

Proyecto de investigación:
**La Atención Primaria de Salud
en España y sus comunidades
autónomas**

Coordinadores: *Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro*
Editora: *Concepció Violán Fors*

Proyecto de investigación:
**La Atención Primaria de Salud
en España y sus comunidades
autónomas**

*Coordinadores: Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro
Editora: Concepció Violán Fors*

**Trabajo realizado por el Equipo de investigación
sobre la Atención Primaria de Salud en España
y sus comunidades autónomas,
del Programa de políticas públicas y sociales
de la Universidad Pompeu Fabra**

© 2009, IDIAP Jordi Gol

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 2.^a, pl. of. 14
08002 Barcelona

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni total ni parcialmente, en ninguna forma ni en ningún medio, sin el permiso previo y por escrito de los editores.

Diseño de cubierta: Gloria García Falcó

Depósito legal:
ISBN: 978-84-96761-75-9

Índice

| | |
|--|------|
| INVESTIGADORES PARTICIPANTES..... | IX |
| PRESENTACIÓN. <i>Marina Geli i Fàbrega</i> | XV |
| PRÓLOGO. <i>Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro</i> | XVII |
| RESUMEN EJECUTIVO..... | XIX |
| 1. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. <i>Joan Gené Badia</i> | 1 |
| Puntos clave..... | 1 |
| Introducción..... | 1 |
| Políticas y estrategias..... | 1 |
| Liderazgo..... | 3 |
| Las personas..... | 5 |
| Recursos..... | 6 |
| Proceso asistencial..... | 6 |
| Innovación en Atención Primaria..... | 7 |
| Recomendaciones..... | 8 |
| Bibliografía..... | 9 |
| 2. RESULTADOS CLÍNICOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. <i>Josep Casajuana Brunet y Soledad Romea Lecumberri</i> | 11 |
| Puntos clave..... | 11 |
| Introducción..... | 11 |
| Metodología..... | 12 |
| Resultados..... | 13 |
| Valoración global de los resultados..... | 37 |
| Recomendaciones..... | 42 |
| Bibliografía..... | 42 |
| 3. DOCENCIA Y FORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. <i>Concepció Violán Fors, Mireia Fàbregas Escurriola, Pablo Bonal Pitz, Verónica Casado Vicente</i> | 47 |
| Puntos clave..... | 47 |
| Introducción..... | 47 |
| Formación pregrado (Medicina de Familia y universidad)..... | 48 |
| Formación posgrado..... | 58 |
| Conclusiones..... | 66 |
| Desarrollo profesional continuado..... | 68 |
| Recomendaciones..... | 71 |
| Bibliografía..... | 71 |
| 4. INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. <i>Concepció Violán Fors, Mireia Fàbregas Escurriola, Enriqueta Pujol Ribera, Edurne Zabaleta del Olmo</i> | 73 |
| Puntos clave..... | 73 |
| Introducción..... | 73 |
| Objetivos..... | 74 |
| Metodología..... | 74 |
| Resultados..... | 75 |
| Estructura y organización de la investigación..... | 86 |
| Recomendaciones..... | 88 |
| Bibliografía..... | 88 |

| | |
|---|-----|
| 5. ATENCIÓN PRIMARIA, 1984-2007. LA PRÁCTICA CLÍNICA (ACCESO Y PROCESO). Juan Gérvas | 91 |
| Puntos clave | 91 |
| Introducción | 91 |
| Planteamiento | 92 |
| Desarrollo | 92 |
| Metodología | 93 |
| Resultados comentados | 93 |
| Recomendaciones | 102 |
| Bibliografía | 103 |
| | |
| 6. CONDICIONES DE TRABAJO Y SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. | |
| M.ª Rosa Magallón Botaya | 105 |
| Puntos clave | 105 |
| Introducción | 105 |
| Metodología | 106 |
| Indicadores | 106 |
| Fuentes de información | 107 |
| Resultados | 107 |
| Recomendaciones | 122 |
| Bibliografía | 122 |
| Bibliografía complementaria | 123 |
| | |
| 7. GASTO Y FINANCIACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. Marta Espasa Queralt | 125 |
| Puntos clave | 125 |
| Introducción | 125 |
| Metodología | 126 |
| Análisis del gasto sanitario en España en el contexto de la UE-15 | 126 |
| Evolución del gasto público en Atención Primaria en España | 128 |
| Evolución del gasto público en Atención Primaria por comunidades autónomas | 134 |
| Financiación de la Atención Primaria | 142 |
| Conclusiones | 147 |
| Recomendaciones | 148 |
| Bibliografía | 148 |
| | |
| 8. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y ABORDAJE COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA. | |
| Pilar Regato Pajares, Julia Domínguez Bidagor, Maite Sancho Castiello | 149 |
| Puntos clave | 149 |
| Introducción | 149 |
| Justificación | 150 |
| Objetivos | 150 |
| Metodología | 150 |
| Coordinación sociosanitaria y/o atención sociosanitaria | 151 |
| Abordaje comunitario | 160 |
| Discusión: abordaje comunitario y Educación para la Salud (EPS) grupal | 165 |
| Recomendaciones | 166 |
| Bibliografía | 166 |
| | |
| 9. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA, J. M. Bueno Ortiz, J. M. Turón Alcaine, | |
| J. Ferrandiz Santos | 169 |
| Puntos clave | 169 |
| Introducción | 169 |
| Reflexiones de calidad asistencial en las comunidades autónomas | 170 |
| Calidad percibida por el ciudadano sobre el Sistema Nacional de Salud (1995-2006) | 173 |
| Evaluación del desarrollo organizacional. Identificación de necesidades de información | 182 |
| Recomendaciones | 187 |
| Bibliografía | 187 |

| | |
|---|-----|
| 10. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. | |
| <i>M.ª Isabel Pasarín Rúa, Maica Rodríguez-Sanz, Montse Vergara Duarte, José Miguel Martínez Martínez, Joan Benach Rovira, Carme Borrell Thió</i> | 189 |
| Puntos clave | 189 |
| Introducción | 189 |
| Metodología | 190 |
| Desigualdades sociales en la recepción de prácticas preventivas | 190 |
| Desigualdades sociales en la realización de visitas preventivas al dentista | 192 |
| Desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios | 194 |
| Desigualdades en algunas causas de mortalidad evitable | 199 |
| Conclusiones | 206 |
| Recomendaciones | 211 |
| Bibliografía | 211 |
| ANEXOS | 213 |
| Anexo 1. Encuesta del Equipo de Investigación sobre la Atención Primaria en España y sus comunidades autónomas | 213 |
| Anexo 2. Resumen de la situación de las gerencias únicas por comunidades autónomas | 246 |
| Anexo 3. Servicios Primarios de las comunidades autónomas | 247 |
| Anexo 4. Direcciones web del capítulo Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria | 251 |
| Anexo 5. Planificación y estrategia de calidad asistencial por comunidades autónomas | 252 |

Investigadores participantes

BENACH ROVIRA, JOAN: médico, doctor en salud pública (Johns Hopkins) y médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor de la Universidad Pompeu Fabra en el Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud y la Unidad de Investigación en Salud Laboral. Ha publicado numerosos artículos, libros e informes sobre desigualdades en salud, el análisis geográfico en áreas pequeñas, la precariedad laboral y las condiciones de empleo, siendo coordinador de la Red Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Condiciones de Empleo (Determinantes sociales de la salud). Entre sus trabajos destacan los estudios sobre *Desigualdades en salud en España* (1996) y *Cataluña* (2003, 2005), los *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España* (2001) y *Cataluña* (2004), y los libros *Aprender a mirar la salud* (2005) y *Employment, Work and Health Inequalities: a Worldwide Perspective* (2008).

BONAL PITZ, PABLO: doctor en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Interna. Médico del EBAP del Centro de Salud Universitario de Bellavista en Sevilla, desde 1985. Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, desde 1987. Coordinador del área de Pregrado de la UD de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de Sevilla, desde 1995. Tutor de la UD de MFyC de Sevilla. Presidente de la Academia de Medicina de Familia de España desde 2007. Vocal de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria desde 2006. Miembro de la European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Director del Centro de Salud Universitario de Bellavista en Sevilla (1985-1990 y 2003-2005). Coordinador provincial de la UD de MFyC de Sevilla (1990-1995), del área de Pregrado de la Sección de Docencia de la semFYC (1993-2006) y del Grupo Comunicación y Salud de Andalucía (2002-2006).

BORRELL THIÓ, CARMÉ: doctora en Medicina (salud pública), especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Preventiva. Directora del Observatori de la Salut Pública y Directora de Investigación y Docencia (Agència de Salut Pública de Barcelona). Profesora asociada de la Universidad Pompeu Fabra, donde participa en la coordinación del Máster de Salud Pública y en actividades docentes. Experiencia

profesional en el desarrollo de sistemas de información sanitaria. Su línea de investigación se basa en el estudio de las desigualdades sociales en salud, tanto socioeconómicas como de género. Ha coordinado diversos informes y liderado proyectos de investigación sobre las desigualdades sociales en salud. Coautora de *Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour* (2004) y *La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña* (2006).

BUENO ORTIZ, JOSÉ MIGUEL: licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de familia en el Centro de Salud de Fuente Álamo (Murcia). Representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) en el WONCA European Working Party on Quality in Family Medicine (EQUIP). Miembro de la Comisión de Calidad de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Tutor del Máster de Gestión de la Calidad de los Servicios Sanitarios del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Murcia. Vocal de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial. Miembro de la Comisión de Ensayos Clínicos del Hospital S M Rosell de Cartagena.

CASADO VICENTE, VERÓNICA: especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Doctora en Medicina y Cirugía. Médico de familia del Centro de Salud Universitario de Parquesol (Valladolid). Tutora y docente de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valladolid Oeste. Profesora asociada de Ciencias de la Salud y coordinadora y docente de la asignatura optativa de MFyC de la Facultad de Medicina de Valladolid. Ha sido gerente de Atención Primaria y subdirectora general de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente es presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de MFyC y vicepresidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Editora y autora de múltiples publicaciones (libros y artículos). Coordinadora del grupo editorial y de redacción del *Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria* (2005) y del *Libro del residente*. Editora del *Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria* (2007) y del libro *Medicina de Familia: guía para estudiantes* (2005). Miembro de varias comisiones técnicas y proyectos de investigación nacionales e internacionales y asesora temporal de la OMS.

CASAJUANA BRUNET, JOSEP: licenciado en Medicina en la Universidad de Barcelona (1980). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Familia y tutor extrahospitalario de Medicina Familiar y Comunitaria en el EAP Gòtic, Barcelona, Institut Català de la Salut. Ha desarrollado diversos cargos de gestión: subdirector y director médico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca - Insalud (1988-1990), director del EAP Gòtic (1991-2002), director del Servicio de Atención Primaria de Ciutat Vella, Barcelona, ICS (2002-2005), gerente del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, ICS (2007 hasta la actualidad). Coordinador del libro y del curso *Gestión del día a día en el EAP*, semFYC. Profesor en distintos cursos y talleres de gestión y organización en Atención Primaria.

DOMÍNGUEZ BIDAGOR, JULIA: psicóloga clínica (Universidad Complutense, 1981). Especialista en Logopedia (Universidad Complutense de Madrid/Universidad de Comillas 1987). Especialista en Psicología Clínica (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003). Psicóloga responsable de promoción de la salud, Dirección-Gerencia. Área 11. Atención Primaria, Madrid (desde 1991 hasta la actualidad). Profesora de apoyo-logopeda en el Centro Escolar San Pedro Apóstol, Barajas, Madrid (1989-1991). Psicóloga en el Gabinete Psicopedagógico PSYCE-Móstoles (1986-1988). Coautora de varios libros y publicaciones: *Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario* (2006), *Aspectos organizativos de los ensayos clínicos en Atención Primaria* (2006), *Factores que afectan al reclutamiento de un ensayo clínico en Atención Primaria* (2006). Investigadora en proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) relacionados con Promoción de Salud sobre deshabituación tabáquica, educación con personas diabéticas, cuidadores de personas dependientes y otras. Corresponsable autonómica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), en Madrid. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFYC). Miembro del Grupo de Responsables de Promoción de Salud, Atención Primaria, Madrid.

ESPASA QUERALT, MARTA: licenciada y doctora en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Barcelona. Premio Maspons i Anglasesell, otorgado por el Patronat Català Pro Europa. Profesora titular de Hacienda Pública en el Departamento de Economía Política y Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona. Miembro del Institut d'Economia de Barcelona (Centro de investigaciones sobre Federalismo Fiscal y Economía Regional de esta Universidad). Autora de diversos estudios y publicaciones sobre el presupuesto comunitario, balanzas fiscales, financiación autonómica, redistribución territorial e inversión pública. Ha realizado trabajos de investigación e informes para diversas instituciones, como

el Patronat Català Pro Europa, el Institut d'Estudis Autònoms, la Comisión Europea y distintas administraciones públicas de ámbito autonómico y local. Ha publicado artículos en *Hacienda Pública Española*, *Papeles de Economía Española* y *Environment and Planning c: Government and Policy*.

FÀBREGAS ESCURRIOLA, MIREIA: especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomada en Estadística en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Barcelona. Técnico de metodología, calidad y evaluación asistencial del Servicio de Atención Primaria de Litoral de Barcelona. Actualmente responsable de la Unidad Técnica del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad, del ICS y médico de familia del equipo de Atención Primaria Gótico de Barcelona. Becaria del proyecto FIS *Análisis de la capacidad resolutoria y la adecuación de las derivaciones de los equipos de atención primaria del Institut Català de la Salut de Barcelona*. Investigadora del proyecto FIS *Efectividad de una intervención en atención primaria: ensayo clínico aleatorio que compara la atención de la demanda del mismo día atendida por el personal de enfermería versus personal médico*.

FERRÁNDIZ SANTOS, JUAN ALBERTO: licenciado en Medicina y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster de Calidad Asistencial (Universidad Rey Juan Carlos, 2007-2008). Responsable de la Unidad de Calidad Atención Primaria, Área 11 (Servicio Madrileño Salud). Miembro de los Grupos de Trabajo del Modelo de Calidad del sistema sanitario y Acreditación Sanitaria en Atención Primaria (Dirección General Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección). Colaborador docente en la Agencia Laín Entralgo del Área de Calidad y del Área de Farmacia. Coordinador del Grupo de Calidad de semFYC. Miembro del Comité de Coordinación, Diseño y Trabajo de Guías de Práctica Clínica (Centro Cochrane Iberoamericano, Asociación Española de Gastroenterología, semFYC). Colaborador técnico y docente en diferentes entidades, servicios de salud y universidad referido a la gestión de la calidad.

GENÉ BADIA, JOAN: doctor en Medicina, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, actualmente realiza su actividad asistencial en el CAPSE (Consorci d'Atenció Primària de Salut del Eixample) de Barcelona. Profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona y editor adjunto de la revista *Atención Primaria*. Ha colaborado en varios proyectos de la Unión Europea y de la Organización Mundial de la Salud para dar soporte a las reformas de Atención Primaria de los países del Este de Europa y Rusia. Ha sido miembro de las juntas gestoras que fundaron las Sociedades de Medicina de Familia en Cataluña, España y Europa y ha ejercido como director de la División de Atención Primaria del ICS.

GÉRVAS CAMACHO, JUAN: licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. Médico general, con plaza en propiedad en el Sistema Nacional de Salud desde 1974; desde 2000, destino en Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón, en el Centro de Salud de Buitrago del Lozoya (Madrid). Coordinador del Equipo CESCA, grupo científico de investigación y análisis de la organización y actividad de la Atención Primaria, desde 1980. Estudios, docencia, investigación y publicaciones sobre investigación de servicios desde 1982. Profesor universitario desde 1971, en las universidades de Valladolid, Autónoma de Madrid, Nacional de Educación a Distancia y Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU). Profesor invitado de Gestión y Organización de Atención Primaria de Salud en la Maestría de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal (Madrid) y Universidad Pompeu Fabra (Barcelona), desde 2000. Profesor invitado de Atención Primaria de Salud en el Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, desde 2004. Profesor honorario del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, desde 2007.

MAGALLÓN BOTAYA, M.ª ROSA: médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Desempeño asistencial en el Centro de Salud Arrabal, Servicio Aragonés de Salud. Doctora en Medicina por la Universidad de Zaragoza. Máster en Gestión de Calidad en los Servicios de Salud, Universidad de Murcia. Tutora docente de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Zaragoza. Profesora asociada en Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina, Universidad de Zaragoza. Coordinadora del Programa de Investigación en Atención Primaria, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Directora del Grupo Consolidado de Investigación en AP de la Consejería de Ciencia y Tecnología del Gobierno de Aragón. Investigadora de la REDIAPP del Instituto de Salud Carlos III.

MARTÍN-ZURRO, AMANDO: codirector técnico del estudio *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Valladolid) en 1968. Doctor en Medicina (Universidad Autónoma de Barcelona) en 1987. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona (1987-2001) y del Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona desde 2002. Director de la cátedra Docencia e Investigación en Medicina de Familia, de la Universidad Autónoma de Barcelona (2001-2007). Responsable del Plan Estratégico de Formación del Institut Català de la Salut (2000-2004) y del Àrea de Formació i Desenvolupament de l'Institut d'Estudis de la Salut del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña (2004). Autor de numerosos artículos y capítulos de

libros y monografías de Atención Primaria. Director de la revista *Atención Primaria*. Director del Programa FMC. Redactor jefe de la revista *Grup ICS* (2000-2004). Miembro del Consejo Asesor del Instituto Catalán de Oncología. Presidente del Institut d'Investigació en Atenció Primària. Fundació Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol).

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, JOSÉ MIGUEL: profesor de epidemiología y bioestadística en la Unidad de Investigación en Salud Laboral del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Diplomado en Estadística (Universidad Autónoma de Barcelona), licenciado en Ciencias y Técnicas estadísticas (Universidad de Granada) y doctor en estadística (Universidad Politécnica de Cataluña). Sus líneas de investigación incluyen las desigualdades geográficas en salud, las lesiones por accidente laboral y la generación de métodos estadísticos en epidemiología. Entre sus investigaciones se incluyen los Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de España (2001) y Cataluña (2004), la tesis doctoral *Statistical applications in geographical health studies* (2006) y el estudio *geográfico de la mortalidad en España: Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios* (2007).

NAVARRO LÓPEZ, VICENÇ: director del estudio *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*. Director y catedrático de Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, y profesor de Políticas Sociales y Sanitarias de la The Johns Hopkins University (Baltimore, EE.UU.) desde 1965. Director del Observatorio Social de España y presidente de la Comisión de estudios sobre desigualdades de salud y calidad de vida en España (2004). En EE.UU. ha sido miembro del Grupo de Trabajo de la Casa Blanca (liderado por Hilary Rodham Clinton) responsable del desarrollo del proyecto de reforma sanitaria del Gobierno Clinton (1993) y miembro del Executive Board de la American Public Health Association (1989-1992). Ha sido también catedrático extraordinario de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid, y catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona. Autor de 32 libros, muchos de ellos traducidos a varios idiomas. Su última publicación en España es la colección *La situación social de España* volumen I y II (Biblioteca Nueva, 2005 y 2007, respectivamente). Uno de sus ámbitos de especialización son las políticas públicas del estado de bienestar. Ha dirigido y publicado diversos estudios en este campo, con especial interés en el gasto social público de España y de los países de la Unión Europea.

PASARÍN RUA, M.ª ISABEL: médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa del Servicio de Salud Comunitaria de la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Profesora asociada en la Universidad Pompeu Fabra. Trabajó diez años en el Servicio de In-

formación Sanitaria de la ASPB. Sus principales áreas de investigación son las desigualdades sociales en salud y la evaluación de la Atención Primaria de Salud. Coautora de varias publicaciones, en los últimos años, han sido: *Evaluación de la reforma de la Atención Primaria de Salud: prácticas preventivas y desigualdades* (2007), *Un instrumento para la evaluación de la Atención Primaria de salud desde la perspectiva de la población* (2007), *Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs* (2006), *Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality* (2004).

PUJOL RIBERA, ENRIQUETA: doctora en Medicina Familiar y Comunitaria. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica de Salud Pública. Máster en Metodología e Investigación en Ciencias de la Salud. Máster internacional en Evaluación y gestión de tecnologías sanitarias. Diplomatura de Investigación cualitativa y participativa en Ciencias de la Salud y Sociales. Médico adjunto en el Centro de tratamiento de insuficiencia renal crónica. Investigadora asociada del Departamento de Epidemiología y Salud Pública IMIM de Barcelona. Responsable de metodología, calidad y evaluación asistencial del Servicio de Atención Primaria de Sant Martí, Barcelona. Actualmente es Coordinadora de la Unidad de Investigación del Institut d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol). Forma parte del Grupo de Investigación de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (reDIAPP).

REGATO PAJARES, M.ª DEL PILAR: médica de Familia en el Centro de Salud de Delicias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Sistema MIR) por la Universidad Complutense de Madrid (1984-1987). Especialización en Educación Sanitaria por la Universidad de Perugia, Italia (1987-1988). Diploma Universitario en Epidemiología e Investigación Clínica por la Universidad de Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública (2002-2003). Coautora de varios libros: *Demencias desde la Atención Primaria*, Grupo de Trabajo de Demencias de la semFYC. Semfyc ediciones (Barcelona, 2005); *Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*, Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Semfyc ediciones (Barcelona, 2004); *Proceso de Atención a las demencias* de la Consejería de Salud, Junta de Andalucía; *Manual de Atención Sanitaria a inmigrantes*, 1ª y 2ª edición, Fundación Progreso y Salud (Sevilla, 2003 y 2004). Miembro del Grupo del Anciano de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria desde 1991 y coordinadora de este Grupo en la actualidad. Representante autonómico de la SMMFyC en el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC (1998-2001). Miembro del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria desde 1994 hasta la actualidad y coordinadora del Grupo entre 1999 y 2003.

RODRÍGUEZ-SANZ, MAICA: diplomada en Estadística por la Universidad Autónoma de Barcelona y Máster en Salud Pública por la Universidad Pompeu Fabra. Técnica de salud en el Servicio de Sistemas de Información del Observatorio de la Salud Pública de la Agencia de Salud de Barcelona. Forma parte de la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (grupo de Desigualdades) financiada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y de la Xarxa Temàtica de Desigualtats en Salut de Catalunya financiada por el Departament d'Universitats de la Generalitat de Catalunya. Su experiencia profesional se centra, sobre todo, en el desarrollo de sistemas de información sanitaria (registros de mortalidad, encuestas de salud y otros registros). Su principal línea de investigación se dirige al estudio de las desigualdades sociales en salud (género, clase social y territorio). Ha participado en varios proyectos sobre desigualdades sociales en salud nacionales (financiados por el Fondo de Investigación Sanitaria y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Consumo) e internacionales (financiados por la Unión Europea).

ROMEA LECUMBERRI, SOLEDAD: licenciada y doctora en Medicina (Universidad de Zaragoza). Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (Hospital de Bellvitge). Diplomada en Sanidad (Institut d'Estudis de la Salut). Máster en Metodología en Ciencias de la Salud (Universitat Autònoma de Barcelona). Posgrado de Calidad en Atención Primaria (ICS). Máster de Dirección de Instituciones Sanitarias (Fundació Doctor Robert. Universitat Autònoma de Barcelona). Ha desarrollado su actividad profesional en el ámbito de la Atención Primaria desde 1994. Actualmente trabaja como adjunta a la Gerencia de Atención Primaria de Barcelona del Institut Català de la Salut. Sus principales áreas de investigación incluyen el envejecimiento y la evaluación de servicios sanitarios.

SANCHO CASTIELLO, MARÍA TERESA: psicóloga. Máster en Gerontología Social. Profesora de Políticas sociales y modelos europeos de protección social en diversos títulos de posgrado impartidos por diferentes universidades españolas. Experta del Consejo de Europa en el ámbito de la dependencia. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica 2004-2007. Actualmente es la responsable del Observatorio de las personas mayores del Imsero y codirectora de «portalmayores». Coordinadora general del Proyecto de investigación-acción «Malos Tratos a Personas Mayores». Convenio de Colaboración SEGG-IMSERSO en coordinación con la Organización Mundial de la Salud.

TURÓN ALCÁINE, JOSÉ MARÍA: licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Ges-

tión de la Calidad Asistencial, Universidad de Murcia. Gestor de los Sistemas de Calidad en el Sector Sanitario EOQ (European Organization for Quality). Coordinador de Calidad del Sector Sanitario de Alcañiz, Servicio Aragonés de Salud. Investigador Principal para España de la versión internacional del proyecto Maturity Matrix. Miembro del Grupo de Trabajo en Medicina Rural de semFYC. Investigador asociado al Programa Aragonés de Investigación en Atención Primaria.

VERGARA DUARTE, MONTSE: diplomada en Estadística por la Universidad Autónoma de Barcelona y Máster en Salud Pública por la Universidad Pompeu Fabra. Becaria de investigación en la Unidad de Investigación en Salud Laboral del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Sus actividades de investigación se centran en el estudio del impacto de las desigualdades sociales en salud, en especial en los temas relacionados con la precariedad laboral, el análisis de la mortalidad en áreas geográficas pequeñas y las políticas de salud pública.

VIOLÁN FORS, CONCEPCIÓ: doctora en Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico de Salud Pública. Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria. Diplomada en Gestión de Hospitales, Programa Ejecutivo

de Gestión de Hospitales. Gerente de Atención Primaria en Murcia y en el Área XI (Madrid). Directora de Atención Primaria del Distrito de Sant Martí (Barcelona Cuidad) ICS. Jefe de la División de Atención Primaria del Servicio Catalán de la Salud. Plaza en propiedad de médico en el Equipo de Atención Primaria de Miajadas (Cáceres). Plaza en propiedad ABS «Just Oliveres» Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Plaza en propiedad EAP Gòtic. Barcelona 1-C desde julio 2006 hasta la actualidad. Gerente de la Fundació Jordi Gol i Gurina, actualmente IDIAP Jordi Gol (Barcelona) desde 2004 hasta la actualidad. Ha participado y dirigido diversos proyectos de investigación en Servicios Sanitarios y publicado varios artículos en revistas de ámbito nacional e internacional.

ZABALETA DEL OLMO, EDURNE: enfermera, diplomada en el posgrado de Diseño y estadística en ciencias de la salud. Ha trabajado como enfermera asistencial en el Centro de Atención Primaria «La Mina» en Barcelona (1987-2002) y participado en el grupo de mejora de calidad asistencial de dicho centro. Ha desempeñado funciones como técnico de salud y de investigación siempre en el ámbito de la AP. En la actualidad trabaja en la unidad de investigación del Institut d'Investigació en Atenció Primària. Fundació Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol).

DOCUMENTALISTAS

PORTI FAURA, MAR: coordinadora del estudio *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* y coordinadora del Observatorio Social de España de la Universidad Pompeu Fabra. Licenciada en Sociología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Técnicas de Investigación Social Aplicada en la Universidad de Barcelona y la Universidad Autónoma de Barcelona. Investigadora licenciada del estudio *La formación continua y nuevos yacimientos de ocupación. Análisis de necesidades y mecanismos para el fomento de la formación continuada en la asistencia a las personas con dependencias*, de SUASUS para el Consorci de Formació Continua de la Generalitat de Catalunya. Ayudante de investigación *Convivencia cívica en la provincia de Barcelona*, en la Universidad de Barcelona para la Diputación de Barcelona.

QUIROGA PARRA, ÁGUEDA: licenciada en Ciencias Antropológicas por la Universidad de Buenos Aires. Máster en Políticas Públicas y Sociales por la Universidad Pompeu Fabra y diplomada en Estudios Avanzados en Ciencias Sociales por la Universidad Pompeu Fabra. Experta en políticas públicas y sociales. Sus principales líneas de trabajo se desarrollan en el campo del análisis de los servicios de cuidado social y de la calidad de los servicios públicos. Es autora de diversas publicaciones sobre el tema. Actualmente es analista de políticas públicas y colabora con administraciones locales y autonómicas.

Presentación

El proceso de reforma de la Atención Primaria emprendido en el Estado español a lo largo de la década de los años ochenta ha sido, sin duda, uno de los acontecimientos sanitarios de mayor relevancia ocurridos en nuestro país a finales del siglo XX.

Pasar de la asistencia médica ambulatoria diseñada prácticamente en la posguerra civil española a un sistema con innovaciones relevantes en los terrenos conceptual, organizativo, de cartera de servicios y capacidad resolutive, ha sido un desafío político, profesional y técnico de primer orden y de elevada complejidad, por lo que su implantación en el conjunto del Estado ha tenido lugar a lo largo de más de 20 años. No podemos olvidar que, en definitiva, nos encontramos ante un «cambio cultural» que afecta no solamente a la conceptualización de los recursos de atención ambulatoria sino también a la forma de utilizarlos y de trabajar en ellos los profesionales, así como al uso que hacen de ellos los ciudadanos y las ciudadanas.

La Ley general de Sanidad de 1986 refrendó las disposiciones legales de inferior rango con las que se inició el proceso de reforma y proporcionó con ello un marco legal seguro a los cambios que se iban introduciendo en el sistema de asistencia ambulatoria.

A través de estas líneas introductorias del estudio quiero reconocer el esfuerzo de todos los profesionales que han contribuido a la implantación del nuevo modelo. Sin la participación de todos ellos, sin su capacidad de adaptación a las nuevas necesidades y expectativas de la ciudadanía y del propio sistema, el cambio no habría sido posible.

Con la transferencia de las competencias sanitarias en el año 2001 al resto de comunidades autónomas que

aún no las tenían, culmina un proceso iniciado a principios de los ochenta. En este contexto nace esta iniciativa de estudio liderada por el Programa de Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra, junto con el Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina y con la participación financiera del Institut Català de la Salut.

El estudio proporciona una visión detallada de la situación de la Atención Primaria en el Estado español y sus comunidades autónomas. Sus contribuciones, muchas de ellas inéditas, inciden sobre los principales componentes de nuestra Atención Primaria y, me atrevería a decir, del conjunto del sistema sanitario.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya ha diseñado en esta legislatura el Plan de innovación en Atención Primaria y salud comunitaria de Cataluña que compromete al Gobierno a avanzar en la prestación de unos servicios de Atención Primaria más eficientes y capaces de responder a los nuevos retos de ciudadanos y profesionales.

Sirvan estas líneas precedentes para justificar el decidido apoyo prestado por el Departamento de Salud a la realización y difusión de este importante estudio. Esta justificación viene también avalada por la categoría y el prestigio reconocidos de sus autores, procedentes de diferentes puntos del Estado, que han sido dirigidos y coordinados por los profesores Vicenç Navarro y Amando Martín-Zurro.

Marina Geli i Fàbrega
Consejera de Salud
Barcelona, diciembre de 2008

Prólogo

Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro

La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas

Introducción

La reforma de la Atención Primaria española, iniciada desde el punto de vista legislativo en 1984, ha seguido un proceso de desarrollo marcado por la lentitud de su implantación y por la diversificación de algunos de sus elementos conceptuales, organizativos y de oferta de servicios. Esta diversificación se ha hecho más notoria a partir de enero de 2002, fecha en la que finalizó el proceso de transferencias de la administración sanitaria a aquellas comunidades autónomas en las que el sistema asistencial era aún gestionado por el extinto INSALUD.

A lo largo de los más de 20 años que ha durado el proceso de reforma se han publicado múltiples estudios e informes acerca de distintos aspectos del proceso y de los resultados de la reforma en determinados ámbitos. Siempre ha existido una dificultad notoria para evaluar de forma clara los resultados de las actuaciones de esta parte del sistema en términos de eficiencia y de cambios en la situación de salud de los ciudadanos. Solamente unos pocos estudios describen la influencia positiva que ha tenido el proceso de reforma de la Atención Primaria sobre algunos indicadores clásicos de morbilidad y mortalidad, valorados en poblaciones de bajo nivel socioeconómico.

La diversificación progresiva del sistema sanitario español y, por tanto, de la Atención Primaria debería compensarse a partir de la generación de un consenso entre los distintos gobiernos autonómicos del Estado español sobre la necesidad y las características de un sistema de información potente y considerado como un instrumento positivo y de gran ayuda, no sólo ni principalmente para la administración estatal, sino para todas y cada una de las comunidades autónomas (CCAA). Hasta la fecha, la realidad es bien distinta y podemos afirmar sin temor a exagerar ni a equivocarnos que no disponemos de un sistema de indicadores que nos permitan realizar análisis fiables, comparativos y evolutivos sobre la situación del conjunto del sistema sanitario español y, como consecuencia, de la Atención Primaria.

Para alcanzar este objetivo es imprescindible analizar previamente los ámbitos organizativos, de acción y de resultados que caracterizan a la Atención Primaria española y, a partir de este análisis, ir definiendo, en primer lugar, las necesidades de información de las que generar los datos para, en segundo lugar, construir los indicadores que permitan analizarlos y, en tercer lugar,

definir los puntos claves y comunes de comparación entre las distintas CCAA así como aquellos otros elementos de explotación de los datos que pueden ser de interés para cada CA o para un grupo de ellas.

El Departamento de Políticas Sociales de la Universidad Pompeu Fabra, junto con el Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina y con la financiación del Instituto Catalán de la Salud, ha puesto en marcha un grupo de trabajo formado por profesionales de gran prestigio y experiencia provenientes de distintas partes del Estado español con la doble y trascendente finalidad de analizar la situación actual de los elementos característicos claves de la Atención Primaria en las distintas CCAA y utilizar estos datos para avanzar en la construcción de un sistema de información válido para conseguir evaluar, tanto desde la perspectiva comparativa como evolutiva, la Atención Primaria en España.

Puntos clave para el análisis

La puesta en marcha de esta iniciativa investigadora se ha hecho bajo una perspectiva académica y profesional que garantice la independencia de los análisis efectuados y permita sentar las bases para la generación de una futura red de investigadores, aglutinados en torno a una institución universitaria y capaces de actuar como un conjunto de informadores clave que, idealmente, puedan acabar constituyendo un verdadero observatorio profesional (e independiente) de la Atención Primaria española.

Afirmar que la Atención Primaria española está infrafinanciada y que este déficit es cada vez mayor ya es una especie de lugar común en las declaraciones de los políticos y los profesionales. Otra cosa es analizar las causas de este problema, las diferencias existentes entre las CCAA y proponer soluciones sensatas a medio y largo plazo, que sean aceptables en el conjunto del Estado español y que contribuyan a garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. En este trabajo nos ocuparemos de analizar este punto central y etiológico de los males que afligen a la Atención Primaria en España.

El proceso de transferencias, desarrollado a lo largo de bastantes años, ha ido generando diferencias entre los servicios y recursos de Atención Primaria de las CCAA y estas diferencias se han acentuado a medida que las transferencias han adquirido un cierto grado de «antigüedad» en cada una de ellas. Hoy día podemos afirmar que tenemos, si no 17 sistemas distintos sí unos recursos y ofertas de servicios cada vez más distantes entre sí. Estas diferencias también se han trasladado a los modelos de gestión de la Atención Primaria, con al-

gunas CCAA como Cataluña en la que la diversificación de los modelos de gestión se ha convertido en una «bandera emblemática» del sistema. ¿Todos los sistemas de gestión son admisibles desde la perspectiva de la equidad? ¿Proporcionan resultados iguales o distintos?... Éstas y otras preguntas merecen también análisis rigurosos que permitan a los decisores políticos y a los gestores utilizar los recursos disponibles de la forma más equitativa y eficiente posible.

La oferta y las carteras de servicios de la Atención Primaria en las diferentes CCAA también están adquiriendo elementos característicos propios en cada una de ellas y es posible que estas discrepancias se vayan acentuando a lo largo del tiempo. ¿Debe existir una cartera básica común para el conjunto de la Atención Primaria del Estado español y otras ampliadas propias de cada CA? ¿Qué parte o partes de esta oferta y cartera debe financiar el usuario? ¿Cómo hay que relacionar este hecho con su nivel socioeconómico? ¿Cómo pueden influir estas diferencias en la movilidad de los usuarios o pacientes entre las distintas CCAA? Las respuestas a estos interrogantes requieren análisis profundos y rigurosos de la situación y analizar su evolución temporal para evitar que se generen desequilibrios peligrosos o inaceptables entre la Atención Primaria de las distintas CCAA.

Los ciudadanos del Estado español, como los de otros muchos países, cada vez están más informados y son más exigentes en términos de inmediatez y calidad técnica y aparente de sus demandas y expectativas. Estas características, ligadas en muchas ocasiones al nivel socioeconómico del paciente y de la comunidad, obligan a cuidar cada vez más el diseño y las dotaciones de nuestros centros y servicios para poder proporcionar prestaciones de alta calidad y eficiencia.

La variabilidad de la práctica clínica no es una característica exclusiva de la Atención Primaria, también la comparten los otros ámbitos asistenciales. La descentralización del sistema de salud español, la proliferación de más y más guías de práctica clínica y protocolos (en los que no solamente intervienen los médicos, sino también los restantes miembros de los equipos de salud) puede potenciar esta variabilidad e incluso ser fuente de conductas preventivas, diagnósticas y terapéuticas ineficaces, ineficientes o peligrosas para los pacientes. También hemos de ser capaces de analizar el problema y generar líneas estratégicas de actuación útiles para reconducir estas desviaciones.

Mucho hablamos y poco sabemos del poder resolutivo de nuestra Atención Primaria. ¿Hasta dónde debe llegar? ¿Cuáles son los límites de su posible ineficiencia? ¿Qué medios hemos de poner a disposición de sus profesionales para mejorar la efectividad y eficiencia de sus actuaciones? Éstas y otras preguntas sobre el poder resolutivo de la Atención Primaria española, posiblemente cada vez más distinto según la CA de que hablemos, también deben merecer la atención de este estudio de investigación.

Para aplicar todos estos elementos propios de la Atención Primaria, el recurso principal es el profesional y su interacción con el ciudadano-paciente. La diversificación de las condiciones laborales, de las remuneraciones, de las cargas de trabajo o del desarrollo profesional de los componentes de los Equipos de Atención Primaria (EAP) en las distintas CCAA será cada vez más importante y condicionará, sin duda, los resultados de sus actuaciones.

La Atención Primaria se tiene que caracterizar por una accesibilidad razonada y razonable y por una organización y gestión de la actividad cotidiana que la hagan posible en un contexto no discriminatorio y de garantía de la calidad y seguridad de las actuaciones de los profesionales. Estos aspectos, nucleares en la acción asistencial, docente e investigadora de nuestra Atención Primaria, serán abordados con la profundidad que se merecen a lo largo de este trabajo.

Para finalizar estas breves líneas introductorias, nos gustaría resaltar el hecho de que este proyecto se enmarca en otro más amplio de análisis de la evolución del mapa de necesidades sociales en España, necesidades que, lejos de estar cubiertas suficientemente, siguen constituyendo el reto principal que deben abordar las políticas estatales y autonómicas a medio y largo plazo. Esta vigencia continuada del proyecto nos ha llevado a diseñarlo con una estrategia «etápica», en la que, partiendo del análisis de la compleja situación actual, seamos capaces de generar una dinámica de evaluación comparativa y evolutiva de la Atención Primaria en el conjunto del Estado español y, en definitiva, sentar las bases para el alumbramiento de un **sistema de información estatal** que forme la columna central de un deseable y futuro **Grupo de Análisis de la Atención Primaria en España**. Para que este objetivo sea alcanzable, necesitamos del convencimiento y de la colaboración de los responsables políticos estatales y del conjunto de las comunidades y nacionalidades del Estado español.

Resumen ejecutivo

La complejidad intrínseca de este estudio hace difícil realizar una síntesis plausible de las principales recomendaciones generales que emanan de sus distintos capítulos. Asumiendo el riesgo de esta labor, intentaremos enumerar de la forma más concisa posible las propuestas siguiendo el orden de los distintos epígrafes del estudio y sin establecer una priorización de su relevancia.

1. Gestión de la Atención Primaria de Salud

- Es necesario corregir la tendencia de disminución de la proporción del Producto Interior Bruto (PIB) destinada a la sanidad pública y, dentro de ésta, a la Atención Primaria.
- La priorización de las intervenciones sanitarias, sean éstas de planificación, gestión o asistenciales, debe realizarse bajo criterios acordes con las necesidades y planes de salud.
- Hay que potenciar decididamente políticas de gestión clínica y de calidad que prioricen la integración horizontal de los servicios sanitarios y sociales en el ámbito comunitario.
- Es preciso eliminar la politización excesiva de las estructuras de dirección y profesionalizarlas.
- La potenciación de las capacidades de decisión gestora de los responsables de los centros y equipos de salud se ha de fundamentar en claras estrategias de descentralización.
- Es necesario incrementar y diversificar los canales de participación de los ciudadanos en las decisiones de política sanitaria y facilitar su capacidad para la elección de recursos asistenciales.
- La introducción de mayor flexibilidad en el mercado laboral profesional es un elemento imprescindible para la mejora de la disponibilidad y distribución de los recursos humanos del sistema sanitario.
- Las políticas de incentiación y desarrollo profesional han de ser motivadoras, no coercitivas y contribuir a la mejora del resultado asistencial sobre el paciente y el clima laboral.
- La elaboración de guías de práctica clínica y la informatización de los procedimientos y procesos asistenciales son elementos claves para la mejora de la calidad de la Atención Primaria.
- Los distintos modelos de gestión en Atención Primaria, experimentados sobre todo en Cataluña, no han demostrado diferencias definitivas y globales entre ellos, excepto determinados aspectos de reducción de costes de algunas acciones y de motivación de los profesionales en el caso de los equipos autogestionados.

2. Resultados clínicos de la Atención Primaria

- Es preciso reorientar el modelo sanitario de provisión fragmentada de servicios sanitarios (primaria, especializada, salud mental, etc.) e impulsar estrategias destinadas a mejorar la continuidad, integralidad y longitudinalidad de unos procesos asistenciales menos «medicalizadores».
- Se han de implementar estrategias de sustitución entre niveles y redefinir los roles competenciales de los distintos profesionales de la Atención Primaria, con referencia especial a los profesionales de enfermería, que deben ver potenciado su protagonismo en la atención habitual de la demanda aguda, la atención a la patología crónica y la gestión de casos complejos.
- El desarrollo de la figura del paciente experto, que ayuda a otros pacientes con problemas similares, debe contribuir a potenciar la corresponsabilización de los ciudadanos en el cuidado de la propia salud.
- Las actividades preventivas, diagnósticas o terapéuticas deben ser cuidadosamente evaluadas bajo criterios de la mejor evidencia científica disponible y de su contribución real a la mejora de la salud individual y colectiva.
- La desburocratización de los procesos asistenciales pasa por una mejora profunda de la gestión de las prestaciones farmacéuticas y de la incapacidad laboral temporal.
- Es preciso «desmedicalizar» las demandas asistenciales de baja complejidad, lo que permitirá, entre otros logros, mejorar la relación coste-efectividad de las intervenciones sanitarias.
- Para poder realizar análisis comparativos de los resultados clínicos de la Atención Primaria entre las distintas CCAA, es necesario disponer de un Sistema de Información Integral, comparable, transparente y accesible a profesionales e instituciones.

3. Docencia y formación en Atención Primaria

- Es necesario impulsar decididamente la introducción de la Atención Primaria y la Medicina de Familia en los currículos formativos de las facultades españolas.
- Hay que aprovechar, también para el pregrado, toda la potencialidad formativa que han acumulado las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria a lo largo de más de 25 años de existencia.
- El desarrollo de las directrices de Bolonia debe facilitar el conjunto de cambios de orientación, organi-

zación, contenidos y métodos de enseñanza y evaluación que precisan nuestras universidades y facultades. El paso de Diplomatura a Título de Grado de los estudios de enfermería es otra pieza importante en estos procesos de transformación.

