cuestiones administrativas"

"masificación de usuarios; demasiada gente para pocos profesionales"

"hay diferencia de criterios según el ambulatorio" y "heterogeneidad en el servicio según las comunidades. Por ejemplo, falta homogeneidad, a la hora de utilizar criterios, que afectan de igual manera a todos los ciudadanos de este país, independientemente de la comunidad en la que viven, como es el caso de la aplicación de la "aportación reducida" a los fármacos hipolipemiantes"

"nos preocupa muchísimo, como usuarios constantes del sistema, que el sistema esté saturado ... y que se quede colapsado"

"el sistema no está preparado para los crónicos"

La atención primaria

Se entiende la atención primaria de salud como la puerta de entrada del ciudadano al sistema sanitario, su primer contacto. Los pacientes opinan que este primer encuentro es esencial para determinar la relación que se ha de establecer entre paciente y profesional:

"la atención primaria creo que es la primera relación que tienen médico y paciente"

"es la gran puerta de entrada a lo sanitario pero a veces se queda en el vestíbulo, no pasa a la siguiente habitación"

cuando el paciente acude al centro, "lleva una gran carga emocional y ni siquiera le ha dado tiempo de hacer un recorrido por la institución sanitaria o por el sistema. Así es que va más en carne, por decirlo de alguna manera" en ese momento, "el juego de percepciones es muy fuerte y tienes la sensación, en general, de que no hay nadie que esté pensando en las personas"

"constituye una síntesis metafórica del papel de la enfermedad en la sociedad"

Los profesionales sanitarios

La opinión general sobre las profesiones sanitarias pone de manifiesto la gran valoración que los pacientes hacen de las mismas, así como la comprensión sobre las dificultades que se plantean en su ejercicio:

“hay algunos profesionales que se comen el marrón” de situaciones como la violencia “y el gran problema que aportamos los enfermos al sistema”

“la familia se convierte en agresora porque las derivaciones a ciertas especialidades son muy complejas”

“no tienen herramientas en su formación personal, que puede llevar mucho tiempo”

“la enfermería no ha logrado integrarse... forma parte de algo secundario ... y tan importante es reciclar al médico como reciclar al enfermero”

“los enfermeros también son figuras importantes dentro del Sistema Nacional de Salud”

El médico, en la relación con el paciente, desempeña un papel fundamental:

“se valora positivamente la actitud del médico como persona ... pero el sistema no le ha dotado de herramientas adecuadas”

“nosotros nos preguntamos ¿qué relación va a tener el médico con el paciente cuando le dan cuatro minutos por paciente? Es imposible”

“no tiene herramientas de formación para aprender a tratar a los enfermos”

“la atención primaria no conoce al enfermo porque no le da tiempo a conocerle”

“esa relación es la que realmente está fallando en estos momentos: la relación médico-paciente”

“uno de los elementos que más faltan al médico...la falta de esa comunicación. Esa complicidad del médico con el enfermo”

“el médico tiene que adaptar su lenguaje a la figura del enfermo ... en términos comprensibles”

Se tiene la sensación de que *“sólo el médico tiene los conocimientos y el poder para tratar al enfermo. Importa mucho la pastilla y el tratamiento... pero, la caricia y la esperanza también curan”*

“continúa habiendo una organización jerárquica y unilateral”

“al médico de atención primaria le cuesta mucho derivarte al especialista y más bien lo vemos como una barrera para no poder llegar al especialista”
“cuando se deriva al paciente a un médico especializado, el médico de atención primaria deja de tener relación con el paciente”
“el médico todavía no tiene esa capacidad de armonizar ciencia y técnica”

Aún así:

“el médico se enfrenta a una sociedad tremendamente heterogénea”
“los médicos también quieren estar valorados”
“cada vez tiene que ser más burócrata porque cada vez tiene más exigencias de gestionar”
“el médico se cubre en salud”

El paciente/ciudadano

Según los pacientes, actualmente, existe una percepción sobre los mismos que se ha ido extendiendo en la sociedad:

“el enfermo es una resta en la sociedad”
“que dejemos de ser una enfermedad que es una losa”
“a veces, los propios enfermos somos los que saturamos el sistema”
“hay muchos millones de enfermos crónicos y no se han dado los medios ni humanos ni personales”

Sin tener en cuenta de que la persona enferma aún puede aportar:

“la enfermedad también cura”
“el enfermo tiene una profunda capacidad de aceptación”
como pacientes *“hemos de abordar el gran cambio que se está produciendo”* en la sociedad
como paciente, *“mi obligación es ver también qué les pasa a los médicos y hacer una crítica ... constructiva”*
“ahora el paciente, poco a poco, se va informando más”
“está redefiniendo su papel de paciente informado”

En resumen, el grupo destacó fortalezas y debilidades del actual sistema sanitario y la atención primaria que se enumeran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de la atención primaria y del actual sistema sanitario español.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Logro social</p> <p>Alto nivel científico-técnico</p> <p>Participación del usuario en el control de calidad</p> <p>Universalidad de la atención</p> <p>Primer contacto en salud</p> <p>Globalidad</p> <p>Proximidad</p> <p>Inmediatez</p> <p>Accesibilidad</p> <p>Retroalimentación positiva en la relación médico-paciente</p>	<p>Descoordinación con la atención especializada y socio-sanitaria</p> <p>Burocratización</p> <p>Recursos limitados</p> <p>Dificultad de acceso a procedimientos diagnósticos</p> <p>La atención primaria no es en la práctica el eje del sistema</p> <p>Insuficiente incorporación enfermería</p> <p>Falta de visión integral de la atención primaria</p> <p>Problemas de información-comunicación</p> <p>Implantación de nuevas tecnologías</p> <p>Mejorable control adherencia al tratamiento crónico</p> <p>Poca educación sanitaria de pacientes</p> <p>Heterogeneidad de las Comunidades Autónomas</p> <p>Mejorable formación continuada de profesionales y en aspectos humanos</p> <p>Falta de profesionales y de tiempo</p> <p>No utilización del potencial de las asociaciones de pacientes</p> <p>No suficiente capacidad de adaptación al medio</p> <p>Falta de énfasis en la prevención</p>

2. Segunda sesión: Planteamiento de situaciones de mejora

Tras el análisis y la descripción de la situación actual por la que pasa el sistema de salud y la atención primaria, las situaciones que podrían ser objeto de mejora serían las siguientes:

Burocratización

“en vez de tratarse de salud, a veces parece que sea un trámite burocrático”

“si al médico se le pide que gestione, gestione y gestione, a lo mejor no tiene tiempo para mirar al paciente y escucharle”

Masificación

“hay muchos millones de enfermos crónicos y no se han dado los medios, ni humanos ni personales”

Adaptación al cambio

“que las autoridades sanitarias empiecen a ver cómo van a enfocar eso, me refiero claramente a Internet”

“la atención primaria debe estar por encima de que la persona vaya al médico, ..., cuando se detecta que hay un problema en la sociedad, debe estar ahí”

“sanidad también es una serie de conceptos que están asociados a la salud”

“el problema está más en el sistema que en los médicos. El sistema necesita un cambio”

“el médico debe hacer un esfuerzo por situarse en el medio en el que ejerce en estos momentos su profesión, ante una situación totalmente diferente, sociológica y a todos los niveles”

“el sistema debe canalizarse o dirigirse hacia los crónicos”

ante la inmigración *“para esos grupos de riesgo que además son personas que utilizan el sistema sanitario con más frecuencia que los españoles”*

Capacitación de los profesionales en el trato más humano de las personas

“formación de los médicos en el aspecto humano, ser capaces de armonizar esa técnica con el aspecto humano”

“formación continuada para las nuevas enfermedades, ..., patologías emergentes ... o enfermedades mal llamadas raras”

Participación de pacientes y ciudadanos

“creo que es muy importante dar papel al usuario,..., en el control de calidad, incrementar su fortaleza”

“fomentar la relación con las asociaciones de pacientes”

“que ejemplos como el de esta reunión se repitan”

“participación activa del usuario a nivel personal y colectivo”

“corresponsabilizarse”

Coordinación

“incrementar la coordinación con la atención especializada”

“coordinación con los recursos de atención sociosanitaria”

“incorporación de la enfermería en la implementación del sistema”

“visión integradora de otros colectivos, farmacias, ópticos, ...”

“visión más globalizadora de la primaria”

Agente de salud

“que el médico asuma el papel como agente del usuario”

“podría aparecer la figura del médico gestor del caso,... mi médico”

“el médico, como agente sanitario, pero de buen rollo”

Información al paciente

“es preciso información veraz, comprensible y escrita sobre la enfermedad que padece, tratamientos y posibles alternativas”

“si las organizaciones de pacientes son una de las fuentes más valoradas a la hora de informar a los pacientes, encuentro que deben ser potenciadas”

Nuevas tecnologías

“implantar todo lo que son nuevas tecnologías en la gestión de la medicina de familia y, en general, en la sanidad”

“prioridad en el tema de la tecnología de la información”

“tecnología de la información para reducir la burocracia”

Prevención

“hay que priorizar y dedicar a la prevención un mayor esfuerzo”

3. Priorización

Una vez planteadas las situaciones de mejora en general, el grupo determinó las prioridades que, desde su punto de vista, debían establecerse (Tabla 2).