- Es necesario mejorar las dotaciones en recursos humanos y organizativos de las actuales Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria.
- El desarrollo de la troncalidad de los programas de formación de posgrado ha de contribuir a la potenciación de la docencia en el ámbito de la Atención Primaria.
- Es preciso potenciar las estrategias de desarrollo profesional continuado individual (DPCi) y establecer con claridad sus diferencias y vínculos de relación con las carreras profesionales de cada autonomía o entidad proveedora.

4. Investigación en Atención Primaria

- Es necesario consolidar estructuras específicas de organización de la investigación en Atención Primaria, interrelacionadas con las de formación y práctica clínica.
- Hay que mejorar la competencia investigadora de los profesionales de Atención Primaria.
- Es preciso fortalecer las alianzas con las universidades y otras instituciones y empresas españolas y europeas para poder participar en grandes proyectos de investigación con vertientes básica, clínica, epidemiológica y de servicios.
- La dispersión inherente a la Atención Primaria hace imprescindible la creación de unidades territoriales de apoyo a la investigación que acojan y coordinen a los investigadores.
- Hay que potenciar programas dirigidos a hacer viable la compatibilidad de asistencia e investigación y a incrementar el número de investigadores con amplia dedicación a esta actividad.
- Es imprescindible incrementar la presencia en los ámbitos de decisión de las agencias financiadoras de la investigación de profesionales de Atención Primaria con capacidad de influencia y liderazgo.

5. Atención Primaria 1984-2007. La práctica clínica

- Necesitamos más información empírica sobre la evolución de aspectos claves en el proceso y el acceso, como la distribución real del tiempo de trabajo de los profesionales y los minutos por paciente según problemas de salud y características socioeconómicas.
- Es esencial definir objetivos, condiciones de validación y calendarios con cifras que conseguir y con la planificación de los recursos apropiados. Conviene una estabilidad y cierta uniformidad de los indicadores, que permitan el análisis a lo largo del tiempo y del espacio.
- Precisamos de información empírica sobre el uso y el resultado en salud de las alternativas hospitala-

rias tipo CHAR, para que el «brillo tecnológico» no ciegue las decisiones acerca de su desarrollo e implantación.

- En el futuro, se precisa mejorar las características básicas de la Atención Primaria que demanda una sociedad en que se valora la continuidad de la atención. Para ello, es fundamental el esfuerzo del médico personal, el de «cabecera» de toda la vida, y para toda la vida.
- Dado el potencial y el coste de las nuevas tecnologías, es crucial establecer un acuerdo entre las CCAA respecto a su mejor uso y un mayor protagonismo de los profesionales respecto a su diseño y capacidades.
- Cuando más del 20 % de los españoles viven solos y las residencias (asilos) se eligen como opción para vivir los últimos años, se precisa un rediseño de la Atención Primaria que dé respuesta apropiada a estas nuevas necesidades de coordinación de cuidados de un sector creciente de la población.
- Conviene modificar en profundidad la Atención Primaria para responder con lógica, y a ser posible por su propio médico de cabecera, al deseo de inmediatez en la atención de la población.
- Es preciso realizar los cambios estratégicos necesarios en la Atención Primaria para situarla realmente como eje del sistema sanitario, con autonomía, autoridad y responsabilidad para coordinar la globalidad de la atención de los pacientes.
- Es importante lograr un balance adecuado entre las actividades curativas y preventivas, priorizando y reduciendo estas últimas a las que tengan mayor valor demostrado en la mejora de la salud individual y colectiva.

6. Condiciones de trabajo y satisfacción de los profesionales de la Atención Primaria

- Es preciso analizar en profundidad las causas y las consecuencias de las diferencias existentes en la dotación de recursos humanos sanitarios entre las distintas CCAA.
- Hay que corregir los desequilibrios existentes en España entre las dotaciones de médicos de familia y de otros especialistas, así como entre médicos y enfermeras.
- Es necesario analizar y, en su caso, corregir, las diferencias observadas en las carteras de servicios, así como en la accesibilidad de los profesionales de Atención Primaria a las pruebas diagnósticas, entre diferentes CCAA.
- Hay que eliminar las desigualdades existentes entre las CCAA en el desarrollo de la informatización de las consultas y procesos y hacer compatibles los sistemas de gestión informática.
- Las remuneraciones y los sistemas de desarrollo profesional continuado individual (DPCi) y de carrera deben ser reconsiderados desde las perspectivas autonómica y estatal.
- Es necesario poner en marcha políticas de recursos humanos que corrijan la tendencia creciente a la

desmotivación y a la percepción negativa del clima laboral entre los profesionales de Atención Primaria.

7. Gasto y financiación en Atención Primaria

- Hay que corregir la situación actual de España, actualmente a la cola de la Unión Europea-15 en términos de gasto sanitario por habitante global y en Atención Primaria.
- La evolución del gasto en Atención Primaria en relación al sanitario global ha permanecido constante, con una tendencia al descenso a partir del año 2003. Es preciso invertir decididamente esta tendencia.
- También es preciso corregir la ampliación de la brecha (4 a 1) existente entre el gasto hospitalario y de Atención Primaria, con una pérdida de peso específico de ésta en los últimos 15 años. Este hecho se ha acentuado en los últimos 2 años por un incremento real superior al 10% del gasto hospitalario.
- Existe una gran dispersión en el gasto sanitario en Atención Primaria por habitante entre las CCAA, con un máximo en Extremadura y un mínimo en Madrid. Estas diferencias parecen obedecer a un cierto componente ideológico como determinante de las políticas de gasto.
- Es necesario reconsiderar el sistema estatal de financiación sanitaria ya que ha demostrado ser inestable y necesitado de revisiones frecuentes para corregir las insuficiencias financieras generadas.
- El gasto sanitario tiene una tendencia expansiva (inmigración, envejecimiento, tecnología, etc.) y, por ello, es preciso incrementar al mismo ritmo los ingresos para mantener el nivel de prestaciones sin generar tensiones presupuestarias.
- Es imprescindible introducir mejoras en la gestión que permitan alcanzar mayores cuotas de eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios sanitarios y poder así aproximarnos al resto de los países europeos.

8. Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria

- Es preciso ser más innovadores y avanzar en experiencias de coordinación e integración de servicios sanitarios y sociales.
- Es imprescindible revisar los conceptos de familia, comunidad y participación de los usuarios ya que sus contenidos y «operativización» han cambiado de forma acelerada en nuestra sociedad.
- Para que la Atención Primaria pueda mejorar su papel en la atención a la dependencia, es necesario potenciar su oferta de servicios, sobre todo en el campo de la atención domiciliaria.
- Es necesario incrementar significativamente la formación y capacitación en la atención a la dependencia de los profesionales de Atención Prima-

ria para que puedan prestar unos servicios de calidad en la prevención y en la asistencia a las personas dependientes.

- Hay que definir y desarrollar estrategias de salud intersectoriales en un marco formalizado, política y presupuestariamente, de compromisos y responsabilidades compartidas.
- Es preciso homogeneizar a nivel estatal y autonómico conceptos esenciales en este ámbito como los de «coordinación sociosanitaria» y «red de atención sociosanitaria».
- Es importante desarrollar la competencia de los profesionales en promoción de la salud, acción social y desarrollo comunitario, soslayando la posible «competición» de las distintas administraciones.
- Es muy conveniente hallar la forma de reducir la dispersión de la información en el ámbito comunitario y la multiplicidad de criterios de organización de aquélla, así como consensuar las áreas prioritarias de trabajo en este campo.
- Hay que desarrollar enlaces y apartados específicos para la participación y comunicación directa con los ciudadanos, usuarios y pacientes desde la Atención Primaria.

9. Gestión de la calidad en la Atención Primaria

- La calidad debe impregnar todos los niveles de la organización de la misma forma que lo ha hecho el control de costes.
- Debe desarrollarse una estrategia de evaluación con indicadores básicos comunes para el conjunto del Estado español, en el marco de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Es preciso atender con mayor profundidad, en el contexto de las políticas de calidad, aspectos como la efectividad clínica y la continuidad asistencial, escasamente abordados hasta el momento actual.
- Es imprescindible incrementar de forma significativa las actividades de acreditación y evaluación de la calidad y la implantación de las guías de práctica clínica.
- Es preciso que los datos provenientes del Barómetro Sanitario tengan el tamaño muestral suficiente para permitir la desagregación y comparación entre CCAA en todos los casos.
- Los sistemas de información deben ofrecer indicadores útiles tanto a nivel macro como micro para posibilitar la retroalimentación de resultados a los centros y profesionales.
- Sería conveniente disponer de datos sobre la frecuencia de la evaluación de los indicadores, el desarrollo de auditorías de los contratos de gestión de los centros, la independencia de los evaluadores y los mecanismos de revisión y la validez y fiabilidad del conjunto, para conocer, en definitiva, si se desarrollan y registran proyectos de mejora de los servicios de salud, relacionados con los criterios establecidos.

10. Desigualdades sociales en el acceso a la Atención Primaria de Salud

- Es preciso priorizar, en los grupos sociales más desfavorecidos, actividades preventivas como la vacunación antigripal y el consejo antitabaco.
- La Atención Primaria debe actuar como puerta de entrada del sistema sanitario y ser capaz de proporcionar una asistencia altamente resolutiva con el soporte, que no sustitución, del resto de los niveles y servicios.
- La disminución de las listas de espera de la atención especializada pública (y con ello del tiempo de resolución de los procesos que la requieran) podría tener como efecto positivo que la población que acude directamente al especialista privado se planteara como una buena opción acudir a la Atención Primaria y al sistema público.
- Es preciso incrementar las prestaciones del sistema público para disminuir las barreras de acceso y con ello las desigualdades existentes entre diferentes estratos sociales. Las prestaciones odontológicas son un claro ejemplo en este campo.
- La mejora social de las políticas de acceso a alimentos básicos y saludables, de las políticas de empleo y, en definitiva, de todas aquellas que mejoren las condiciones sociales y de vida de las personas, repercutirán de forma positiva en el nivel de salud y en la disminución de las desigualdades poblacionales existentes.
- Los sistemas de información, entre ellos la propia historia clínica, deberían contener datos sobre la situación socioeconómica de las personas.

1. Gestión de la atención primaria de salud

Joan Gené Badia

Puntos clave

- A pesar de la descentralización del Servicio Nacional de Salud, se observa una gran uniformidad en la prestación de servicios sanitarios, que se hace casi exclusivamente mediante equipos de Atención Primaria públicos y otros servicios no integrados.
- La proporción del presupuesto destinado a Atención Primaria de salud en España es una de las más bajas de Europa.
- A pesar de que existen múltiples documentos que establecen el deseo de dirigir los servicios sanitarios hacia las prioridades de salud de la población, no se encuentra que esta política se aplique con firmeza.
- Existe una excesiva politización de la estructura directiva que favorece la orientación de los servicios a los resultados inmediatos.
- Los pacientes tienen escasos mecanismos de participación directa y, a excepción de los equipos de Atención Primaria, escasa capacidad de elección de los servicios de salud que reciben en la comunidad.
- A pesar de la progresiva informatización de los equipos, persiste una desconexión entre autonomías que no comparten aspectos esenciales, como la tarjeta sanitaria.
- Las innovaciones que se han implantado para incrementar la eficiencia del sistema se han centrado en perseguir la implicación de los clínicos en los aspectos de gestión, llegando al cambio de la figura jurídica de los equipos y a crear entidades con ánimo de lucro gestionadas por los propios médicos (entidades de base asociativa). También se ha promovido la integración vertical de la gestión de los servicios sanitarios del territorio (gerencia única).
- En el grupo de iniciativas que persiguen aumentar la efectividad, se encuentra la generalización de la carrera profesional y la implantación de objetivos vinculados a la calidad asistencial.

Introducción

La descentralización en 2003 del Servicio Nacional de Salud español a los servicios autonómicos de salud de aquellas autonomías que todavía no habían recibido las transferencias ofrece un marco idóneo para que surjan distintas iniciativas de gestión de servicios de Atención Primaria. El análisis de la evolución de cada uno de los diferentes servicios autonómicos de salud permite hacer *benchmarking* de aquellas actividades que hayan sido más exitosas. Para sistematizar el análisis, he agrupado los indicadores inspirados por las dimensiones de los modelos de gestión de calidad. Comenzaré por valorar la forma en que se ejerce el liderazgo, siguiendo por la definición y aplicación de las políticas y estrategias, la gestión de las personas, los recursos y, por último, por una identificación de aquellas iniciativas de innovación en la gestión sanitaria que han introducido los diferentes gobiernos autonómicos. No profundizaré en aquellos aspectos que se tratan en otros apartados con mayor detalle.

Políticas y estrategias

Falta de políticas que promuevan la equidad territorial

En España coexisten un sistema público de cobertura casi universal y un sistema privado voluntario basado en mutuas y servicios estrictamente privados. A pesar de que existe de un Servicio Nacional de Salud, todavía persisten vacíos legislativos, que se arrastran del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad, que excluyen de la prestación de servicios sanitarios públicos a algunos

sectores de población que no han cotizado ni han sido beneficiarios de una persona que cotizara. Esta situación, en la práctica, crea pocos problemas al sistema ya que son sectores de la población que utilizan servicios sanitarios privados.

El informe de la Sanidad que se realizó para la conferencia de presidentes de comunidades autónomas muestra que existen diferencias significativas entre autonomías en los indicadores sanitarios y en la satisfacción de los usuarios, así como en su financiación. Sin embargo, la única iniciativa desarrollada para neutrali-

zar esta situación fue la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que no se ha traducido en proyectos específicos de actuación. Las discusiones de los consejeros de salud en la comisión interterritorial se centran más en perseguir un incremento de su financiación que en buscar una fórmula que permita asegurar la equidad en la financiación de los servicios de salud autonómicos.

Las evaluaciones realizadas en Cataluña muestran que no existen problemas de acceso a los servicios de Atención Primaria (AP) en el ámbito urbano o rural o atendiendo a las características sociales de la población. Seguramente porque se priorizó la reforma en los territorios socialmente más deprimidos¹ y porque los nuevos equipos se han extendido con un modelo organizativo similar en todo el territorio².

Aumento de la sanidad privada

Se observa que en España el sector sanitario privado ha crecido en los últimos años. El porcentaje de gasto sanitario público, que era del 71,7% en 2002, pasó al 70,9% en 2004. Este decremento sorprende más cuando se observa que el porcentaje es inferior al de otros países europeos. En 2004 el promedio de financiación pública en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) fue del 73%.

En España, entre 1992 y 2002, se ha producido un aumento del sector privado, que ha pasado del 22,6% del total al 28,6% y del 1,6 al 2,2% en el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB)³. Seguramente la importancia del sector privado varía entre autonomías y entre los diferentes ámbitos del sistema sanitario. En algunos como Madrid o Barcelona, más de una cuarta parte de la población disfruta de doble cobertura (pública y privada). Los funcionarios públicos de todo el estado mantienen la posibilidad de escoger entre la prestación de servicios a cargo de la sanidad pública o la privada mediante mutuas.

Se observa que pese a que la sanidad pública es hegemónica, tanto en la financiación como en la provisión de servicios, la sanidad privada está aumentando su protagonismo. A diferencia de otros países europeos, España no ha aprovechado el crecimiento económico de la última década para incrementar el porcentaje del PIB destinado a la sanidad pública.

Orientación de los servicios hacia las necesidades de salud

Si bien la Ley General de Sanidad señala que los medios y las actuaciones del sistema sanitario deben estar orientados hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, existen escasas políticas sanitarias que avancen en este sentido. El liderazgo de los servicios de salud basado en criterios de política de partido, la necesidad de atender las situaciones urgentes y las presiones presupuestarias fuerzan a que los gobiernos autonómicos busquen objetivos a corto plazo, con una repercusión fácilmente palpable por los ciudadanos. Los

servicios se interesan esencialmente por aspectos como la satisfacción de los usuarios y la contención del gasto, aunque mantienen un discurso global de orientación a la salud.

Efectivamente, casi todas las autonomías cuentan con un plan de salud que establece las prioridades sanitarias, si bien no todas han procedido a actualizarlo y a evaluarlo. Lamentablemente, muchos de estos Planes de Salud tienden a burocratizarse y a convertirse en un fin en sí mismos, sin llegar a influir sobre la planificación sanitaria o los objetivos de gestión.

Pocas autonomías han hecho un esfuerzo suficiente por utilizar el Plan de Salud para priorizar las intervenciones sanitarias. Curiosamente, y a pesar de que la Atención Primaria de Salud participa poco en la elaboración y priorización de los planes de salud, se observa una tendencia a considerar que únicamente los servicios de Atención Primaria son responsables de realizar actividades destinadas a atender las necesidades detectadas en el Plan de Salud. Casi todas las autonomías, a excepción de Cantabria y Madrid, tienen objetivos de su plan de salud en los contratos de gestión de los equipos. Existe, sin embargo, una escasa tendencia a promover intervenciones intersectoriales o a fijar objetivos de salud a los propios hospitales del sistema público de salud.

La tabla 1⁴ (Anexo 1) muestra que las prioridades del Plan de Salud marcan los procesos asistenciales objeto de evaluación en los equipos. Como en otros países, los indicadores miden procesos de actuación preventivos y actividades de seguimiento y control de enfermedades crónicas.

Políticas de gestión clínica y de calidad

La mayoría de autonomías han hecho públicas sus macropolíticas de planificación, gestión sanitaria y de calidad asistencial (Anexo 2)⁴. Son menos las que presentan estrategias a nivel de la mesogestión o microgestión que puedan traducirse en cambios operativos en los servicios de Atención Primaria.

Diversas autonomías, entre las que destacan Andalucía, País Vasco o Navarra, han hecho públicas sus políticas de mesogestión y microgestión de servicios. Destacan los modelos de gestión clínica en los que se establecen contratos con los servicios de AP que fijan objetivos de servicio y de calidad⁵, la tendencia a introducir la gestión de procesos integrados entre los diferentes niveles del sistema^{6,7}, y la implantación de políticas de calidad, especialmente las basadas en el Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). Los vascos son los que más decididamente han apostado por este modelo de calidad. Desde hace años, trabajan en esta línea y actualmente son los líderes incuestionables a nivel autonómico⁸.

La progresiva implantación de los esquemas de compra de servicios mediante contratos entre autoridades sanitarias autonómicas y proveedores de servicios, junto a la progresiva informatización de las consultas de AP, ha facilitado la aplicación de estas políticas de gestión.

Políticas de desintegración horizontal de los servicios de Atención Primaria

A pesar de la descentralización y de la ausencia de ámbitos de intercambio de experiencias entre autonomías, existe una gran uniformidad en la forma de organizar la prestación de servicios de AP. A excepción de Cataluña y alguna pequeña experiencia en la Comunidad Valenciana, los servicios son públicos, vinculados a la administración autonómica y atendidos por personal estatutario o funcionario en el caso de Navarra. Se prestan mediante equipos de AP y otras unidades diferenciadas que muchas veces no comparten estructuras de gestión, sistemas de información o protocolos de actuación. El modelo de trabajo en equipo está plenamente consolidado y aceptado. Ha demostrado sobradamente su superioridad respecto de la atención individual que se prestaba con anterioridad⁹.

Los equipos de AP surgidos con la reforma son, actualmente, la única forma de ofrecer atención de medicina de familia de adultos y pediatría a los ciudadanos. Estos equipos multidisciplinarios cuentan, además, con profesionales de enfermería que prestan servicios básicos, tanto en el centro de AP como en la comunidad. Existen, también, otros profesionales, como los trabajadores sociales o los odontólogos, que en algunas autonomías están vinculados a los equipos. En otras, la odontología se contrata a profesionales privados y se cuenta con las trabajadoras sociales de los servicios sociales.

Dos equipos de AP atendidos por médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos cubren una gran parte de las necesidades básicas. Su atención se complementa con otros servicios especiales, como los de salud mental, urgencias, atención a la salud sexual y reproductiva, atención domiciliaria, atención sociosanitaria, que suelen estar gestionados por otra empresa pública u otras secciones de la misma organización que suelen estar claramente diferenciadas.

Los servicios de emergencias y de urgencias son gestionados habitualmente por otras organizaciones. Aparecen también los teléfonos que resuelven demandas sanitarias básicas durante las 24 horas del día y los servicios especializados de atención a pacientes geriátricos domiciliarios o terminales.

A pesar de que se reclama un mayor nivel de resolución al ámbito de la Atención Primaria de salud, se ha procedido a integrar al nivel secundario todos los especialistas que existían en los antiguos ambulatorios. Será interesante comprobar si se revierte esta tendencia como están realizando otros países.

Los hospitales, a su vez, ante la dificultad para aumentar las camas hospitalarias, están desarrollando servicios comunitarios que prestan atención hospitalaria a domicilio de pacientes agudos o crónicos. La coordinación de la actividad clínica de estos dispositivos en cuanto a integración de la información, coordinación organizativa y consenso en las prácticas clínicas con los médicos y enfermeras de los equipos de Atención Pri-

maria es escasa, a pesar de que están surgiendo varias iniciativas destinadas a implantar la figura de la enfermera gestora de casos.

La mayoría de los servicios de diagnóstico radiológico o de laboratorio tienden a agruparse para aumentar la eficiencia y a integrarse en el hospital.

Existe una escasa preocupación por la integración horizontal de servicios y, en cambio, sí que preocupa la integración vertical, popularizándose la denominada gerencia única, que se describe en el apartado Innovación en Atención Primaria¹⁰.

La prestación de servicios sociales está totalmente desintegrada de los de Atención Primaria. Muchos servicios de atención al anciano en la comunidad que tienen una vertiente mixta social y sanitaria como la atención a domicilio, las residencias asistidas o las camas de larga estancia, se han organizado en entidades totalmente desvinculadas del resto de servicios de AP. La reciente publicación de la Ley de Dependencia¹¹ ha otorgado por primera vez cobertura universal a los ciudadanos que no tengan plena autonomía. La iniciativa desencadena un proceso de mejora en la prestación social que reciben. Curiosamente, el programa ha quedado íntegramente emplazado en el ámbito de los servicios sociales, sin implicar a los de Atención Primaria de Salud, a pesar de que la mayoría de los pacientes dependientes son atendidos en AP, tanto en los centros como en los programas de atención domiciliaria. Esta actuación totalmente desintegrada choca con la tendencia europea de integrar estos dos ámbitos de actuación, que están liderando los Países Bajos, Irlanda del Norte, Escandinavia y el Reino Unido.

Transparencia y rendición de cuentas

Es fácil encontrar información sobre planes de salud y políticas asistenciales. En cambio, faltan datos sobre la calidad de los servicios de salud. No se suelen publicar datos sobre resultados asistenciales, ni existen indicadores que permitan comparar los resultados de las diferentes autonomías.

Liderazgo

Politización de los directivos de Atención Primaria

El ámbito de la gestión sanitaria pública adolece de una excesiva politización y, en consecuencia, de un déficit de profesionalización de sus cuadros directivos. En este sentido, la AP de salud no es una excepción. La encuesta del Anexo 2⁴ muestra claramente que los puestos directivos de las áreas o distritos sanitarios los designan directamente los políticos del partido que gobierna. En consecuencia, los cambios políticos provocan remodelaciones constantes de sus cuadros directivos. Esta situación de provisionalidad y falta de experiencia compromete la calidad directiva y dificulta la consolidación de los proyectos. También puede contribuir a engrosar las estructuras de soporte de gestión con aquellos profesionales que, una vez retirados de

sus responsabilidades directivas, son incapaces de incorporarse a la cadena productiva desarrollando actividades clínicas o de atención al usuario. Esta hipertrofia de las estructuras de soporte viene favorecida por la actitud paternalista del sector público, que tiene escasos incentivos para la eficiencia y, en cambio, muchos mecanismos de control que generan excesiva burocracia. La politización de los cuadros directivos está tan asumida que las autonomías no sólo carecen de concursos públicos para cubrir las estructuras directivas, sino que no han desarrollado una carrera profesional de gestión, ni han definido el perfil de los directivos de cada nivel. A pesar de encontrarse en el ámbito público, los nombramientos se producen de forma totalmente discrecional.

Los directores/coordinadores de los centros de salud adquieren funciones directivas muy variadas. Desde aquellos que realizan fundamentalmente actividades de coordinación básica organizativa, hasta los 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 necesario analizar el grado de descentralización que han desarrollado los diferentes modelos de salud y cuál es la consecuencia de cada una de estas diferentes iniciativas.

La gestión de los servicios de Atención Primaria se ha considerado tradicionalmente menos compleja que la de los hospitales. Seguramente por este motivo, en muchas autonomías, la estructura directiva de Atención Primaria tiene un nivel jerárquico inferior a la de la atención secundaria, que se manifiesta en el organigrama y en las retribuciones. Algunas autonomías incluso proponen modelos de gestión integrada que eliminan la presencia de gestores de Atención Primaria. El nivel jerárquico de los directivos de Atención Primaria refleja la importancia que concede cada autonomía a los servicios que se prestan en este nivel asistencial (Anexo 2)⁴.

Poco margen de decisión para los directores de los equipos de Atención Primaria

En el Anexo 2⁴ se muestra que, a pesar de que existe una voluntad expresada para aumentar el nivel de autonomía de los equipos, en realidad los directores de los equipos tienen escasa capacidad de maniobra. Pocos pueden decidir sobre el personal o el consumo. Por otro lado, únicamente gestionan al equipo de Atención Primaria, ya que no tienen ninguna autoridad jerárquica sobre otros profesionales que realizan actividades de Atención Primaria en su propio territorio por cuenta de otras unidades vinculadas a otros servicios de Atención Primaria o al hospital. La situación es más crítica si se considera que podrían ser el contrapunto profesional a la excesiva politización de los cargos directivos de Atención Primaria señalada en el apartado anterior.

Ámbitos de participación profesional y ciudadana

En el entorno sanitario intervienen tres actores principales: usuarios, profesionales y gestores. Se pueden clasificar los diferentes modelos sanitarios, atendiendo al colectivo que lidera o participa en la toma de decisiones, en tres categorías: 1) los modelos clásicos de burocracia profesional dominados por los médicos, en los que el gerente es un mero gestor de recursos que obedece las directrices de los sanitarios; 2) los sistemas clásicos de mando y control que caracterizan las organizaciones orientadas al poder, y 3) los sistemas basados en la capacidad de elección de los usuarios.

Nuestro sistema sanitario proviene de un modelo en el que los profesionales gozaban de una amplia libertad de actuación amparados en su condición de estatutarios, pero que progresivamente ha avanzado en introducir medidas que refuerzan el papel de los gerentes y políticos. Médicos y enfermeras han sido progresivamente alejados de la toma de decisiones en gestión sanitaria.

En el Anexo 2⁴ se muestra que los profesionales tienen escasa posibilidad de influir sobre las decisiones de la administración sanitaria ya que no existen mecanismos formales de participación distintos de los puramente jerárquicos de línea directiva. Como se ha descrito en el apartado anterior, tampoco tienen posibilidad de selección de sus cuadros directivos. Las huelgas que se produjeron recientemente en Cataluña muestran que estas fórmulas no satisfacen las ansias de participación de los colectivos profesionales. Por este motivo, se ha creado en Cataluña el Consejo de la profesión médica, en el que sindicatos, sociedades y colegios profesionales trabajan con la administración para buscar estrategias que aumenten la participación profesional en las decisiones de gestión.

Los pacientes no han tenido nunca posibilidad de elección y han participado muy poco en las decisiones estratégicas. En definitiva, se está avanzando hacia un sistema basado en el mando y control, en el que el paciente sigue sin tener mucha capacidad de elección a pesar de que se están haciendo esfuerzos por avanzar en este sentido.

La mayoría de autonomías realizan y publican encuestas de salud o de satisfacción de los usuarios. Comunidades como Cataluña, Canarias, Castilla La Mancha o Madrid disponen de estructuras formales de participación, como consejos de salud a que actúan a nivel autonómico, comarcal o municipal, o de ámbito del propio centro de salud. También existe en Castilla La Mancha y Madrid la figura del defensor del paciente. La participación ciudadana se realiza de forma directa o mediante los ayuntamientos, como en Cataluña y Madrid. Los profesionales pueden participar en estos órganos a través de los sindicatos.

También hay que admitir que estos mecanismos formales de participación, en la práctica, ejercen poco impacto sobre las decisiones de política sanitaria. Es significativa la escasa capacidad de elección de los usuarios que ofrecería un mecanismo sencillo y útil para mostrar

claramente la opinión que tienen de los servicios que les ofrecen. Esta capacidad de elección que existe de una forma más o menos generalizada para los equipos de Atención Primaria es excepcional para el nivel especializado.

Las personas

La distribución de los profesionales

La Atención Primaria española tiene una proporción de médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos por habitante inferior a los respectivos promedios de la Unión Europea (UE). En 2003, la proporción de médicos de Atención Primaria, respecto del total (35%), pese a haber mejorado en los últimos años, sigue siendo un 20% inferior a la de los países de la UE. En relación al personal de enfermería, trabajan en Atención Primaria un 20,6% del total, lo que supone un 43,7% inferior al de la UE³.

Los recursos humanos existentes están desigualmente repartidos entre comunidades autónomas (CCAA), se observan diferencias en la proporción y distribución del personal de Atención Primaria. Sin embargo, este dato es difícil de valorar dadas las diferencias en las características de edad, nivel social y dispersión geográfica de las diferentes poblaciones atendidas.

A diferencia de la mayoría de países del centro y del Norte de Europa, todas las CCAA incorporan la figura del pediatra de cabecera, ya consolidado en el modelo anterior de atención médica ambulatoria. También cabe resaltar que existen pocos niveles de especialización en enfermería, existen las auxiliares de clínica y las diplomadas, con y sin especialidad. En un futuro inmediato también existirán las licenciadas en enfermería. Otros países cuentan con un abanico superior de tipos de enfermeras que les permiten encontrar el profesional adecuado a cada tipo de actividad. Las nuevas profesiones sanitarias, como higienistas dentales, terapeutas ocupacionales o dietistas, tienen escasa implantación en nuestros servicios de Atención Primaria.

Los profesionales se distribuyen por un criterio de ratio poblacional siguiendo unos modelos de equipos rígidos. Seguramente, sería interesante que los equipos asistenciales se adecuaran más a las necesidades de salud específicas de cada territorio y que se incorporaran las nuevas profesiones sanitarias para optimizar los recursos.

Características de los contratos de los profesionales

Dado que la mayoría de servicios de Atención Primaria tienen la figura jurídica de administración pública, los contratos de los profesionales son de tipo estatutario. Incluso CCAA como Andalucía o el País Vasco, que han transformado su servicio de salud en empresa pública, siguen gestionando el personal en el marco del Estatuto Marco. Únicamente Cataluña tiene un tercio de los profesionales de Atención Primaria bajo contrato laboral y la Comunidad Valenciana está iniciando experien-

cias en este sentido mediante concesiones administrativas a mutuas privadas que gestionan la prestación de servicios hospitalarios y de Atención Primaria. En el otro extremo se encuentra Navarra, cuyos profesionales de atención a la salud tienen la condición de funcionarios.

Política de desarrollo personal

Casi todas las CCAA tienen organizaciones destinadas a favorecer el desarrollo profesional mediante la formación continuada, si bien ninguna ha desarrollado el modelo de desarrollo profesional que prevé la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)¹².

Productividad variable y carrera profesional

Cada CA tiende a introducir modelos de retribución variable dentro del marco estatutario, especialmente después de que se acordara una actualización del Estatuto, en diciembre de 2003, que permitía esta posibilidad.

Las primeras experiencias de retribuciones de productividad variable surgieron en Baleares y Cataluña. Posteriormente, Navarra y el Institut Català de la Salut (ICS) fueron los primeros en introducir una carrera profesional en Atención Primaria, equiparable a la hospitalaria. En 2003, además, el ICS introdujo un complemento de productividad ligado a objetivos de calidad igual para médicos de Atención Primaria y secundaria¹³. Actualmente Andalucía, la Comunidad Valenciana, Canarias y Cantabria, entre otras, están desarrollando y aplicando su modelo de carrera. Desafortunadamente, esta experiencia, salvo honrosas excepciones, tiende a la burocratización, a la unificación y a la desvinculación de los indicadores de desempeño de los profesionales³.

Existen pocas evaluaciones publicadas de estos cambios retributivos. Se han estudiado las consecuencias de la implantación del modelo de carrera profesional y de productividad variable ligada a objetivos de calidad sobre la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida de los médicos y los profesionales de enfermería del ICS. La carrera aumentó la percepción de soporte directivo en ambos colectivos profesionales. Los médicos de Atención Primaria dejaron de suspender a sus directivos. En las enfermeras, esta mejora de su calidad de vida laboral se tradujo en un aumento de la satisfacción de los usuarios^{2,13}. El efecto positivo que ha producido la carrera sobre la imagen de los directivos es debido, posiblemente, a que médicos y enfermeras aprecian el hecho de que la institución reconozca los mismos méritos que ellos consideran importantes.

En cambio, la productividad variable ligada a objetivos de calidad que sólo afectó a médicos produjo un aumento de la percepción de demandas por parte de los profesionales que acabó repercutiendo negativamente sobre la satisfacción de los usuarios. Esto nos lleva a concluir que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos pueden agravar la sensación de presión asistencial y, en consecuencia, dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales. Además, sobre una parte del colectivo podría desen-

cadenar el síndrome de *burn out* que presentan de forma latente².

La ambivalencia de estas primeras evaluaciones muestra que se ha lanzado un potente instrumento de gestión de la actividad clínica. Justamente, su fuerte capacidad para modificar la práctica profesional obliga a que se siga aprendiendo de las evoluciones de su impacto.

Clima laboral

Existe una preocupación creciente en las direcciones de los servicios de salud por monitorizar la calidad de vida laboral. El ICS ha sido pionero en la monitorización del clima laboral de sus profesionales. Galicia y Murcia, entre otras CCAA, también han desarrollado iniciativas similares. Sin embargo, está menos claro si, efectivamente, estos cuestionarios han servido para orientar a nivel de macro las decisiones de gestión en el tema de los recursos humanos. Se observa que la participación se reduce con los años, seguramente como consecuencia de la percepción de que las valoraciones profesionales tienen escaso impacto en las decisiones directivas.

Recursos

Proporción del presupuesto destinado a Atención Primaria

En el año 2003, el 14,4% del presupuesto sanitario se destinó a Atención Primaria. En las últimas décadas, se ha producido en España un estancamiento en la financiación de este nivel, que supone un porcentaje 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. Los profesionales de Atención Primaria vienen denunciando desde hace años que el gasto sanitario ambulatorio per cápita español es de los más bajos de Europa, si bien en este sector las comparaciones son difíciles ya que la definición funcional del gasto en Atención Primaria no es igual en todos los países de nuestro entorno³.

Se constatan diferencias entre las CCAA en relación al gasto sanitario público por habitante. Además, existen diferencias en el porcentaje del gasto total destinado a Atención Primaria por CCAA³. Las diferencias en la distribución geográfica de los territorios y en la distribución de otros recursos sanitarios dificultan las comparaciones y no nos permiten asegurar que existan inequidades en este ámbito.

Proceso asistencial

Guías de práctica clínica

A pesar de que se definen políticas de calidad a nivel de consejería, éstas difícilmente se traducen en actuaciones concretas que afecten a la actividad asistencial. Se dispone de pocas guías publicadas; las únicas guías de

práctica clínica recogidas en el catálogo del Sistema Nacional de Salud por cumplir criterios de calidad, están elaboradas por instituciones de Cataluña, Andalucía, País Vasco y Galicia, y algunas de origen estatal. Las entidades autonómicas gestoras de servicios sanitarios y las agencias de evaluación de la tecnología son las principales autoras de los documentos. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha tenido un papel relevante en este campo al popularizar un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud que actualmente se aplica en todos los centros de salud del Estado español¹⁴.

Informatización de la Atención Primaria

Es remarcable el esfuerzo que han realizado las CCAA para conseguir informatizar la práctica totalidad de las consultas de Atención Primaria. Desafortunadamente, la mayoría de los sistemas empleados hasta el momento tienen una estructura de cliente-servidor, convirtiéndose en bases de datos locales para cada centro de salud o grupo de centros de salud. Actualmente, varias CCAA están avanzando en la interconexión de bases de datos entre diferentes centros de Atención Primaria y entre éstos y los hospitales de referencia. Destacan las experiencias pioneras del ICS con el programa ECAP y Osakidetza con el programa Osabide, que conectan los equipos de Atención Primaria y los hospitales del grupo. Actualmente Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana también están desarrollando experiencias interesantes en este sentido.

Es crucial monitorizar cómo avanza la integración de la información sanitaria ya que, una vez preservada la confidencialidad de la información clínica, son desarrollos imprescindibles para mejorar la continuidad de la atención clínica.

Se está avanzando en la comunicación informática entre Atención Primaria y atención hospitalaria. Actualmente, en el mejor de los casos, se limita a los informes de alta y exploraciones complementarias. (Anexo 2, apartados 16-19)⁴.

Es importante recordar que no existe compatibilidad ni en la tarjeta sanitaria individual. Cada CA tiene la suya, siendo totalmente incompatibles los códigos y los registros mecánicos. Es imprescindible avanzar en esta unificación, no sólo a nivel estatal, sino también europeo, ya que la tarjeta ha de ser la llave de acceso a la información del paciente que permita acceder por la red a repositorios de datos de información clínica que vayan generando los diferentes procesos de atención.

Acceso a pruebas diagnósticas

El aumento de la capacidad de resolución de los equipos de Atención Primaria implica incrementar su capacidad diagnóstica. Para ello, la mayoría de servicios de salud han facilitado que los médicos de Atención Primaria tengan acceso a todas las pruebas diagnósticas. Sin embargo, todavía quedan algunos territorios residuales

en los que esta política no ha sido plenamente implementada.

Evaluación de la práctica clínica

La evaluación de la actividad clínica está íntimamente relacionada con la reforma de la Atención Primaria. Desde los primeros días, los equipos de Atención Primaria han realizado auditorías voluntarias de la actividad clínica. Esta tarea ha favorecido que se acepte la cultura de la evaluación y la divulgación de los resultados personales dentro del equipo. La introducción de políticas de incentivos y de contratos de servicios ha favorecido esta actividad que actualmente está promovida por las estructuras directivas.

Existen varios proyectos para crear agencias de calidad a nivel autonómico que realicen estas actividades y que faciliten la divulgación de los resultados. Hasta la fecha, la información publicada es escasa, con honrosas excepciones, como el proceso de *benchmarking* promovido por el Consorci Sanitari de Barcelona¹⁵.

Un elemento esencial de la actividad clínica en Atención Primaria es el tiempo destinado a cada paciente en la consulta del médico de familia o pediatra. Se dispone de escasa información sobre esta variable, aunque indicadores indirectos sobre cargas de trabajo muestran que, en determinadas zonas, no se puede conseguir los 10 minutos mínimos necesarios para asegurar una atención de calidad.

Innovación en Atención Primaria

Distintas CCAA han desarrollado proyectos innovadores, muchos de ellos con estrategias y objetivos similares, por lo que se han agrupado en aquellos que persiguen la eficiencia y los que buscan la efectividad. Desafortunadamente, todos tienen en común su escasa evaluación.

Proyectos que persiguen la eficiencia

Europa inició en la década de 1990 una serie de reformas encaminadas a aumentar la microeficiencia de los servicios públicos de salud. Destaca la aparición del mercado interno de los servicios sanitarios y la creación de los médicos generales gestores de fondos (*Fund Holders*) en el Reino Unido, así como la privatización de la provisión de servicios sanitarios que realizaron muchos países, especialmente los del Este de Europa. En España, surgieron tres grandes iniciativas. Por un lado, una serie de proyectos piloto basados en la implicación de los profesionales en las decisiones de gestión de los equipos; por otro, se realizaron cambios en las estructuras de gestión encaminados a integrar verticalmente los servicios de salud del territorio y, por último, el gran proyecto catalán basado en promover la diversificación de la figura jurídica de los equipos, seguido por la iniciativa valenciana de hacer concesiones administrativas para gestionar la sanidad pública.

Las iniciativas centradas en la implicación de los profesionales en la gestión clínica de sus equipos no sólo está promovida por los servicios de salud, sino que tam-

bién la apoyan las mismas sociedades profesionales que la promueven¹⁶. Una de las buenas experiencias de este campo son las unidades clínicas de Andalucía⁶ o los proyectos piloto desarrollados en el País Vasco¹⁷ o Cataluña¹⁸. Sin embargo, la rigidez presupuestaria, organizativa y normativa de los servicios de salud de titularidad pública limitaron el impacto de estas iniciativas¹⁹.

Con el deseo de aumentar la coordinación y la cooperación entre servicios sanitarios, han surgido en Europa y en Estados Unidos iniciativas encaminadas a crear organizaciones sanitarias integradas. Son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada mediante un conjunto de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y los resultados en salud de la población¹. El Consorcio Hospitalario de Cataluña, pionero de la iniciativa, ha publicado una guía para comprender y evaluar estas organizaciones²⁰. Actualmente, la tabla 1 (Anexo 1) muestra que casi todas las CCAA tienen un proyecto de integración de la gestión de los servicios de salud que intervienen en un mismo territorio. La denominación más común para esta iniciativa es la de gerencia única aunque, en esencia, no podría encajar perfectamente en los criterios de organizaciones sanitarias integradas. Un grupo de la semFYC hacía una valoración muy crítica de la experiencia de integración de las estructuras de gestión conocida como «gerencia única». Los territorios que contaban con este modelo no estaban más integrados en los aspectos asistenciales esenciales, como son la información y las guías de práctica clínica, y tampoco se sabe si son más eficientes. La iniciativa, en cambio, favorece la «medicalización» de la asistencia al supeditar la organización de Atención Primaria a las necesidades del nivel especializado²¹. Un análisis más intenso de dos organizaciones sanitarias integradas catalanas, realizado por el Consorci Hospitalari de Cataluña, concluye que ambas organizaciones tienen barreras y facilitadores para la coordinación asistencial y acaba proponiendo cambios internos y en el financiamiento que contribuyan a mejorar esta coordinación²².

Durante la década de 1990, Cataluña aprovechó la reforma de la Atención Primaria de salud para facilitar que algunos de los equipos de nueva creación fueran gestionados por organizaciones distintas del ICS, que era la organización que hasta el momento gestionaba la práctica totalidad de servicios de Atención Primaria²³. Como resultado de esta política, actualmente el 77,9% de los equipos están gestionados por el ICS, un 11,9% por otras entidades públicas sometidas a derecho público, un 6,7% por entidades públicas regidas por el derecho privado (empresas públicas) y un 3,5% por Entidades de Base Asociativa, que son entidades privadas con ánimo de lucro. La iniciativa fue evaluada en 2002 por la Fundación Avedis Donavedian²⁴, y concluía que cada tipo de organización tenía fortalezas en algunos aspectos y debilidades en otros, por lo que todas podían aprender de las demás. Para la mayoría de indicadores estudiados no se observaron diferencias signifi-

ficativas, y cuando aparecían estaban relacionadas con la figura jurídica. Así, las EBA son mejores en aspectos de eficiencia y el ICS en temas relacionados con programas ampliamente consolidados, como los de atención domiciliaria. La evaluación multidimensional realizada este mismo año muestra una tendencia similar. Los servicios públicos obtienen resultados muy similares, con independencia de la figura jurídica, únicamente destacan las EBA por ser más accesibles y más austeras en el consumo de recursos²⁵. Falta una evaluación que muestre efectivamente si este menor consumo de recursos sanitarios para atender a la población produce también un impacto positivo sobre la salud de los ciudadanos, que es el objetivo final de la asistencia. En todo caso, estas comparaciones siempre son difíciles ya que el contexto social, económico y demográfico condiciona, en gran medida, el resultado asistencial de los equipos²⁶. Los hallazgos no deben entenderse como la búsqueda del modelo ideal en el que todos deberían transformarse, ya que, por ejemplo, es prácticamente imposible convertir los equipos del ICS en EBA. Pero han de permitir identificar aspectos positivos que puedan ser imitados por otras organizaciones. Seguramente, la diversificación en sí misma, que rompía la situación de monopolio del ICS, había estimulado a los diferentes proveedores promoviendo una mejora general de la calidad que acababa repercutiendo positivamente en los pacientes.

Proyectos que persiguen la efectividad

En estos momentos, no preocupa tanto que la actividad sea más eficiente, sino que aquella actividad que deba hacerse se realice correctamente. En otras palabras, no se quiere reducir el precio por visita, sino hacer de una forma adecuada (siguiendo la evidencia científica) aquellas visitas que esté demostrado que tiene sentido realizarlas. Aparecen en este campo muchas iniciativas encaminadas a utilizar las tecnologías de la información para aplicarlas en la mejora continua de procesos asistenciales, la comunicación entre profesionales, en telemedicina o en nuevas formas de interactuar con los pacientes. También surgen diferentes proyectos de implantación de la receta electrónica. Sin embargo, la innovación más importante en este campo ha sido la implantación de modelos de retribución variable ligada a objetivos de calidad asistencial. Como en otros países, todas estas iniciativas se implementan de forma generalizada sin contar con una evaluación previa. De la experiencia catalana se sabe que el impacto de la medida se percibe, básicamente, en aquellos profesionales que no habían conseguido mejorar con la evaluación, *feedback* y formación continuada, así como que ejerce un aumento de la percepción de demandas del médico que condiciona su calidad de vida laboral y que puede acabar repercutiendo negativamente en la satisfacción de los usuarios².

Recomendaciones

- Sugiero aumentar la consistencia entre las necesidades de salud identificadas en los planes de salud con los objetivos de las políticas de gestión, contratos con los equipos y políticas de incentivación a los profesionales.
- Urge profesionalizar las estructuras de gestión sanitaria para mejorar las competencias de los gestores sanitarios y garantizar una estabilidad en las estrategias de gestión sanitaria.
- Las diferentes autonomías deberían articular mecanismos formales de participación sanitaria de los ciudadanos al tiempo que considerar las opiniones de éstos para orientar mejor los servicios hacia sus expectativas y necesidades. Es conveniente que también se avance en la libre elección de atención especializada para promover la mejora en este ámbito.
- Es esencial que se produzca una integración de los diferentes sistemas de información clínica de forma que permita compartir los datos de los pacientes entre los diferentes centros de Atención Primaria y hospitales.
- Frente a la progresiva desintegración horizontal de los servicios de Atención Primaria, propongo que se desarrollen estructuras de gestión que agrupen todos los servicios que se prestan en la comunidad.

Bibliografía

- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la Atención Primaria como estrategia. *Aten Primaria*. 1998; 21:234-9.
- Gené-Badía J, Escaramis-Babian G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007 Jan; 80(1):2-10.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria s. XXI: Análisis de situación. (Documento provisional). Madrid. 2006.
- Universidad Pompeu Fabra. Encuesta del Equipo de Investigación sobre Atención Primaria en España (2006-2007).
- Gené-Badía J. De la autogestión a la dirección clínica. *Aten Primaria*. 2001;28(3):149-50.
- Gálvez M. Las unidades clínicas en los equipos de Atención Primaria de Andalucía. *Aten. Primaria*. 2001;27:378-9.
- Torres A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. *Aten Primaria*. 2003;31(9):561-3.
- Berraondo Zabalegui I. La acreditación de centros de Atención Primaria. Una nueva necesidad. *Aten Primaria*. 1997;20:278-9.
- Goñi S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary health care teams. *Health Policy*. 1999;28:107-17.
- Gené Badia J, Benet J, Hierro J. L'externalització del laboratori clínic com a estratègia de gestió en l'entorn públic. En: Miró i Balagué J, Vernetta i Porta MA, editors. *Eines per a la gestió del Laboratori Clínic*. 1.ª ed. Associació Catalana de Ciències de Laboratori Clínic. Sant Boi de Llobregat (Barcelona); 2002, pp. 29-33.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
- Gené Badia J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004;34:198-201.
- semFYC-PAPPS. Disponible en: <http://www.papps.org/> (consulta realizada el 17/10/2007).
- Plaza-Tesias A, Zara-Yahni C, Guarga-Rojas A, Farrés-Quezada J. Resultado de la aplicación del *benchmarking* en los equipos de Atención Primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35(3):122-9.
- Grupo de trabajo de la semFYC-SEMERGEN (1996). Autogestión en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1998;21(7):482-8.
- López Ruiz A. Evaluación de un proyecto de autogestión en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1994;13(5):225-31.
- Clua JL, Baucells J, Mauri JA. Evaluación de la capacidad de autofinanciación en el ámbito territorial de una dirección de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1999;23:461-6.
- Álvarez Girón M, García Gil C, Solano Parés A. *Las unidades clínicas de gestión en la atención primaria. Un tema en debate*. *Aten Primaria*. 2003;31(8):514-8.
- Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones Integradas de Salud: guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(6):633-43.
- Pou-Bordoy J, Gené Badia J, de la Cámara González C, Berraondo Zabalegui I, Puig Barbera J. Gerencia única: una ilustración sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006;37(4):231.
- Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Barreras y facilitadores a la coordinación de la atención en dos organizaciones sanitarias catalanas. *Gac Sanit*. 2007;21(2):114-23.
- Violán C. Nuevas formas de gestión en Atención Primaria. Nuevas propuestas de gestión ¿por qué? *Aten Primaria*. 1999; 24(3):124-5.
- Fundació Avedis Donabedian. *Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis*. Informe 2002.
- Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A, Plaza A, Ponsá A, Roma J, et al. *Projecte d'avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària*. Institut d'Estudis de la Salut. 2007.
- Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Pujol E, Catalan A, Sampietro-Colom L. Population and primary health-care team characteristics explain outcomes. *Health Policy* (en prensa).

2. Resultados clínicos de la Atención Primaria

Josep Casajuana Brunet y Soledad Romea Lecumberri

Puntos clave

- La medición de resultados clínicos ofrece información sobre la respuesta alcanzada por los sistemas sanitarios frente a las necesidades de salud de la población y resulta imprescindible para evaluar y mejorar la calidad de sus intervenciones. En Atención Primaria resultan insuficientes y poco comparables los indicadores disponibles a nivel de comunidades autónomas (CCAA) o países.
- En España, en las últimas décadas se objetiva un aumento de la esperanza de vida, una disminución de la mortalidad evitable y un incremento de la prevalencia de patologías crónicas.
- Se observa un incremento de la frecuentación y de la demanda de los servicios sanitarios muy superior a la de otros países europeos, quizá debido a que la accesibilidad se ha priorizado como uno de los valores principales y no existe ningún factor modulador que limite la demanda y el acceso para problemas banales que no tendrían que contactar con el sistema sanitario.
- La capacidad resolutoria, el manejo y el control de patologías crónicas o la cobertura vacunal son similares a las de otros países del entorno. En cambio, resulta preocupante que el consumo de alcohol y tabaco es superior al de otros países europeos y la confirmación de una tendencia creciente en la prevalencia de obesidad.
- Las tasas de cáncer de mama y cuello de útero son inferiores y las tasas de cribado de cáncer de mama y cuello de útero son superiores a las de otros países europeos, presentando diferencias entre CCAA. También se aprecia un incremento en las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (aunque siguen siendo de las más bajas de Europa) y en la utilización de anticoncepción de emergencia, si bien no parece existir ninguna correlación entre ambas cifras.
- Se detecta una gran variabilidad y, por tanto, un margen de mejora en la gestión de la incapacidad temporal y de la prescripción farmacéutica.
- España presenta un gasto sanitario per cápita inferior a la media de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), pero se sitúa entre los países que presentan un gasto farmacéutico más alto. Destaca que el consumo de antidepresivos está muy por encima del de países que presentan tasas de depresión muy similares a las nuestras.

Introducción

Los indicadores de resultados clínicos ofrecen información sobre el índice de respuesta alcanzado frente a las necesidades de salud de la población¹ y suponen, tanto para la administración como para los profesionales sanitarios, una herramienta imprescindible para definir las líneas de actuación necesarias para mejorar la calidad de sus intervenciones.

Aunque el resultado último de la actuación sanitaria debería medirse como resultado en salud, en la práctica debemos conformarnos con la medida del proceso o de los denominados resultados intermedios (p. ej., grado de buen control). Esto es así por diferentes motivos: 1) Los servicios de salud son sólo uno de los determinantes de la salud (y no precisamente el más relevante) y no tenemos capacidad, en la mayoría de los casos, para determinar el peso de cada factor determinante en un resultado concreto; 2) El impacto sobre la salud de muchas de las actividades sanitarias sólo se observa a muy largo plazo (p. ej., la indicación de ácido acetilsalicílico [AAS] en pacientes con infarto agudo de miocardio [IAM]) y esa información, aunque importante, no nos permite la pronta corrección de las deficiencias observadas, ni apreciar de forma inmediata el efecto de las mejoras realizadas.

Los dispositivos de Atención Primaria (AP) deben ofrecer servicios asistenciales de calidad, con satisfacción de ciudadanos y profesionales, y a un coste asumible. En este marco general, los resultados clínicos que esperamos de los servicios de AP son, en conjunto, la resolución de las necesidades y demandas de la población. En este contexto, podemos definir la resolución como la prestación del servicio de la forma más correcta y en el nivel más adecuado a cada caso concreto.

Para medir la actuación de los profesionales y/o dispositivos de AP convendría, en condiciones ideales, utilizar indicadores que engloben todos los aspectos que queremos medir, que faciliten información para la toma de decisiones de los profesionales y que sean reproducibles y comparables². Así pues, para conocer los resultados clínicos de un equipo de Aten-

ción Primaria (EAP) deberíamos medir 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. ej., actividades preventivas). Sin embargo, pretender medir lo que se ha conocido como el producto de la AP (es decir, el conjunto de todas las actuaciones de los dispositivos de AP, en relación a la cobertura poblacional alcanzada y a los costes generados), no es posible actualmente.

De los distintos tipos de medidas que se han propuesto para medir el *case-mix* de la AP, quizá los denominados *ambulatory care groups* (ACG) son los más estudiados^{3,4}. Sin embargo, no resultan demasiado útiles para la práctica profesional (aspecto fundamental y a menudo olvidado de los sistemas de información), dado que se trata de una clasificación hecha por isoconsumos y por ello útil como ayuda para decidir cómo asignar recursos, pero no para valorar cómo hacemos nuestro trabajo.

Así pues, si actualmente no es posible disponer de información adecuadamente contrastada del conjunto de la actividad clínica de la AP, deberemos conformarnos con una aproximación a partir de un conjunto de indicadores que den información sobre algunos de los aspectos de los resultados clínicos. A esta limitación debemos añadir la que se deriva de la escasa disponibilidad de datos fiables y homogéneos que permitan la comparación de resultados entre las distintas comunidades autónomas (CCAA).

En el entorno mencionado y con visión posibilista, nos planteamos analizar algunos aspectos de los siguientes servicios de AP y, cuando sea factible, comparar resultados con países de nuestro entorno y entre las distintas CCAA. Los servicios que vamos a abordar son los siguientes:

- Resultados generales de la atención.
- Atención a las patologías crónicas.
- Atención a las patologías agudas.
- Atención a la salud mental.
- Atención a la salud sexual y reproductiva.
- Atención domiciliaria.
- Estilos de vida y actividades preventivas.
- Prescripción y uso racional del medicamento.
- Prescripción de incapacidad transitoria (IT).
- Capacidad resolutoria:
 - Derivaciones a atención especializada.
 - Utilización de los servicios de urgencia.
 - Condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios.

Metodología

Para poder conocer la situación actual de España en relación a los diferentes indicadores de resultados planteados, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de publicaciones indexadas, se han consultado los informes técnicos disponibles de diferentes organismos nacionales e internacionales y se ha utilizado parte de la información incluida en la encuesta diseñada específicamente para el estudio del cual forma parte el presente análisis.

Los datos que permiten comparar la situación de España en el entorno actual proceden, mayoritariamente, del último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁵, de los indicadores 2006-2007 de la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat)⁶ y de los informes de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa.

Para conocer la situación de las diferentes CCAA, se han analizado los resultados de las distintas encuestas nacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) (encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999, encuesta de salud 2003, encuesta de salud de hábitos sexuales 2003)⁷, así como la información desagregada a nivel de CCAA disponible en las web de

los ministerios de Salud y Consumo⁸⁻¹⁰ (p. ej., mortalidad, información vacunal o datos de facturación farmacéutica) y del Trabajo (indicadores de incapacidad temporal). También se consultaron algunos informes técnicos elaborados por diferentes sociedades científicas y en los cuales podía existir información desagregada de CCAA (p. ej., evaluaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, informes de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, etc.).

En las citadas fuentes no se obtuvo información de las CCAA de algunos indicadores asistenciales utilizados habitualmente en AP (p. ej., control de patologías crónicas, detección de factores de riesgo, cobertura del programa de atención domiciliaria o indicadores cualitativos de prescripción farmacéutica). Para acceder a esta información, se contactó con los responsables de Servicios de Salud autonómicos y de Dirección de Farmacia del Ministerio con el fin de solicitar las evaluaciones de los contratos-programa, memorias de actividad u otros informes técnicos que completaran la información existente. Sin embargo, en el momento de escribir el capítulo, únicamente se había recibido un número muy reducido de contratos-programa (la mayoría propuestas

de indicadores y no resultados de evaluaciones) y memorias de actividad y, además, el distinto origen de los datos impedía, en general, la comparación.

Dadas las dificultades existentes para disponer de información de estos indicadores de las CCAA, se han utilizado, como referencia en algunos casos, los datos del Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria (SISAP)¹¹ del Institut Català de la Salut (ICS). El SISAP, basado en datos procedentes de la historia clínica informatizada, incluye, entre otros indicadores, información del estándar de calidad asistencial (EQA) y del estándar de calidad en la prescripción farmacéutica (EQPF) de todos los equipos de Atención Primaria del ICS.

Resultados

Los servicios sanitarios son uno de los determinantes de la salud aunque no el más importante. Entre los servicios de salud, el impacto específico de la Atención Primaria difícilmente se puede distinguir del impacto del sistema de salud en conjunto.

En este apartado, pretendemos realizar una aproximación a los resultados clínicos de la Atención Primaria. Inicialmente, abordando resultados generales en salud y autopercepción de salud como resultado global del sistema. Posteriormente, desarrollamos los resultados encontrados para cada uno de los aspectos que hemos enunciado en la introducción, con las limitaciones de disponibilidad y fiabilidad de los datos que se han expuesto de forma general en el apartado de metodología.

Resultados generales de la atención

La monitorización del estado de salud de la población sigue basándose, fundamentalmente, en indicadores de mortalidad. Sin embargo, éstos se muestran insuficientes para reflejar un concepto de salud acorde con los objetivos del sistema sanitario, como son restaurar la salud, prevenir la enfermedad y conseguir la expectativa de la población de vivir más y mejor¹². Para poder reflejar otros aspectos de la salud más ligados a la calidad de vida, se han propuesto indicadores que incorporan información complementaria a la mortalidad, como la esperanza de vida, la discapacidad y la percepción de salud¹³.

La **esperanza de vida (EV)** de la población española en el año 2005 se encuadra entre las más altas de la Unión Europea (UE)⁵. Como refleja la tabla 1, Japón es el país del mundo con mayor esperanza de vida y Estados Unidos presenta una esperanza de vida inferior a la de la mayoría de países europeos, a pesar de tener el gasto per cápita más alto de los países analizados.

Según los datos estimados por el INE, en España los varones presentan una EV de 77,0 y las mujeres, de 83,5. Navarra, Madrid, Castilla y León y La Rioja son las CCAA que presentan los valores más elevados, mientras que Ceuta, Andalucía, Canarias y la Comunidad Valenciana presentan los valores más bajos¹⁴. Cabe destacar las mejoras en esperanza de vida al nacer registradas en todas las CCAA en el periodo 1980-2005, especialmente en La Rioja (6,4 años) y Navarra (6,2 años). En España, el incremento ha sido de 4,6 años.

TABLA 1 Esperanza de vida al nacer y gasto sanitario per cápita

| | Esperanza de vida al nacer | Gasto en salud per cápita US\$ |
|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| Australia | 80,9 | 3.128 |
| Austria | 79,5 | 3.519 |
| Bélgica | 78,7 | 3.095 |
| Canadá | 80,2 | 3.381 |
| República Checa | 76,0 | 1.473 |
| Dinamarca | 77,9 | 2.885 |
| Finlandia | 78,9 | 2.331 |
| Francia | 80,3 | 3.374 |
| Alemania | 79,0 | 3.287 |
| Grecia | 79,3 | 2.981 |
| Hungría | 72,8 | 1.476 |
| Islandia | 81,2 | 3.443 |
| Irlanda | 79,5 | 2.926 |
| Italia | 80,4 | 2.532 |
| Japón | 82,1 | 2.255 |
| Corea | 78,5 | 1.318 |
| Luxemburgo | 79,3 | 5.152 |
| México | 75,5 | 675 |
| Países Bajos | 79,4 | 3.087 |
| Nueva Zelanda | 79,6 | 2.343 |
| Noruega | 80,1 | 4.364 |
| Polonia | 75,1 | 867 |
| Portugal | 78,2 | 2.033 |
| Eslovaquia | 74,0 | 798 |
| España | 80,7 | 2.099 |
| Suecia | 80,6 | 2.828 |
| Suiza | 81,3 | 4.177 |
| Turquía | 71,4 | 586 |
| Reino Unido | 79,0 | 2.724 |
| Estados Unidos | 77,8 | 6.102 |

Fuente: OECD Health Data 2007. OECD Indicators. Disponible en: <http://puck.sourceoecd.org>

La **esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD)**, basada en datos de mortalidad ponderada en función de la prevalencia de discapacidad, es otro de los indicadores recomendados por la OMS para el seguimiento de las estrategias de salud para todos¹⁵. Italia, Bélgica y España presentan cifras más altas que otros países europeos¹⁶.

Según la encuesta de discapacidades, deficiencias y estados de salud realizada por el INE, en España, en 1999, la EV al nacer era inferior en los hombres (75,3 frente a 82,3 años en las mujeres), al igual que la EVLD (68,6 frente a 72,2 años en las mujeres)¹⁷. En cambio, la proporción de vida libre de discapacidad era más alta en los hombres (91 %) que en las mujeres (87,7 %). La diferencia máxima entre los dos sexos se observó en Asturias para los dos indicadores, con 6,2 años en la EVLD y 7,8 años en la EV (tabla 2).

Los datos reflejan que las diferencias entre CCAA son mucho más acusadas para la EVLD que para la EV. Así, la diferencia entre la CA con una EV más alta y la más baja es de 2,7 años en hombres y de 3,3 años en mujeres, y de 5,5 y 8,1 años, respectivamente, para la EVLD.

Otro de los instrumentos más cercanos a la medición del concepto de salud con el que se cuenta en la actualidad es la **autopercepción del estado de salud**. Actualmente, el interés de la medida de la calidad de vida

TABLA 2 Esperanza de vida libre de discapacidad a las edades 0 y 65 por comunidades autónomas, España 1999

| CCAA | Hombres | | | | | | Mujeres | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| | Edad 0 | | | Edad 65 | | | Edad 0 | | | Edad 65 | | |
| | EV | EVLD | % /EV EVLD |
| Andalucía | 74,1 | 66,1 | 89,2 | 15,2 | 9,7 | 64,3 | 81,0 | 69,1 | 85,3 | 19,0 | 10,2 | 53,5 |
| Aragón | 75,8 | 69,9 | 92,2 | 16,7 | 12,5 | 74,6 | 82,5 | 74,4 | 90,2 | 20,5 | 13,9 | 68,0 |
| Asturias | 74,2 | 67,3 | 90,8 | 15,4 | 10,9 | 70,9 | 82,0 | 73,5 | 89,6 | 20,0 | 13,3 | 66,4 |
| Baleares | 74,2 | 68,0 | 91,6 | 15,4 | 11,2 | 73,0 | 81,6 | 73,6 | 90,2 | 19,8 | 14,2 | 72,0 |
| Cantabria | 75,4 | 68,7 | 91,2 | 16,0 | 11,5 | 71,8 | 82,9 | 72,8 | 87,8 | 20,9 | 13,0 | 62,1 |
| Castilla-La Mancha | 76,7 | 69,4 | 90,5 | 16,9 | 11,7 | 69,4 | 82,6 | 72,1 | 87,3 | 20,0 | 11,9 | 59,6 |
| Castilla y León | 76,8 | 68,9 | 89,6 | 17,5 | 11,4 | 65,1 | 84,0 | 72,1 | 85,8 | 21,8 | 12,0 | 55,1 |
| Cataluña | 75,5 | 68,6 | 90,9 | 16,3 | 11,4 | 69,8 | 82,5 | 72,0 | 87,3 | 20,4 | 12,3 | 60,1 |
| Canarias | 74,5 | 68,7 | 92,2 | 15,9 | 12,1 | 75,8 | 81,2 | 72,4 | 89,1 | 19,7 | 12,8 | 65,0 |
| Extremadura | 75,3 | 68,4 | 90,8 | 16,0 | 10,6 | 66,3 | 82,2 | 71,3 | 86,7 | 20,0 | 11,6 | 58,1 |
| Galicia | 75,4 | 68,1 | 90,4 | 16,7 | 11,8 | 70,5 | 82,7 | 72,6 | 87,7 | 20,5 | 12,6 | 61,5 |
| Madrid | 76,8 | 71,4 | 92,9 | 17,0 | 13,2 | 77,9 | 83,8 | 74,6 | 89,0 | 21,6 | 14,4 | 66,4 |
| Murcia | 74,4 | 66,1 | 88,8 | 15,4 | 9,5 | 61,8 | 80,7 | 68,8 | 85,3 | 18,6 | 9,9 | 53,0 |
| Navarra | 76,7 | 70,2 | 91,6 | 16,8 | 12,3 | 73,3 | 83,8 | 74,9 | 89,4 | 21,3 | 13,5 | 63,7 |
| Comunidad Valenciana | 74,5 | 68,7 | 92,2 | 15,5 | 11,2 | 72,4 | 81,3 | 72,2 | 88,8 | 19,3 | 12,3 | 63,9 |
| País Vasco | 75,5 | 70,4 | 93,2 | 16,1 | 12,6 | 78,4 | 83,0 | 74,6 | 89,9 | 20,9 | 14,5 | 69,4 |
| La Rioja | 75,8 | 71,6 | 94,4 | 16,5 | 13,3 | 80,4 | 82,7 | 76,9 | 93,1 | 20,7 | 16,4 | 79,2 |
| España | 75,3 | 68,6 | 91,0 | 16,2 | 11,4 | 70,4 | 82,3 | 72,2 | 87,7 | 20,2 | 12,4 | 61,2 |

EV: esperanza de vida; EVLD: esperanza de vida libre de discapacidad; % EVLD/EV: porcentaje de vida libre de discapacidad.

Fuente: INE (1999)¹⁷.

relacionada con la salud está fuera de discusión. No se conocen bien cuáles son los criterios que utilizan las personas para establecer el estado de su propia salud. Sin embargo, si bien la autopercepción de salud puede no corresponderse con el estado de salud «real» (en el sentido de la salud objetivada por un examen clínico) o al menos no únicamente, lo cierto es que es un reflejo del estatus demográfico, del funcionamiento social o del estado psicológico, además de ser una medida de susceptibilidad o vulnerabilidad general.

La autopercepción de salud se relaciona, de manera independiente de los diagnósticos clínicos y otros factores de riesgo, con la hospitalización y la utilización de servicios¹⁸, la institucionalización¹⁹, la pérdida de autonomía y la muerte²⁰.

Según el último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el porcentaje de adultos que referían buena salud en España fue del 64 % en las mujeres (media OCDE: 66 %) y del 73 % en los hombres (media OCDE: 71 %) (figura 1).

En el análisis desagregado por CCAA (tabla 3), se aprecia que La Rioja, la Comunidad Valenciana y Aragón presentan el porcentaje más alto de población que refiere muy buena o buena salud (por encima del 76 %). Galicia, Asturias y Canarias se sitúan en el rango inferior (por debajo del 65 %)²¹.

Así pues, España se sitúa entre los primeros países en cuanto a esperanza de vida y en un rango intermedio en cuanto a percepción de buena salud (el 71 % de la población refiere tener un estado de salud bueno o muy bueno). Hay diferencias entre CCAA pero son clínicamente poco valorables. Estas diferencias son mayores en cuanto a la percepción de buena salud.

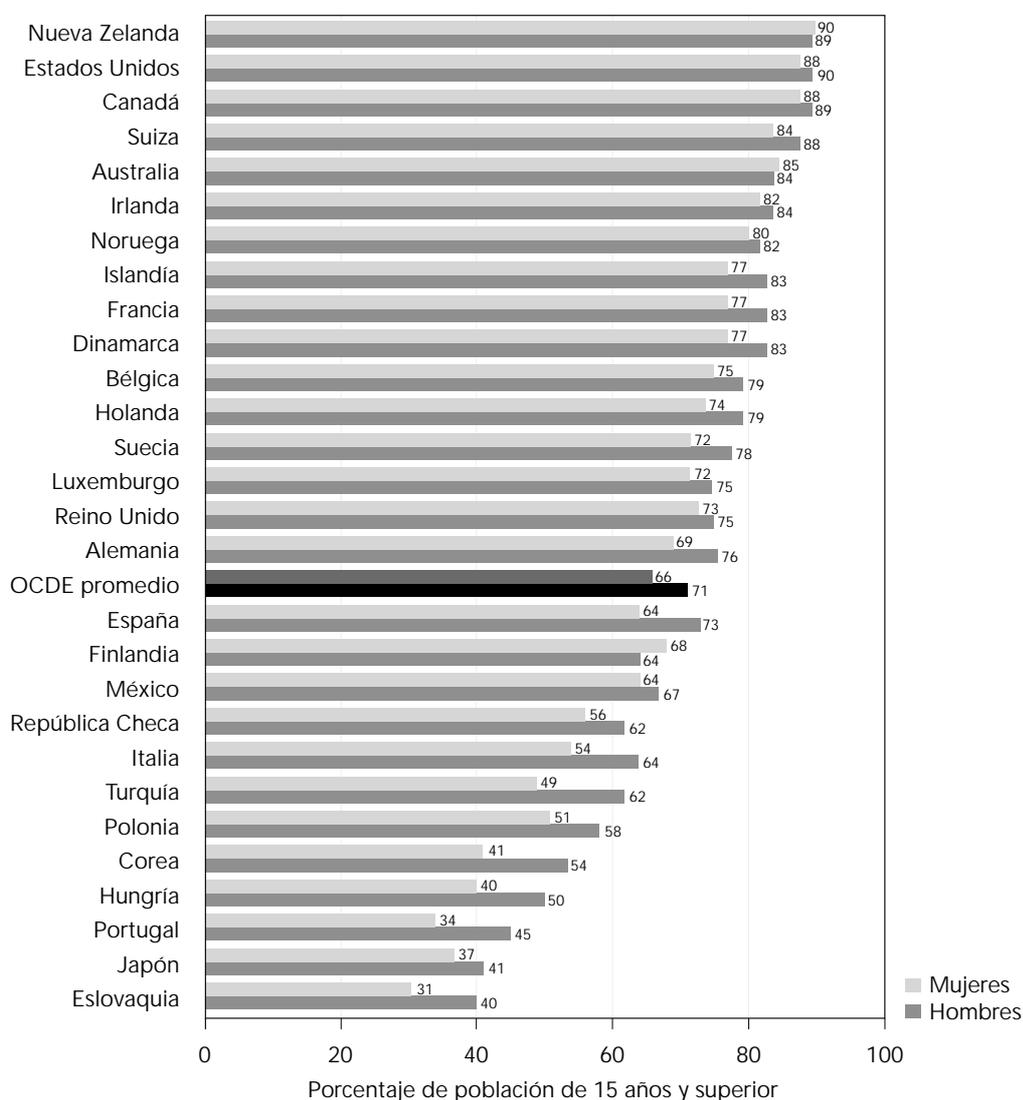
Atención a las patologías crónicas

Actualmente, el adecuado manejo de las patologías crónicas representa uno de los retos más importantes que tienen los servicios de salud por su prevalencia cada vez más elevada, sus consecuencias para la salud y calidad de vida de quien las padece y el gran consumo de recursos que ocasionan.

TABLA 3 Autopercepción de salud por CCAA

| CCAA | Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy malo |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Andalucía | 14,20 | 55,92 | 21,62 | 5,49 | 2,77 |
| Aragón | 7,34 | 68,83 | 17,64 | 5,34 | 0,86 |
| Asturias | 8,26 | 55,26 | 25,61 | 8,44 | 2,43 |
| Baleares | 18,02 | 50,58 | 23,55 | 6,16 | 1,69 |
| Cantabria | 13,50 | 55,54 | 24,46 | 5,79 | 0,7 |
| Castilla-La Mancha | 12,33 | 53,51 | 26,68 | 5,81 | 1,67 |
| Castilla y León | 8,33 | 64,94 | 20,8 | 4,92 | 1 |
| Cataluña | 17,89 | 54,30 | 20,22 | 5,87 | 1,72 |
| Canarias | 13,77 | 50,75 | 24,73 | 8,39 | 2,37 |
| Extremadura | 10,71 | 56,65 | 24,46 | 5,99 | 2,2 |
| Galicia | 10,66 | 50,51 | 27,32 | 8,27 | 3,24 |
| Comunidad de Madrid | 14,58 | 59,94 | 19,78 | 4,62 | 1,08 |
| Murcia | 16,25 | 56,72 | 19,55 | 5,32 | 2,15 |
| Navarra | 16,51 | 59,58 | 18,01 | 5,19 | 0,71 |
| Comunidad Valenciana | 9,46 | 67,78 | 15,37 | 5,47 | 1,92 |
| País Vasco | 14,10 | 60,77 | 19,48 | 4,83 | 0,82 |
| La Rioja | 10,16 | 68,20 | 16,36 | 4,12 | 1,16 |
| Ceuta y Melilla | 16,58 | 55,47 | 19,3 | 7,19 | 1,47 |
| España | 13,38 | 57,93 | 21,05 | 5,77 | 1,87 |

Fuente: ENS (2003)²¹.



Fuente: OCDE, 2007⁵.

FIGURA 1 Porcentaje de adultos de los países de la OCDE que refieren un buen estado de salud según sexo.

El importante aumento de la esperanza de vida ha incrementado de forma notable el número de personas con patologías crónicas para las cuales cada vez disponemos de más actuaciones que pueden mejorar su evolución. De hecho, se estima que se necesitan más de 10 horas diarias para poder prestar la atención adecuada (siguiendo guías de práctica clínica) a las 10 patologías crónicas más prevalentes en un cupo de 2.500 pacientes en AP²². Ello dificulta de forma evidente el poder dar a estos pacientes con problemas de salud la respuesta adecuada en cada caso y por ello los resultados que se obtienen en este proceso distan mucho, en general, de los que sería deseable alcanzar.

Hipertensión

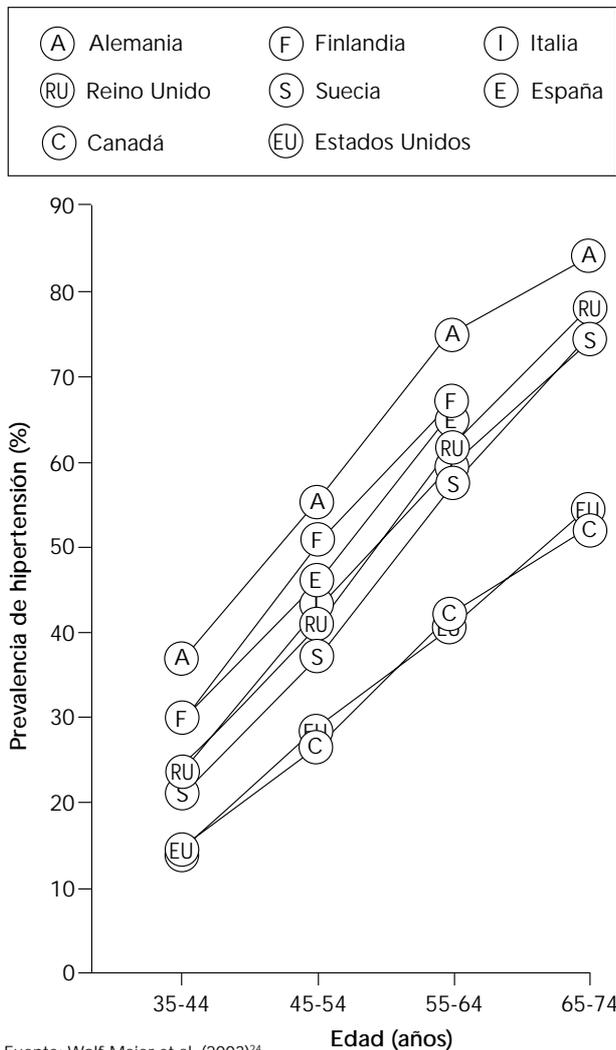
En España, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, el 12,3% de la población declaró padecer hipertensión arterial (HTA) (tabla 4). Estas cifras contras-

tan con los datos de estudios publicados que cifran la prevalencia de hipertensión en el 34%²³.

En relación a otros países europeos, Estados Unidos (EEUU) y Canadá, la prevalencia de España se sitúa en valores algo por encima de la media (figura 2) y ocurre lo mismo con la mortalidad por accidente cerebrovascular (ACV) (figura 3) dada la relación directa entre ambos problemas²⁴.

Si observamos este dato por CCAA, no se observan grandes diferencias en las prevalencias declaradas de hipertensión arterial. Las CCAA con un mayor porcentaje de personas que declaran ser hipertensas son Galicia y Extremadura (superior al 15%), en cambio otras, como Ceuta y Melilla, Baleares, Andalucía, y Madrid, presentan prevalencias inferiores al 10,2% (tabla 4).

Entre los hipertensos conocidos, recibe tratamiento farmacológico el 95%²⁵ y, según los datos de los estudios CONTROLPRES, se ha pasado de un grado de control



Fuente: Wolf-Maier et al. (2003)²⁴.

FIGURA 2 Prevalencia de hipertensión por grupos de edad.

óptimo del 13% en 1995 al 38,8% en 2003, y de una utilización de terapia combinada en el 28% de los pacientes en 1995 al 42% de los pacientes en 2003²⁶. Nuestras cifras de control resultan inferiores a las registradas en EEUU y son similares a las de Inglaterra²⁷ (tabla 5).

Hipercolesterolemia

La prevalencia de la hipercolesterolemia en España, definida como cifras de colesterol superiores a 250 mg/dl, se estima en un 23%²³. Como se observa en la figura 4, se sitúa por debajo de la media respecto de los países de nuestro entorno²⁸.

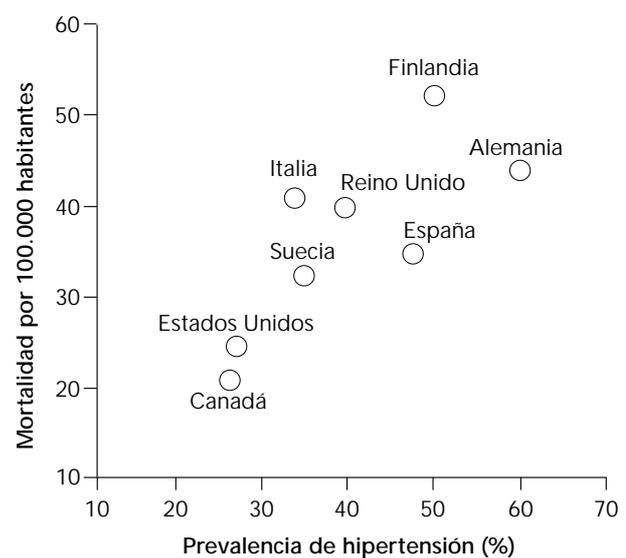
También en el caso de la hipercolesterolemia, las cifras de prevalencia observadas resultan alrededor del doble de las declaradas que, en este caso, en la ENS de 2003 son del 8,9% (tabla 4). Las prevalencias declaradas más altas se registran en Galicia (superior al 15%) y las más bajas en Ceuta y Melilla, Cantabria y Baleares (inferior al 6,5%).

TABLA 4 Prevalencia declarada de hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes por CCAA

| CCAA | Hipertensión arterial | Colesterol elevado | Diabetes |
|--------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| Andalucía | 10,0 | 7,3 | 6,0 |
| Aragón | 13,5 | 7,7 | 4,4 |
| Asturias | 12,8 | 7,4 | 3,2 |
| Baleares | 10,0 | 6,3 | 5,9 |
| Canarias | 13,4 | 10,9 | 6,0 |
| Cantabria | 11,8 | 4,9 | 3,7 |
| Castilla y León | 14,5 | 9,8 | 6,3 |
| Castilla-La Mancha | 12,9 | 9,5 | 4,2 |
| Cataluña | 12,7 | 8,6 | 4,9 |
| C. Valenciana | 13,5 | 9,9 | 5,9 |
| Extremadura | 15,6 | 9,5 | 5,9 |
| Galicia | 16,4 | 15,4 | 5,5 |
| Madrid | 10,2 | 8,3 | 3,7 |
| Murcia | 14,7 | 7,3 | 4,7 |
| Navarra | 10,7 | 7,9 | 2,7 |
| País Vasco | 10,9 | 8,6 | 4,0 |
| La Rioja | 14,6 | 9,4 | 2,9 |
| Ceuta y Melilla | 6,6 | 3,6 | 6,0 |
| Total | 12,3 | 8,9 | 5,0 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2003²¹.

En cuanto a la utilización de estatinas para el tratamiento de estos pacientes, en toda Europa se ha observado un incremento progresivo del número de personas que siguen este tratamiento. España ha registrado un incremento similar y se sitúa en posiciones medias en relación a otros países europeos. En concreto, respecto de los países mediterráneos, con menor riesgo cardiovascular, España presenta unos índices de utilización muy por encima de Portugal, algo superior a Italia, y bastante por debajo de Francia²⁹.



Fuente: Wolf-Maier et al. (2003)²⁴.

FIGURA 3 Relación entre prevalencia de hipertensión y mortalidad por ACV.

TABLA 5 Prevalencia y manejo de la hipertensión en sujetos de 60 años y más en población general de España, Estados Unidos e Inglaterra basados en datos nacionales

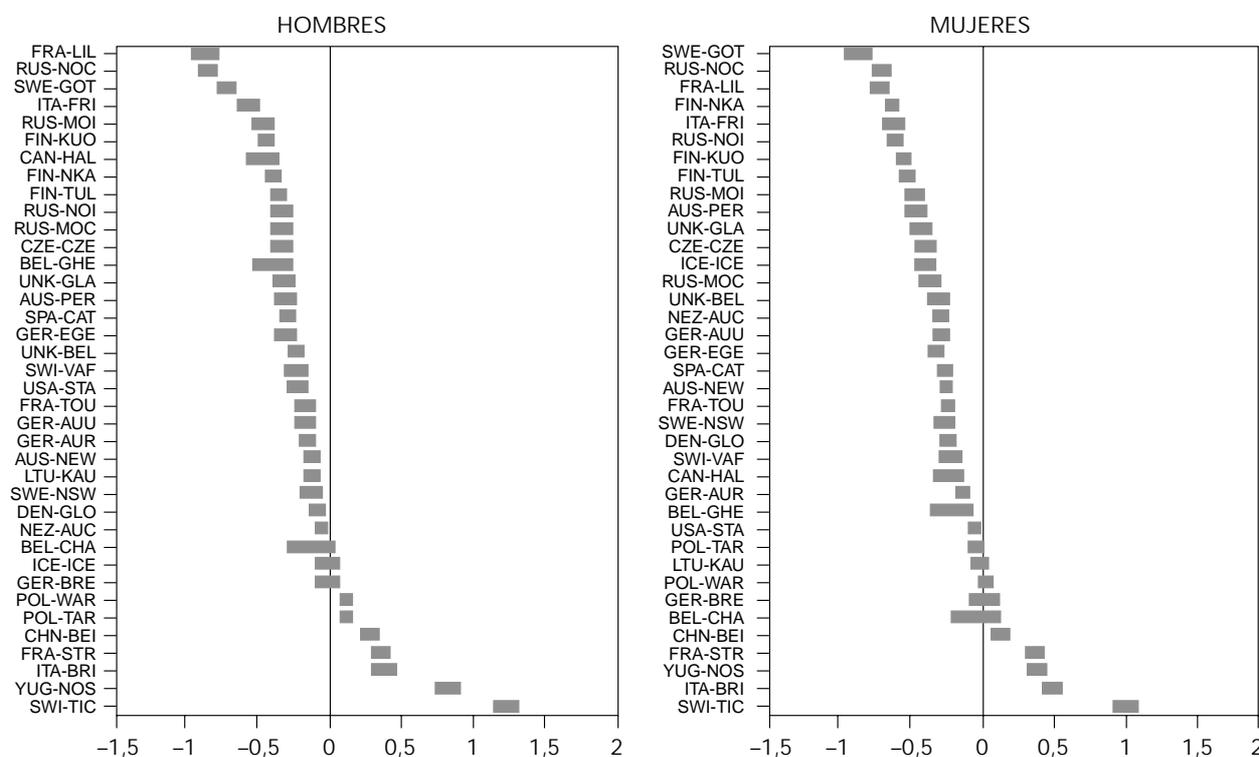
| | Porcentajes por años | |
|-----------------------------------|----------------------|-----------|
| | 1988-1991 | 1999-2000 |
| Prevalencia en España | 62 | 68 |
| Prevalencia en EEUU | 58 | 65 |
| Prevalencia en Inglaterra | | 81 |
| Conocimiento en España | 50 | 65 |
| Conocimiento en EEUU | 68 | 70 |
| Tratamiento total en España | 40 | 55 |
| Tratamiento total en EEUU | 55 | 63 |
| Tratamiento total en Inglaterra | | 56 |
| Control en tratados en España | 11 | 30 |
| Control en tratados en EEUU | 41 | 44 |
| Control en tratados en Inglaterra | | 33 |
| Control total en España | 5 | 16 |
| Control total en EEUU | 22 | 27 |
| Control total en Inglaterra | | 19 |

Fuente: Banegas, 2005²⁷.

Diabetes mellitus

La prevalencia de diabetes mellitus (DM) declarada es del 5%, siendo Castilla y León y Andalucía las CCAA que presentaron una mayor prevalencia (superior al 6%) y Navarra, La Rioja y Asturias las que presentaron una prevalencia inferior (menor del 3,2%) (tabla 4). Del mismo modo que para la HTA y la hipercolesterolemia, las cifras de DM observadas en los estudios también resultan francamente mayores que las declaradas, situándose alrededor del 10%²³. Estas cifras se sitúan en los extremos más altos de las registradas en otros países y colocan a España como el décimo país del mundo en prevalencia de DM³¹ (Federación Internacional de Diabetes, 2003).

Un 84% de los diabéticos recibe tratamiento farmacológico²⁵, cifra muy similar a las encontradas en EEUU y el Reino Unido, que son del 80%³². Además el 81,2% presenta cifras de hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 8%³³. Las cifras del estudio resultan muy altas si las comparamos con las registradas en Cataluña¹¹ que son del 52,5%. Los datos disponibles de nivel de control en otros países citan un 49% en EEUU para una HbA1c < 7%, y un 57% en el Reino Unido para una HbA1c < 7,5%³².