Tabla 2. Priorización de acciones

Se presentan las acciones más importantes en la atención primaria del Siglo XXI, con la necesidad previa de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público:

1. Mejorar la coordinación entre atención primaria y atención especializada y entre medicina y enfermería.
2. Potenciar el médico como agente sanitario.
3. Mejorar la utilización de las tecnologías de la información.
4. Impulsar la formación continuada de los profesionales para la actualización en patologías emergentes y practicar una asistencia más humanizada.
5. Impulsar la prevención y detección precoz de enfermedades.
6. Promover la participación del usuario a nivel personal y colectivo, potenciando la corresponsabilización en temas de salud.

DISCUSIÓN

Se han presentado los resultados de la jornada de pacientes y ciudadanos sobre la atención primaria. Los participantes valoraron muy positivamente esta jornada de trabajo, poniendo de manifiesto la necesidad de que se realicen más actividades de este tipo, y otras, que tiendan a la incorporación de los pacientes en los procesos de discusión sobre el futuro sistema sanitario.

La aproximación realizada en este estudio sobre la opinión de pacientes y ciudadanos respecto al sistema sanitario y la atención primaria en España, cuenta con una serie de limitaciones. Así, y como es propio de la metodología cualitativa descrita, la selección de los participantes se realiza en base a unos criterios teóricos, previamente establecidos, que sirven para captar una diversidad de opiniones suficiente para el análisis.

Sin embargo, hay que señalar que estos resultados hacen referencia precisamente a lo ocurrido intrínsecamente durante la jornada de trabajo, por lo tanto, no son resultados que puedan ser generalizables a la población, desde un punto de vista estadístico.

Además, es necesario destacar que todos los participantes eran buenos conocedores del sistema y representaban distintas experiencias tanto propias como de colectivos, como así se detalló en los criterios de selección para formar parte del grupo de trabajo.

De todas formas, y para velar por el rigor científico y por la veracidad de la información aquí recogida, se han realizado una serie de técnicas propias de la metodología cualitativa como son:

- Triangulación: transcripción de las cintas magnetofónicas, notas de los observadores y resumen posterior de la moderadora.
- Codificación y clasificación de ideas y conceptos clave del discurso.

-
- Análisis de la información recogida por dos investigadores de forma independiente y posterior consenso.
 - Retroalimentación: revisión por parte de los participantes de los resultados obtenidos tras el análisis de la información.

Los pacientes, los usuarios del sistema, los ciudadanos en general, han analizado las fortalezas y debilidades de la atención primaria y han manifestado los aspectos a mejorar en los próximos años, con la premisa de que hay que aumentar su participación en la toma de decisiones que afectan a su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA

Black, N. Why we need qualitative research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994; 48: 425-426.

Britten, N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Family Practice* 1995; 12: 104-114.

Crabtree BF, Miller WL (ed). *Doing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1992.

Fundación Biblioteca Josep Laporte. Estudios cualitativos en ciencias de la salud. <http://www.fbjoseplaporte.org>.

Ivanof, SD, Hultberg J. Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2006; 13: 125-132.

Jones R. Why do qualitative research. *British Medical Journal* 1995; 311: 2.

Krueger RA. *Focus groups. A practical guide for applied research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal* 2000; 320:50-52.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias para la atención primaria del siglo XXI. Documento de trabajo.

Navarro-Rubio MD, Jovell AJ. Investigación cualitativa. Capítulo 15. En: Jovell, AJ., Aymerich, M. (Ed). Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad. Monografías Médicas de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares, 10. Nova Època. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1999.

Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 1995; 311: 42-45.

Seale C, Silverman D. Ensuring rigour in qualitative research. *European Journal of Public Health* 1997; 7: 379-384.

Sim J. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Adv Nursing* 1998; 28:345-352.