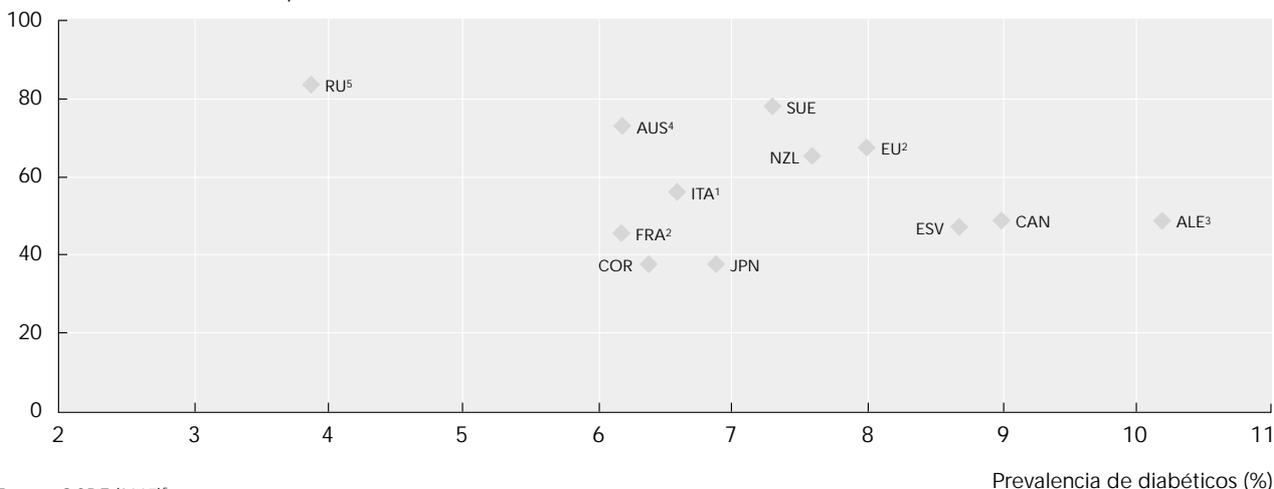


AUS-NEW: Newcastle, Australia; AUS-PER: Perth, Australia; BEL-CHA: Charleroi, Bélgica; BEL-GHE: Ghent, Bélgica; CAN-HAL: Halifax County, Canadá; CHN-BEI: Beijing, China; CZE-CZE: Czech Republic, República Checa; DEN-GLO: Glostrup, Dinamarca; FIN-NKA: North Karelia, Finlandia; FIN-KUO: Kuopio Province, Finlandia; FIN-TUL: Turku/Loimaa, Finlandia; FRA-LIL: Lille, Francia; FRA-STR: Strasbourg, Francia; FRA-TOU: Toulouse, Francia; GER-AUR: Augsburg Rural, Alemania; GER-AUU: Augsburg Urban, Alemania; GER-BRE: Bremen, Alemania; GER-EGE: East Germany, Alemania; ICE-ICE: Iceland, Islandia; ITA-BRI: Area Brianza, Italia; ITA-FRI: Friuli, Italia; LTU-KAU: Kaunas, Lituania; NEZ-AUC: Auckland, Nueva Zelanda; POL-TAR: Tarnobrzeg Voivodship, Polonia; POL-WAR: Warsaw, Polonia; RUS-MOC: Moscow Control, Rusia; RUS-MOI: Moscow Intervention, Rusia; RUS-NOC: Novosibirsk Control, Rusia; RUS-NOI: Novosibirsk Intervention, Rusia; SPA-CAT: Catalonia, España; SWE-GOT: Gothenburg, Suecia; SWE-NSW: Northern Sweden, Suecia; SWI-TIC: Ticino, Suiza; SWI-VAF: Vaud/Fribourg, Suiza; UNK-BEL: Belfast, Reino Unido; UNK-GLA: Glasgow, Reino Unido; USA-STA: Stanford, Estados Unidos; YUG-NOS: Novi Sad, Yugoslavia.

Fuente: Evans (2001)³⁰

FIGURA 4 Cifras medias de colesterolemia en los países del estudio MONICA (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) en personas de 35 a 65 años.

Índice de exámenes de retina para diabéticos de 18 a 75 años de edad



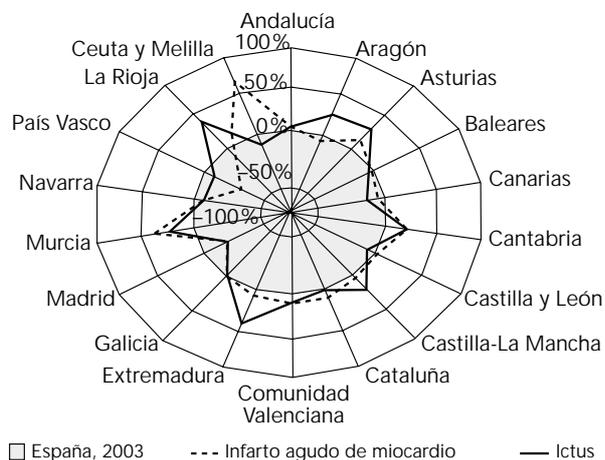
Fuente: OCDE (2007)⁵.

FIGURA 5 Fondo de ojo realizado en pacientes diabéticos en 2005 (o último año disponible) y prevalencia de diabetes en 2003.

Teniendo en cuenta que se trata de niveles de HbA1c distintos y debido a la variabilidad en el formato de recogida de datos, es difícil interpretar si la situación de España se aleja mucho de la observada en esos países.

En cuanto a la realización del fondo de ojo en el paciente diabético, no disponemos de datos globales de España. Si nos atenemos a las cifras registradas en algunos trabajos realizados en Valladolid, es del 36,4%³⁴ y en Cataluña, del 53%¹¹, lo que nos situaría en cifras medias respecto a otros países de la OCDE (figura 5).

Si observamos la presentación de complicaciones distribuida por CCAA, en la figura 6 podemos ver la variabilidad existente que, curiosamente, no tiene mucha correspondencia con los datos disponibles de mortalidad por DM en las distintas CCAA (figura 7).



Fuente: Ruiz Ramos (2006)³⁵.

FIGURA 6 Complicaciones cardiovasculares de la diabetes mellitus según CCAA en 2003.

Cardiopatía isquémica

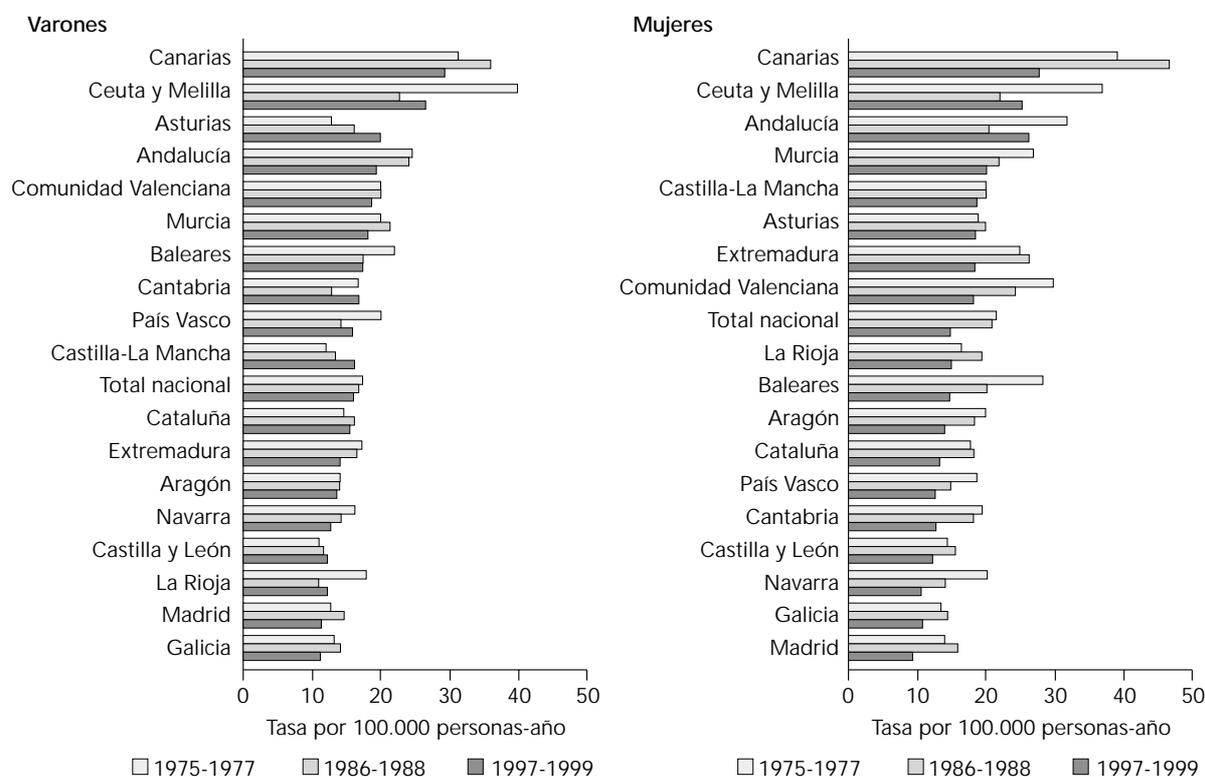
Aunque la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular se sitúa, en general en España, en valores medios, el riesgo vascular real que observamos es más bajo, como lo demuestra el hecho de que la prevalencia de cardiopatía isquémica es de las más bajas de Europa, EEUU y Canadá³⁶. De todos modos, debemos tener presente que en los últimos años se observa una cierta tendencia al alza²⁸.

Si comparamos el conjunto de datos de factores de riesgo por CCAA (datos declarados, tabla 4), hay algunas como Castilla y León, Extremadura, Canarias, Comunidad Valenciana y Galicia que obtienen valores superiores a la media en todos los factores, mientras que otras como Cantabria, Madrid, Navarra y País Vasco obtienen cifras inferiores a la media en los tres factores de riesgo. Dado que se trata de cifras autodeclaradas, no de prevalencias reales, es probable que esos datos estén indicando un mayor grado de conocimiento, énfasis o valoración social y profesional de esos factores de riesgo más que una diferencia real en las prevalencias.

Insuficiencia cardíaca

La prevalencia de la insuficiencia cardíaca (IC) se estima en alrededor del 1,5% en mayores de 25 años³⁷ y se incrementa con la edad, situándose en valores del 6-8% a partir de los 75 años³⁸. Se cree que las prevalencias son relativamente homogéneas en todos los países. En España disponemos de datos de población muy recientes: 1,7% en el grupo de 45-54 años; 6,1% entre 65 y 74 años, y 18,7% en mayores de 75 años³⁹.

La IC es la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años en España y la tercera causa de muerte cardiovascular. Existe una variabilidad territorial marcada, con una mayor mortalidad en el sur de la península, como puede observarse en la figura 8⁴⁰.



Fuente: Ruiz Ramos (2006)³⁵.

FIGURA 7 Mortalidad por DM en España según CCAA 1975-1999.

En cuanto al manejo de la IC en España, el estudio CARDIOPRES, en el que un 59,6% de los pacientes con IC tiene una fracción de eyección conservada y el 75% se halla en los estadios I y II de la NYHA (New York Heart Association), encontramos que el 73,6% de los pacientes tiene prescritos diuréticos; el 60,9%, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA); el 27,2%, antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) y sólo al 6,7% se le ha prescrito un betabloqueante⁴¹. Estas cifras son similares a las que se observan en países europeos, excepto para los betabloqueantes, que en Europa se prescriben en un 25%⁴², si bien los pacientes de ambos estudios no son directamente comparables, ya que en el estudio europeo el 55% de los pacientes se halla en los estadios III y IV de la NYHA, mientras que en el CARDIOPRES sólo lo está el 25%.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma

Los datos de prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son muy variables y gran parte de esta variabilidad depende del criterio utilizado para definirla pues, además de los pacientes sintomáticos identificados, existen muchos asintomáticos que sólo son detectados mediante la práctica de una espirometría. La EPOC es mucho más prevalente en fumadores, en mayores de 40 años y en hombres. En España, se estima que la prevalencia es del 9,1%⁴³. Estas cifras se sitúan

en unos ratios medios en relación a otros países de nuestro entorno⁴⁴ del mismo modo que las cifras de consumo de tabaco (v. apartado Estilos de vida).

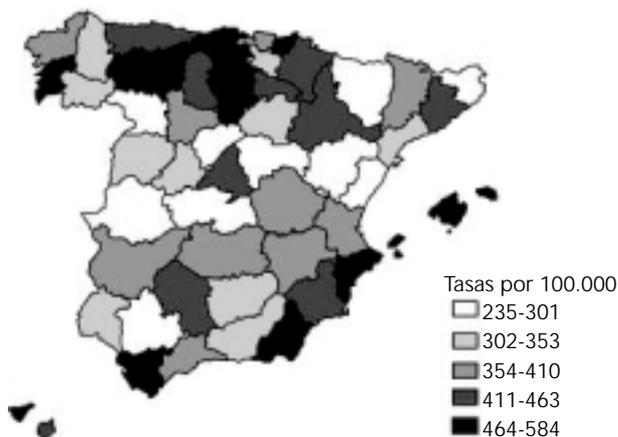
La prevalencia de síntomas de asma en niños y adolescentes españoles se sitúa alrededor del 10%, aunque hay una amplia variabilidad regional siendo más prevalente en la zona atlántica de la Península ibérica⁴⁵. En la figura 9 puede observarse la prevalencia de asma en distintos países de nuestro entorno; España se sitúa ligeramente por debajo de la media y las cifras de mortalidad se encuentran en valores inferiores a la media⁴⁶.

Atención a la patología aguda

Así como se ha producido un incremento de la actividad en la patología crónica, en España ha ocurrido lo mismo con la patología aguda. La visita se ha incrementado en España a finales del siglo xx, a diferencia de otros países de nuestro entorno como Francia y Alemania⁴⁷. Como puede observarse en la figura 10, España es uno de los países de la OCDE con mayor frecuentación, un 50% más que la media de la OCDE y casi cuatro veces más que la de Suecia.

La causa de ello es que en los países desarrollados se ha rebajado el umbral de «enfermedad» a partir del cual se toma la decisión de consultar al médico⁴⁸. Cada vez se realizan consultas menos complejas: patología banal autolimitada, no-enfermedades, intolerancia al malestar. La obsesión por la salud perfecta se ha convertido en el

Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva, 1989-1993



Mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva, 1989-1993

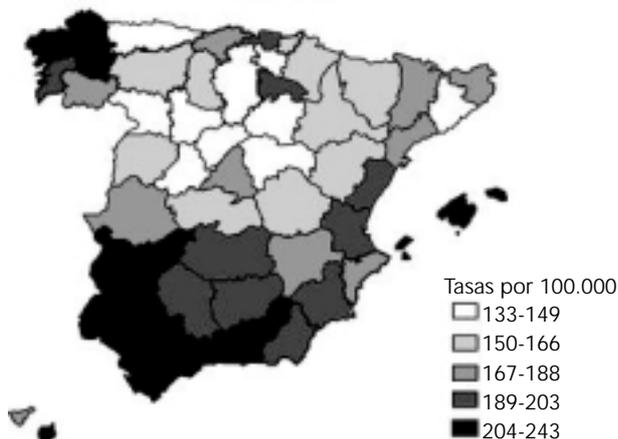
Fuente: Rodríguez-Artalejo (2000)⁴⁰.

FIGURA 8 Hospitalizaciones y mortalidad por IC en las provincias españolas.

problema más prevalente⁴⁹. Y cada vez se dan respuestas con dispositivos más complejos a demandas más banales⁵⁰. Todo ello, en un entorno en el que el deslumbrante brillo de la tecnología contribuye decididamente a generar unas expectativas exageradas e infundadas sobre el sistema sanitario⁵¹.

A ello hay que añadir en España la máxima accesibilidad al médico de familia para cualquier tipo de demanda: ausencia de espera en AP (la «demora cero» como bandera), ausencia de profesionales/filtros intermedios, ausencia de barreras económicas (a diferencia de otros países europeos, no hay «ticket moderador» para ningún tipo de consulta).

En España, un 73 % de las personas declaran haber acudido al médico de cabecera en los últimos 12 meses⁵². Si observamos en la figura 11 la utilización por CCAA, los valores más altos, por encima del 75 %, se presentan en Extremadura, Asturias, Madrid, Cataluña y Baleares, y los valores por debajo del 70 % se dan en Cantabria, Navarra y el País Vasco.

Los riesgos del contacto con los servicios sanitarios son bien conocidos y esta elevada utilización no está exenta de ellos. Un indicador indirecto puede ser el elevado consumo de fármacos en España, que se sitúa en tercer lugar de la OCDE en gasto farmacéutico per cápita. Así, vemos que más de la mitad de las personas han consumido un fármaco en los últimos 15 días (para catarro, tos, dolor, fiebre, polivitamínicos)..., la mayoría de ellos recetados por el médico (tablas 6 y 7). Se observan diferencias notables entre CCAA, si bien la precisión de los datos no nos permite sacar conclusiones sobre su relevancia clínica y de hecho no existe correlación entre esos datos y la mayor o menor utilización declarada.

A modo de resumen, podemos decir que la demanda en AP se ha ido incrementando de forma paulatina, lo que ha puesto en cierto compromiso a los sistemas de salud⁵³. En buena parte, esto es debido al incremento de la prevalencia y las necesidades de las patologías crónicas, pero también a una utilización de los servicios para resolver problemas banales que hasta hace unos años no eran objeto de consulta. En España existe una mayor utilización de los servicios médicos debido a que la accesibilidad se ha priorizado como valor absoluto y a que en el recorrido entre el síntoma y el médico no se ha establecido ningún factor modulador.

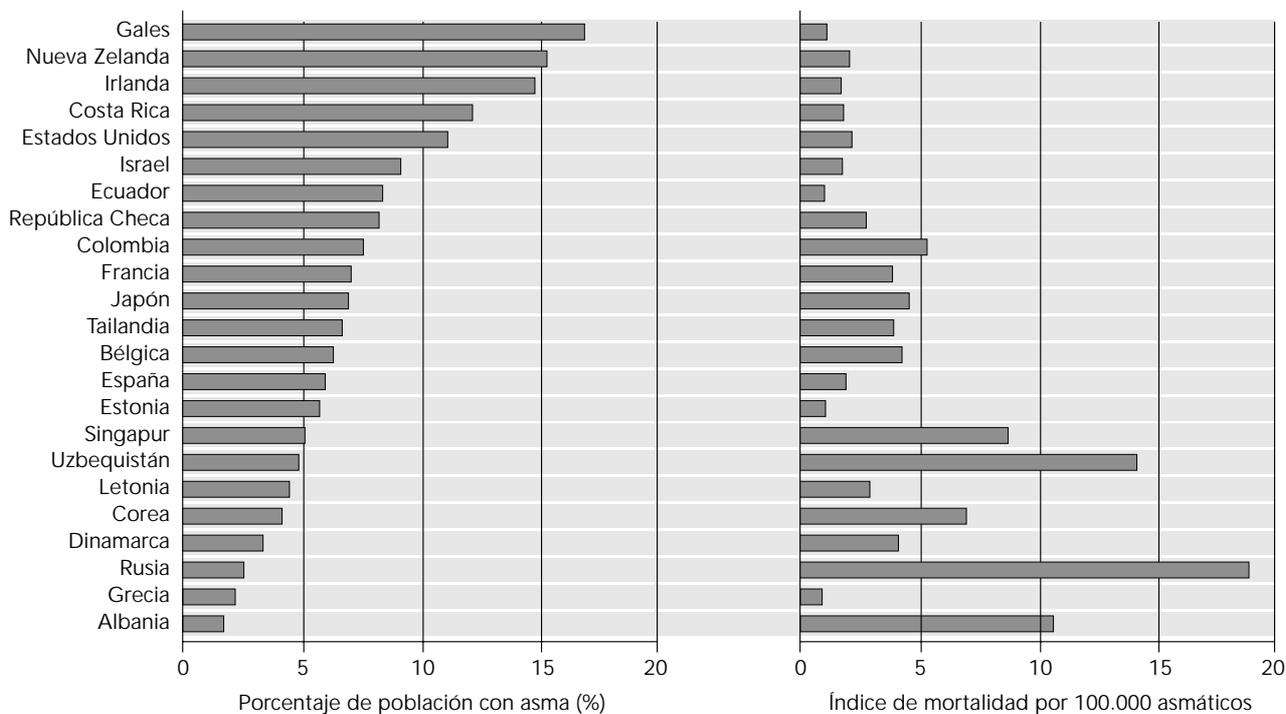
Es necesario un replanteamiento en la prestación de los servicios en AP, ofreciendo respuestas menos medicalizadas a demandas menos complejas: enfermería^{54,55}, servicios sociales, etc. Por otra parte, deberían establecerse mecanismos de modulación de la demanda que, garantizando la accesibilidad de las personas con necesidades reales, limiten o dificulten la utilización consumista de los servicios.

Atención a la salud mental

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Además, la depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, después de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, y supone el 6 % de la carga causada por todas las enfermedades⁵⁶.

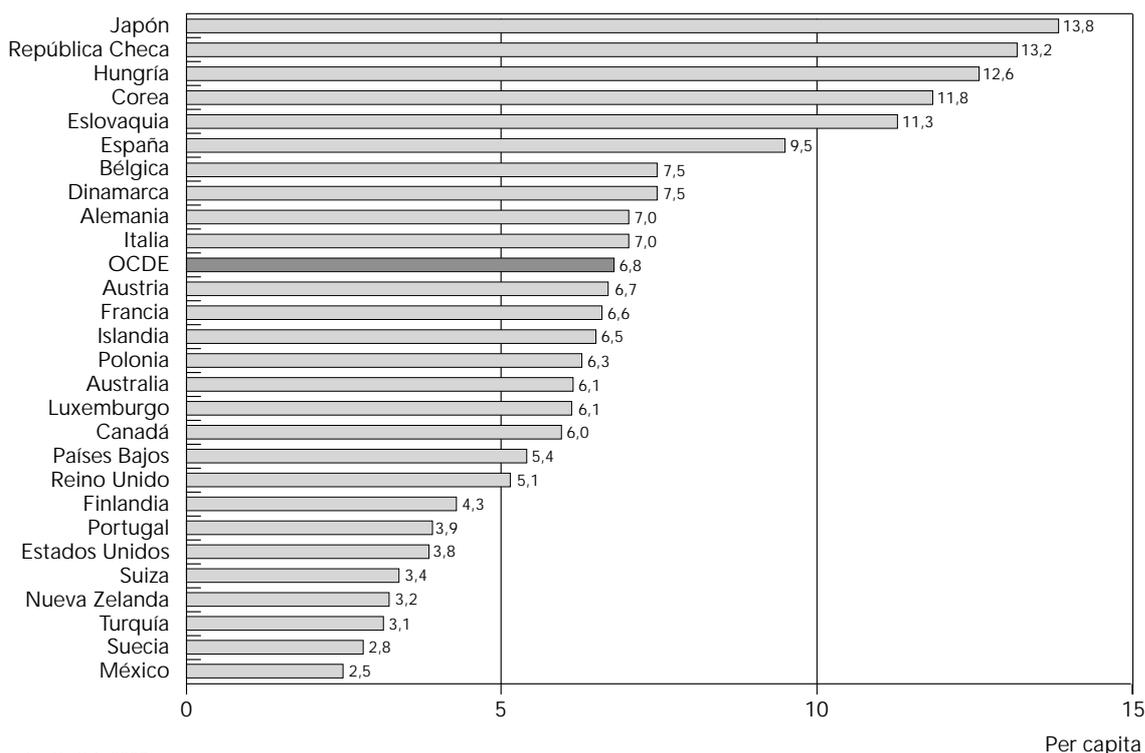
Depresión

El European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (incluyendo en este caso los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25 % y la de prevalencia-año del 9,8 %⁵⁷. Al comparar las tasas de depresión entre los países europeos, se observaron diferencias en las tasas de prevalencia de casos probables, incluso después de realizar un análisis ajustado por diversos factores socio-demográficos. Así, Italia y España presentan las tasas más bajas, prácticamente la mitad que Francia.



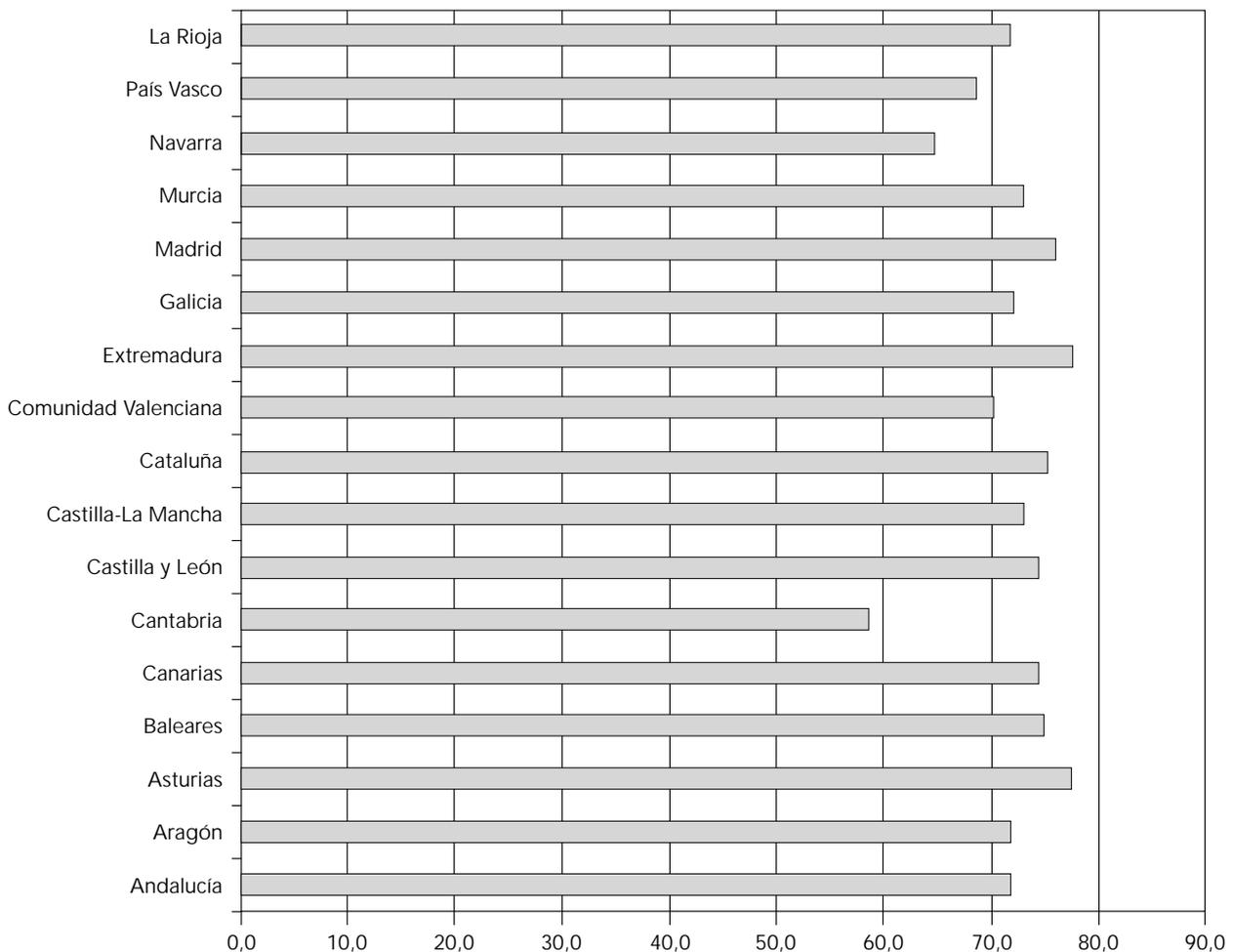
Fuente: GINA (2006)⁴⁶.

FIGURA 9 Prevalencia y mortalidad por asma en distintos países.



Fuente: OECD (2007)⁵.

FIGURA 10 Consultas al médico por persona durante 2005.



Fuente: Barómetro Sanitario (2005)⁵².

FIGURA 11 Porcentaje de personas que declaran haber visitado al médico de cabecera en los últimos 12 meses.

En España, según los resultados de este estudio, un 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,4% tuvo un trastorno en los últimos 12 meses⁵⁸. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor —3,9% de prevalencia-año y 10,5% de prevalencia-vida—, seguido de la fobia específica y la distimia, con una prevalencia-vida del 4,5 y 3,6%, respectivamente. Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1 frente al 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3 frente al 11,4%), siendo mayoritarios los trastornos del estado de ánimo.

Los datos de la ENS (2003)⁷ también reflejan que al 4,6% de los pacientes entrevistados se les había realizado el diagnóstico de depresión (tabla 8). Galicia, Asturias y Extremadura presentaron el porcentaje más alto, y el País Vasco y Cantabria se situaron en el rango inferior.

Paralelamente al aumento del diagnóstico de depresión, se ha objetivado un aumento de la prescripción de fármacos antidepresivos. En España, se calcula que el

21% de los usuarios de AP toma psicofármacos⁵⁹. Europa presenta también un importante incremento en el consumo de antidepresivos en los últimos años. En 1992, el consumo de antidepresivos en Francia era el más elevado de Europa con 22,2 DDD/1.000 habitantes, frente a 13,1 en Gran Bretaña, 9,3 en Alemania y 5,9 en Italia⁶⁰. En 1994, las tasas de España eran superiores a las de Italia, similares a las de Alemania y muy por debajo de las de Francia, observándose un incremento en el consumo de antidepresivos de un 244% entre 1985 y 1994, y pasándose de 2,7 DDD/1.000 habitantes en 1985 a 9,3 DDD/1.000 habitantes en 1994⁶¹. Este aumento, que coincidió con la introducción de la fluoxetina en el mercado español en 1988, ha continuado produciéndose en los siguientes años y llegó a alcanzar, en 1999, entre 18,5 y 27,9 DDD/1.000 habitantes, lo cual supone que en 15 años las cifras de consumo de antidepresivos en España se han multiplicado por diez^{62,63}.

Suicidio

Se observa una tendencia creciente en el reconocimiento del suicidio como causa de muerte^{12,15}. En el año 2000,

TABLA 6 Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas*

| Ambos sexos | Total si ha consumido | De 0 a 15 años si ha consumido | De 16 a 24 años si ha consumido |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Andalucía | 51,5 | 29,8 | 37,7 |
| Aragón | 55,0 | 33,2 | 35,7 |
| Asturias (Principado de) | 57,7 | 39,6 | 47,8 |
| Baleares | 54,3 | 32,8 | 39,1 |
| Canarias | 53,2 | 35,4 | 51,0 |
| Cantabria | 50,5 | 37,2 | 31,6 |
| Castilla y León | 52,5 | 33,5 | 34,8 |
| Castilla-La Mancha | 60,5 | 40,0 | 46,6 |
| Cataluña | 55,2 | 32,6 | 47,4 |
| Comunidad Valenciana | 54,9 | 33,4 | 41,4 |
| Extremadura | 56,9 | 41,0 | 32,3 |
| Galicia | 60,2 | 40,3 | 50,0 |
| Madrid (Comunidad de) | 53,3 | 35,5 | 40,4 |
| Murcia (Región de) | 54,9 | 34,7 | 47,9 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 60,6 | 33,0 | 50,3 |
| País Vasco | 57,0 | 35,9 | 40,4 |
| Rioja (La) | 49,3 | 30,0 | 39,0 |
| Ceuta y Melilla | 43,3 | 25,8 | 27,7 |
| Total | 54,6 | 34,0 | 42,1 |

* Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas por CCAA, por sexo y grupo de edad.
Fuente: ENS (2003)⁷.

según el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre violencia en el mundo, habrían fallecido en torno a 14,5 por 100.000 habitantes y año por suicidio en todo el mundo. Es la decimotercera causa de defunción en el mundo, pero en las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años es la cuarta causa de falleci-

miento y la sexta causa de incapacidad⁶⁴. Los trastornos depresivos están presentes en, aproximadamente, el 65-90% de los suicidios⁶⁵.

Existen dificultades para estimar cuáles son las cifras reales de intentos de suicidio debido a la complejidad en la recogida de datos. Sin embargo, se estima que

TABLA 7 Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas*

| Población que ha consumido cada tipo de medicamento en las últimas 2 semanas | | | |
|--|---|--|---|
| | Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios | Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre | Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos |
| Ha consumido | 20,6 | 34,1 | 8,9 |
| | Si ha sido recetado | Si ha sido recetado | Si ha sido recetado |
| Andalucía | 62,9 | 63,3 | 72,8 |
| Aragón | 59,2 | 67,5 | 77,0 |
| Asturias (Principado de) | 61,9 | 62,3 | 61,0 |
| Baleares | 36,4 | 55,1 | 49,5 |
| Canarias | 57,5 | 66,8 | 35,8 |
| Cantabria | 56,8 | 64,7 | 84,5 |
| Castilla y León | 64,2 | 59,8 | 77,6 |
| Castilla-La Mancha | 67,6 | 66,8 | 60,2 |
| Cataluña | 48,9 | 72,4 | 56,8 |
| Comunidad Valenciana | 66,4 | 70,2 | 73,1 |
| Extremadura | 63,7 | 64,7 | 64,5 |
| Galicia | 63,9 | 62,0 | 70,1 |
| Madrid (Comunidad de) | 60,1 | 45,0 | 69,5 |
| Murcia (Región de) | 53,8 | 63,6 | 61,6 |
| Navarra (Comunidad Foral de) | 58,5 | 48,0 | 74,2 |
| País Vasco | 49,7 | 48,6 | 73,9 |
| Rioja (La) | 54,7 | 41,7 | 73,7 |
| Ceuta y Melilla | 42,4 | 68,5 | 71,9 |
| Total | 58,6 | 61,5 | 65,6 |

* Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según haya sido recetado o no por CCAA.
Fuente: ENS (2003)⁷.

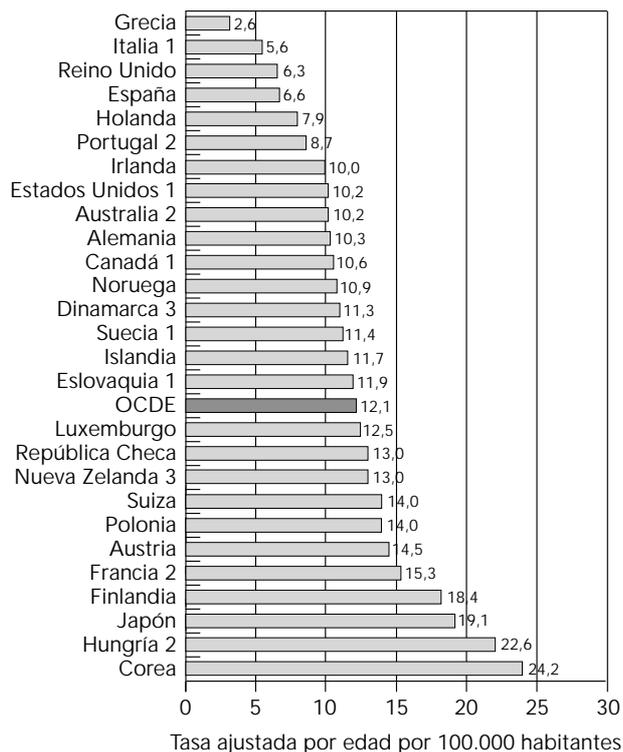
TABLA 8 Porcentaje de pacientes que declaran presentar depresión. España, 2003

| CCAA | % |
|----------------------|------------|
| Andalucía | 4,3 |
| Aragón | 3,6 |
| Asturias | 9,9 |
| Baleares | 3,8 |
| Canarias | 5,3 |
| Cantabria | 2,8 |
| Castilla-La Mancha | 4,8 |
| Castilla y León | 4,8 |
| Cataluña | 3,6 |
| Comunidad Valenciana | 3,7 |
| Extremadura | 7,8 |
| Galicia | 10,3 |
| Madrid | 3,0 |
| Murcia | 5,7 |
| Navarra | 4,9 |
| País Vasco | 2,5 |
| La Rioja | 3,0 |
| Ceuta y Melilla | 2,9 |
| España | 4,6 |

Fuente: ENS, (2003)⁷.

entre 50 y 90 por 100.000 habitantes/año intentan suicidarse sin que el resultado sea la muerte⁶⁴.

Al comparar las tasas de suicidio entre países de la Unión Europea, se observan diferencias. Tal y como refleja la figura 12, Corea, Hungría y Japón presentan las



1: 2002; 2: 2003; 3: 2001.

Fuente: OCDE (2007)⁵.

FIGURA 12 Mortalidad por suicidio, OCDE 2004 (o último año disponible).

tasas de suicidio más elevadas de los países incluidos en el análisis de la OCDE y Grecia obtiene las tasas de suicidio más bajas⁵. Aunque España presenta una de las tasas de suicidio más bajas (6,6 por 100.000 habitantes) junto a Grecia, Italia e Inglaterra, ha sufrido, junto a Irlanda, uno de los incrementos más altos entre los países de Europa⁵. Algunas de las diferencias existentes en las tasas pueden explicarse, en parte, por factores culturales y sociales. Así, en los países donde el suicidio está estigmatizado, es más probable que se etiquete el fallecimiento por suicidio como causa de muerte no definida, indeterminada u otras causas.

En la tabla 9 se muestran las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en las diferentes CCAA, observándose en todas ellas tasas superiores en hombres que en mujeres⁸. Las tasas más altas se observaron, en los hombres, en Asturias, Galicia y Murcia y en las mujeres, en Asturias, Navarra y Galicia.

Podemos concluir que la prevalencia de la depresión en España es francamente inferior a la de los países de nuestro entorno. Existen diferencias marcadas en las tasas de depresión declarada entre CCAA, siendo claramente más elevadas en Galicia y Asturias. El consumo de antidepresivos ha aumentado de forma espectacular situándose en las cifras medias europeas, pero muy por encima de países con tasas de depresión similares a las nuestras. En cuanto al suicidio, el comportamiento es similar: cifras muy bajas en relación al resto de la OCDE, variabilidad entre CCAA y cifras más altas en Galicia y Asturias.

Atención a la mujer

Se asume que unos buenos indicadores de salud en este campo constituyen un índice de calidad y de bienestar social. En AP, se siguen habitualmente dos modelos de atención para las actividades de obstetricia y gineco-

TABLA 9 Tasa ajustada de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo. España, 2004

| CCAA | Varones | Mujeres |
|----------------------|-------------|------------|
| Andalucía | 14,3 | 4,2 |
| Aragón | 14,4 | 3,1 |
| Asturias | 18,7 | 6,5 |
| Baleares | 11,5 | 3,0 |
| Canarias | 12,2 | 3,2 |
| Cantabria | 5,6 | 3,2 |
| Castilla-La Mancha | 14,4 | 4,2 |
| Castilla y León | 13,9 | 3,9 |
| Cataluña | 11,0 | 3,6 |
| Comunidad Valenciana | 12,0 | 4,2 |
| Extremadura | 13,8 | 3,7 |
| Galicia | 17,2 | 5,5 |
| Madrid | 8,0 | 2,8 |
| Murcia | 14,7 | 4,1 |
| Navarra | 14,3 | 6,2 |
| País Vasco | 12,4 | 4,1 |
| La Rioja | 14,5 | 4,1 |
| Ceuta | 5,6 | 2,8 |
| Melilla | 6,0 | 0,0 |
| España | 12,7 | 4,0 |

Fuente: Ministerio Sanidad – series 1981-2004⁶.

logía: unidades especializadas de atención a la salud sexual y reproductiva de la mujer que cuentan con personal propio (como sucede en Cataluña o Baleares) o un modelo con una mayor implicación de los profesionales de los equipos de AP (p. ej., como sucede en Aragón o Extremadura)⁶⁶.

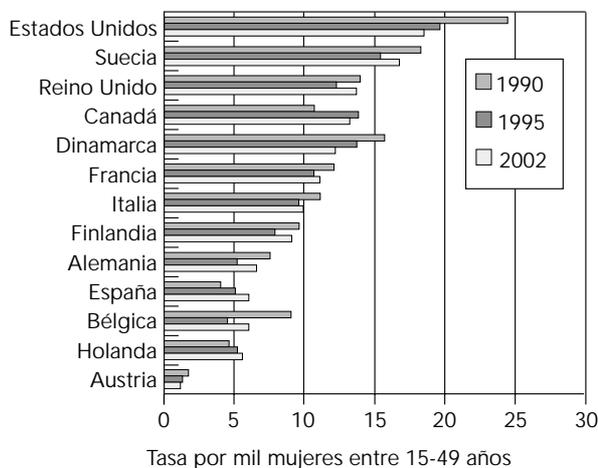
Salud sexual y reproductiva

Sea cual sea el modelo de atención existente, los programas destinados a evitar embarazos no planificados han de incluir información acerca de la sexualidad y la anticoncepción, pero también acceso fácil a los métodos anticonceptivos.

En España, las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) todavía están creciendo, aparentemente, mientras en otros países parecen disminuir ligeramente. Sin embargo, siguen siendo de las más bajas si se comparan con las de otros países de la UE, EEUU o Canadá (figura 13). El incremento de las IVE en España parece deberse al aumento de los registros y al incremento de la población de jóvenes inmigrantes. Este colectivo accede menos a los servicios sanitarios, demanda menos la anticoncepción y debería ser considerado como un grupo especial de riesgo para embarazos no planificados⁶⁷.

En el año 2005, la tasa de IVE en España fue de 9,60 (figura 14). En adolescentes, de los 25.892 embarazos que se produjeron, 12.883 (el 49,7%) acabaron en IVE⁶⁷.

Según los datos de la Encuesta de salud y hábitos sexuales⁶⁸, en España los hombres inician sus relaciones sexuales antes que las mujeres (18,1 y 19,1 años, respectivamente), observándose diferencias por CCAA.

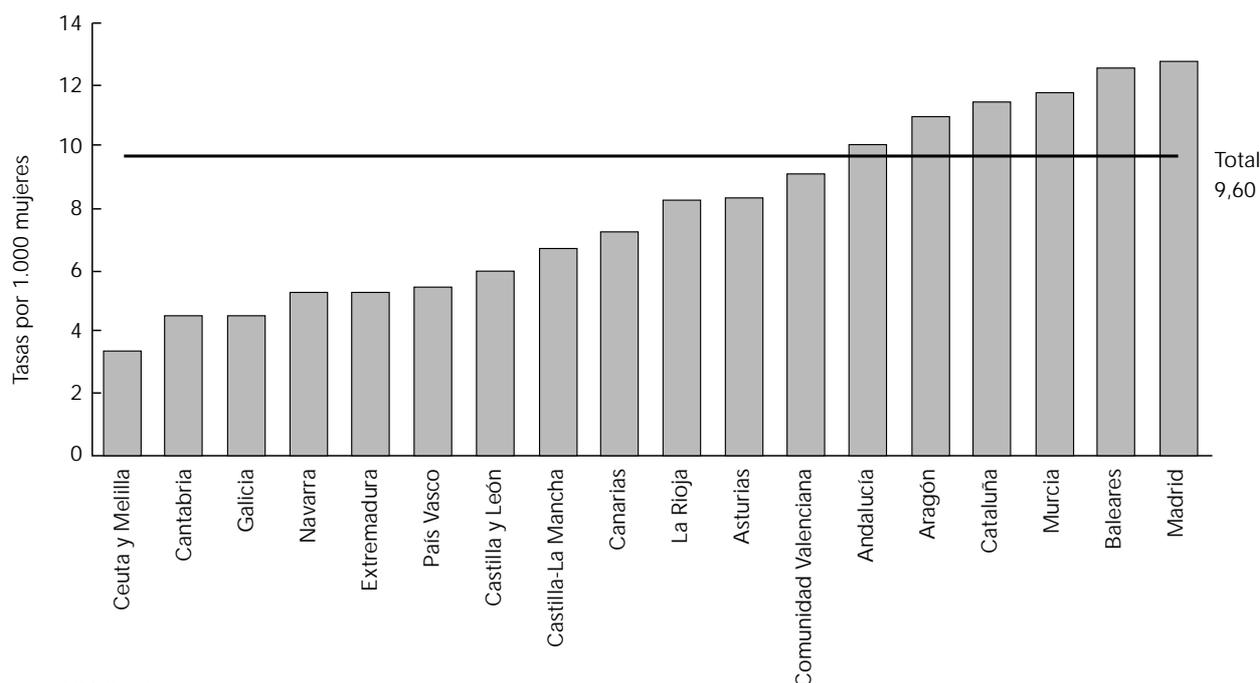


Fuente: MSC (2006)⁶⁷.

FIGURA 13 Frecuencia de aborto en diferentes países (1990, 1995, 2002).

El 12,3% declaran haber tenido su primera relación antes de los 15 años, mientras que el 40,2% la tiene antes de los 18 años. Baleares (53,6%) y Canarias (50,0%) presentaron un mayor porcentaje de personas que declararon tener su primera relación sexual antes de los 18 años. La Rioja y el País Vasco fueron las que presentaron un menor porcentaje (30,6 y 29,4%, respectivamente)⁶⁸.

Se estima que hay más de 800.000 mujeres en riesgo de embarazo no planificado. En una encuesta realizada



Fuente: MSC (2006)⁶⁷.

FIGURA 14 Tasa de IVE por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según la comunidad autónoma de residencia, España 2005.

TABLA 10 Utilización de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en jóvenes de 15-24 años por CCAA, España, 2004

| CCAA | Tasa por mil IVE | Tasa por mil AE |
|----------------------|------------------|-----------------|
| Andalucía | 14,0 | 43,1 |
| Aragón | 14,2 | 126,2 |
| Asturias | 13,1 | 134,1 |
| Baleares | 17,4 | 135,8 |
| Canarias | 10,2 | 161,6 |
| Cantabria | 5,6 | 86,7 |
| Castilla-La Mancha | 8,2 | 112,3 |
| Castilla y León | 9,1 | 147,4 |
| Cataluña | 16,5 | 129,3 |
| Comunidad Valenciana | 12,6 | 154,3 |
| Extremadura | 7,6 | 100,8 |
| Galicia | 6,1 | 138,1 |
| Madrid | 17,3 | 146,2 |
| Murcia | 14,6 | 125,9 |
| Navarra | 7,8 | 60,9 |
| País Vasco | 6,5 | 138,0 |
| La Rioja | 11,6 | 132,0 |
| Ceuta y Melilla | 4,7 | 139,6 |
| España | 12,8 | 117,4 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2006)⁶⁷.

para conocer el uso de anticonceptivos entre las mujeres españolas, se observó que el 60,6% usa algún método anticonceptivo, de los cuales el preservativo es el más utilizado, con un 36,2%.

Otro método cada vez más utilizado entre la población joven es la **anticoncepción de emergencia (AE)**. En la tabla 10 puede observarse una amplia variabilidad tanto en la tasa de IVE (entre 4,7 y 17,3 por 1.000) como en la de utilización de AE (entre 43,1 y 161,1 por 1.000) a nivel autonómico⁶⁷. Baleares, Madrid, Cataluña y Murcia presentan tasas superiores de IVE que el resto de CCAA, mientras que Ceuta y Melilla, Cantabria, Galicia, País Vasco y Navarra presentan las tasas más bajas. En cuanto a la utilización de AE, Canarias, Comunidad Valenciana, Castilla y León y Madrid presentan las tasas más altas, mientras que Andalucía, Navarra y Cantabria muestran las más bajas. Esta situación puede deberse a diferencias en las conductas y prácticas sexuales de la juventud en cada lugar y a factores dependientes de las administraciones sanitarias, como la accesibilidad o la gratuidad de la AE. Así, la AE está financiada totalmente en Andalucía, Navarra, Cataluña, Extremadura, Aragón, Asturias y Galicia. La financiación es parcial en Cantabria y Madrid y no es financiada en el resto de CCAA.

No existe ninguna correlación entre una mayor utilización de AE y una menor tasa de IVE a nivel autonómico. Ambas variables, al menos desde un punto de vista estadístico, se comportan de modo independiente.

Si las diferencias son evidentes entre CCAA, también lo son entre España y otros países del entorno. Así, en Francia, Reino Unido, Portugal, Suecia y Bélgica las mujeres pueden adquirir la píldora del día después libremente en farmacias, sin receta, y disfrutar, además, de beneficios añadidos, como la dispensación gratuita del

fármaco en las escuelas e institutos. Esta medida se adoptó en Francia para reducir el alto índice de abortos en adolescentes.

En resumen, en España se observa una tasa de abortos de las más bajas de Europa, los valores más altos corresponden a las CCAA de Madrid, Baleares, Murcia y Cataluña. En cuanto a la utilización de la anticoncepción de emergencia, las cifras oscilan entre 43,1/1.000 y 161,6/1.000, sin que se haya observado ninguna relación con las cifras de IVE.

Detección de cáncer

La prevención del cáncer ginecológico, especialmente la del cáncer de mama y del cuello uterino, constituye un área prioritaria en la salud de la mujer ya que la mortalidad por estos procesos puede ser evitable en gran medida. Los equipos de AP tienen una ubicación privilegiada para colaborar en los programas de detección de cáncer en la mujer. Los expertos reconocen que cuando los profesionales de AP participan se obtienen mejores resultados⁶⁹.

Entre las mujeres occidentales, el **cáncer de mama** es el tumor maligno más frecuente y la primera causa de muerte. En comparación con otros países europeos, la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama en España ocupan una posición baja y, al igual que en otros países, se observa una tendencia decreciente en los últimos años. Probablemente haya influido en esta reducción la detección temprana mediante la mamografía. Según una revisión Cochrane del año 2006, el cribado probablemente reduce un 20% la mortalidad por cáncer de mama, pero como el efecto era menor en los ensayos de calidad más alta, se consideró más razonable estimar una reducción del 15% en el riesgo relativo⁷⁰.

En España, en el año 2002, la incidencia estimada ajustada por población mundial era de 50,9 por 100.000 mujeres, tasa que era más elevada a partir de los 40 años y, sobre todo, después de los 50 años⁷¹. La tasa ajustada de mortalidad es de 12,9 por 100.000 mujeres⁷².

Todas las CCAA cuentan con programas de detección precoz de cáncer de mama bien establecidos que invitan a las mujeres de un determinado grupo de edad de la población general a hacerse una mamografía cada 2 años⁷³. La mayoría de los programas de detección de cáncer de mama se centran en las mujeres de 50 a 64 o 65 años de edad, dado que la evidencia científica muestra mayores beneficios de la mamografía en las mujeres de 50 a 65 años de edad. No obstante, algunos programas incluyen también a las mujeres de 45 a 50 años de edad.

El medio utilizado mayoritariamente por las mujeres para la realización de la mamografía es la visita al ginecólogo (47,8%), seguido de programas de cribado de cáncer de mama (32,6%) y sólo en el 14,7% es realizada por el médico de AP⁷³.

El año 2005, el 54,7% de las mujeres entre 20 y 69 años de los países incluidos en el informe de la OCDE⁵ declararon haberse realizado una mamografía de cribado recientemente, mientras que en España esa cifra es del 48% (tabla 11)²¹.

TABLA 11 Realización de mamografías por CCAA y grupo de edad en mujeres de 20 y más años, España, 2003

| CCAA | Total | | De 20 a 44 años | | De 45 a 64 años | | De 65 y más años | |
|----------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Andalucía | 39,1 | 60,9 | 21,0 | 79,0 | 73,4 | 26,6 | 38,1 | 61,9 |
| Aragón | 46,3 | 53,7 | 28,7 | 71,3 | 81,0 | 19,0 | 38,3 | 61,7 |
| Asturias | 44,2 | 55,8 | 17,2 | 82,8 | 73,3 | 26,7 | 52,4 | 47,6 |
| Baleares | 47,7 | 52,3 | 29,8 | 70,2 | 82,0 | 18,0 | 43,8 | 56,2 |
| Canarias | 44,2 | 55,8 | 19,4 | 80,6 | 83,1 | 16,9 | 64,9 | 35,1 |
| Cantabria | 42,8 | 57,2 | 20,0 | 80,0 | 80,0 | 20,0 | 41,8 | 58,2 |
| Castilla y León | 47,6 | 52,4 | 23,1 | 76,9 | 84,7 | 15,3 | 48,7 | 51,3 |
| Castilla-La Mancha | 50,1 | 49,9 | 28,8 | 71,2 | 90,5 | 9,5 | 49,7 | 50,3 |
| Cataluña | 55,2 | 44,8 | 32,2 | 67,8 | 89,4 | 10,6 | 57,3 | 42,7 |
| Comunidad Valenciana | 53,1 | 46,9 | 26,4 | 73,6 | 92,5 | 7,5 | 59,3 | 40,7 |
| Extremadura | 41,1 | 58,9 | 24,6 | 75,4 | 77,4 | 22,6 | 34,4 | 65,7 |
| Galicia | 47,1 | 52,9 | 17,2 | 82,8 | 83,4 | 16,6 | 55,4 | 44,6 |
| Madrid | 52,9 | 47,1 | 32,2 | 67,8 | 84,8 | 15,2 | 56,9 | 43,1 |
| Murcia | 42,2 | 57,8 | 26,4 | 73,6 | 74,1 | 25,9 | 42,2 | 57,8 |
| Navarra | 52,3 | 47,7 | 22,9 | 77,1 | 87,0 | 13,0 | 66,6 | 33,4 |
| País Vasco | 46,9 | 53,1 | 21,8 | 78,2 | 85,5 | 14,5 | 45,6 | 54,4 |
| La Rioja | 52,3 | 47,7 | 25,5 | 74,5 | 89,3 | 10,7 | 61,2 | 38,8 |
| Ceuta y Melilla | 24,0 | 76,0 | 9,2 | 90,8 | 54,3 | 45,7 | 25,2 | 74,8 |
| España | 48,0 | 52,0 | 25,6 | 74,4 | 83,5 | 16,5 | 50,7 | 49,3 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2003)²¹.

Se observaron diferencias notables en función de la edad y de la CA. Así, las prevalencias mayores se observaron en Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid (superiores al 52,8%) y las más bajas, en Ceuta y Melilla y Andalucía (inferiores al 40%).

El cáncer de cuello de útero es otra de las formas más comunes de cáncer entre mujeres. En España, en comparación con otros países del mundo, la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero es una de las más bajas. En el año 2005, la tasa ajustada de mortalidad fue de 1,51 por 100.000 mujeres (591 muertes), cifra que indica una estabilización tras observar en las últimas décadas una tendencia paulatina hacia el aumento⁷⁴.

El cribado con la citología ha demostrado ser efectivo en la reducción de la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero en los programas poblacionales⁷⁵. En España, en el año 2002, los programas de detección precoz de cáncer de cuello de útero estaban establecidos con mayor o menor grado de desarrollo en nueve CCAA⁷³. La mayoría de los programas implicaban a los equipos de Atención Primaria, siendo habitualmente de cribado oportunista, excepto el de Castilla y León, que era de cribado poblacional. La edad de inicio para la realización de la prueba es variable, pero la mayoría de los programas incluyen a mujeres hasta los 64-65 años de edad. La periodicidad de la prueba suele ser cada 3 o cada 5 años.

El lugar más frecuente de realización de la citología es la consulta del ginecólogo (alrededor del 75% de las mujeres que se habían realizado una prueba en el último año). El 15% de las mujeres, aproximadamente, manifiesta haberse realizado la citología en un centro de AP, y un pequeño porcentaje en otros lugares, como centros de planificación familiar, consultas privadas u hospitales⁷³.

El año 2005, el 58,8% de las mujeres entre 20 y 69 años de los países incluidos en el informe de la OCDE declaró haberse realizado una citología. En España, según la ENS (2003)⁷, el 63,3% de las mujeres mayores de 19 años declararon haberse realizado una citología (tabla 12)²¹. Las prevalencias más altas se observaron en Madrid y La Rioja (superiores al 78%) y las más bajas en Ceuta y Melilla, Andalucía, Extremadura y Castilla-La Mancha (inferiores al 49,1%).

Las cifras de cáncer de mama y cuello de útero en España se sitúan en los niveles bajos de Europa, mientras que las cifras de cribado de cáncer de mama y cuello de útero en España se sitúan claramente por encima de la media Europea⁵. Existe una elevada correlación ($r = 0,62$) entre el porcentaje de mujeres que se han realizado una mamografía y las que se han realizado una citología. Esto indica que su mayor o menor realización podría depender de la cultura preventiva de cada CCAA o ser un reflejo de que se realizan en el mismo «paquete». Esto último es más cierto para las actividades preventivas realizadas de modo oportunista y menos cuando es en el marco de un programa.

En general, cabe destacar la aceptación de las pruebas de cribado entre profesionales y pacientes, incluso cuando no existe una evidencia clara. Quizá se deba a que el cribado es un sistema en el que nunca hay *feedback* negativo, especialmente en el caso del cáncer⁷⁶. El médico y el paciente habitualmente siempre están satisfechos del resultado, ya que, si la prueba es negativa, se asume que el paciente no presenta la enfermedad y si es positiva, es beneficioso el haber podido realizar una detección precoz de la enfermedad. Incluso el paciente que ha presentado una prueba positiva y al cual se ha aplicado un tratamiento curativo agresivo que ha originado efectos secundarios, se encuentra satisfecho ya

TABLA 12 Realización de citología vaginal por CCAA y grupo de edad en mujeres de 20 y más años, España, 2003

| CCAA | Total | | De 20 a 44 años | | De 45 a 64 años | | De 65 y más años | |
|----------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| Andalucía | 45,8 | 54,2 | 50,9 | 49,1 | 59,0 | 41,0 | 16,4 | 83,6 |
| Aragón | 59,4 | 40,6 | 62,4 | 37,6 | 80,0 | 20,0 | 33,6 | 66,4 |
| Asturias | 65,7 | 34,3 | 68,9 | 31,1 | 82,2 | 17,8 | 43,8 | 56,2 |
| Baleares | 72,8 | 27,2 | 77,4 | 22,6 | 85,4 | 14,6 | 43,3 | 56,7 |
| Canarias | 73,6 | 26,4 | 70,9 | 29,1 | 84,1 | 15,9 | 65,8 | 34,2 |
| Cantabria | 63,3 | 36,7 | 71,3 | 28,7 | 84,2 | 15,8 | 24,6 | 75,4 |
| Castilla y León | 58,9 | 41,1 | 62,8 | 37,2 | 79,6 | 20,4 | 33,7 | 66,3 |
| Castilla-La Mancha | 49,5 | 50,5 | 52,2 | 47,8 | 68,0 | 32,0 | 26,4 | 73,6 |
| Cataluña | 69,5 | 30,5 | 71,9 | 28,1 | 83,4 | 16,6 | 47,4 | 52,6 |
| Comunidad Valenciana | 68,2 | 31,8 | 73,7 | 26,3 | 80,9 | 19,1 | 40,2 | 59,8 |
| Extremadura | 49,0 | 51,0 | 60,3 | 39,7 | 58,6 | 41,4 | 20,1 | 79,9 |
| Galicia | 62,2 | 37,8 | 67,9 | 32,1 | 80,7 | 19,3 | 34,7 | 65,3 |
| Madrid | 78,4 | 21,6 | 78,3 | 21,7 | 93,2 | 6,8 | 57,2 | 42,8 |
| Murcia | 58,2 | 41,8 | 64,6 | 35,4 | 66,3 | 33,7 | 31,3 | 68,7 |
| Navarra | 71,3 | 28,7 | 78,8 | 21,2 | 83,8 | 16,2 | 41,6 | 58,4 |
| País Vasco | 67,0 | 33,0 | 71,4 | 28,6 | 84,3 | 15,7 | 36,5 | 63,5 |
| La Rioja | 79,5 | 20,5 | 82,6 | 17,4 | 95,8 | 4,2 | 55,6 | 44,4 |
| Ceuta y Melilla | 32,2 | 67,8 | 34,7 | 65,3 | 43,8 | 56,2 | 7,0 | 93,0 |
| España | 63,3 | 36,7 | 66,8 | 33,2 | 78,5 | 21,5 | 37,7 | 62,3 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2003)²¹.

que atribuye su supervivencia y la «curación» a este tratamiento y a una detección precoz de la enfermedad.

Atención domiciliaria

La atención domiciliaria es, sin duda, otro de los elementos clave específicos de la AP y por ello es de gran interés conocer cuál es su situación. Probablemente, los dos indicadores cuantitativos que mejor la reflejan son la cobertura del programa de atención domiciliaria en relación a los pacientes crónicos recluidos en su domicilio, y la utilización del aviso domiciliario para la atención a la patología aguda.

Atención domiciliaria por iniciativa del profesional: programa de atención domiciliaria

Se estima que, en nuestro medio, el porcentaje de población susceptible de ser incluido en programas de atención domiciliaria es del 5% de las personas de 65 a 79 años, del 10% de 80 a 84 años y del 20% de los mayores de 85 años⁷⁷. Las enfermedades degenerativas del SNC y del sistema musculoesquelético son los principales problemas de salud que requieren atención domiciliaria. La mayoría de los pacientes crónicos domiciliarios son ancianos, con predominio de mujeres, bajo nivel socioeconómico y escaso apoyo social, que presentan pluripatología y se encuentran polimedicados⁷⁸.

Aunque las datos existentes sobre el impacto de las visitas domiciliarias preventivas no muestran grandes beneficios^{79,80}, debe entenderse que desempeñan una función social importante que determina unos beneficios más intangibles difícilmente evaluables en ensayos clínicos⁸¹.

No disponemos de datos que permitan comparar la situación en las diferentes CCAA. Aunque en las memorias de los distintos servicios de salud habitualmente se ofrecen datos de atención domiciliaria, sólo suele pre-

sentarse el número de visitas, no siempre se distingue entre visitas programadas o espontáneas y no se hace referencia, en general, a la cobertura.

En los datos obtenidos del SISAP, en 2007, se superaba holgadamente el 80% de la cobertura estimada, se había detectado el riesgo de úlceras por presión en el 74,2% de los pacientes y se había realizado la valoración geriátrica integral en el 74,2%.

Existen diferentes iniciativas en las CCAA para garantizar la prestación de este servicio (enfermeras de enlace, gestoras de casos, enfermeras específicas de atención domiciliaria, equipos de soporte, hospitalización domiciliaria, etc.), pero no existe una definición de modelo concreto en el territorio, ni se dispone de información suficiente sobre su distribución, actividad y resultados.

Atención domiciliaria por iniciativa del paciente: aviso domiciliario

Los avisos domiciliarios presentan una gran variabilidad en Europa⁸². Y ésta obedece a muchos factores. Uno de ellos, el hecho de cobrar por acto o por salario⁸³. En algunos países de Europa (Bélgica, Estonia, Finlandia, Letonia, Luxemburgo, Portugal y Suecia) se ha establecido un copago específico para los avisos domiciliarios⁸⁴.

No disponemos de datos que permitan comparar la situación de España con la de otros países de Europa. Sin embargo, es conocido que existe una cierta sensación entre los profesionales de que se realiza un uso inadecuado del recurso aviso domiciliario, especialmente en entornos urbanos.

Estilos de vida y actividades preventivas

Uno de los principales objetivos de la AP es impulsar una atención centrada en la promoción de los estilos de vida saludables y en el desarrollo de estrategias de pre-

vención. Sin embargo, la realidad es que existe todavía un desarrollo insuficiente en esta orientación del sistema sanitario y una irregular implicación de los equipos de AP en las actividades de promoción y prevención (exceptuando la vacunación infantil), consideradas con frecuencia en un segundo nivel de prioridad.

Probablemente influyen en esta situación la presión hacia una mayor medicalización de los problemas relacionados con la salud, la influencia y la aglutinación de la mayoría de los recursos en las estructuras hospitalarias y las escasas experiencias de participación de los usuarios en la gestión y organización del sistema sanitario. Como consecuencia de todo ello, sigue predominando un modelo curativo.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) creó, hace más de 20 años, el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). Este programa 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 2 años. Sin embargo, no se dispone de publicaciones recientes con información desagregada a nivel autonómico, motivo por el cual la información de actividades preventivas desagregada a nivel de CCAA que se presenta a continuación proviene mayoritariamente de la Encuesta Nacional de Salud (2003)⁷.

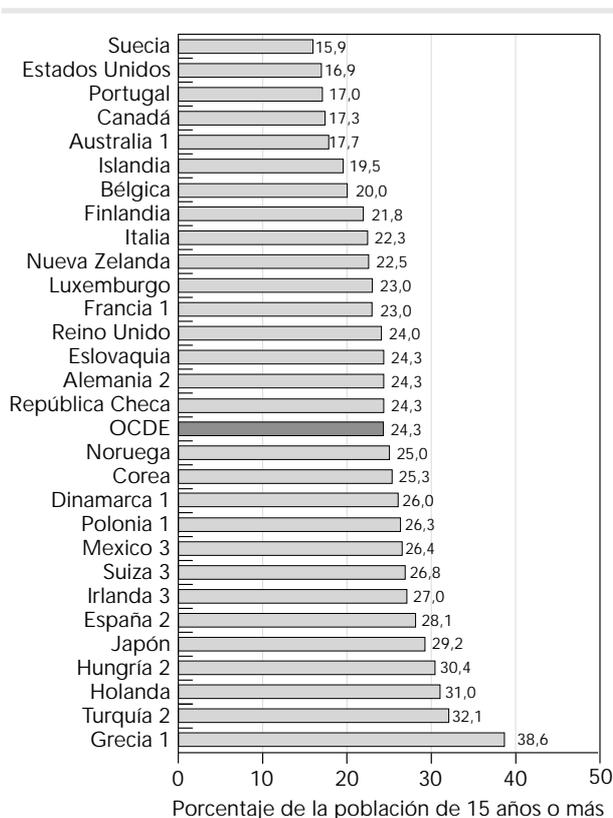
Estilos de vida: tabaco, alcohol y obesidad

Sin duda, la salud de la población está estrechamente vinculada con la mejora de sus estilos de vida. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas, dietas nutricionales incorrectas o el sedentarismo.

En los países desarrollados, el tabaco constituye la segunda causa de muerte en el mundo, es el principal factor de riesgo de dos de las principales causas de mortalidad prematura (enfermedades del aparato circulatorio y un amplio número de cánceres), contribuye al desarrollo de enfermedades respiratorias y su consumo durante el embarazo puede originar bajo peso y otras enfermedades en el niño.

España presenta un porcentaje de fumadores superior a la media de la OCDE, 28,1 frente al 24,3% (figura 15). En general, se observa una reducción en los últimos 15 años en la tasa de fumadores. Sin embargo, el informe refleja que es el único país europeo, junto a Alemania y Grecia, en el que se observa un aumento de la tasa en el sexo femenino (incremento del 5%)⁵.

En la tabla 13 se presentan los datos de prevalencia de tabaquismo en las diferentes CCAA. Según la ENS 2003⁷, las CCAA que presentaron una mayor prevalencia de tabaquismo fueron la Comunidad Valenciana, Canarias y Andalucía (superior al 29,8%) y las que menos fueron Galicia, Castilla-La Mancha y Castilla y León (inferior al 24,8%). El mayor porcentaje de ex fumadores se encontró en Extremadura, Castilla-La Mancha y el País Vasco (superior al 20%).



1: 2004; 2: 2003; 3: 2002.

Fuente: OCDE (2007)⁵.

FIGURA 15 Porcentaje de población que fuma diariamente año, OCDE (2005 o último año disponible).

El consumo de bebidas alcohólicas, especialmente vino, está fuertemente arraigado en nuestra cultura y tradiciones. El consumo excesivo de alcohol incrementa

TABLA 13 Consumo de tabaco por CCAA en población de 16 y más años, España, 2003

| CCAA | Fumador diario | Fumador ocasional | Ex fumador | Nunca fumador |
|----------------------|----------------|-------------------|-------------|---------------|
| Andalucía | 30,4 | 2,3 | 14,9 | 52,4 |
| Aragón | 28,9 | 1,3 | 15,5 | 54,4 |
| Asturias | 25,9 | 3,1 | 18,6 | 52,4 |
| Baleares | 28,6 | 4,4 | 17,5 | 49,6 |
| Canarias | 29,9 | 2,1 | 12,4 | 55,7 |
| Cantabria | 28,6 | 1,6 | 15,3 | 54,4 |
| Castilla y León | 24,9 | 3,4 | 18,7 | 53,1 |
| Castilla-La Mancha | 24,1 | 3,8 | 21,2 | 50,9 |
| Cataluña | 28,4 | 3,2 | 18,2 | 50,2 |
| Comunidad Valenciana | 30,9 | 2,6 | 17,0 | 49,5 |
| Extremadura | 28,8 | 1,9 | 21,2 | 48,1 |
| Galicia | 23,0 | 2,2 | 16,8 | 58,0 |
| Madrid | 28,2 | 3,1 | 19,1 | 49,7 |
| Murcia | 28,6 | 3,7 | 14,3 | 53,3 |
| Navarra | 27,2 | 4,3 | 17,7 | 50,7 |
| País Vasco | 26,7 | 3,8 | 20,1 | 49,5 |
| La Rioja | 25,2 | 4,0 | 18,6 | 52,2 |
| Ceuta y Melilla | 26,8 | 0,8 | 10,0 | 62,4 |
| España | 28,1 | 2,9 | 17,3 | 51,7 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷.

el riesgo de enfermedades cardiovasculares, así como de cirrosis hepática y ciertas neoplasias. La exposición fetal a incrementos de alcohol aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y origina retardo mental. El alcohol también contribuye a muertes debidas a accidentes, violencia, homicidio y suicidio.

Según el informe de la OCDE, España presenta un consumo de alcohol anual per cápita superior a la media de la OCDE, 11,7 litros frente a 9,5, (figura 16)⁵. El informe también muestra una tendencia a la baja en España en las últimas 2 décadas, probablemente como reflejo de un cambio de hábitos y del impulso de políticas enfocadas a reducir el consumo de alcohol.

En España, en el año 2003, el porcentaje de población de 16 y más años que declaró ser bebedor excesivo de alcohol (consumo de más de 50 ml de alcohol absoluto al día) fue del 2,5% (tabla 14)⁷. Las CCAA con una mayor prevalencia declarada fueron Murcia, Extremadura y el País Vasco (superior al 3,7%) y las que presentaron una prevalencia inferior, la Comunidad Valenciana, Canarias y Ceuta y Melilla (inferior al 0,7%). El cambio producido entre 2001 y 2003, junto con la gran variabilidad de este cambio entre CCAA, obliga a dudar abiertamente de la fiabilidad de estos datos.

El incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la población adulta e infantil de la mayoría

TABLA 14 Porcentaje ajustado de bebedores excesivos de alcohol de 16 y más años, España, 2003

| CCAA | Ambos sexos | | Varones | | Mujeres | |
|----------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| | 2001 | 2003 | 2001 | 2003 | 2001 | 2003 |
| Andalucía | 7,9 | 3,5 | 15,6 | 6,3 | 0,7 | 0,6 |
| Aragón | 10,5 | 1,1 | 20,4 | 1,9 | 0,9 | 0,3 |
| Asturias | 8,6 | 1,8 | 17,1 | 3,3 | 0,8 | 0,3 |
| Baleares | 5,6 | 2,7 | 9,6 | 4,4 | 1,8 | 1,0 |
| Canarias | 4,3 | 0,2 | 9,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 |
| Cantabria | 9,5 | 2,3 | 18,4 | 4,5 | 1,0 | 0,0 |
| Castilla-La Mancha | 7,7 | 3,0 | 14,4 | 5,5 | 1,1 | 0,2 |
| Castilla y León | 10,2 | 2,6 | 19,4 | 4,7 | 0,9 | 0,3 |
| Cataluña | 5,6 | 1,9 | 10,8 | 3,2 | 0,5 | 0,7 |
| Comunidad Valenciana | 5,6 | 0,7 | 10,8 | 1,3 | 0,8 | 0,0 |
| Extremadura | 11,0 | 4,4 | 22,1 | 8,4 | 0,2 | 0,0 |
| Galicia | 8,9 | 3,8 | 17,1 | 6,4 | 1,5 | 1,3 |
| Madrid | 6,3 | 1,5 | 11,4 | 2,4 | 1,7 | 0,7 |
| Murcia | 6,4 | 8,2 | 12,2 | 15,0 | 1,0 | 1,5 |
| Navarra | 7,7 | 3,2 | 15,3 | 4,6 | 0,4 | 1,6 |
| País Vasco | 5,2 | 3,9 | 8,9 | 6,7 | 1,9 | 0,9 |
| La Rioja | 3,7 | 1,4 | 7,0 | 2,5 | 0,5 | 0,0 |
| Ceuta y Melilla | 5,0 | 0,2 | 10,2 | 0,4 | 0,0 | 0,0 |
| España | 7,1 | 2,5 | 13,6 | 4,5 | 1,0 | 0,6 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷.

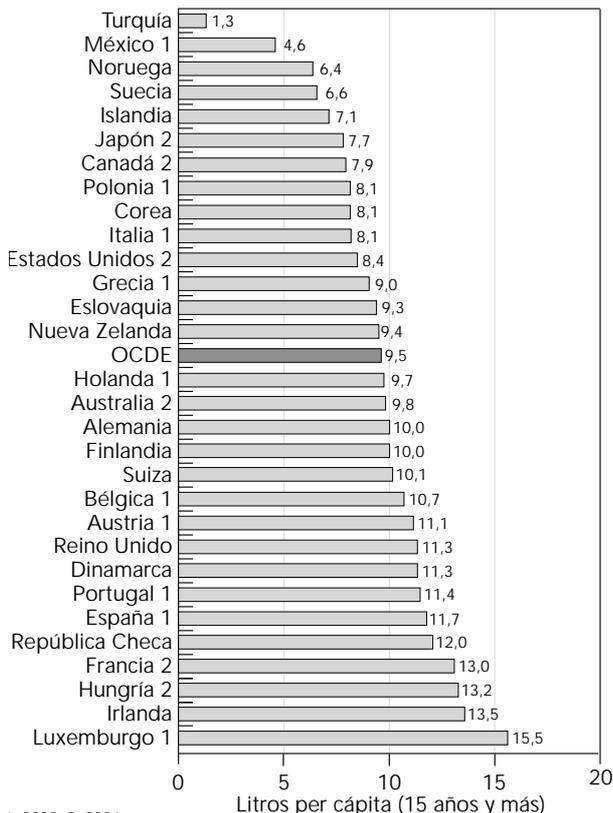
de países desarrollados se está convirtiendo en un grave problema de salud pública. La obesidad es un conocido factor de riesgo para numerosas enfermedades, incluyendo hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedades cardiovasculares, enfermedades del aparato respiratorio (asma), del sistema musculoesquelético (artritis) y algunos tipos de cáncer.

En España, el porcentaje de la población de 15 años y más que presenta un índice de masa corporal superior a 30 es del 13,1%, mientras que la media del resto de países de la OCDE es del 14,6% (figura 17). El informe de la OCDE también refleja un incremento progresivo de la prevalencia en todos los países durante los últimos años⁵.

Según la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2003 la prevalencia de sobrepeso (grados I y II) en la población adulta, según peso y talla declarados por los propios individuos, fue del 36% y la de obesidad del 13,3% (tabla 15)⁷. Las CCAA que presentaron una prevalencia de obesidad superior fueron Extremadura, Castilla-La Mancha, y Andalucía (superior al 16,9%). En Madrid, La Rioja y el País Vasco la prevalencia fue inferior al 10,5%.

En el caso de la población de entre 2 y 17 años, también se observaron desigualdades por CCAA (tabla 16), siendo Canarias, Cantabria y Murcia las CCAA con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (superior al 31,9%). Madrid y Navarra presentaron una prevalencia menor (inferior al 20%).

Globalmente, en relación a los estilos de vida, España se sitúa claramente por encima de la media de la OCDE en cuanto a porcentaje de fumadores y bebedores excesivos, sin que exista ninguna asociación entre ambos parámetros. En cambio, en relación a la prevalencia de obesidad, las cifras son inferiores a la media y la variabilidad entre CCAA es muy elevada.



l: 2003, 2: 2004
Fuente: OCDE (2007)⁵.

FIGURA 16 Consumo de alcohol (litros per cápita) en población de 15 años y más, OCDE 2005 (o último año disponible).

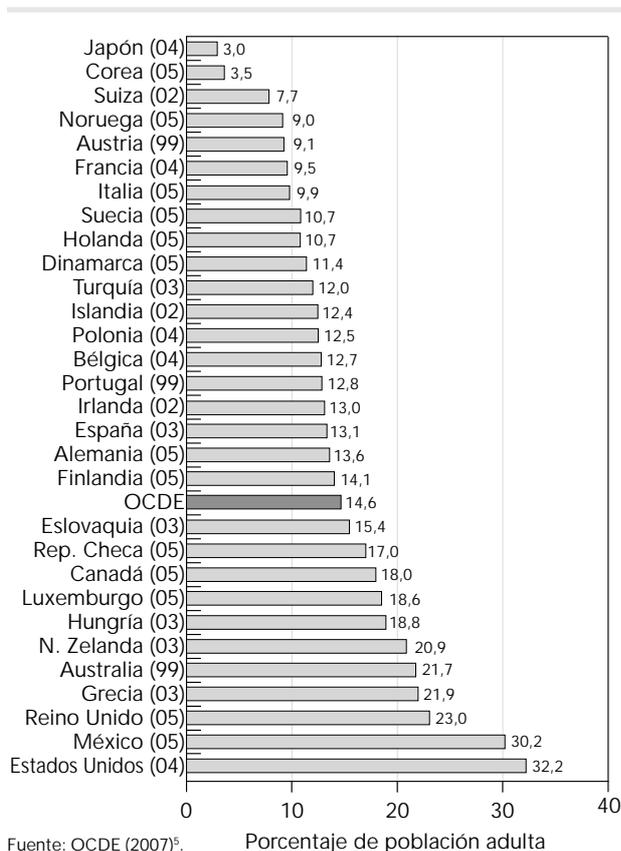


FIGURA 17 Porcentaje de la población adulta con un índice de masa corporal superior a 30 en el año 2005 (o último año disponible).

Coberturas vacunales

La inmunización activa ocupa un lugar fundamental en la prevención de las enfermedades transmisibles. Hoy día se dispone de más de 25 vacunas para uso humano que han resultado eficaces y seguras y constituyen un instrumento fundamental en la medicina preventiva actual.

Comparar las coberturas vacunales entre países presenta limitaciones, debidas principalmente a la utilización de metodologías diferentes. La OMS solicita anualmente las coberturas vacunales a los estados miembros, dejando que cada país utilice el método que considere más adecuado. Así, por ejemplo, Italia y Finlandia obtienen las coberturas vacunales mediante encuestas periódicas poblacionales; España, Bélgica, Austria y Grecia utilizan los datos de los registros de vacunas distribuidas y las vacunaciones declaradas; Reino Unido y Francia emplean las historias clínicas y los documentos de vacunación.

Otro factor que limita la comparación entre países es la existencia de políticas de vacunación diferentes. Se observan diferencias en las vacunas incluidas, las recomendadas, los calendarios y las definiciones de vacunación correcta e incorrecta. Probablemente, en Europa, únicamente serían comparables las coberturas vacunales de primovacuna, ya que las diferencias en las políticas vacunales en materia de administración de dosis de refuerzo hacen poco viables las comparaciones. Según el

informe de la OCDE de 2007, España presenta datos de cobertura superiores a la media⁵ y datos de incidencia muy inferiores a la media, estos últimos probablemente relacionados con un infraregistro de la enfermedad.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo determina actualmente las coberturas vacunales a partir de la información sobre las vacunas distribuidas y las vacunaciones declaradas. Algunas CCAA, como Murcia y Galicia, han puesto en marcha registros nominales y han conseguido incrementar la cobertura. Estos registros nominales permiten obtener las coberturas vacunales de forma instantánea, pero resultan complejos de gestionar y presentan dificultades para conocer la población diana con precisión, motivos que han influido en que su desarrollo no se haya extendido al resto de CCAA.

En la tabla 17 se muestran las **coberturas vacunales** por CCAA⁶. Las coberturas infantiles superiores al 100% observadas en algunas CCAA (p. ej., Cantabria) se deben a la inclusión en el numerador de niños vacunados que no están incluidos en la población objeto de vacunación. El porcentaje de niños que habían recibido la serie básica de las vacunas recomendadas superaba el 95%. Las CCAA con menor cobertura declarada en las series básicas de vacunas fueron Ceuta y el País Vasco.

La cobertura estatal de vacunación de la hepatitis B en adolescentes fue del 77,9%. Las diferencias entre CCAA podrían deberse a que en Aragón, la Comunidad Valenciana, Madrid y Navarra la vacunación de la hepatitis B no está incluida en el calendario puesto que ha llegado a esta edad la cohorte vacunada en la infancia. En Ceuta ha finalizado la pauta de vacunación al llegar a esta edad la cohorte vacunada en la infancia.

La cobertura antigripal en la población mayor de 64 años alcanzada en la temporada 2006-2007 fue del 67,5%. Las coberturas antigripales más altas se observan en Castilla y León, La Rioja y Extremadura (superiores al 74%) y las más bajas, en Melilla, la Comunidad Valenciana y Canarias (inferiores al 60,6%).

Respecto a los países de la OCDE, España se sitúa en cifras claramente superiores a la media en cuanto a la cobertura vacunal, tanto en niños como en adultos, en consonancia con la buena aceptación de las actividades preventivas ya descritas en el apartado de Atención a la mujer.

Como se observa, a pesar de la efectividad demostrada de algunas de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud, en ocasiones su implantación es irregular. Quizás en ello influya la «arrogancia» que la medicina preventiva puede tener llevada al extremo⁸⁵. Puede resultar agresiva (persigue a individuos asintomáticos, diciéndoles lo que deben hacer para mantenerse saludables), presuntuosa (confía en que su intervención, en promedio, hará más bien que mal a aquellos que acepten y se adhieran) e intolerante (ataca a aquellos que cuestionan el valor de sus recomendaciones). Por todo ello, las medidas preventivas, al igual que las curativas, deben estar fundamentadas en el más alto nivel de evidencia científica aleatoria, que garantice que nuestra intervención produzca más beneficio que daño.

TABLA 15 Índice de masa corporal en adultos por CCAA, España, 2003

| CCAA | Normopeso o peso insuficiente ($< 24,9$ kg/m ²) | Sobrepeso Grado I (25,0-26,9 kg/m ²) | Sobrepeso Grado II (27,0-29,9 kg/m ²) | Obesidad (≥ 30 kg/m ²) | No consta |
|----------------------|--|--|---|---|------------|
| Andalucía | 43,1 | 18,1 | 18,0 | 16,9 | 4,0 |
| Aragón | 48,7 | 20,9 | 17,9 | 12,5 | 0,0 |
| Asturias | 44,0 | 20,3 | 19,7 | 12,9 | 3,2 |
| Baleares | 55,0 | 15,5 | 15,9 | 12,5 | 1,1 |
| Canarias | 51,7 | 16,3 | 17,3 | 14,6 | 0,2 |
| Cantabria | 53,3 | 19,4 | 15,2 | 12,0 | 0,1 |
| Castilla y León | 49,6 | 18,4 | 17,5 | 11,7 | 2,8 |
| Castilla-La Mancha | 41,9 | 17,7 | 22,3 | 17,0 | 1,1 |
| Cataluña | 53,1 | 18,6 | 16,4 | 11,4 | 0,5 |
| Comunidad Valenciana | 45,8 | 18,0 | 19,0 | 14,2 | 3,1 |
| Extremadura | 39,0 | 20,3 | 21,8 | 19,0 | 0,0 |
| Galicia | 47,2 | 16,4 | 21,7 | 14,3 | 0,4 |
| Madrid | 52,2 | 16,6 | 16,3 | 9,2 | 5,6 |
| Murcia | 45,7 | 17,9 | 19,2 | 15,4 | 1,9 |
| Navarra | 50,9 | 17,4 | 17,9 | 13,6 | 0,2 |
| País Vasco | 55,1 | 17,2 | 17,2 | 10,4 | 0,1 |
| La Rioja | 49,8 | 18,4 | 19,1 | 10,2 | 2,5 |
| Ceuta y Melilla | 41,2 | 13,4 | 18,8 | 10,7 | 15,9 |
| España | 48,5 | 17,9 | 18,1 | 13,3 | 2,3 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷.

Prescripción y uso racional del medicamento

La gestión de la prescripción de medicamentos es uno de los elementos más analizados, controvertidos y complejos en AP. Los médicos de AP deben decidir en un corto período de tiempo cuál es el fármaco más adecuado para cada paciente según la evidencia científica disponible, que no existen interacciones con otros fármacos, asegurarse de que el paciente realiza el cumplimiento terapéutico pautado y comprobar que se producen los resultados terapéuticos previstos.

A ello se añade que en España el proceso de prescripción está envuelto en una excesiva burocratización: im-

posibilidad de multiprescripción de fármacos, necesidad de visado para algunos fármacos comunes en AP, lentitud excesiva en el proceso de implantación de la receta electrónica, etc.

El gasto en farmacia tiene un peso indiscutible desde el punto de vista de la sostenibilidad y la equidad del sistema sanitario. Según el grupo de trabajo del gasto sanitario, supone, aproximadamente, un 28,61 % del gasto del sistema sanitario, del cual el 22,45 % corresponde al gasto de recetas médicas y el 6,16 % a la farmacia hospitalaria⁸⁶. En ello influye, sin duda, la medicalización de la salud que determina el modelo social existente. Se utilizan fármacos para pequeñas alteraciones de la normalidad, y se amplían las coberturas de los fármacos destinados a controlar algunos factores de riesgo que presentan un impacto mínimo en el desarrollo de enfermedades futuras.

En el informe de la OCDE, se observa que España, a pesar de presentar un gasto sanitario per cápita por debajo de la media, es el cuarto país en gasto farmacéutico per cápita, detrás de Estados Unidos, Canadá y Francia (figura 18)⁵. Si analizamos el gasto sanitario público, se sitúa detrás de Luxemburgo y Francia.

En España, este incremento parece haberse estabilizado en el último período. La década de 1990 se inició con incrementos porcentuales del 17,1 y del 14,9 % en 1991 y 1992, que pasaron a ser del 10 % en los años 2004 y 2005 y llegaron al 5,5 % entre octubre de 2006 y septiembre de 2007¹⁰.

Según los informes de salud de las diferentes CCAA, el porcentaje de genéricos en relación al gasto farmacéutico total fue superior al 9,5 % en Andalucía, Madrid y Baleares⁸⁷ (tabla 18). Canarias, Galicia y la Comunidad Valenciana presentaron un porcentaje inferior al 4,3 %.

TABLA 16 Índice de masa corporal en población de 2 a 17 años por CCAA, España 2003

| CCAA | Normopeso o peso bajo | Sobrepeso y obesidad | No consta |
|----------------------|--------------------------|-------------------------|------------|
| Andalucía | 59,8 | 29,1 | 11,2 |
| Aragón | 73,6 | 26,4 | 0,0 |
| Asturias | 66,4 | 24,8 | 8,9 |
| Baleares | 72,5 | 24,4 | 3,1 |
| Canarias | 58,3 | 37,2 | 4,6 |
| Cantabria | 63,0 | 35,8 | 1,2 |
| Castilla y León | 67,7 | 24,9 | 7,4 |
| Castilla-La Mancha | 70,7 | 24,5 | 4,8 |
| Cataluña | 73,8 | 21,8 | 4,4 |
| Comunidad Valenciana | 70,1 | 24,3 | 5,7 |
| Extremadura | 75,9 | 23,4 | 0,7 |
| Galicia | 73,9 | 24,9 | 1,2 |
| Madrid | 71,6 | 14,8 | 13,6 |
| Murcia | 58,8 | 31,9 | 9,3 |
| Navarra | 76,5 | 19,7 | 3,8 |
| País Vasco | 69,9 | 26,3 | 3,8 |
| La Rioja | 67,1 | 26,1 | 6,8 |
| Ceuta y Melilla | 43,9 | 25,8 | 30,4 |
| España | 68,0 | 24,8 | 7,3 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷.