ANEXO XI. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACION DE LA CVRS

A) CARACTERÍSTICAS DE ALGUNOS INSTRUMENTOS GENÉRICOS DE EVALUACIÓN DE LA CVRS

Cuestionarios genéricos	Dimensiones	Nº ítems	Tiempo (min)	Aceptabilidad	Validez	Fiabilidad	Sensibilidad al cambio	Simplicidad
Cuestionario de Salud SF-36 ^a	Función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal –intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual- , salud general.	36	< 10	+	+	+	+	±
EuroQol-5D	Morbilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor o malestar y ansiedad o depresión.	5	< 5	++	+	+	+	++
Viñetas COOP-WONCA	Forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor.	6	< 5	++	+	+	+	++
Perfil de Salud de Nottingham ^a	Energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social.	38	< 10	+	+	+	+	±
Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad - SIP	Dimensión física (3 categorías) Dimensión psicosocial (4 categorías) 5 categorías independientes	136	20 - 30	+	+	+	+	-

^a Disponibles en la Biblioteca Virtual de instrumentos de resultados percibidos por los pacientes (Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios- Red IRYSS).

Fuente: Lizán T y Reig A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria 2002; 29 (6): 378 – 384.

B) UTILIZACION DE INSTRUMENTOS DE VALORACION DE CVRS EN DETERMINADOS GRUPOS DE USUARIOS

Grupos de población	Sistema de medición	Instrumentos de medida	Fuentes	Nivel de desagregación	Observaciones
NIVEL POBLACIONAL					
Personas mayores	Cuestionarios genéricos	Cuestionario de Salud SF-36 (36 ítems) EuroQol-5D (3 grados por cada una de las 5 dimensiones). Otros: Viñetas COOP-WONCA (6 ítems), Perfil de Salud de Nottingham (38 ítems)	Encuestas de Salud de algunas CCAA Estudios de investigación	CCAA Área de Salud Zona de Salud Por sexo y edad	Normas poblacionales de referencia para toda la población española. Permiten establecer comparaciones El COOP-WONCA es de uso específico para atención primaria.
NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL					
EPOC	Cuestionarios específicos*	Cuestionario Respiratorio St George - SGRQ (50 ítems). <u>Dimensiones:</u> Síntomas, actividades e impacto en la vida diaria. Cuestionario de la Enf Resp Crónica - CRDQ (20 ítems).	Estudios de investigación	Variable	Normas poblacionales de referencia para toda la población española. Permiten establecer comparaciones Diseñado para valorar cambios tras intervención (ej.: rehabilitación respiratoria).

Asma	Cuestionarios específicos*	Cuestionario de Calidad de Vida en Pacientes Adultos con Asma - AQLQ (32 ítems) y para Niños con Asma - PAQLQ (23 ítems). <u>Dimensiones:</u> Síntomas, limitación de actividades, función emocional y estímulos ambientales (esta última no se incluye en PAQLQ).	Estudios de investigación	Variable	Las versiones españolas han demostrado su validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios. Se recomienda en niños con asma leve y moderada.
NIVEL INDIVIDUAL Y GRUPAL					
HTA	Cuestionarios específicos*	Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial – CHAL (55 ítems). <u>Dimensiones:</u> Estado de ánimo y manifestaciones somáticas. Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial - MINICHAL (16 ítems).	Estudios de investigación	Variable	Desarrollado en España. Propiedad discriminante para clasificar el impacto de la HTA en la calidad de vida de los pacientes. De uso limitado en la práctica clínica habitual por el largo tiempo de administración (30 ´si autoadministrado y 25 ´si administrado por entrevistador). Versión reducida del CHAL para su uso en la práctica clínica.
Diabetes	Cuestionarios específicos*	Cuestionario de Calidad de Vida en la Diabetes - EsDQOL (43 ítems). Versión española del DQOL. <u>Dimensiones:</u>	Estudios de investigación	Variable	Diseñado para pacientes con diabetes tipo 1, pero de utilidad demostrada en pacientes con diabetes tipo 2 tratados con insulina.

		Satisfacción, impacto, preocupación social/vocacional y preocupación relacionada con la diabetes.			
Osteoarticular	Cuestionarios específicos*	Cuestionario WOMAC (24 ítems) - específico para artrosis de rodilla y cadera. <u>Dimensiones:</u> Dolor, rigidez y capacidad funcional.	Estudios de investigación	Variable	Recomendado por la OARSI (Osteoarthritis Research Society International).

* En estas situaciones también se pueden utilizar instrumentos genéricos o la combinación de un genérico con un específico.

Para ampliar la información sobre instrumentos de CVRS consultar la Biblioteca Virtual de Instrumentos de Resultados Percibidos por los Pacientes (www.redyriiss.net).