TABLA 17 Coberturas vacunales, España, 2006

| CCAA | Poliom | DTP | Hib | Meningitis | Hepatitis B | DTP | Polio | Hib | DTPa | Td | SRP 1ª | SRP 2ª | Hepatitis B adolesc. | Gripe > 64 años |
|-------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------|-------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | 0-1 años % | 0-1 años % | 0-1 años % | | | Refuerzo 1-2 años % | Refuerzo 1-2 años % | Refuerzo 1-2 años % | Refuerzo 4-6 años % | Refuerzo 14-16 años % | Dosis 3-6 años % | Dosis 3-6 años % | | |
| Andalucía | 96,2 | 96,2 | 96,2 | 96,2 | 96,2 | 97,2 | 97,2 | 97,2 | (1) | (1) | 95,3 | (1) | (1) | (1) |
| Aragón | 98,7 | 98,7 | 98,7 | 97,5 | 96,2 | 97 | 97 | 97 | 94,6 | 68,5 | 97,4 | 94,6 | (2) | 64,1 |
| Asturias | 97,7 | 98,1 | 97,7 | 98,7 | 97,7 | 98,9 | 98,6 | 98,4 | 99,5 | 87,5 | 98,5 | 97,5 | 83,2 | 64,4 |
| Baleares | 95 | 95 | 95 | 95,4 | 95 | 96,9 | 96,9 | 96,9 | 95,3 | 54,8 | 94,3 | 95,3 | 56 | 63,9 |
| Canarias | 98,9 | 98,9 | 98,9 | 93,7 | 98,9 | 100 | 100 | 100 | 95,6 | 74,8 | 97,9 | 95 | 60 | 60,5 |
| Cantabria | 103,5 | 103,5 | 103,5 | 103,7 | 104,4 | 103 | 103 | 103 | 108 | 89,6 | 106,2 | 107,7 | 72,8 | 69,8 |
| Castilla y León | 98,3 | 98,3 | 98,3 | 98,3 | 98,5 | 98,1 | 98,1 | 98,1 | 96,9 | 98,2 | 96,7 | 95,5 | 95 | 77 |
| Castilla-La Mancha | 95,8 | 95,8 | 95,8 | 96,2 | 95,8 | 95,2 | 95,2 | 95,2 | 95,2 | 92,4 | 95,5 | 95,1 | 85,3 | 72,4 |
| Cataluña | 99,5 | 99,5 | 99,5 | 96 | 96 | 93 | 93 | 93 | 91,6 | 62 | 98,8 | 92 | 75,3 | 74,2 |
| Comunidad Valenciana | 98,3 | 98,4 | 98,1 | 99,4 | 96,5 | 96,8 | 96,4 | 96,7 | 96,1 | 95,3 | 98,7 | 96,4 | (2) | 60,3 |
| Extremadura | 96,4 | 96,4 | 96,4 | 95,9 | 94,8 | 91 | 91 | 91 | 89,1 | 88,2 | 92,1 | 88,2 | 71,3 | 75,1 |
| Galicia | 99,7 | 99,5 | 99 | 96,1 | 97,3 | 97,9 | 97,7 | 96 | 92,2 | (3) | 99,6 | 96,7 | (3) | 61,7 |
| Madrid | 97,3 | 97,3 | 97,3 | 100,6 | 97,3 | 91,3 | 91,3 | 91,3 | 92,3 | 73,2 | 94,6 | 93,1 | (2) | 61,1 |
| Murcia | 99,5 | 99,5 | 99,5 | 98,3 | 99,5 | 94,4 | 94,4 | 94,4 | 94,7 | 58,6 | 97,3 | 94,6 | 66,2 | (1) |
| Navarra | 97,3 | 97,3 | 97,3 | 97,3 | 97,3 | 89,1 | 89,1 | 89,1 | 86 | 80,2 | 99,2 | 85,7 | (2) | 67,2 |
| País Vasco | 92,8 | 92,8 | 92,8 | 93 | 92,8 | 93,4 | 93,4 | 93,4 | 95 | 80,7 | 96,3 | 94,1 | 96,9 | 69,6 |
| La Rioja | 97,2 | 97,2 | 97,2 | 97,2 | 97,2 | 96,2 | 96,2 | 96,2 | 97,8 | 96,1 | 96,5 | 95,1 | 95,7 | 76,1 |
| Ceuta | 80,7 | 80,7 | 80,7 | 72,4 | 80,8 | 90,6 | 90,6 | 90,6 | 80 | 24,9 | 101,3 | 85,1 | 36,3 (4) | (1) |
| Melilla | 97,9 | 97,9 | 97,9 | 100,7 | 93,6 | 94,4 | 94,4 | 94,4 | 83,3 | 56,1 | 100,6 | 90,9 | 66,4 | 39,5 |
| España | 97,6 | 97,6 | 97,5 | 97,1 | 96,6 | 95,2 | 95,1 | 95,1 | 93,8 | 77,2 | 96,9 | 94,1 | 77,9 | 67,5 |

DTPa o DT: difteria-tétanos-pertussis; Td: tétanos-difteria; SRP: sarampión-rubéola-parotiditis (SRP); Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.

(1) Datos no disponibles. (2) Aragón, C. Valenciana, Madrid, Navarra: la vacunación de hepatitis B no está en el calendario puesto que ha llegado a esta edad la cohorte vacunada en la infancia. (3) Galicia no tiene datos de adolescentes. (4) Ceuta ha finalizado esta pauta de vacunación al llegar a esta edad la cohorte vacunada en la infancia.

Adaptado de: Ministerio de Sanidad y Consumo (2006)⁹.

Los subgrupos terapéuticos más prescritos el año 2005 en la mayoría de CCAA fueron inhibidores de la HMG CoA reductasa (7,0%), inhibidores de la bomba de protones (5,3%) y antidepresivos (3,8%). El incremento en envases en relación al 2004 fue del 10,5, 10,0 y 1,1%, respectivamente⁸⁸.

Los subgrupos terapéuticos en los que se produjo un mayor incremento en relación al 2004 fueron: analgésicos opioides (24,3% en importe y 24,8% en envases); ARA II y diuréticos (0,9% en importe y 21,2% en envases) y anticolinérgicos inhalatorios contra enfermedades obstructivas respiratorias (16,8% en importe y 9,6% en incremento de envases).

Los principios activos con mayor número de envases vendidos en el 2005 fueron: simvastatina, atorvastatina, enalapril, lorazepam, alprazolam, omeprazol, paracetamol, metamizol y ácido acetilsalicílico. La incorporación de las estatinas y del antihipertensivo enalapril son los cambios más relevantes producidos en los últimos 5 años.

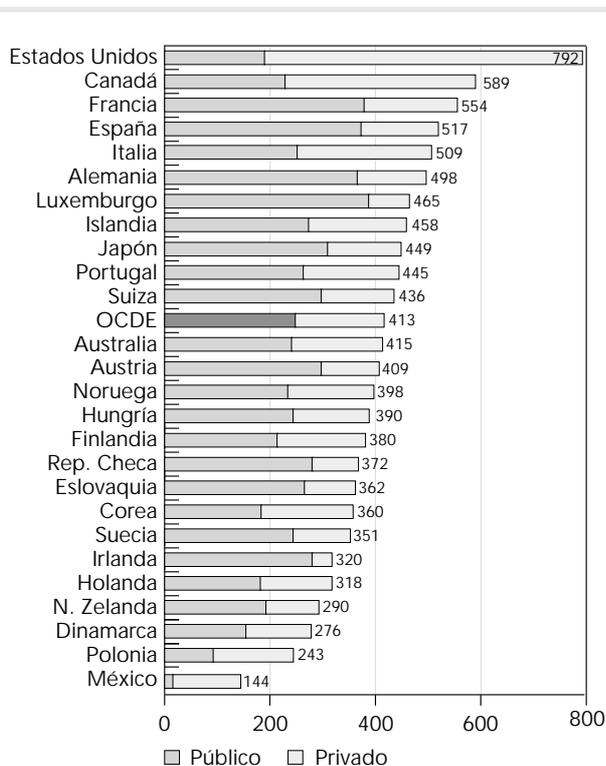
Un estudio realizado por el Instituto de Información Sanitaria para analizar el consumo farmacéutico en España a partir de la prescripción del año 2001 refleja que el primer lugar en el consumo, tanto si se mide en dosis por habitante y día (DHD) utilizando la población consumidora total, como la población consumidora de cada grupo terapéutico, lo ostenta el grupo de aparato cardiovascular con más del 35% del consumo. A continuación se encuentran los grupos aparato digestivo y metabolis-

mo, sistema nervioso y aparato respiratorio. Entre los cuatro grupos suponen un 77% de todas las DDD y un 71% del importe total.

Aunque hay alguna evidencia parcial sobre inadecuación, no existe información sistematizada sobre la prevalencia de este problema en Europa ni sobre las diferencias existentes entre países o entre medicamentos. Tampoco se dispone de información desagregada a nivel autonómico. Un estudio realizado en el Reino Unido encontró que el 14,8% de las prescripciones no estaban indicadas⁸⁹. Otro estudio realizado en Noruega halló que el 13,5% de las prescripciones en AP a pacientes de más de 65 años eran farmacológicamente inapropiadas⁹⁰.

En Cataluña, el análisis del estándar de calidad de prescripción farmacéutica, enero-septiembre 2007, del Institut Català de la Salut refleja que el grado de utilización de fármacos de eficacia probada es del 91,12%. También se observa que el porcentaje de prescripción de fármacos catalogados como aquellos que no suponen un avance terapéutico o que la investigación clínica es insuficiente para recomendarlos fue del 2,30%.

No se dispone de datos sobre la calidad de la prescripción de fármacos en comparación con Europa. En los indicadores de utilización de fármacos del último informe de la OCDE, España sólo figuraba en el de DDD de antibióticos, situándose en posiciones medias. Sí que sorprende, teniendo en cuenta que España no está entre los primeros países en cuanto a gasto sanitario,



Fuente: OCDE (2007)⁵.

FIGURA 18 Gasto farmacéutico per cápita, OCDE, 2005.

que ocupe la cuarta posición en cuanto al gasto de farmacia per cápita.

Prescripción de incapacidad transitoria

La incapacidad transitoria (IT) representa una parte importante de los recursos que gestionan los equipos de AP con una cuantía similar a lo que se gasta en far-

TABLA 18 Prescripción de genéricos, España, 2005

| CCAA | % recetas de genéricos/total de recetas | % gasto genéricos/gasto farmacéutico total |
|----------------------|---|--|
| Andalucía | 19,7 | 11,3 |
| Aragón | 13,6 | 6,0 |
| Asturias | 12,2 | 6,2 |
| Baleares | 18,9 | 9,6 |
| Canarias | 6,7 | 3,2 |
| Castilla y León | 15,3 | 6,9 |
| Cataluña | 17,6 | 9,5 |
| Comunidad Valenciana | 9,6 | 4,2 |
| Extremadura | 12,7 | 6,7 |
| Galicia | 6,7 | 3,3 |
| Comunidad de Madrid | 20,7 | 10,1 |
| Navarra | 13,4 | 6,70 |
| País Vasco | 11,6 | 5,5 |
| La Rioja | 12,8 | 5,3 |
| Ceuta y Melilla | 11,7 | 6,0 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)⁸⁷.

macia. Sin embargo, suele ser poco considerado por los profesionales y los propios servicios de salud.

Se trata, en la práctica, de una prescripción que, por su naturaleza, puede generar cierta conflictividad en el día a día. Por otra parte, existe una cierta «sensación» de que por parte de los médicos de AP no se está siendo suficientemente riguroso en su gestión, lo que facilita ciertos abusos en cuanto a su utilización.

El Ministerio de Trabajo presenta en su página web los datos de IT de todas las CCAA, una información suficientemente homogénea y fiable que permite realizar comparaciones.

Las cifras de IT muestran una amplia variabilidad entre CCAA (tabla 19). Así, en relación a la duración media de los procesos de IT en el régimen general, encontramos las cifras más bajas, de 29 y 30 días, en Madrid y Navarra, respectivamente, mientras que en el otro extremo se hallan Galicia y la Comunidad Valenciana con 58 días, el doble de duración.

En cuanto a la incidencia mensual de IT, las cifras más bajas se sitúan en Extremadura (19 por 1.000 trabajadores) y Andalucía (24 por 1.000 trabajadores), mientras que la mayor incidencia se da en Canarias (42) y Navarra (38).

Hemos incorporado a la tabla 19 un indicador que es el porcentaje total de días de IT en 1 año, elaborado a partir de los otros dos indicadores y que conjuga la duración y la incidencia. En el total de la población activa española en régimen general son el 4,47 % de los días del año. Las CCAA con mayores cifras de IT son Canarias, la Comunidad Valenciana, Galicia, Asturias, Cantabria y el País Vasco.

Los trabajadores autónomos tienen una incidencia de IT muy inferior y la duración media es mucho mayor. Todo ello se debe a que las IT inferiores a 15 días no tienen ninguna repercusión práctica en ellos y, en general, no suelen formalizarlas. El porcentaje anual de días de baja resulta un 9,5 % inferior.

No disponemos de datos que permitan comparar la incidencia y duración de la IT en España con otros países de nuestro entorno. Existe la percepción en una parte de la población de que conseguir una IT puede resultar relativamente sencillo y, de hecho, muchas veces se habla de «coger» la baja o el alta en lugar de entenderlo como una prescripción del profesional. Además, no es infrecuente que la IT se utilice para paliar problemas de índole más social que sanitario. A todo ello, cabe añadir que los propios circuitos burocráticos del sistema, absoluta e injustificadamente anacrónicos, colaboran, en parte, en esa situación.

Todo lo anterior, además de la variabilidad existente, permite suponer que existe un margen de mejora importante en la gestión de la IT que hasta hace poco no se ha priorizado por parte de los sistemas de salud por no tener ninguna repercusión directa en su financiación.

Capacidad resolutive

Incluimos en este apartado un conjunto de aspectos que tienen una relación más o menos directa con el funcionamiento de la AP como «filtro» que es uno de los ele-

TABLA 19 Indicadores de IT por contingencias comunes durante 2005

| CONTINGENCIAS COMUNES | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|-----------------------------|---|---|-----------------------------|
| Acumulado Diciembre 2005 | Régimen general | | | Autónomos y hogar | | |
| | Duración media IT finalizadas en el periodo | Incid. media mensual por mil trabajadores | % anual de días de IT | Duración media IT finalizadas en el periodo | Incid. media mensual por mil trabajadores | % anual de días de IT |
| Ámbito geográfico | | | | | | |
| Andalucía | 52,6 | 24,1 | 4,16 | 146,8 | 10,4 | 5,01 |
| Aragón | 36,0 | 36,1 | 4,27 | 103,9 | 9,4 | 3,22 |
| Asturias | 52,8 | 30,0 | 5,20 | 134,1 | 11,0 | 4,86 |
| Baleares | 40,3 | 34,6 | 4,59 | 126,2 | 8,3 | 3,46 |
| Canarias | 40,7 | 42,4 | 5,67 | 185,5 | 8,3 | 5,07 |
| Cantabria | 43,4 | 36,4 | 5,19 | 104,6 | 11,2 | 3,86 |
| Castilla y León | 43,7 | 27,5 | 3,95 | 103,4 | 9,2 | 3,13 |
| Cast.-La Mancha | 53,2 | 26,7 | 4,66 | 122,0 | 9,4 | 3,76 |
| Cataluña | 37,8 | 35,5 | 4,41 | 125,0 | 10,3 | 4,25 |
| Extremadura | 52,4 | 19,0 | 3,28 | 126,0 | 9,4 | 3,90 |
| Galicia | 58,1 | 27,5 | 5,26 | 143,4 | 11,5 | 5,40 |
| Madrid | 29,7 | 35,5 | 3,47 | 115,0 | 6,8 | 2,56 |
| Murcia | 55,2 | 26,6 | 4,82 | 135,8 | 11,3 | 5,02 |
| Navarra | 30,5 | 38,1 | 3,81 | 95,8 | 10,7 | 3,37 |
| La Rioja | 36,3 | 32,0 | 3,82 | 96,8 | 8,3 | 2,64 |
| Com. Valenciana | 57,9 | 27,8 | 5,28 | 141,7 | 9,9 | 4,62 |
| País Vasco | 42,8 | 35,6 | 5,00 | 107,2 | 10,7 | 3,76 |
| Ceuta | 36,1 | 36,8 | 4,37 | 126,3 | 5,8 | 2,39 |
| Melilla | 35,0 | 36,3 | 4,18 | 165,6 | 5,4 | 2,92 |
| Total Nacional | 43,9 | 31,0 | 4,47 | 127,9 | 9,6 | 4,05 |

Fuente: Ministerio de Trabajo (modificada).

mentos clave para el buen funcionamiento de la atención especializada: las derivaciones a especialistas, la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias, y los ingresos por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC).

Derivaciones a atención especializada

En AP deben manejarse la gran mayoría de los problemas de salud de la población, mientras que una minoría, sea por su baja frecuencia o por sus características de complejidad, deben remitirse a la atención especializada⁹¹.

El análisis de las derivaciones puede resultar muy útil para conocer este aspecto del *continuum* asistencial. Idealmente, debería hacerse tanto en forma cuantitativa como cualitativa. Con los sistemas de información actuales, sólo podemos acceder de forma generalizada a los aspectos numéricos de las derivaciones. Los aspectos cualitativos relevantes, es decir, la adecuación de la derivación, sólo puede conocerse, actualmente, en el marco de estudios específicos y no de forma sistemática.

Muchos son los elementos que influyen en las derivaciones, su variabilidad es muy alta y las comparaciones en entornos diferentes pueden ser de muy difícil interpretación. Por ello, esta información que puede ser muy útil al EAP o al profesional a efectos de gestión interna⁹², puede ser utilizada inadecuadamente en otros niveles. Existen ejemplos de ello en España, por ejemplo asumiendo que las deficiencias en las derivaciones son sólo por exceso, y no por defecto, e incentivando la no

derivación. Es evidente que una utilización errónea de la información no debe invalidar al indicador, sino al que lo utiliza de forma inadecuada.

A menudo se presentan cifras de derivaciones como porcentaje de las consultas que son derivadas, pero ese indicador puede variar de forma importante en función del contenido de cada consulta. Así, si hay un mayor número de actividades burocráticas en la consulta del médico, el porcentaje de derivaciones, lógicamente, es inferior y, aparenta una mayor resolución. Por ello, en general, será preferible que los indicadores de derivaciones utilicen como denominador la población susceptible de ser derivada.

El único estudio que ofrece datos comparables de derivaciones entre diversos países de Europa se publicó en 1992⁹³. El denominador utilizado eran las visitas y España se situaba, con el 5,5% de derivaciones por visita, en valores intermedios. El parámetro más relevante en el que España ocupaba el primer lugar era el de la pérdida de contacto entre el médico de AP y el especialista, que se producía en la mitad de los casos. Este problema en el *continuum* asistencial sigue existiendo actualmente y es la causa de que en España muchos pacientes mantienen contacto con el especialista. Así, el 42% de los españoles declara haber visitado al especialista en los últimos 12 meses⁵². A nivel autonómico, Andalucía y el País Vasco se sitúan por debajo del 40%, mientras que Cataluña y Madrid superan el 50% (tabla 20).

Estas cifras no hacen referencia a la derivación, sino al conjunto derivación-permanencia dado que, con fre-

TABLA 20 Porcentaje de personas que declaran haber visitado al especialista en los últimos 12 meses

| | |
|----------------------|-------------|
| Andalucía | 39,4 |
| Aragón | 43,1 |
| Asturias | 48,6 |
| Baleares | 47,3 |
| Canarias | 48,2 |
| Cantabria | 42,9 |
| Castilla y León | 47,0 |
| Castilla-La Mancha | 43,3 |
| Cataluña | 52,4 |
| Comunidad Valenciana | 48,7 |
| Extremadura | 44,6 |
| Galicia | 41,1 |
| Madrid | 54,1 |
| Murcia | 45,0 |
| Navarra | 40,2 |
| País Vasco | 38,0 |
| Rioja (La) | 46,7 |
| Total | 46,2 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)⁵².

cuencia, la derivación ocasional se convierte, finalmente, en un seguimiento continuado, no siempre justificado, del paciente por parte del especialista y sin relación con el médico de familia. Por ello, las cifras señalan que casi la mitad de la población es visitada por, al menos, un especialista en 1 año.

Por otra parte y, relacionado con la capacidad de resolver de la Atención Primaria y las derivaciones, disponemos de los datos de acceso por parte del médico de Atención Primaria a pruebas complementarias (tabla 21). Debemos entender que es un reflejo del funcionamiento de la AP, de la confianza que se tiene en ella y de su situación real como puerta de entrada al sistema. De alguna manera, indica si realmente se tiene la voluntad de que el médico de AP sea el «portero» del sistema, o sólo se le quiere para ejercer de «conserje».

Se observa una notable variabilidad. En algunas CCAA, como Canarias, Cantabria, La Rioja y Galicia (esta última aparentemente en vías de solución inmediata) la imposibilidad de solicitar pruebas por parte del médico de familia limita gravemente su capacidad de dar respuesta y demuestra una visión del sistema muy poco centrada en la AP.

Utilización de los servicios de urgencia

La accesibilidad representa una de las características importantes que se le exigen a la AP. La inmediatez es un valor social en alza y los servicios de salud no escapan a esa demanda.

La utilización de los servicios de urgencias, aunque está claramente condicionada por múltiples parámetros que dificultan su interpretación, puede ser un indicador indirecto de la calidad y, sobre todo, accesibilidad de la AP. Disponemos de los datos de utilización de urgencias declarados en la ENS de 2003.

La tabla 22 refleja el porcentaje de pacientes que en el año 2003 declararon haber utilizado el servicio de ur-

gencias en los últimos 12 meses. La media nacional fue del 28%, siendo Baleares, Galicia y la Comunidad Valenciana las CCAA en las que la población presentó una utilización más alta (superior al 32%) y, La Rioja, el País Vasco y Canarias las que presentaron un porcentaje más bajo (inferior al 24%).

La media declarada de visitas a urgencias en los últimos 12 meses es de 1,95. Cuando se acudió a un servicio de urgencias, casi en el 90% de los casos se optó por el sistema público. Más de la mitad de las veces se fue directamente al hospital argumentando que «hay más medios», en el 37,6% de los casos y, que no coincidía con el horario del médico de cabecera, en el 36,2%.

Como se observa, existe una alta utilización de los servicios de urgencias por iniciativa propia que es acorde con la alta utilización global de los servicios sanitarios. La atracción tecnológica del hospital es el primer argumento para acudir a las urgencias hospitalarias. Por ello, debe considerarse, al menos en parte, un error pensar que una mayor utilización de los servicios de urgencias es indicativo de la falta de accesibilidad o resolución de los dispositivos de los EAP.

La no coincidencia horaria es el segundo gran argumento. La longitudinalidad, una de las características definitorias de la AP, no resulta una prioridad para una parte importante de la población que parece preferir una mayor accesibilidad en lugar de longitudinalidad. Probablemente, obedece a un perfil de usuario, más joven y sin patologías crónicas. Habría que plantearse si es necesario reorientar la organización de los servicios de AP para dar respuesta diferenciada a este tipo de demanda.

Condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios

Las denominadas condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios o ACSC se han propuesto como un indicador indirecto de la capacidad resolutoria de la AP. Como casi todos los indicadores complejos, está sujeto a la influencia de muchas variables pero, dentro del conjunto de indicadores, puede resultar de ayuda para detectar situaciones que se alejen de la media y que sería necesario interpretar en su justo contexto⁹⁴.

Los datos de los ACSC pueden obtenerse a partir de los datos del CMBD de los hospitales, que está unificado en todo el territorio español. Sin embargo, ésta no es una base de datos disponible de forma abierta y no nos ha sido posible disponer de ella. Hasta ahora no se han publicado datos comparados de hospitalizaciones por ACSC en las distintas CCAA.

En los diferentes trabajos publicados en España, se observan porcentajes de hospitalizaciones por ACSC del 6% (8 hospitales de Murcia, 1999-2000), 12,4% (1 hospital de tercer nivel de Madrid en 2000) y 18,1% en menores de 15 años (todos los hospitales de Cataluña, 1998-1999)⁹⁵. Los datos no son comparables dado que se emplearon listados de ACSC distintos y las propias características de los centros eran diferentes. A pesar de ello, el elevado porcentaje de hospitalizaciones por ACSC que

TABLA 21 Acceso habitual a pruebas por parte del profesional de Atención Primaria por CCAA

| | Mamografía | | Ecocardiografía | | Tomografía computarizada (TC) | | Anatomía patológica | |
|----------------------|------------------------|--|------------------------|--|---|---|------------------------|--|
| | Accesibilidad habitual | Observaciones | Accesibilidad habitual | Observaciones | Accesibilidad habitual | Observaciones | Accesibilidad habitual | Observaciones |
| Andalucía | SÍ | | NO | | SÍ | Sólo profesional de unidad de gestión clínica | SÍ | |
| Aragón | SÍ | No en todos los sectores | NO | | SÍ (lumbosacra y craneal protocolizada) | No en todos los sectores | | |
| Asturias | SÍ | | NO | | En alguna área sanitaria | | SÍ | |
| Baleares | SÍ | | NO | | NO | | SÍ | |
| Canarias | NO | | NO | | NO | | SÍ | |
| Cantabria | SÍ-NO | | NO | | NO | | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | SÍ | Mediante protocolo con AH | SÍ | Mediante protocolo con AH | SÍ | |
| Castilla y León | SÍ | | SÍ | | SÍ | Protocolizada en algunas áreas de salud | SÍ | |
| Cataluña | SÍ-NO | | SÍ | | SÍ | | SÍ | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | En 12 (de 20) departamentos de salud | SÍ | En 17 (de 20) departamentos de salud | SÍ | En 9 (de 20) departamentos de salud | NO | |
| Extremadura | SÍ | | SÍ | Algunos centros con protocolo | SÍ | Algunos centros con protocolo | SÍ | |
| Galicia | NO | A partir diciembre 2007, con protocolo | NO | A partir diciembre 2007, con protocolo | NO | A partir diciembre 2007, con protocolo | NO | A partir diciembre 2007, con protocolo |
| Madrid | SÍ | | NO | | SÍ | Mediante consultor | SÍ | |
| Murcia | | | | | | | | |
| Navarra | SÍ | Bajo protocolo | NO | | SÍ | Bajo protocolo | SÍ | Si desarrolla cirugía menor |
| Pais Vasco | | | | | | | | |
| La Rioja | NO | | NO | | NO | | SÍ | |
| Ceuta y Melilla | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

se observa parece indicar un marco de mejora realmente importante.

Sin embargo, si observamos las hospitalizaciones por asma (una de las ACSC) en España en relación con países de nuestro entorno, vemos que España (figura 19) se sitúa en valores inferiores a la media.

Si valoramos en conjunto los datos disponibles en cuanto a la capacidad resolutoria, podemos concluir, atendiendo a un nivel de derivaciones que parece hallarse en situaciones intermedias y a la tasa de hospitalizaciones por asma que es discretamente inferior a la media, que el nivel resolutorio del sistema español se sitúa en valores intermedios en relación a los países de nuestro entorno. Debe mejorar la elevada cifra de pacientes derivados que quedan «secuestrados», innecesariamente, por los especialistas.

Por otra parte, el uso elevado de los servicios de urgencias no parece ser tanto consecuencia de una baja resolución de la AP, sino más bien de un determinado

patrón de utilización de servicios presente en todo el sistema.

Valoración global de los resultados

España se sitúa entre los primeros países en cuanto a esperanza de vida (77 años en hombres y 83,5 años en mujeres) y en un rango intermedio en cuanto a percepción de buena salud (el 71 % refiere tener un estado de salud bueno o muy bueno). Navarra, Madrid y La Rioja son las CCAA que presentan una EV y una EVLD más alta.

Existen diferencias entre CCAA pero son clínicamente poco valorables; las mayores diferencias se refieren a la percepción de buena salud.

Uno de los elementos que afectan a la percepción de salud es la presencia de enfermedades crónicas. España tiene unas cifras medias de prevalencia de hipertensión e hipercolesterolemia y unas cifras muy elevadas de diabetes. Aunque el tabaquismo también es elevado, las cifras

TABLA 22 Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses por CCAA y por grupo de edad

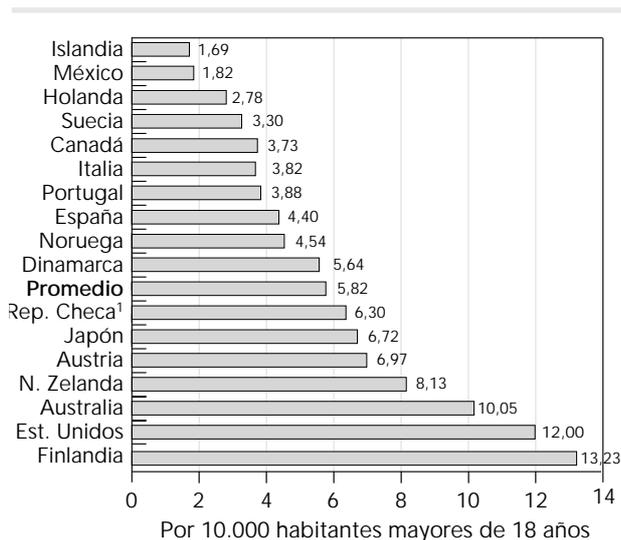
| | Total población | De 0 a 15 años | De 65 y más años |
|--------------------|-----------------|----------------|------------------|
| Andalucía | 29,1 | 33,8 | 38,5 |
| Aragón | 27,5 | 38,6 | 25,9 |
| Asturias | 29,1 | 37,8 | 37,2 |
| Baleares | 35,1 | 41,9 | 33,4 |
| Canarias | 23,9 | 24,2 | 26,7 |
| Cantabria | 26,6 | 31,4 | 32,4 |
| Castilla y León | 28,5 | 31,8 | 33,8 |
| Castilla-La Mancha | 24,1 | 32,8 | 23,7 |
| Cataluña | 28,4 | 34,2 | 30,7 |
| C. Valenciana | 32,2 | 43,7 | 30,8 |
| Extremadura | 30,3 | 41,8 | 36,3 |
| Galicia | 33,0 | 40,0 | 34,1 |
| Madrid | 25,5 | 36,3 | 32,6 |
| Murcia | 30,9 | 32,4 | 37,0 |
| Navarra | 25,0 | 31,2 | 28,1 |
| País Vasco | 23,0 | 28,3 | 27,9 |
| La Rioja | 14,9 | 26,0 | 12,8 |
| Ceuta y Melilla | 24,8 | 29,0 | 24,9 |
| Total | 28,2 | 35,2 | 32,0 |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷.

de cardiopatía isquémica son inferiores a las previsibles, cosa que no ocurre con el ACV y la IC. Las enfermedades crónicas respiratorias también presentan cifras medias.

El manejo y el grado de control de estas patologías parece situarse en niveles similares a los de los países de nuestro entorno (aunque la información disponible es bastante escasa) y no disponemos de datos para establecer comparaciones entre CCAA.

Globalmente, la demanda en AP se ha ido incrementando de forma paulatina, en parte por el aumento de la prevalencia y las necesidades de las patologías crónicas, pero también por una utilización excesiva de los



Fuente: OCDE (2007)⁵

FIGURA 19 Ingresos por asma por 10.000 habitantes mayores de 18 años, 2005.

servicios sanitarios que, en España, supera en casi cuatro veces a la utilización en Suecia. En ello influye el que la accesibilidad es un valor prioritario y las facilidades para acceder al médico son absolutas.

La prevalencia de depresión en España es notablemente inferior a la de los países de nuestro entorno. Existen diferencias marcadas en la depresión declarada por los pacientes entre CCAA, siendo las cifras claramente más elevadas en Galicia y Asturias. El consumo de antidepresivos ha crecido de forma espectacular, multiplicándose por 10 en los últimos 15 años y situándose en cifras medias respecto de Europa, pero muy por encima de países con tasas de depresión similares a las nuestras. En cuanto al suicidio, el comportamiento es similar: cifras muy bajas en relación al resto de la OCDE, con variabilidad en las distintas CCAA, siendo también más altas en Galicia y Asturias. Todas las CCAA presentan tasas más elevadas en hombres que en mujeres.

Las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en España están creciendo, a pesar de que siguen siendo de las más bajas de la UE. Este incremento parece deberse al aumento tanto de su registro como de la población de jóvenes inmigrantes. Se observan diferencias autonómicas en las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo y utilización de anticoncepción de emergencia (AE), aunque sin ninguna relación entre ellas. Esta situación parece deberse a diferencias en las conductas sexuales y en las políticas en la dispensación de la AE. Únicamente en nueve CCAA se financia la AE total o parcialmente.

En relación a otros países europeos, España presenta tasas de cáncer de mama y cuello de útero inferiores y cifras declaradas por la población de realización de mamografía y citología superiores. Esto puede deberse a que todas las CCAA cuentan con programas de detección precoz de cáncer de mama bien establecidos y a que algunas disponen también de programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero, en su mayoría de cribado oportunista. La alta correlación observada entre el porcentaje de mujeres que se ha realizado una mamografía y el que se ha realizado una citología puede reflejar la realización de ambas pruebas en un mismo «paquete preventivo» (especialmente en el caso del cribado oportunista) pero, también la existencia de «culturas preventivas» diferentes entre las CCAA.

Las cifras de cobertura vacunal en España se sitúan por encima de la mayoría de los países de la OCDE, si bien la comparación entre países presenta importantes limitaciones, como la existencia de diferentes políticas y calendarios vacunales y una metodología de recogida de la información no comparable.

En España, el porcentaje de población que fuma es superior a la media de los países de la OCDE, observándose en los últimos años un incremento de la tasa en el sexo femenino. El consumo de alcohol en España también es superior a la media de la OCDE, sin embargo, en los últimos años se observa una tendencia decreciente. Extremadura y el País Vasco presentan el porcentaje más alto de bebedores excesivos de alcohol.

Al igual que sucede en la mayoría de los países desarrollados, en los últimos años se aprecia un incremento progresivo en la prevalencia de obesidad en España, si bien el porcentaje es inferior a la media de la OCDE.

España presenta un gasto sanitario per cápita inferior a la media de los países de la OCDE, sin embargo, es el cuarto país en gasto farmacéutico per cápita, después de Estados Unidos, Canadá y Francia. Los antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]) son el tercer subgrupo terapéutico más prescrito, después de los inhibidores de la HMG CoA reductasa y los inhibidores de la bomba de protones. La prescripción de genéricos es superior en Andalucía, Madrid y Cataluña e inferior en Canarias, Galicia y la Comunidad Valenciana.

Hasta la actualidad, mejorar el proceso de gestión de la IT no ha sido una de las principales prioridades de los sistemas de salud ni de los profesionales de AP. Esta situación origina una gran variabilidad en las cifras de IT y, por tanto, permite un gran margen de mejora en su gestión. Las razones de ello son muy diversas. Las administraciones sanitarias no han dedicado grandes esfuerzos debido a que la mejor gestión de la IT, a diferencia de la mejora en la gestión farmacéutica, no tiene un impacto directo en la financiación. Los profesionales tienen la percepción de que tienen que mantener un circuito burocrático que podría simplificarse. Ante la falta de recursos sociales en el sistema, la prescripción de la IT se utiliza, en ocasiones, como una solución a un problema más social que sanitario. Todos estos factores han contribuido a que exista entre la población la percepción de que conseguir una IT puede resultar fácil, e incluso de que es un derecho, en lugar de entenderla como una prescripción facultativa.

España parece situarse en una posición intermedia en relación a otros países de nuestro entorno en cuanto a capacidad resolutoria. Los resultados reflejan un nivel de derivaciones intermedio y una tasa de hospitalizaciones (en el caso del asma) ligeramente inferior a la media. Sorprende el hecho de que casi la mitad de la población es atendida en 1 año por un especialista. Estas cifras probablemente indican un «secuestro» innecesario por parte del especialista de pacientes que habrían de continuar el seguimiento en AP.

El patrón de consumo de servicios presente en todo el sistema sanitario se refleja también en un uso elevado de los servicios de urgencias hospitalarios, si bien en esta elevada utilización parece influir más la atracción que el hospital ejerce sobre la población (atención inmediata y acceso a alta tecnología) que una baja resolución por parte de AP.

Algunas propuestas prácticas

La sanidad está inmersa en un profundo cambio social que está modificando los valores y expectativas sociales respecto al sistema sanitario. Los principales fenómenos que caracterizan este cambio son: el aumento de la esperanza de vida, el incremento de la prevalencia de

enfermedades crónicas y de la comorbilidad y la aparición de un usuario informado con expectativas sociales muy altas. En general, un mayor nivel de desarrollo se asocia a mejor salud, mayor expectativa sanitaria y peor percepción de salud⁵¹.

Estos cambios originan una mayor demanda sanitaria y un patrón exagerado de medicalización y consumo de servicios sanitarios. La AP no es ajena a la propia dinámica del sistema social y por ello se ve obligada a responder, de manera sostenible, a dichos cambios, siendo necesario un replanteamiento en la prestación de algunos de los servicios que realiza. A ello se añade la obligación ética de evaluar cómo las intervenciones que se implementan (sean curativas o preventivas, asistenciales u organizativas) contribuyen a mejorar la salud de las personas y de las comunidades. Para ello, resulta imprescindible disponer de un sistema de información sanitario fiable.

Un aspecto que queda patente en el análisis realizado es la insuficiencia de información comparable entre las diferentes CCAA. El Plan de Calidad establece como objetivo prioritario el desarrollo de un Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Información Sanitaria, es el encargado de diseñarlo e implementarlo. Sin embargo, toda esta estrategia está aún en fases muy iniciales, ya que no ha sido hasta el año 2007 cuando se ha presentado al Consejo Interterritorial el documento de «Indicadores clave del SNS»⁹⁶.

Este marco de referencia determina que las recomendaciones planteadas se encaminen a dos grandes líneas estratégicas:

- Reorientación del modelo actual de AP para adecuarse a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales del entorno.
- Implementación de un Sistema de Información del SNS integral, comparable, transparente y accesible que permita evaluar los resultados del sistema y de la AP.

1. Reorientación del modelo actual de Atención Primaria para adecuarse a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales del entorno

Para dar respuesta a las necesidades y expectativas del entorno social actual, la AP necesita replantear algunos de los servicios que actualmente está prestando y que han generado una hipertrofia de las consultas de crónicos, un exceso de demanda aguda (en ocasiones banal) que se exige que sea resuelta de manera inmediata, parches sanitarios a problemas de índole social, un exceso de actividades preventivas no siempre basadas en la evidencia científica y una medicalización de problemas banales que forman parte del ciclo vital y no habrían de contactar con el sistema sanitario.

Ante esta situación, es imprescindible impulsar estrategias orientadas a mejorar la continuidad, la inte-

gralidad y la longitudinalidad asistencial, así como desarrollar nuevas formas asistenciales menos «medicalizadoras» que las existentes en la actualidad. Algunas recomendaciones dirigidas a este fin podrían ser las siguientes:

1. Implementar estrategias de sustitución entre niveles y entre profesionales. Algunas de las intervenciones que realiza el nivel hospitalario serían más costo-efectivas en AP, pero también algunas de las actuaciones realizadas por el médico podrían ser resueltas con igual efectividad por una enfermera, un trabajador social u otro profesional cualificado. Para poderlo desarrollar con éxito, es necesario:

- **Redefinir nuevos roles** en los colectivos existentes. Es especialmente destacable el protagonismo que tiene que tener la enfermería en el seguimiento de la patología crónica (enfermeras de enlace, gestoras de casos o enfermeras de centros telefónicos de seguimiento de patologías crónicas), pero también en la resolución de la atención aguda (primera atención de la demanda espontánea del centro, enfermeras para la atención rápida e inmediata del tipo *walk-in centres* del National Health Service, etc.)^{54,55}
- **Impulsar nuevos modelos de atención a las patologías crónicas**, siguiendo el modelo de la Kaiser Permanente (<http://www.kaiserpermanente.org>). Este modelo potencia, en función del riesgo del paciente crónico, diferentes estrategias de atención: autocuidado, gestión de patologías o gestión de casos.
- **Potenciar el papel del ciudadano como agente de salud.** Nos encontramos con un nuevo modelo de ciudadano, más informado, que quiere responsabilizarse de su propia salud y participar en la toma de decisiones sobre su cuidado y en la ponderación de los riesgos y beneficios para su salud. Pero, además, este ciudadano también puede convertirse en un agente del sistema sanitario: un paciente «experto» que ayuda a otros pacientes que presentan la misma enfermedad. Existen experiencias en CCAA como Cataluña en las cuales pacientes «expertos» en su patología crónica (p. ej., insuficiencia cardíaca) se convierten en agentes de salud de otros pacientes que presentan su misma enfermedad con la finalidad de mejorar el autocuidado. No olvidemos que quien más sabe de cómo afecta su enfermedad a su calidad de vida es el propio paciente.

2. Definir e implementar un modelo integrado de atención social y sanitaria. El modelo de provisión fragmentada (atención especializada, AP, servicios sociales, salud mental, etc.) debe evolucionar. Es necesario ir más allá de la colaboración y de la coordinación y apostar definitivamente por un verdadero modelo de integración sociosanitaria.

3. Implementar medidas preventivas que estén basadas en el más alto nivel de evidencia científica disponible. Existen desacuerdos sobre cómo afrontar los factores de riesgo entre los diferentes textos y guías

de tratamiento, dependiendo del colectivo de profesionales que los elaboren y de los intereses que sustenten su publicación. Sirva como ejemplo el debate generado en relación a la vacuna del virus del papiloma humano. Por ello, es imprescindible fundamentar las intervenciones que se deben realizar en la más alta evidencia científica disponible y evaluar la contribución que suponen en cuanto a mejora en salud de la población.

4. Mejorar la gestión de las prestaciones de incapacidad temporal y farmacia. La gran variabilidad existente en el «consumo» de prestaciones como incapacidad temporal o farmacia permite suponer que existe un margen de mejora importante. Algunos elementos que podrían facilitar la gestión serían:

- **Realizar cambios en el circuito actual de tramitación semanal de partes de confirmación**, que responda a una necesidad pasada y que ha de adaptarse a los requerimientos actuales.
- **Reducir la burocratización de la prescripción farmacéutica**, agilizando la implantación de la receta electrónica, posibilitando la multiprescripción de fármacos y eliminando visados de algunos fármacos comunes en AP.
- **Elaborar e implementar guías clínicas y terapéuticas, compartidas entre niveles asistenciales e integradas en la historia clínica informatizada**, que sirvan de ayuda al profesional de AP para mejorar la calidad de la prescripción (incluyendo calidad de diagnóstico, calidad del medicamento y adecuación del medicamento a la indicación).

5. «Desmedicalizar» las demandas asistenciales de baja complejidad. Cada vez son más intolerables para la sociedad actual la angustia y la ansiedad asociadas a algunas situaciones que previamente se consideraban propias del acontecer vital (menopausia, envejecimiento, duelo, etc.) o a las cuales se daba respuesta sin contactar con el sistema sanitario. Todo ello se traduce en un incremento de la demanda médica, a la cual se responde frecuentemente con fármacos, baja laboral, visita a urgencias o derivación al especialista. Es imprescindible ofrecer respuestas menos medicalizadas a estas demandas, para mejorar la relación coste-efectividad de la intervención e incluso la seguridad para el paciente, ya que las intervenciones sanitarias no son inocuas siempre. Podrían servir como ejemplo algunas de las propuestas descritas en el punto 1, ya que intentan ofrecer la atención en niveles cada vez menos agresivos (primaria frente a hospital, médico de familia frente a especialista, enfermera frente a médico, paciente frente a enfermera).

6. Realizar un debate social en el cual se analice la sostenibilidad actual del modelo de AP (de acuerdo a las necesidades, expectativas y recursos disponibles), y se aborde la factibilidad de establecer mecanismos de modulación de la demanda. Estos mecanismos tendrían que garantizar la accesibilidad de las personas con necesidades reales, pero también limitar o dificultar la medicalización y el «consumo» innecesario

de recursos sanitarios (visitas, pruebas diagnósticas, pastillas, etc.) en el caso de problemas banales que no requieren ninguna actuación sanitaria específica.

2. Implementación de un Sistema de Información del SNS integral, comparable, transparente y accesible que permita evaluar los resultados del sistema y de la Atención Primaria

La Ley General de Sanidad y, más recientemente, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud introducen el principio de información como herramienta clave para mejorar la calidad de nuestro sistema de salud. La Estrategia 12 del Plan de Calidad tiene como objetivo diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible⁹⁷.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Información Sanitaria, es el encargado de establecer el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS). La principal fuente de información son las CCAA, que deben validar y remitir los datos en el plazo y formato definidos. La estrategia se concreta en cuatro proyectos: definición de los indicadores clave, creación del banco de datos del SNS, mejora e integración de los subsistemas de información existentes y plan de acceso a datos y difusión de la información obtenida.

Sin embargo, esta estrategia está aún en fases muy iniciales, ya que fue durante el año 2007 cuando se presentó al Consejo Interterritorial el documento de «Indicadores clave del SNS». La propuesta de indicadores incluye una selección consensuada por las diferentes administraciones del Consejo Interterritorial que abarca los aspectos considerados más relevantes de la información relacionada con la salud y el sistema sanitario español, ofreciendo una visión integral de la asistencia prestada. Se incluye información sobre las prestaciones y la cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada, e incorpora datos relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, prestaciones, financiación y resultados obtenidos, así como las expectativas y opinión de los ciudadanos.

Algunas de las causas que dificultan la comparabilidad son la existencia de diferentes estructuras (demográficas, territoriales y modelos organizativos), prioridades y velocidades en el desarrollo en materia de TIC. También contribuye la falta de homogeneización en indicadores clave, criterios de clasificación y provisión de la información; y el mantenimiento de un conjunto de subsistemas de información que proveen información aislada y no permiten obtener un conocimiento integrado de las acciones sanitarias sobre los problemas de salud.

Por todos estos motivos, resulta imprescindible impulsar e implementar un Sistema de Información Sanitario que realmente incluya resultados alineados con los objetivos y estrategias propios de la AP, que contribuyan a aumentar el conocimiento, facilitar la toma de decisiones en este nivel y permitir el intercambio de experiencias (*benchmarking*) entre comunidades. La existencia de patrones de referencia permite «mirar» hacia la excelencia y ayuda a conocer el posicionamiento propio en el entorno.

Sería recomendable que este sistema de información cumpliera los siguientes requisitos:

- 1. Indicadores que informen de cómo lo hacemos, cuánto cuesta y qué resultados obtenemos**, evitando limitar la información a cuánto hacemos. No olvidemos que lo que medimos tiene una gran influencia en lo que obtenemos.
- 2. Calidad, fiabilidad y rigurosidad en la provisión de información que permita la comparabilidad**. Esto implica homogeneidad en la definición de los sistemas de codificación y clasificación, los estándares de comparación y las variables de ajuste (factores demográficos, de morbilidad, de riesgo, etc.).
- 3. Seguridad y privacidad de la información**.
- 4. Transparencia y accesibilidad de la información**. Esto supone que los procesos han de estar informatizados y la información debe encontrarse permanentemente accesible y disponible para sus diferentes usuarios: autoridades sanitarias, profesionales, ciudadanos y organizaciones del ámbito sanitario.
- 5. Beneficios tangibles para profesionales e instituciones**, imposibles de alcanzar con sistemas aislados. Algunos ejemplos serían la generación de conocimiento científico y epidemiológico, la incorporación de alertas sobre problemas de salud que puedan aparecer o intensificarse o la posibilidad de intercambiar experiencias (asistenciales, organizativas, tecnológicas, etc.).
- 6. Índices sintéticos de resultados en salud**, mediante un sistema de valoración de tipo resumen, que facilite la comparación y permita valorar fácilmente la calidad global de la atención, y también identificar aspectos concretos de mejora.
- 7. Información que permita realizar estudios de investigación evaluativa que relacionen los resultados en salud con el funcionamiento general del sistema sanitario**. Se observa con frecuencia que se incorporan al sistema sanitario nuevas intervenciones (preventivas, diagnósticas y terapéuticas) sin que hayan sido evaluadas su efectividad y eficiencia para la salud de las poblaciones.

Recomendaciones

- Para poder dar respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos y sociales del entorno, la AP necesita replantear la prestación de servicios que realiza, desburocratizar algunos de los procesos asistenciales, ofrecer respuestas menos medicalizadas a demandas menos complejas e implementar nuevos modelos organizativos de atención.
- Los modelos clásicos de provisión fragmentada de niveles (primaria, especializada, servicios sociales, salud mental, etc.) han de evolucionar, garantizando el *continuum* asistencial, la longitudinalidad y la integridad de la atención. Se han de implementar estrategias de sustitución entre niveles y profesionales, redefinir nuevos roles a las profesiones existentes (siendo especialmente destacable el papel de enfermería), incorporar nuevos agentes de salud (p. ej., pacientes expertos en patologías crónicas), implementar nuevos modelos de atención y gestión del riesgo (estrategias de autocuidado, gestión de patologías, gestión de casos) y avanzar hacia una verdadera integración de la atención social y sanitaria.
- Se ha de garantizar que la implementación de las diferentes estrategias priorizadas (preventivas, diagnósticas, terapéuticas u organizativas) se realiza equitativamente, se fundamenta en el más alto nivel de evidencia científica disponible y se evalúa el grado de mejora en salud que genera.
- Es necesario establecer un debate social en el que se analice la sostenibilidad actual del modelo de AP (de acuerdo con las necesidades, expectativas y recursos disponibles) y se aborde la factibilidad de establecer mecanismos de modulación de la demanda de modo que, garantizando la accesibilidad de las personas con necesidades reales, se limite o dificulte un exceso de medicalización y de consumo de servicios.
- Es imprescindible implementar de manera efectiva un Sistema de Información que permita la comparabilidad entre CCAA, tal y como, todavía incipientemente, está impulsando el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Instituto de Información Sanitaria. Este sistema de información ha de ser fiable, transparente y accesible, debe aportar beneficios tangibles para profesionales e instituciones (imposibles de alcanzar con sistemas aislados) y tiene que permitir la realización de estudios de investigación evaluativa que relacionen los resultados en salud con el funcionamiento general del sistema sanitario.

Bibliografía

1. Caminal J, Martín A y Grupo del Acuerdo de Bellaterra. Sobre la contribución de la Atención Primaria a la capacidad resolutoria del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria*. 2005;36: 456-61
2. Ruiz Téllez A. Medida del producto sanitario en Atención Primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8(Supl 1):29-32.
3. Prados A. Sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios. Libro del año de Medicina Familiar y Comunitaria 1997. Madrid: Saned, 1997.
4. Serrat J, Sicras A, Llopart JR, Navarro R, Codes J, González JA. Estudio comparativo de la eficiencia, medida a partir de los Ambulatory Care Groups, entre 4 centros de salud. *Aten Primaria*. 2006;38:275-82.
5. OECD Health Data 2007. OECD Indicators. Disponible en: <http://puck.sourceoecd.org>
6. Eurostat Yearbook 2006-07. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Encuesta Nacional de Salud 2003. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2003/home.htm>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Series 1981-2004: Mortalidad por causa de muerte, España y comunidades autónomas. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/seriesTablas.htm>
9. Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Coberturas de vacunación. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunasProfesionales.htm>
10. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Datos provisionales de facturación de farmacia. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/home.htm>
11. Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SI-SAP). Resultats dels indicadors de l'Acord de Gestió. Institut Català de la Salut. 2007.
12. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy life. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
13. Gutiérrez Fisac JL, Regidor Poyatos E. Esperanza de vida libre de discapacidad: un indicador del estado de salud global. *Med Clin (Barc)*. 1991;96(12):453-5.
14. Instituto Nacional de Estadística (2007). Análisis y estudios demográficos. Tablas de mortalidad. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np472.pdf>
15. World Health Organization (Actualizado en 2007). Prevención del suicidio. Informes por países. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
16. Robine JM, Jagger C, Clavel A, Romieu I. Disability- Free Life Expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003. European health expectancy monitoring unit (EHEMU) Techni-

- cal Report 1. 2004. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_08_rep1_en.pdf
17. Instituto Nacional de Estadística (1999). Encuesta de discapacidades, deficiencias y estados de salud. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm#3
 18. Harris T, Kover MG, Suzman R, Kleinman JC, Feldman JJ. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *Am J Public Health*. 1989;79:698-702.
 19. Branch LG, Jette A. A prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *Am J Public Health*. 1982;72:1373-9.
 20. Kaplan G, Bavell V, Lusky A. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol Soc Sci*. 1988;43:1145-205.
 21. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud, 2003. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm#3
 22. Ostbye T, Yarnall L, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3:209-14.
 23. Medrano M, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:606-12.
 24. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States. *JAMA*. 2003;289:2363-9.
 25. Coca A, Dalfó A, Esmatjes E, Llisterri JL, Ordóñez J, Gomis R, et al. Tratamiento y control del riesgo cardiovascular en Atención Primaria en España. Estudio PREVENCAT. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:201-5.
 26. Coca A. Evolución del control de la hipertensión arterial en Atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. *Hipertensión*. 2005;22:5-14.
 27. Banegas JR. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión*. 2005; 22:353-62.
 28. Sans S, Puigdefabregas A, Paluzie G, Monterde D, Balaguer-Vintró I. Increasing trends of acute myocardial infarction in Spain: the MONICA-Catalonian study. *Eur Heart J*. 2005; 26:505-15.
 29. Walley T, Folino-Gallo P, Schwabe U, Van Ganse E. On behalf of the EuroMedStat group. Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases. *BMJ*. 2004;328:385-6.
 30. Evans A, Tolonen H, Hense HW, Ferrario M, Sans S, Kuulasmaa K. WHO Monica Project. *Int J Epidemiol*. 2001;30(Suppl 1):S35-40.
 31. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes Atlas. 2.ª ed, 2003. Disponible en: <http://www.eatlas.idf.org/webdata/docs/Atlas%202003-Extracto.pdf>
 32. Mainous AG, Diaz VA, Saxena S, Baker R, Everett CJ, Koopman RJ, et al. Diabetes management in the USA and England: comparative analysis of national surveys. *J R Soc Med*. 2006;99:463-9.
 33. de la Calle H, Costa A, Díez-Espino J, Franch J, Godoy A. Evaluación del cumplimiento de los objetivos de control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Estudio TranSTAR. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:446-50.
 34. López IM, Díez A, Velilla S, Rueda A, Álvarez A, Pastor CJ. Prevalence of diabetic retinopathy and eye care in a rural area of Spain. *Ophthalmic Epidemiol*. 2002;9:205-14.
 35. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006; 20 (supl 1):15-24.
 36. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 1999;353:1547-57.
 37. Cleland JGF, Khand A, Clark A. The heart failure epidemic: exactly how big is it? *Eur Heart J*. 2001;22:623-6.
 38. Hedberg P, Lönnberg I, Jonason T, Nilsson G, Pehrsson K, Ringqvist I. Left ventricular systolic dysfunction in 75-years-old men and women. A population-based study. *Eur Heart J*. 2001;22:676-83.
 39. Muñoz J, Crespo MG, Castro A. Insuficiencia cardíaca en España. Epidemiología e importancia del grado de adecuación a las guías de práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2006;6 Supl:2F-8F.
 40. Rodríguez Artalejo F, Guallar P, Banegas JR, del Rey Calero J. Variación geográfica en las hospitalizaciones y en la mortalidad por insuficiencia cardíaca congestiva en España, 1980-1993. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:776-82.
 41. Rodríguez-Roca GC, Barrios V, Aznar J, Llisterri JL, Alonso FI, Escobar C, et al. Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica asistidos en atención primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp*. 2007;207: 37-40.
 42. Muntwyler J, Cohen-Solal A, Freemantle N, Eastaugh J, Cleland JG, Follath F. Relation of sex, age and concomitant diseases to drug prescription for heart failure in primary care in Europe. *Eur J Heart Fail*. 2004;6:663-8.
 43. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:159-66.
 44. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*. 2006;28:523-32.
 45. Carvajal Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales-Suárez M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J, et al. Geographic Variation in the Prevalence of Asthma Symptoms in Spanish Children and Adolescents. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3, Spain. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:659-66.
 46. GINA. Global strategy for asthma management and prevention 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.com/download.asp?intId=308>
 47. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aiach P. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:416-20.
 48. Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ*. 2002; 324:859-60.
 49. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique*. Mars 1999. Disponible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
 50. Gervas J, Caminal J y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:7-13.
 51. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med*. 1988; 318: 414-8.
 52. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro sanitario 2005. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
 53. Bodenheimer T. Primary care - Will it survive? *N Engl J Med*. 2006;355:861-4.

54. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819-23.
55. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2003; 53:53-9.
56. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol*. 2003;10(5):471-7.
57. ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109 (Supl. 420):21-7.
58. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clín (Barc)*. 2006;126(12):442-51.
59. Cano A. El impacto de la ansiedad. *Revista Española de Economía Salud*. 2003;2(2):70-2.
60. Legrain M, Lecomte T. La consommation des psychotropes en France et dans quelques pays européens. *T Bull Acad Natl Med*. 1997;181:1073-84.
61. Alonso MP, de Abajo FJ, Martínez JJ, Montero D, Martín-Serrano G, Madurga M. Evolución del consumo de antidepresivos en España. Impacto de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. *Med Clín (Barc)*. 1997;108:161-6.
62. Ruiz-Doblado S, Caraballo-Camacho M de L. Pharmacoeconomic patterns of antidepressant prescribing in primary care in rural Spain (1995-1999). *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48:71-7.
63. Díaz A, López A, Ruiz-Clavijo M, Vargas M. Cambios en el consumo de antidepresivos en el área de salud de Zamora de 1996 a 1999. *Aten Primaria*. 2001;28:333-9.
64. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.
65. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37-47.
66. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información de Atención Primaria del SNS. Atención a la mujer, 2006 http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/1_2_OrganizacionAtencionalaMujer2006.pdf
67. Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/novedades/docs/interrupcion2006.pdf>
68. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
69. Austoker J. Breast cancer screening and the primary care team. *BMJ*. 1990;300:1631-4.
70. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(4):CD 001877.
71. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC. CancerBase No. 5. version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004. Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/lio>
72. Instituto de Salud Carlos III. Área de Epidemiología ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología Mortalidad por cáncer y otras causas, 2005. Disponible en: <http://cne.isciii.es/htdocs/cancer/cancer1.htm>
73. Instituto de Salud Carlos III. La situación del cáncer en España, 2005. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/cancer-msc.pdf>
74. Instituto de Salud Carlos III. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias n.º 34 Madrid, Noviembre de 2002. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Disponible en: http://ppc.cesga.es/files/doc_inform_mes_tecnicos/papanicolaou.pdf
75. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn M, et al. Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. *Br J Cancer*. 2004;91:935-41.
76. Ransohoff DF, Collins MM, Fowler FJ. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feed-back. *Am J Med*. 2002; 113:663-7.
77. Insalud. Subdirección general de coordinación administrativa. Programa de atención a las personas mayores. Madrid. 1999.
78. García-Bermejo S, Lekube K, Andikoetxea A, Solar M, Olaskoaga A. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria*. 1997;20:230-6.
79. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HF. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320:754-8.
80. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287:1022-8.
81. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. *BMJ*. 2001; 323: 708.
82. Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy*. 1998 Sep;45(3):175-86.
83. Kristiansen IS, Holtedahl K. Effect of the remuneration system on the general practitioner's choice between surgery consultations and home visits. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47:481-484
84. Tur A, Planas I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig-Junoy J (coordinador). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes Fundació Rafael Campalans nº 1. Barcelona, 2007.
85. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;167:363-4.
86. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario. Septiembre 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
87. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes de Salud de las CCAA, 2005. Disponibles en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>
88. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subgrupos ATC y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2005. IT del Sistema Nacional de Salud 2006; 20 (2) Disponible en: www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/subgruposAtc.pdf
89. Rogers JE, Wroe CJ, Roberts A, Swallow A, Stables D, Cantrill JA, Rector AL. Automated quality checks on repeat prescribing. *Br J Gen Pract*. 2003;53(496):838-44.
90. Straand J, Rokstad KS. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Fam Pract*. 1999;16(4):380-8.
91. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.
92. Aragónés R, Iglesias B, Casajuana J, Llach M, Guinovart C. Nivel de resolución de un equipo de atención primaria: el «cuánto» como indicador del producto, y el «qué» como ins-

- trumento de formación y mejora. Cuadernos de Gestión. 2003;9:217-24.
93. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. Occas Pap R Coll Gen Pract. 1992;56:1-75.
94. Gervás J, Starfield B, Minué S, Violán C y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007; 39:615-8.
95. 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;76:189-96.
96. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Marzo 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSan/SNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
97. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

3. Docencia y Formación en Atención Primaria

Concepció Violán Fors, Mireia Fàbregas Escurriola, Pablo Bonal Pitz, Verónica Casado Vicente

Puntos clave

- Sólo los efectos sobre el ámbito retributivo parecen tener preponderancia en los modelos de CP implantados en algunas CCAA, mientras que los efectos sobre el laboral y, especialmente, sobre el desarrollo profesional son prácticamente marginados.
- La promoción profesional debe tener efectos en el ámbito retributivo, laboral y en el desarrollo profesional.

Formación pregrado

- La Formación de Medicina de Familia en España se imparte en 26 de las 27 facultades de medicina, pero en sólo 3 facultades se imparte como asignatura obligatoria y en 11 como asignatura optativa.
- En 179 centros de salud se realiza formación de pregrado con 149 profesores asociados, 4 profesores titulares y 3 directores de cátedra.
- A pesar de la aprobación del Tratado de Bolonia sobre la Educación Superior Europea, a diferencia del resto de países de la Unión Europea, en España la universidad no acaba de reconocer académicamente a la Medicina de Familia, y se demora en contemplarla académica, administrativa y legalmente en igualdad con el resto de disciplinas.
- En la actualidad, las directrices generales de los planes de estudios establecen la «Enfermería Comunitaria» como una asignatura troncal necesaria para la obtención de la diplomatura por lo que la formación pregrado en Atención Primaria queda garantizada.

Formación posgrado

- En España, no existe un problema global de falta de especialistas, hay especialidades médicas que son

deficitarias, entre ellas medicina de familia y pediatría. Entre los factores que explican la falta de médicos, están los que **dependen de la población**: crecimiento demográfico por la inmigración, envejecimiento de la población (pluripatología y coordinación de niveles asistenciales); los que dependen de la complejidad de la **asistencia médica**: introducción de las nuevas tecnologías, actividades de prevención y medicalización de la sociedad; los que dependen de las **características del sistema sanitario**: incremento de la oferta de prestaciones sanitarias, aumento de las prestaciones asistenciales, normativa laboral, y factores que **dependen de los profesionales**: feminización de la profesión, envejecimiento de los profesionales, cambios en la expectativa económica y profesional de los médicos.

- Los recursos humanos y la estructura docente de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, en general, son buenos, aunque hay zonas deficitarias con excesivos residentes por tutor o con demasiados pacientes por médico de familia.
- En mayo de 2005 **entró en vigor** la nueva especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria cuyo programa formativo se encuentra en la actualidad en proceso de elaboración.

Desarrollo profesional continuado

- Es importante definir con claridad las diferencias que separan el Desarrollo Profesional Continuo Individual (DPCI), de los mecanismos de incentivación y motivación y carrera profesional.

Introducción

Un informe sobre la situación de la Atención Primaria en España no se puede abordar sin revisar cómo se realiza la formación de los profesionales sanitarios en relación a la salud comunitaria y a la investigación en Atención Primaria. Éstos son elementos clave para introducir cambios en el modelo asistencial actual de Atención Primaria. En este capítulo se revisan los planes de estudio de medicina, se refleja la ausencia de formación reglada en medicina de familia, la formación posgraduada en dicha especialidad y los planes de formación en el desarrollo profesional continuado y de enfermería, que, al contrario, incluyen la formación pregrado en enfermería comunitaria y que tendrá una continuidad posgrado con la nueva especialidad de enfermería familiar y comunitaria.

La información sobre los aspectos antes mencionados se obtuvo mediante la revisión bibliográfica en PubMed, Google y Scholar Google, con la estrategia de búsqueda que se indica a continuación:

PubMed:

“Spain”[MeSH]

“Universities”[MeSH]

“Internship and Residency” [MeSH]
 “Hospitals, University” [MeSH]
 “Education, Continuing” [MeSH]
 “Teaching” [MeSH]
 “Education, Medical, Continuing” [MeSH]
 “Education, Nursing, Continuing” [MeSH]
 “Education, Medical” [MeSH]
 “Education, Nursing” [MeSH]
 “Faculty, Medical” [MeSH]
 “Students, Medical” [MeSH]
 (“Primary Health Care” [MeSH] OR “Physicians, Family” [MeSH] OR “Family Practice” [MeSH] OR
 “Community Health Nursing” [MeSH] OR “Family Nursing” [MeSH])
 “Education, Medical, Undergraduate” [MeSH]
 “Education, Nursing, Diploma Programs” [MeSH]
 “Education, Nursing, Graduate” [MeSH]
 “Schools, Medical” [MeSH]
 “Teaching Materials” [MeSH]

Scholar Google:

Pregrado medicina familiar y comunitaria España.
 Pregrado enfermería España.
 Universidad medicina familiar y comunitaria.
 Universidad enfermería.
 Formación médica continuada medicina familiar y comunitaria España.
 Formación enfermera continuada España.
 Unidades docentes España memoria pregrado medicina familiar.
 Unidades docentes universidad España medicina familiar.
 Especialidades enfermeras.

Google:

Pregrado medicina familiar y comunitaria España.
 Pregrado enfermería España.
 Formación médica continuada medicina familiar España.
 Universidad enfermería.
 Especialidades enfermeras.

El capítulo se desarrolla en tres apartados diferentes de forma independiente: formación pregrado, formación posgrado, desarrollo profesional continuado e investigación.

Formación pregrado (Medicina de Familia y universidad)

Medicina

Introducción

Los avances en Medicina tienen su base en la relación con la universidad. Podemos considerar que desde sus inicios, con las primeras universidades, se estableció uno de los binomios científico-profesionales más sólidos desde que se crearon las primeras estructuras universitarias en el mundo occidental. En las facultades de medicina, durante mucho tiempo, los conocimientos y razonamientos que debía saber hacer un médico, eran enseñados y transmitidos por otros médicos. Antes de los grandes cambios de la medicina de finales del siglo XIX y principios del XX, la docencia universitaria médica se basaba en los hospitales de beneficencia, y era imparti-

da por competentes médicos de su época. La transmisión de estas técnicas y conocimientos, con un gran componente empírico, no presentaba la magnitud de los contenidos actuales y, en general, el profesorado de las facultades de medicina se aproximaba mucho más a los que hoy consideramos médicos de cabecera o de familia que a los denominados especialistas hospitalarios, sus conocimientos y prácticas abarcaban a todas las personas y patologías.

Con el comienzo del siglo XX, y más concretamente a partir del Informe Flexner¹, la presencia de la medicina general académica sufrió un profundo alejamiento de las universidades. Además, con el advenimiento de las especialidades médicas durante el siglo pasado, se produjo un amplio abismo entre las facultades de medicina y el profesional del tronco común de la medicina, el médico de cabecera. Sin embargo, esta ausencia del médico de cabecera, con la denominación actual de médico de familia, en la formación de los estudiantes de medicina

comenzó a tener sus consecuencias. Así, desde finales de la década de 1960, en diversos países de cultura anglosajona y centroeuropea, se detectaron carencias formativas en este tipo de docencia basada únicamente en las especialidades médico-quirúrgicas. Esta situación genera un importante déficit formativo en aspectos trascendentales, como la relación médico-paciente, la visión global de los problemas de salud de las personas en su triple dimensión psíquica, física y social (integralidad y longitudinalidad de la atención), la integración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la actividad clínica diaria, etc. Estas situaciones podían mejorar con la incorporación de la Medicina de Familia en las facultades de medicina²⁻³. A partir de ahí, comenzó un proceso de recuperación de la Medicina de Familia e incorporación en los currículos docentes en numerosas facultades de medicina europeas y norteamericanas^{4,5}.

En España, este proceso está siendo demasiado lento y no exento de múltiples dificultades. El cercano, prestigiado y eficiente médico de cabecera de la década de 1950 sufrió una fuerte devaluación en sus competencias profesionales durante las décadas de 1960 y 1970, coincidiendo con una simultánea explosión de especialidades médico-quirúrgicas y de la medicina hospitalaria, con un incremento, casi en exclusividad, del enfoque biomédico de la atención a la salud, y la omnipresencia de la medicina hospitalaria, unido a las incuestionables mejoras tecnológicas hospitalarias que permitían el abordaje de un número importante de los problemas de salud de la población. Así, se pudieron afrontar determinadas enfermedades infecciosas graves, mejorar los resultados de la cirugía, incorporar los cuidados intensivos en la rutina hospitalaria, etc.

Mientras, en Atención Primaria (AP), durante la década de 1970, los gestores de los servicios de salud fomentaban la figura de un médico general de ambulatorio sin apenas recursos diagnósticos, con una formación continuada autogestionada, sin tiempo para pasar consulta (no eran infrecuentes las consultas de más de 100 pacientes en ¡2 horas!) y con una amplia disponibilidad del talonario de recetas y de bajas laborales, que en caso de divergencia, por este motivo, entre la opinión del médico y la del paciente, el «inspector» saldaba el asunto dando «siempre» la razón al paciente. En estas condiciones laborales, lógicamente la Medicina de Familia no podía asumir responsabilidades docentes en pregrado. La formación médica española, al igual que en otros países, no permaneció ajena a esta situación. El crecimiento cuantitativo y cualitativo de la medicina hospitalaria consolidó, de manera definitiva, el papel de los especialistas hospitalarios en la formación médica. Paralelamente a este hecho, las posibilidades de investigación se ampliaron de forma descomunal, «hipertrofiándose» la investigación biomédica.

La universidad priorizó la investigación como herramienta de la mejora científica y tecnológica, mientras que la disponibilidad de recursos en Atención Primaria descartaba cualquier tipo de aportación significativa a

la universidad en este campo. Simultáneamente a la priorización de la investigación se produjo una dejación, en ocasiones muy significativa, de las obligaciones docentes en las facultades de medicina. Dadas todas las anteriores premisas, la siguiente conclusión fue que no todos los médicos podían ser docentes en la universidad, estableciéndose el medio hospitalario como el único capacitado, y financiado para realizar docencia pregraduada y posgraduada. El médico general quedó relegado a un papel de filtro asistencial del hospital y los especialistas de ambulatorio, cuidador de patologías banales y burócrata dispensador de citas y recetas, siendo impensable, ante esta situación, que el médico general tuviera algún tipo de oferta docente para la universidad.

A finales de la década de 1970 comenzó un proceso de revitalización de la Atención Primaria, el cambio hacia una mejor asistencia médica en Atención Primaria se inició con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y su formación posgrado mediante una residencia de 3 años. Gracias a la creación de una infraestructura de centros de salud, el desarrollo de la especialidad y el incremento del número de médicos de familia con formación posgrado específica, se pudo conseguir la progresiva implantación del modelo de Atención Primaria de Salud.

Situación actual

Desde comienzos de la década de 1990, con los decretos que establecían las nuevas directrices generales de los planes de estudios de la licenciatura de medicina y el correspondiente al establecimiento de los convenios entre la universidad y los servicios de salud, se abrió la posibilidad de que la Medicina de Familia pudiera estar presente en las facultades de medicina. El reconocimiento de que las dos grandes lagunas son las habilidades prácticas y las actitudes fomentó esta mínima apertura de las facultades de medicina a la medicina real.

Actualmente, en muchos ámbitos universitarios se continúa considerando que es necesaria una mayor dedicación a memorizar conocimientos, se infravaloran los esfuerzos en la docencia y hay una importante falta de modelos docentes basados en el aprendizaje y centrados en el alumno. En general, la propia universidad reconoce estas carencias, pero las consideran inevitables por la masificación y la escasez de recursos, delegando al posgrado la responsabilidad de su adquisición. Sin embargo, en el posgrado esto se realiza de manera incompleta e irregularmente. En el caso de las habilidades, el gran peso de las especialidades de atención hospitalaria en el sistema sanitario y en la formación pregrado da como resultado que buenos especialistas hospitalarios no sepan manejar a sus propios pacientes en aquellos aspectos básicos y esenciales, pero que no son de su especialidad. El problema de las actitudes es aún más grave, ya que los alumnos no realizan en su formación universitaria ningún tipo de actividad en la que se plantee o reflexione sobre los aspectos más dignos y humanos de la medicina. Así, se han olvidado cuestiones como la vocación, la profesionalidad, actitudes éticas

cas, el compromiso profesional con uno mismo y la sociedad, las relaciones con los pacientes y sus familias como parte inseparable del buen profesional, etc. La importancia reside en que la enseñanza universitaria de la medicina, profesionalmente, debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la sociedad, sus contenidos en conocimientos, habilidades y actitudes deben estar supeditados al contexto social y sanitario de la sociedad que la financia.

Una gran parte de los médicos que se forman en las facultades de medicina van a trabajar en AP, por lo tanto, es necesario incluir contenidos específicos de Medicina de Familia para mejorar la preparación de los futuros médicos de familia y para que el resto de especialistas conozcan los conocimientos, las metodologías y los procedimientos médicos en Atención Primaria, asegurando la mejor eficacia sanitaria y coordinación entre AP y hospital. La Atención Primaria de Salud debe tener un papel central en los servicios de salud, todas las propuestas de cambios y reformas sanitarias de todo el mundo pasan por esta premisa. Es difícilmente defendible que un modelo asistencial basado en la AP, como legalmente es el español, no tenga en sus facultades de medicina profesorado, departamentos y actividades de medicina de familia. Más aún, la medicina de familia debe ser en las facultades de medicina lo que la Atención Primaria debe ser en el sistema de salud: su función central y su núcleo principal^{6,7}.

Objetivos

- Identificar la situación de la formación en Medicina de Familia.
- Analizar las facultades de medicina que desarrollan programas de formación específicos de Medicina de Familia.
- Analizar la normativa actual sobre recomendaciones de incluir la formación de Medicina de Familia en las plazas de estudios de medicina.
- Proponer indicadores de futuro para hacer un seguimiento de la formación en Medicina de Familia.
- Argumentar por qué la formación en Medicina de Familia es básica en los planes de estudio de medicina.

Material y métodos

Dado lo reducido de la población a estudiar (27 facultades de medicina), se realizó una encuesta telefónica en todas ellas. Dadas las dificultades para acceder a determinadas informaciones, se procedió a realizar una doble encuesta en aquellas que la información precisaba ser complementada, por ello se contactó con cada facultad de medicina y con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria relacionadas con éstas.

En la encuesta se recogían datos sobre el número y la categoría del profesorado médico de familia incorporado, las actividades docentes realizadas, los centros de salud con categoría de universitarios, las áreas de cono-

cimiento a las que se adscriben los profesores de Medicina de Familia, y la existencia de estructuras específicas de Medicina de Familia en la facultad.

Se realizó una búsqueda *on-line* en los principales portales web de docencia en medicina sobre informes nacionales e internacionales que avalen la necesidad de la presencia de la Medicina de Familia en el pregrado. Se realizó otra búsqueda sobre la existencia de departamentos de Medicina de Familia en las universidades de otros países del resto del mundo.

Resultados

Por todo lo anterior, en los últimos años se ha producido un incremento de la presencia de la Medicina de Familia en la universidad española. En la actualidad, la Medicina de Familia participa de alguna manera en la mayoría de las facultades de medicina.

En la tabla 1 se puede observar cómo la presencia es mayoritaria, solamente de la Facultad de Medicina de Málaga, de la de Alcalá de Henares. De la recién creada de San Pablo-CEU de Madrid carecemos de información.

La actual predisposición de una gran parte de las universidades españolas a incorporar médicos de familia y centros de salud en la programación de sus actividades docentes obedece a dos motivos principales. En primer lugar, por la obligación legal de tener al menos tres centros de Atención Primaria adscritos a la Facultad de Medicina para la docencia y la investigación, como contempla el artículo 104 de la Ley General de Sanidad y que regula el Real Decreto de Bases Generales de Conciertos entre Universidades e Instituciones Sanitarias (tabla 2).

En segundo término, al imprescindible y legítimo deseo de mejorar y actualizar su actual oferta docente, tanto en cantidad como en calidad.

Sin embargo, en esta incorporación, muchas facultades de medicina consideran que el único aprendizaje posible, a impartir académicamente por médicos de familia, queda reducido exclusivamente a determinados contenidos prácticos de otras materias (médica, pediatría, psiquiatría, medicina preventiva y salud pública, etc.). Por otro lado, éstos ya se enseñan, mediante clases teóricas o prácticas, por el profesorado tradicional de la facultad. Para algunas facultades, el hecho de rotar por los centros de salud con médicos de familia tiene especial interés porque, en determinados aspectos clínicos, el aprendizaje hospitalario puede tener un buen complemento formativo en los centros de salud; o bien, que la posibilidad de conocer el trabajo de los médicos de familia les puede facilitar la elección de esta especialidad en el futuro, y, por último, porque les interesa la satisfacción del alumno, y estas actividades siempre son bien valoradas por el alumnado.

Los problemas aparecen porque este modelo de incorporación contiene la idea, claramente errónea, de que «las necesidades académicas actuales de los alumnos de medicina, en términos lectivos, están suficientemente cubiertas con los contenidos de los actuales planes de estudios en las asignaturas «tradicionales». Esta

TABLA 1 Descripción de la formación en Medicina de Familia en la universidad española

| Facultad | Recursos | Actividades |
|---|--|---|
| ALBACETE Dpto. Medicina U. Ed. Médica | 8 CS 5 Prof. Asociados 38 Prof. Colaboradores | Asignatura obligatoria en 2.º curso (5 créditos) Prácticas obligatorias en 2.º (35 horas), 3.º, 4.º, 5.º y 6.º curso Concierto Universidad-SESCAM |
| ALICANTE (Miguel Hernández) Dpto. Medicina Cátedra de MF UMH-Lilly | 10 CS 1 Prof. Titular y Director de Cátedra 4 Prof. Asociados | Prácticas obligatorias en 6.º (1 mes) Asignaturas optativas: (4,5 créditos) «Medicina de Atención Primaria» «Metodología Científica en Práctica Clínica» Tercer ciclo: Programa de Doctorado completo VII Máster Universitario en Medicina de Atención Primaria |
| BARCELONA (Autónoma) Dpto. Medicina Cátedra de MF UAB-Novartis Unidad Funcional Medicina Familia UD MFyC | 12 CS 1 Director de Cátedra 6 Prof. Asociados Prof. Colab. | Rotación práctica en 6.º Asignaturas optativas: «Medicina de Familia: la práctica en Atención Primaria» (4,5 créditos) Tercer ciclo «Habilidades prácticas en AP» |
| BARCELONA (central) Dpto. Medicina UD MFIC | 17 CS 6 Prof. Asociados 93 Prof. Colab. | Seminarios Asignatura troncal en 5.º curso con 10-20 horas teóricas y 1 mes de rotación práctica |
| CÁDIZ Dpto. Preventiva | 6 CS 8 Prof. Asociados | Prácticas obligatorias en 6.º (60 horas) Seminarios: Sí Evaluación: Sí |
| CANTABRIA Dpto. Medicina y Psiquiatría UD MFyC | 5 CS 7 Prof. Asociados | Prácticas optativas en 6.º (4 meses) Evaluación |
| CÓRDOBA Dpto. Medicina UD MFyC | 7 CS 2 Prof. Asociados | Prácticas optativas en 6.º Seminarios de Entrevista Clínica |
| EXTREMADURA Dpto. Medicina UD MFyC | 4 CS 13 Prof. Asociados | Prácticas obligatorias en 6.º Medicina de Familia (Créditos de Libre Configuración del Departamento de Patología y Clínicas Humanas) |
| GRANADA Dpto. Preventiva Dpto. Medicina | 4 CS 4-5 Prof. Asociados | Prácticas optativas de Medicina Preventiva Curso de Comunicación para estudiantes |
| LA LAGUNA Dpto. Preventiva | 5 CS 1 Profesor Titular 5 Prof. Asociados 4 Prof. Colab. | Prácticas obligatorias en 6.º (32 horas) Asignatura optativa: Medicina en Atención Primaria. Para los cursos de 4.º, 5.º y 6.º, de 45 horas (4,5 créditos) |
| LAS PALMAS Dpto. Preventiva | 4 CS 4 Prof. Asociados | Prácticas obligatorias en 6.º (2 meses) Asignatura de Créditos de Libre Configuración en 2.º ciclo (30 horas). |
| LLEIDA | 6 CS 8 Prof. Asociados | Rotación práctica en 6.º curso (10 créditos) Rotación según objetivos Asignatura optativa en 4.º curso (4 créditos) Técnicas instrumentales y Entrevista clínica |
| MADRID (Autónoma) Cátedra de MF UAM-Novartis Medicina, Pediatría y Preventiva | 18 CS 1 Prof. Titular (CU Salud Pública) 18 Prof. Asociados 30 Prof. Colab. | Prácticas Obligatorias en 6.º (1 mes) Asignatura optativa o de Libre Configuración: «Contacto precoz con el paciente en Atención Primaria» (6 créditos) Asignatura Optativa: «Atención Primaria: Importancia de la Medicina de Familia» (4,5 créditos) Rotatorio en «Medicina Comunitaria» en CS Vicente Soldevilla |
| MADRID (Complutense) UDD MFyC Áreas 1, 7 y 11 Dpto. Medicina | 5 CS | «Estancias Prácticas en Atención Primaria» (1 mes en verano) (4,5 créditos) |

(continúa)

TABLA 1 Descripción de la formación en Medicina de Familia en la universidad española (continuación)

| Facultad | Recursos | Actividades |
|--|--|--|
| MURCIA | 4 CS se consideran plazas de centros docentes de la Gerencia n.º 1 de AP de Murcia | Prácticas obligatorias en 6.º de Medicina Preventiva (1 semana) |
| Dpto. Preventiva | 5 Prof. Asociados | |
| NAVARRA | 15 CS | Prácticas obligatorias en 6.º (6 semanas) |
| Unidad Epidemiología y Salud Pública | 1 Prof. Titular | Seminario obligatorio Evaluado (12 horas) |
| UD MFyC | 106 Prof. Colab. | |
| OVIEDO | 4 CS | Prácticas obligatorias en 6.º (3 semanas) |
| Dpto. Preventiva | 5 Prof. Asociados | Prácticas optativas en verano (Mieres) |
| UD MFyC | | Colaboración docente con: «Planificación Sanitaria», «Demografía y Epidemiología», «Nutrición Comunitaria» y «Medicina Preventiva» |
| PAÍS VASCO | | Prácticas obligatorias (15 días) |
| Dpto. Preventiva y Salud Pública | | H. Basurto y H. Cruces (Bizkaia) y H. Aranzazu (Gipuzkoa) |
| Dpto. de medicina | | Prácticas voluntarias (2 meses) H. Txagorritxu (Álava) |
| ROVIRA Y VIRGILI | 6 CS | Rotación práctica en 3.º |
| Dpto. Medicina | 6 Prof. Asociados | (Anamnesis/exploración), Prácticas en una ABS (Evaluación final-competencia) Asignatura optativa (extracurricular) en 2.º ciclo - (4,5 créditos) Conceptos de AP/MF |
| SALAMANCA | 4 CS | Prácticas obligatorias en 6.º |
| Dpto. Medicina | 4 Prof. Asociados | |
| SANTIAGO | 3 Centro de Salud | Prácticas obligatorias (3 días en CS, alumnos de 5.º de la asignatura Clínica Médico-Quirúrgica II) |
| Dpto. Medicina | 3 Prof. Asociados | Créditos de Libre Configuración en verano para alumnos de 2.º y 3.º (15-30 días) |
| SEVILLA | 6 CS | Asignatura obligatoria: «Medicina Familiar y Comunitaria». |
| Dptos. Medicina, Psiquiatría y M. Preventiva | 6 Prof. Asoc. M. Familia | Dptos Medicina, Psiquiatría y Medicina Preventiva |
| UD MFyC | 20 Prof. Colaboradores | |
| VALENCIA | 9 CS | Prácticas obligatorias (15 días) en 3.º (Patología General), 4.º y 5.º (Patología Médica) |
| Dpto. Medicina | 12 Prof. Asociados | |
| VALLADOLID | 9 CS | Prácticas obligatorias en 6.º, 3.º (Patología General), 4.º y 5.º (Patología Médica) |
| Dpto. Medicina y Pediatría | 8 Prof. Asociados | Asignatura optativa: «Medicina de Familia» (4 créditos) |
| UD MFyC | | 5 Talleres en el programa de asignatura |
| ZARAGOZA | 9 CS | Asignatura optativa: «Medicina de Familia» de 7 créditos. Curso 2002-2003 |
| Dpto. Medicina | 11 Prof. Asociados | Prácticas obligatorias en 6.º Tercer ciclo: 2 cursos monoGráficos del Doctorado 1 programa completo de Medicina de Familia 3 cursos completos dirigidos por médicos de familia |
| 27 FACULTADES | 179 CS | Asignaturas obligatorias de MF: 3 |
| 26 Actividades de MF | 149 Prof. Asociados | Asignaturas optativas de MF: 11 |
| 1 Sin información | 4 Prof. Titulares | |
| | 3 Directores de Cátedra | Prácticas obligatorias: 17 |
| | 330 Prof. Colaboradores | Prácticas optativas: 12 |

CS: centro de salud; MF: medicina de familia.

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 2 Legislación española sobre la presencia de los centros de salud en la universidad

- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. Punto 4.º del artículo 104 (1986). «Las Universidades deben contar, al menos, con tres Centros de Atención Primaria universitarios para el ejercicio de la docencia e investigación».
- Real Decreto, de 28-6-1986, de Bases Generales del Régimen de Conciertos con las Instituciones Sanitarias. En el caso de centros de Atención Primaria, universitarios o asociados a la universidad, el concierto establecerá también fórmulas de participación de la universidad en los órganos de dirección de las correspondientes instituciones sanitarias, así como de éstos en los órganos de gobierno de la universidad.

Fuente: Elaboración propia.

idea lleva implícitas diversas conclusiones incorrectas y temerarias, tales como: «la Medicina de Familia no aporta contenidos con identidad académica propia», luego no puede ser objeto de asignatura específica; «es un error lo que sucede en numerosas y prestigiosas facultades de países de nuestro entorno socioeconómico que tienen Departamentos de Medicina de Familia, con profesorado y asignaturas específicas de Medicina de Familia», y peor aún, «los informes y las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, WONCA, Consejo de Europa, General Medical Council, etc., no son correctos, pues no responden a las necesidades educativas reales de los estudiantes de Medicina».

Sin embargo, el reconocimiento académico de la Medicina de Familia ha comenzado en algunas facultades de medicina en España en las que, además de contemplar rotaciones obligatorias de su alumnado en centros de salud con médicos de familia, ha comenzado un proceso de incorporación académica de la Medicina de Familia mediante su inclusión como asignaturas optativas en 11 facultades de medicina y obligatorias de universidad en tres universidades (Castilla-La Mancha, Barcelona y Sevilla). Hay 177 centros de salud universitarios, con 147 profesores asociados y más de 300 profesores colaboradores. Existen, en la actualidad, tres cátedras con sus correspondientes directores de cátedra (Amando Martín-Zurro en la Universidad Autónoma de Barcelona, Vicente Gil Guillén en la Universidad Miguel Hernández de Elche y Ángel Otero Piume en la Universidad Autónoma de Madrid) y en diferentes áreas de conocimiento hay cuatro profesores titulares de universidad con una especial vinculación con la Medicina de Familia.

Desde la década de 1990, numerosos organismos internacionales preconizan la necesidad de actualizar y mejorar las actividades docentes de las facultades de medicina en todo el mundo. La World Federation for Medical Education⁸, en el año 1999, establecía los estándares de calidad de la formación pregrado en medicina. Sobre la base del anterior informe, la Conferencia de Decanos de las Facultades de Medicina Españolas y diversas sociedades de Educación Médica y otras instituciones asumieron estas propuestas en la Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de

pregrado⁹. En una parte importante de las propuestas expuestas en la Declaración de Granada¹⁰ la Medicina de Familia tiene un papel relevante en las estrategias de su desarrollo (tabla 3).

Igualmente, su presencia en forma de departamentos de Medicina de Familia en la mayoría de las facultades de medicina de los países de nuestro entorno europeo y occidental (tabla 4).

Además, los múltiples retos que establece el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) para todas las universidades europeas requieren de la participación de una gran cantidad de los recursos y entornos docentes para cada una de las titulaciones. El concepto de EEES se inició en 1998 con la Declaración de La Sorbona (1998), y se consolidó en 1999 con la Declaración de Bolonia (tabla 5).

En éstas los ministros europeos de Educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países las siguientes actuaciones: las bases del EEES se establecen en la Declaración de Bolonia y en la de Praga (tabla 6).

En el caso de la licenciatura de medicina, se deben producir cambios cualitativos en sus planes de estudios desarrollando una estructura transversal, orientándose a la generalidad, evitando contenidos de especialidad, con especial énfasis en el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes mediante un incremento sustancial de la docencia práctica. Todo ello con un incremento de la calidad de la docencia mediante el cambio de objetivos docentes a objetivos de aprendizaje y una mayor implicación en la enseñanza de los alumnos, fomentando el autoaprendizaje, y de los profesores cuya dedicación a la docencia debe tener un papel preeminente.

En esta línea de cambios de los planes de estudio de medicina, es importante señalar que algunas universidades europeas y americanas, Maastrich (Países Bajos), Tampere (Finlandia) y Macmaster (Canadá) no sólo han introducido en sus planes de estudio la Medicina de Familia, sino que han modificado los programas docentes de forma radical, tanto en contenidos como en metodología, orientándolos a la atención al paciente y la competencia profesional.

Recomendaciones

Ahora que la convergencia con Europa será pronto una realidad mediante el Tratado de Bolonia sobre la Educación Superior Europea, a diferencia del resto de países de la Unión Europea, en España, la universidad no acaba de reconocer académicamente a la Medicina de Familia, y se demora en contemplarla académica, administrativa y legalmente en igualdad con el resto de disciplinas. Esto es imprescindible si queremos mejorar el trabajo, la cercanía y los conocimientos de todos los médicos del sistema de salud. Los ciudadanos, que son los que financian la universidad, deben saber que están en su derecho a exigir que todo lo dicho hasta aquí se tenga en cuenta a la hora de establecer los planes de estudios y los procedimientos de incorporación de docentes a las

TABLA 3 Propuestas de la Declaración de Granada

Declarar pública y explícitamente su misión y objetivos institucionales desde su responsabilidad social; la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el posgrado y con la formación continuada.

- Desde este primer punto, la necesidad de incorporar la Medicina de Familia y Comunitaria al pregrado se hace ostensible. En primer lugar, porque no existe otra manera de integrar la comunidad si no se hace desde la Atención Primaria por médicos de familia, y en segundo lugar porque, para que exista una cohesión del pregrado, posgrado y la formación continuada (FC), no se puede olvidar que más de la mitad de los médicos en el posgrado y en actividades de FC serán médicos de familia.

Identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta.

Las necesidades sociales de salud donde mejor se conocen es en, y desde, la Atención Primaria; desde aquí se tiene una inmejorable percepción de la prevalencia de los problemas de salud y cómo repercuten en las personas, las familias y la comunidad. En el hospital, el contacto con pacientes sólo permite percibir un 10% de la realidad de la práctica de la medicina, porque sus actividades sólo cubren este porcentaje, y siendo un conocimiento muy importante como es el conocimiento de la enfermedad y sus aspectos biomédicos, sus complicaciones, su gravedad e infrecuencia, no le facilitan al alumno una visión completa de la medicina.

Enseñar los principios de la medicina científica y la medicina basada en la evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el currículo. Así mismo, además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su currículo las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, toma de decisiones y liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el currículo.

- La incorporación de contenidos como las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud tienen una perspectiva principal desde la Medicina de Familia, que es la base del sistema de salud y donde estas disciplinas encuentran multitud de situaciones de aprendizaje. En el caso de las habilidades de comunicación, toma de decisiones y liderazgo e influencia social, es obvio decir que el entorno de la Medicina de Familia es mucho más adecuado para su aprendizaje que en una planta de hospitalización. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son igualmente pilares esenciales en la práctica diaria del médico de familia, donde el alumno entra en contacto directo con su aplicación en la realidad, cuestión ésta que muy pocas de las demás disciplinas pueden ofrecer a la facultad, y si lo hacen es de manera muy tangencial.

Estructurar el currículo rigurosamente alcanzando la integración horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el contacto del alumnado con el paciente lo más pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de materias opcionales. Utilizar técnicas docentes acor-

des con los objetivos que persigue el currículo y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de evaluaciones del alumnado, válidas y coherentes, con los objetivos del currículo. Utilizar la evidencia disponible en investigación educativa médica y los datos de la evaluación basada en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.

- Indiscutiblemente, la disciplina que mejor integra, tanto horizontal como verticalmente, la mayoría de las materias es la Medicina de Familia y Comunitaria. En la mayoría de las facultades de medicina donde esto se practica, el contacto precoz con el paciente, por motivos de accesibilidad, responsabilidad clínica y complejidad de la atención, se hace con médicos de familia en Atención Primaria. En cuestión de metodología docente y en el aprendizaje de adultos y de evaluación, la Medicina de Familia tiene unas experiencias acumuladas difícilmente alcanzables en otras disciplinas.

Las facultades y sus universidades deberían garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículo y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y la de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades, etc. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación.

- En la actualidad, la disponibilidad de servicios sanitarios en calidad y cantidad en Atención Primaria permite garantizar recursos educativos suficientes para asegurar el aprendizaje de los alumnos de medicina en esta área. La experiencia en pacientes simulados y la utilización de nuevas tecnologías de enseñanza y aprendizaje garantizan que la Medicina de Familia pueda ofrecer a las facultades de medicina profesorado cualificado. En los centros de salud también se ofrece la posibilidad de tutela del alumno con una relación 1:1, muy alejada de la relación que habitualmente vemos en las plantas y las consultas hospitalarias.

Tener una política sobre la relación entre las actividades de investigación y de educación y sobre su integración.

- Si bien, en investigación básica, la Medicina de Familia no tiene un papel relevante, en el caso de la investigación de problemas prevalentes, de la evolución natural de las enfermedades, de estudios de base poblacional, de componentes biopsicosociales, etc., en Atención Primaria contamos con la tecnología, los recursos humanos y las oportunidades más que suficientes para realizarla e integrarla en la formación de los alumnos.

Establecer una interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la incorporación de la profesión médica a la formación de los futuros profesionales.

- La incorporación de la Medicina de Familia a la formación de los futuros profesionales ya se está llevando a cabo en la mayoría de las facultades de medicina españolas. Sin embargo, para que esta incorporación sea constructiva, debe hacerse para todos desde el conocimiento de la Medicina de Familia como área de conocimiento e igualdad con el resto de las disciplinas en España, y como está establecido en la práctica totalidad de los países de la WFME (World Federation for Medical Education).

(continúa)

TABLA 3 Propuestas de la Declaración de Granada (continuación)

Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a las necesidades de la comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de Medicina.

- Ahora es el momento en que las facultades de Medicina españolas han de afrontar su actualización a las necesidades de la comunidad y de la sociedad; este proceso no sería tal sin la participación de la Medicina de Familia.

La Declaración de Granada fue firmada en 2001 por las siguientes instituciones:

Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDM).

Fuente: Elaboración propia.

Association of Medical Schools in Europe (AMSE).
 Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).
 Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH).
 Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM).
 Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM).
 Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE).
 Association for Medical Education in Europe (AMEE).
 Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM).
 Organización Médica Colegial (OMC).
 Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
 Ministerio de Sanidad y Consumo.
 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

facultades de medicina. No parece razonable desperdiciar la acreditada experiencia docente e investigadora de las unidades docentes de Medicina de Familia, la amplia red de centros de salud docentes repartidos por todo el país, con miles de médicos de familia profesores y tutores, un cuerpo de conocimientos propio, un área de investigación pegada a la realidad de la sociedad, etc., elementos todos ellos, hoy por hoy, infrautilizados por la universidad.

La Medicina de Familia puede, y debe, desempeñar un papel importante en todo este proceso. En primer lugar, porque facilita una formación más orientada y adaptada a las necesidades sociales y sanitarias actuales, y aporta un incremento de la elección vocacional para trabajar en la Atención Primaria. Esto es importante si consideramos que el 42% de los médicos españoles se dedica a la Atención Primaria. La exposición temprana a modelos de Medicina de Familia y a experiencias longitudinales de Atención Primaria incrementa la probabilidad de elección vocacional de la Medicina de Familia en el posgrado. Las facultades de medicina tienen la responsabilidad de formar buenos médicos y, además, de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud más los necesiten. Además de este importante aspecto, las aportaciones de la Medicina de Familia a las facultades de medicina son múltiples y variadas.

- Completa la formación del estudiante al reequilibrar la formación actual basada en el hospital, orientada a la teoría, con división cartesiana mente/cuerpo, centrada en la enfermedad y en el modelo biológico, con una formación en situaciones sanitarias y sociales reales del paciente, basada en la resolución de problemas, orientada a la comunidad, en un modelo bio-psico-social y una visión holística del paciente. Facilita la oferta de conocimientos sobre todas las áreas competenciales genéricas que precisa un médico y conseguir una polivalencia real a sus estudiantes.

- La disciplina académica de Medicina de Familia aporta contenidos teórico-prácticos por la variedad de motivos de consulta en Atención Primaria, trabajar con el cuerpo sano y enfermo, participar en todo el proceso natural de enfermar, realizar un enfoque integral e integrado, la continuidad de cuidados y multidisciplinariedad en su abordaje individual, familiar y comunitario. Tiene normas propias de conducta profesional y clínica, con una actitud de respeto al paciente y de considerar éticamente sus decisiones clínicas diarias. Utiliza del método científico y método epidemiológico. Y, por último, tiene una especial preeminencia en la comunicación y relación con los pacientes y sus familias en entornos reales (comunidad, domicilio, centro de salud, colegio, trabajo, etc.) y en condiciones emocionales propias de la vida cotidiana de cualquier persona (estrés, enfado, frustración, desesperanza, etc.).
- Trabaja con pacientes y familias. El mejor entorno docente para un alumno de medicina son los pacientes; de ellos aprenderán lo más importante de su profesión. En Atención Primaria, en España, se atienden más de 212 millones de consultas anuales, frente a los 2,8 millones de ingresos en hospitales. En Atención Primaria habrá cada vez más pacientes, mientras que en los hospitales se produce el fenómeno inverso, las estancias medias de hospitalización han descendido en los últimos años de 14 días en 1982 a 7,6 en 1999. Los pacientes ingresados tienen patologías cada vez más seleccionadas y de mayor gravedad. La prevalencia de los problemas de salud que ingresan en el hospital está forzosamente sesgada y no reproduce las prevalencias reales. La Atención Primaria está más cercana a la realidad del proceso salud-enfermedad. Todo lo anterior permite al alumno dimensionar la realidad de los problemas de salud de la sociedad en la que va a trabajar y adquirir las competencias adecuadas para encararlos.

TABLA 4 Departamentos universitarios de Medicina de Familia en Facultades de Medicina

| EUROPA | EUROPA | ASIA | USA | USA |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Aarhus (Dinamarca) | Libre de Bruxelles | Bangladesh | Dartmouth | RuralNet (Marshall) |
| Aberdeen (RU) | (Bélgica) | Hong Kong (China) | Drexel | Rochester (New York) |
| Angers (Francia) | Liege (Bélgica) | Cukurova (Turkia) | Duke | Rush |
| Belfast. Queen's U. (RU) | Liverpool (RU) | Emiratos Arabes | East Carolina | Saint Louis |
| Bergen (Noruega) | Lunds (Suecia) | Malasia | East Tennessee State | South Carolina |
| Berlin (Alemania) | Lyon (Francia) | Sackler (Israel) | Eastern Virginia | South Dakota |
| Berlin Freie (Alemania) | Manchester (RU) | Seul (Korea) | Finch | South Florida |
| Berna (Suiza) | Marburg (Alemania) | Singapur | Florida | Southern California |
| Birmingham 1 (RU) | Mainz (Alemania) | Sultan Qaboos (Oman) | Florida (Mayo Clinic) | Southern Illinois |
| Birmingham 2 (RU) | Montpellier (Francia) | | Florida (State) | Standford |
| Bonn (Alemania) | Münster (Alemania) | ÁFRICA | Georgetown | Tennessee (Memphis) |
| Bordeaux-2 (Francia) | Nantes (Francia) | Pretoria (Sudáfrica) | Georgia | Texas (Galveston) |
| Bochum (Alemania) | Newcastle-Tyne (RU) | Stellenbosch (Sudafrica) | Harvard | Texas (San Antonio) |
| Bristol (RU) | Nottingham (RU) | Witwatersrand (Sudáfrica) | Hawaii | Texas Tech |
| Cambridge (RU) | Oxford (RU) | | Idaho State | Thomas Jefferson (Phil) |
| Cardiff (RU) | Oslo (Noruega) | AUSTRALIA Y NUEVA | Illinois | Tufts |
| Cork (Irlanda) | Oulum (Finlandia) | ZELANDA | Indiana | Tulane |
| Creteil-Paris (Francia) | Paris-5 Ouest (Francia) | Adelaide (Australia) | Iowa | Upstate (SUNY) |
| Debreceni (Hungria) | Paris-Sud (Francia) | Melbourne (Australia) | Kansas Health Sciences | Utah |
| Dublin (Irlanda) | Pitié-Salpêtrière Paris | Monash (Australia) | Kansas (Kansas City) | Vermont |
| Dublin-Trinity (Irlanda) | (Francia) | Otago (Nueva Zelanda) | Kansas (Wichita) | Virginia |
| Dundee (RU) | Praga (R. Checa) | Sydney (Australia) | Kentucky | Virginia Commonwealth |
| Düsseldorf (Alemania) | Praga: Charles (R. Checa) | Tasmania (Australia) | Los Angeles (UCLA) | Washington |
| Edinburgh (RU) | Queen Mary (RU) | Western (Australia) | Louisiana State | Wayne State |
| East Anglia (RU) | Regensburg (Alemania) | | Marshall | West Virginia |
| Essen (Alemania) | Rennes (Francia) | AMÉRICA | Massachusetts | Med College Wisconsin |
| Exeter (RU) | Royal Free (RU) | Sabana (Colombia) | Mercer | Wisconsin |
| Frankfurt (Alemania) | Russian State (Rusia) | México-Auton. (México) | Miami | Wright State |
| Freiburg (Alemania) | Sevilla (España) | Buenos Aires (Argentina) | Michigan State | Albert Einstein Yeshiva |
| Galway (Irlanda) | Southampton (RU) | Puerto Rico (EE UU) | Minnesota-Duluth | |
| Glasgow (RU) | Sheffield (RU) | | Minnesota-Minneapolis | CANADÁ |
| Gienssen (Alemania) | St. George's (RU) | ESTADOS UNIDOS | Mississippi | Alberta |
| Goettingen (Alemania) | St Mary's (RU) | Alabama | Missouri (Columbia) | British Columbia |
| Göteborg (Suecia) | Strasbourg (Francia) | Arizona | Morehouse | Calgary |
| Groningen (Holanda) | Szeged (Hungria) | Atlanta (Emory) | Nashville (Meharry) | Dalhousie |
| Hamburg (Alemania) | Tours (Francia) | Bailor | New Jersey | Laval |
| Hammersmith (RU) | Tampere (Finlandia) | Betsheda (USU) | New Jersey (Robert Wood) | McMaster |
| Heidelberg (Alemania) | Trinity College (Irlanda) | Boston | New York-Medical College | Ontario (Western) |
| Helsinki (Finlandia) | Tromsø (Noruega) | Brown | New York-Stony Brook | Montreal (McGill) |
| Humboldt (Alemania) | Trondheim (Noruega) | Buffalo (New York) | New York-State | Ottawa |
| Iceland (Islandia) | Tübingen (Alemania) | California (Irvine) | North Carolina | Kingston |
| Kiel (Alemania) | Turku (Finlandia) | California (San Diego) | North Dakota | Saskatchewan |
| Imperial College (RU) | Ulm (Alemania) | California (San Francisco) | Northeastern | Toronto |
| Keele (RU) | Uppsala (Suecia) | California (Southern) | Northwestern | Western Ontario |
| King's College (RU) | Versailles-Paris (Francia) | Case Western Reserve | Ohio State | Manitoba |
| Kuopio (Finlandia) | Wales-Cardiff (RU) | Chicago (Loyola) | Oklahoma | |
| Lariboisière-Paris (Francia) | Witten/Herdecke (Alemania) | Cincinnati | Minnesota-Duluth | |
| Leeds (RU) | Würzburg (Alemania) | Colorado | Oklahoma (Tulsa) | |
| Leicester (RU) | Xavier BICHAT-Paris (Francia) | Columbia | Oregon | |
| Leipzig (Alemania) | | Creighton | Pennsylvania State | |
| | | | Philadelphia (Temple) | |
| | | | Ponce | |

Fuente: Elaboración propia.

- La Atención Primaria es un entorno docente idóneo, ya que en la comunidad el alumno está en una posición privilegiada para aprender las actividades preventivas clínicas, comprender el abordaje de las patologías más prevalentes, y realizar actividades de detección precoz. Los centros de salud dis-

ponen de una estructura docente, ya existente, que permite el desarrollo de actividades de pregrado por contar con profesorado y tutores clínicos competentes para realizar una docencia con cualidades de excelencia. El equipo de Atención Primaria es idóneo para comprender el trabajo en equipo, su in-

TABLA 5 Declaración de Bolonia¹¹

Los ministros europeos de Educación instan a los estados miembros de la Unión Europea a desarrollar e implantar en sus países las siguientes actuaciones:

- Adoptar un sistema de titulaciones comprensible y comparable para promover las oportunidades de trabajo y la competitividad internacional de los sistemas educativos superiores europeos mediante, entre otros mecanismos, la introducción de un suplemento europeo al título
- Establecer un sistema de titulaciones basado en dos niveles principales. La titulación del primer nivel será pertinente para el mercado de trabajo europeo, ofreciendo un nivel de cualificación apropiado. El segundo nivel, que requerirá haber superado el primero, ha de conducir a titulaciones de posgrado, tipo máster y/o doctorado
- Establecer un sistema común de créditos para fomentar la comparabilidad de los estudios y promover la movilidad de los estudiantes y titulados
- Fomentar la movilidad, con especial atención al acceso a los estudios de otras universidades europeas y a las diferentes oportunidades de formación y servicios relacionados
- Impulsar la cooperación europea para garantizar la calidad y para desarrollar unos criterios y unas metodologías educativas comparables
- Promover la dimensión europea de la educación superior y, en particular, el desarrollo curricular, la cooperación institucional, esquemas de movilidad y programas integrados de estudios, de formación y de investigación

Fuente: Elaboración propia.

teracción en el mismo le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínicos.

- Aporta metodologías docentes, por sus propias características favorece los manejos de la información, el aprendizaje activo, el autoaprendizaje, el razonamiento clínico en entornos de incertidumbre, reales y simulados. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles. Desarrolla competencias para el acceso a la información y sus nuevas tecnologías. Facilita el aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias. Inicia a los alumnos en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y, por su carácter interdisciplinario y multidisciplinario, estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.
- En el campo de la investigación, genera cuerpo de conocimiento por su capacidad de dar respuesta a preguntas que sólo se pueden responder cuando el proceso investigador se realiza en Atención Primaria o es imprescindible su colaboración. Desarrolla y gestiona el conocimiento por su potencial de trasladar a los pacientes y a la comunidad los resultados de la investigación.

TABLA 6 Declaración de Praga

- El aprendizaje a lo largo de la vida como elemento esencial para alcanzar una mayor competitividad europea, para mejorar la cohesión social, la igualdad de oportunidades y la calidad de vida
- El papel activo de las universidades, de las instituciones de educación superior y de los estudiantes en el desarrollo del proceso de convergencia
- La promoción del atractivo del Espacio Europeo de Educación Superior mediante el desarrollo de sistemas de garantía de la calidad y de mecanismos de certificación y de acreditación

Fuente: Elaboración propia.

Con todo lo anterior (tabla 7), todo hace indicar que los responsables de la educación médica pregraduada en España deben incluir la Medicina de Familia en las nuevas directrices de planes de estudios de la licenciatura en medicina. El Libro Blanco de la docencia pregrado de la Medicina en España y el trabajo del Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación, Ciencia y Deporte, deben fomentar la presencia de la Medicina de Familia en la universidad española en igualdad al resto de disciplinas académicas, como sucede en el resto de las universidades de los países de nuestro entorno socioeconómico y cultural. En España, este reconocimiento se articula mediante la inclusión de la Medicina de Familia en el Catálogo de Áreas de Conocimiento de la Universidad Española. Por ello, la ausencia de la Medicina de Familia en la universidad en igualdad con el resto de disciplinas es una de las asignaturas pendientes más importante de la universidad española¹².

Enfermería

Como en el resto de países desarrollados, la formación y la práctica enfermera en España ha estado influenciada por los cambios en las necesidades de salud de la población y ha tenido un enorme desarrollo en los últimos años. El cambio más relevante se produjo hace ya 30 años, cuando la enfermería fue reconocida como diplomatura universitaria¹³. Durante estos años, el principal cambio en su programa académico se llevó a cabo en 1990¹⁴ para poder incorporar las recomendaciones de la conferencia de Alma Ata¹⁵ y con él, los contenidos de formación estrechamente relacionados con la Atención Primaria de Salud, la geriatría y las ciencias de la conducta recibieron un importante impulso. Y en la actualidad las directrices generales de los planes de estudios establecen la «Enfermería Comunitaria» como una asignatura troncal¹⁶ necesaria para la obtención de la diplomatura, con un peso de 26 créditos (13 teóricos y 13 prácticos) por lo que la formación pregrado en Atención Primaria queda garantizada.

El cumplimiento del acuerdo de Bolonia (v. tabla 5) representará en un futuro próximo otro importante cambio en los planes de estudios enfermeros. Con él, la diplomatura en enfermería desaparece y se convierte en un título de grado¹⁷, de 240 créditos europeos y 4 años

TABLA 7 Indicadores de seguimiento de la formación en medicina de familia en la universidad española

| | Universidad | Fuente de Datos | Entidad a la que solicitar los Datos |
|---|--|---|--------------------------------------|
| Generalidades | Inicio de actividades (año en que se contratan los primeros profesores asociados), página web, dirección de correo | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Departamentos | Departamentos implicados en aspectos docentes (participan en la organización docente de las actividades de Medicina de Familia) o administrativos (tienen profesores asociados en centros de salud) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Concierto con instituciones Sanitarias | Fecha del último convenio firmado entre la universidad y el servicio de salud | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Texto completo# (pdf), página web o dirección de correo electrónico donde se puede solicitar | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Docentes | Instituciones de Atención Primaria que se conciertan (Áreas/Distritos/Centros de Salud/otros) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Profesores Asociados* (n.º, tipo de contrato (3 h/6 h/otro) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Colaboradores honorarios (sistema de acreditación y reconocimiento) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Profesores titulares* (área de conocimiento, responsabilidad docente e investigadora en Medicina de Familia) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Responsables de cátedras financiadas* (nombres, responsabilidades, actividades docentes e investigadoras desarrolladas, etc.) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| | Colaboradores docentes no MF (residentes de MF, pediatras, diplomados de enfermería, matronas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.): n.º | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Papel de la Unidad docente de MFyC | De 0 a 10 (mín.-máx.). Detallar en qué participa o colabora | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Prácticas | Año de inicio de las prácticas (dato histórico), carácter (obligatorias/voluntarias), duración en tiempo (horas a ser posible o créditos), asignatura o asignaturas que tienen asignados los créditos prácticos que se realizan en los centros de salud (medicina de familia, patología general, médica, etc.), documentos específicos# que se utilizan en las prácticas (guías, etc.), sistema de evaluación# | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Asignaturas | Año de inicio de la asignatura, carácter (troncal/obligatoria/optativa/créditos de libre configuración), duración en tiempo (horas a ser posible o créditos), curso académico en que se imparte, documentos específicos que se utilizan en las prácticas (guías, etc.), sistema de evaluación#. Temarios# | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Centros de salud | Nombre, dirección, teléfonos de contacto, n.º de médicos de familia, n.º de profesores asociados, promedio de alumnos que reciben en un curso académico, | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Investigación | Médicos de Familia doctores (n.º, nombres, etc.) Médicos de Familia en proceso de realización de la tesis doctoral | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |
| Responsable | Médico de Familia que de manera formal, o informal, conoce o asume la coordinación de la actividad y las relaciones con los responsables universitarios (la persona mejor informada de la situación en cada universidad) | Memoria de actividades de la Unidad docente | Unidad docente |

Aportar documentación en forma de archivo DOC, PDF, PPT, etc.

Datos a recoger: nombre, correo electrónico, teléfono de contacto.

Fuente: Elaboración propia.

de duración, exactamente igual que el resto de titulaciones universitarias. Este título de grado, además de capacitar para el mercado laboral, facilitará el acceso al máster y al doctorado en enfermería, por lo que a partir de entonces las enfermeras y los enfermeros podrán ser doctoras o doctores en enfermería.

Formación posgrado

Medicina

En este apartado se comentan dos aspectos importantes relacionados con el período de formación poslicenciatura. En el primer apartado, se analizan las necesida-

des de médicos para dar asistencia sanitaria en función de la cartera de servicios definida por el Ministerio de Sanidad, en el segundo apartado se describen los resultados del programa de formación de médico interno residente (MIR) en Medicina Familiar y Comunitaria, y los posibles impactos de las mejoras introducidas en el programa de formación, así como las condiciones adecuadas para mejorar la formación en Medicina Familiar y Comunitaria.

Objetivos

1. Identificar los factores que influyen en la necesidad de médicos en España.

2. Analizar algunos aspectos de la formación postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Identificar los factores que influyen en la necesidad de médicos en España

Introducción

Durante el primer trimestre del año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y el Departament de Salut de Catalunya presentaron sendos informes sobre las necesidades de médicos en Cataluña y España¹⁸.

Las fuentes de información de los dos estudios han sido similares para obtener la información de la situación de los médicos, si bien el estudio del MSC ofrece datos a nivel estatal y en el caso catalán sólo datos de Cataluña. En ninguno de los casos no hay datos oficiales ni registros, algunas de las fuentes registran sesgos. Las fuentes que se utilizaron fueron: información proporcionada por servicios de salud, colegiados por especialidad según OMC y Col·legi de Metges de Catalunya, más colegios de médicos provinciales. Los datos facilitados por el MSC fueron: información del MIR (convocatorias, adjudicaciones, registro, recirculación), títulos homologados, recirculación MIR, registros de sociedades científicas, estudios realizados por servicios de salud y sociedades científicas, bolsas de empleo accesibles en la web del año 2006.

Los datos de población se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE), analizando de forma específica los flujos migratorios.

Resultados

El primer análisis, realizado con datos correspondientes a 2006, muestra que no existe un problema global de falta de especialistas, aunque sí se detectan problemas puntuales en algunas especialidades y en algunas comunidades autónomas (CCAA)¹⁹. España tiene un número de profesionales en relación con su población muy superior a la media europea. En la tabla 8 se muestra el número de médicos por 1.000 habitantes.

La profesión médica es una profesión con tendencia al envejecimiento, el máximo número de profesionales se encuentra entre los 45 y 49 años. En el caso de Cataluña, es muy probable que la tasa de médicos por habitante disminuya, ya que el número de médicos que abandonará la profesión por jubilación será mayor que el número de médicos que entra en el sistema sanitario.

TABLA 8 Médicos por 1.000 habitantes

| País | Médicos por 1.000 habitantes |
|-------------|--|
| Barcelona | 4 |
| Cataluña | 3,7 |
| España | 3,3 (con Cataluña) 3,1 (sin Cataluña) |
| Bélgica | 4,5 |
| Grecia | 4,4 |
| Italia | 4,2 |
| Alemania | 3,4 |
| Austria | 3,4 |
| Francia | 3,4 |
| Portugal | 3,4 |
| Suecia | 3,3 |
| P. Bajos | 3,1 |
| Reino Unido | 2,3 |

Origen de los datos. Barcelona y Cataluña, 2005 COMB e INE.

España, Grecia, Bélgica, Países Bajos, Austria, Alemania, Francia, Portugal, Italia, Reino Unido, 2004, OCDE.

Suecia, 2003 OCDE.

Fuente: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/index.html>²⁰.

Este desfase, en el caso de Cataluña, será máximo en el 2015-2025.

Aunque globalmente hay más médicos hombres que mujeres, esta distribución está cambiando. Por debajo del intervalo de 35 a 44 años, hay más mujeres que hombres en la profesión. Trece de las 47 especialidades médicas tienen ya, en la actualidad, un mayor porcentaje de mujeres, entre ellas la especialidad de MFyC.

El número de plazas MIR convocadas cada año es un determinante esencial de la oferta futura de especialistas y es responsable de las pirámides de edad en cada una de las especialidades. Entre 1995 y los primeros años de la década de 2000, un número considerable de especialidades rebajaron su oferta de plazas MIR. En la tabla 9 se analizan las causas del déficit de especialistas.

Recomendaciones de las necesidades de médicos

De la revisión de estos estudios, realizados en el año 2006, se observa que hay especialidades deficitarias, como Cirugía general y del aparato digestivo, Radiodiagnóstico, Anestesiología y reanimación, Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria. También se pone énfasis en señalar que son muchos los factores que explican que en algunas CCAA, y más específicamente en algunos municipios, se observe déficit de médicos. En el siguiente apartado se proponen soluciones, algunas más simples de aplicar, otras más difíciles o complejas pero, sin duda, necesarias para poder incrementar la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios.

Soluciones para mejorar las necesidades de médicos

De la revisión y síntesis de los dos estudios comentados al inicio del apartado, se proponen las siguientes soluciones:

TABLA 9 Factores que influyen en la falta de médicos

Factores que dependen de la población:

- Crecimiento demográfico por inmigración
- Envejecimiento de la población (pluripatología, incremento de la necesidad de coordinación entre niveles asistenciales y de la coordinación asistencial con servicios sociales)
- Asistencia a la población desplazada no residente en España

Factores que dependen de la complejidad de la asistencia médica:

- Introducción de las nuevas tecnologías
- Actividades de prevención
- Ciudadanos más informados
- Medicalización de la sociedad

Factores que dependen de las características del sistema sanitario:

- Uso inadecuado de algunas prestaciones sanitarias
- Incremento de la oferta de prestaciones sanitarias
- Incremento de las presiones asistenciales
- Normativa laboral (limitación de la jornada laboral, limitación de edad para realizar guardias)

Factores que dependen de los profesionales:

- Feminización de la profesión médica
- Cambios de valores de la profesión médica. La profesión es un «trabajo», no tiene carácter vocacional
- Movimientos migratorios de los médicos. Inmigran médicos jóvenes a países europeos (Inglaterra, Suecia, Portugal) con mejores retribuciones, emigran médicos de Sudamérica
- Cambios en la expectativa económica y profesional de los médicos

Fuente: Comissió d'exercici de la professió mèdica²⁰.

- Limitar las renunciaciones y la circulación interna en el sistema MIR.
- Mejorar los procesos de incorporación de los profesionales extranjeros con garantías de calidad. Agilizar la tramitación de las solicitudes de homologación que procedan de los diferentes servicios de salud y crear una base de datos de los profesionales con títulos homologados puesta a disposición de los servicios de salud. En este tema, y a medio plazo, se plantea la posibilidad de modificar el procedimiento de homologación.
- Ampliación de las plazas del número de estudiantes de medicina.

Con efectos a medio plazo:

- Desarrollar la troncalidad, mediante la propuesta de un mapa de competencias de cada una de las especialidades.
- Crear un registro de profesionales informatizado del Sistema Nacional de Salud (SNS), que permita el análisis de la situación laboral y profesional de los médicos.
- Introducir elementos de telemedicina y tecnología que faciliten y agilicen el trabajo de los médicos.

Con efectos a largo plazo:

- Planificar la oferta de plazas en las facultades con el fin de lograr un número suficiente de profesionales que permita un ligero superávit con el obje-

tivo de hacer frente a situaciones de carencia imprevistas.

- Reformar los planes de formación del MIR en función de los principios de troncalidad.
- Realizar programas de educación para la salud para hacer un buen uso del sistema sanitario.
- Introducir medidas correctoras frente a la medicalización de la vida, la creación de no enfermedades y el mal uso del sistema sanitario.

Analizar algunos aspectos de la formación posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Introducción

Desde 1978, fecha de la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se han desarrollado tres programas oficiales de la especialidad, dos revisiones intermedias, que han posibilitado la formación vía MIR de más de 20.000 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de España. El 3 de mayo se publicó el nuevo programa en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y los residentes iniciaron su formación de 4 años en ese mismo mes. Este nuevo programa, por lo tanto, es el tercer programa oficial, y podemos considerarlo el quinto programa real en los 29 años de la especialidad.

La modificación del programa de formación estaba justificada por la situación sanitaria y social que hacía necesaria la adaptación de la formación de los futuros médicos de familia a las necesidades poblacionales. Son diversos los estudios que demuestran que médicos de familia bien formados y entrenados son más efectivos y eficientes que otros especialistas para la prestación de servicios propios de la Atención Primaria²¹⁻²³. Antes de la puesta en marcha del nuevo programa de la especialidad, era necesario conocer la situación de partida y por eso se realizó un análisis de las memorias de cada unidad docente de MFyC.

En este apartado se describen algunos de los aspectos más relevantes del programa de formación de MFyC a partir de un análisis realizado por la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) de MFyC, de los datos recopilados en las memorias anuales de las unidades docentes, correspondientes al ciclo anual formativo 2003-2005²³.

Material y métodos

La muestra estudiada corresponde a las 92 unidades docentes del ámbito nacional, aunque finalmente sólo se obtuvo información válida de 72 (78,3%). Los datos se analizaron por CCAA.

Resultados

Los resultados se han agrupado en dos categorías: recursos humanos y estructura docente.

1. Recursos humanos de las unidades docentes

En el presente apartado se describen los recursos humanos de las unidades docentes (coordinadores, técni-

cos de salud [TS]). Los resultados se presentan en la tabla 10.

Con relación a la ubicación y dependencia de las unidades docentes (UDD), encontramos que el 79% se ubican en la gerencia de Atención Primaria (un 3% en centros de gestión del Servicio de Salud) y el 21% en el hospital de referencia. Si se realiza un análisis de la ubicación de las UDD y su relación con algunas actividades de éstas, se pueden destacar los siguientes aspectos:

1. Respecto al volumen de investigaciones que realiza cada unidad docente y la relación con su proximidad al medio hospitalario, se observa que no hay correlación, pero sí cambios cualitativos respecto a que las UDD ubicadas en hospitales tienen más proyectos de investigación que se publican en revistas científicas y están realizados por un mayor número de autores.
2. También en las UDD ubicadas en medio hospitalario se constata un aumento del 10% en el número de guardias realizadas durante el tercer año de especialidad en urgencias hospitalarias, respecto a las realizadas en Atención Continuada de Atención Primaria, en probable relación con la constante pugna por absorber el trabajo del residente por las distintas gerencias.

Por CCAA, la dedicación media del coordinador es de 30 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 28 h/sem), con apoyo del técnico de salud en un 78% de los casos a tiempo parcial de 25 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 26 h/sem). Existe apoyo administrativo en el 88% de las UDD, con una dedicación a tiempo parcial de

29 h/sem. Destacan Galicia y Extremadura por la escasa dedicación horaria de todos sus efectivos, Navarra y Madrid por el escaso personal de apoyo al coordinador, en número y horas, y en Castilla y León destaca la dedicación limitada del técnico de salud, con una media de 14 h/sem.

Al relacionar los datos de recursos humanos, sobre todo en cuanto a disponibilidad de técnico de salud y la producción científica que realizan las UDD, se observa una correlación directa, es decir, en las UDD con escasa dedicación del técnico de salud hay una deficiente producción. En el extremo contrario destacan como mejor dotadas en cuanto a recursos humanos: País Vasco (Bilbao) y Andalucía (Sevilla), Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Cantabria. Respecto a la dedicación del coordinador a la UD, observamos una media ponderada de 30 h/sem, destacando la poca dedicación horaria de Galicia y Extremadura (tabla 11).

En el 78% de las UDD hay un técnico de salud, con una media de dedicación de 25 h/sem (moda 35 h/sem y mediana 26 h/sem). Destacan del cómputo global, las UDD Tipo III de Sevilla, Málaga, Granada, Bilbao y Guipúzcoa, con más de un técnico de salud a tiempo completo, y con un aumento consecuente de la producción científica. En el otro extremo, Madrid, Cataluña, Galicia y Murcia destacan por la ausencia de técnico de salud, y Extremadura, Navarra, Baleares y Castilla y León por su déficit horario en la dedicación (tabla 12).

Estructura docente

Para la implementación del nuevo Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, resulta imprescindible conocer la capacidad formativa de las UDD para facilitar ajustes en su organización interna, así como analizar el cumplimiento de unos requisitos de calidad formativa en sus centros de salud. Entre estos requisitos figura el mantener unas condiciones de presión asistencial y equipamientos que garanticen la posibilidad de dedicación y disponibilidad de recursos, y una adecuada distribución entre tutores y residentes.

De los resultados obtenidos, se desprende que la unidad docente media cuenta con 6 centros de salud docentes, con un tamaño de 8,3 consultas de Medicina de Familia y 2,7 de pediatría. En cuanto a población atendida, el centro de salud docente presta asistencia a una media ponderada de 20.220 personas por centro (con una desviación estándar por CA de 1.450 personas) y con población asignada por médico aproximada de 1.838 personas por médico. La comunidad autónoma que mayor asignación registra es Canarias con 27.170 personas por centro, seguida de Cataluña y Baleares, traducido en una media de tarjetas sanitarias por profesional de 2.100 personas para estas tres CCAA (tabla 13).

Se halló el coeficiente «total tutores/residentes tercer año» por cada centro de salud de cada unidad docente, y posteriormente se calculó la media como distribución de frecuencias ponderada para su Comunidad autónoma,

TABLA 10 Características de las unidades docentes

| CCAA | Ubicación | Existe Coordinador (dedicación) | Existe Técnico de Salud (dedicación) |
|------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Andalucía | Hospital | 100 % (35 h/sem) | 100 % (35 h/sem) |
| Aragón | Gerencia AP | 100 % (21 h/sem) | 100 % (26 h/sem) |
| Asturias | Gerencia AP | 100 % (35 h/sem) | 100 % (35 h/sem) |
| Baleares | 1: AP/1: Hosp | 100 % (40 h/sem) | 100 % (15 h/sem) |
| Canarias | Gerencia AP | 100 % (35 h/sem) | 80 % (26 h/sem) |
| Cantabria | Gerencia AP | 100 % (40 h/sem) | 100 % (30 h/sem) |
| Castilla y León | Gerencia AP | 100 % (35 h/sem) | 70 % (14 h/sem) |
| Castilla-La Mancha | Gerencia AP | 100 % (29 h/sem) | 83 % (25 h/sem) |
| Cataluña | 7: AP/1: Hosp | 100 % (21 h/sem) | 62 % (20 h/sem) |
| Extremadura | 2: AP/1: Hosp | 100 % (9 h/sem) | 66 % (11 h/sem) |
| Galicia | Gerencia AP | 100 % (8 h/sem) | 60 % (15 h/sem) |
| La Rioja | Gerencia AP | 100 % (35 h/sem) | 100 % (35 h/sem) |
| Madrid | Gerencia AP | 100 % (30 h/sem) | 57 % (18 h/sem) |
| Murcia | Gerencia AP | 100 % (40 h/sem) | 50 % (40 h/sem) |
| Navarra | Gerencia AP | 100 % (35 h/sem) | 100 % (4 h/sem) |
| País Vasco | 2: AP/1: Hosp | 100 % (36 h/sem) | 100 % (36 h/sem) |
| C. Valenciana | Direc. AP | 100 % (40 h/sem) | 100 % (40 h/sem) |
| Media Ponderada | 57: AP/15: Hosp | 100 % (29 h/sem) | 78 % (25 h/sem) |

AP, Atención Primaria; CCAA, Comunidades Autónomas.

Fuente: Amigo A. (2006)²⁶.

TABLA 11 Perfil del coordinador

| CCAA | Coordinador (dedicación) | Form. Cont. | Gestión | Asistencial |
|------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Andalucía | 100 % (35 h/sem) | 4/8 (50 %) | 3/8 (38 %) | 0/8 (0 %) |
| Aragón | 100 % (21 h/sem) | 2/5 (40 %) | 1/5 (20 %) | 2/5 (40 %) |
| Asturias | 100 % (35 h/sem) | 1/1 (100 %) | 1/1 (100 %) | 0/1 (0 %) |
| Baleares | 100 % (40 h/sem) | 2/2 (100 %) | 1/2 (50 %) | 0/2 (0 %) |
| Canarias | 100 % (35 h/sem) | 2/5 (40 %) | 1/5 (20 %) | 3/5 (60 %) |
| Cantabria | 100 % (40 h/sem) | 2/2 (100 %) | 1/2 (100 %) | 1/2 (100 %) |
| Castilla y León | 100 % (35 h/sem) | 4/10 (40 %) | 4/10 (40 %) | 0/10 (0 %) |
| Castilla-La Mancha | 100 % (29 h/sem) | 5/6 (83 %) | 5/6 (83 %) | 1/6 (17 %) |
| Cataluña | 100 % (21 h/sem) | 6/8 (75 %) | 3/8 (38 %) | 7/8 (88 %) |
| Extremadura | 100 % (9 h/sem) | 3/3 (100 %) | 2/3 (66 %) | 2/3 (66 %) |
| Galicia | 100 % (8 h/sem) | 1/5 (20 %) | 1/5 (20 %) | 4/5 (80 %) |
| La Rioja | 100 % (35 h/sem) | 1/1 (100 %) | 1/1 (100 %) | 0/1 (0 %) |
| Madrid | 100 % (30 h/sem) | 7/8 (87 %) | 3/8 (37 %) | 0/8 (0 %) |
| Murcia | 100 % (40 h/sem) | 2/2 (100 %) | 2/2 (100 %) | 0/2 (0 %) |
| Navarra | 100 % (35 h/sem) | 0/1 (0 %) | 0/1 (0 %) | 0/1 (0 %) |
| País Vasco | 100 % (36 h/sem) | 2/3 (66 %) | 2/3 (66 %) | 1/3 (33 %) |
| C. Valenciana | 100 % (40 h/sem) | 2/2 (100 %) | 1/2 (50 %) | 0/2 (0 %) |
| Media Ponderada | 100 % (30 h/sem) | 46/72 (64 %) | 32/72 (44 %) | 21/72 (29 %) |

 Fuente: Amigo A. (2006)²⁶.

TABLA 12 Perfil del técnico de salud

| CCAA | Existe técnica salud | Tiempo de dedicación | Form. Cont. | Gestión | Asistencial |
|------------------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Andalucía | 8/8 (100 %) | 35 h/sem | 5/12 (42 %) | 1/12 (8 %) | 0/12 (0 %) |
| Aragón | 5/5 (100 %) | 26 h/sem | 1/5 (20 %) | 3/5 (60 %) | 0/5 (0 %) |
| Asturias | 1/1 (100 %) | 35 h/sem | 1/1 (100 %) | 1/1 (100 %) | 0/1 (0 %) |
| Baleares | 2/2 (100 %) | 15 h/sem | 2/2 (100 %) | 2/2 (100 %) | 0/2 (0 %) |
| Canarias | 4/5 (80 %) | 26 h/sem | 4/4 (100 %) | 2/4 (50 %) | 1/4 (25 %) |
| Cantabria | 2/2 (100 %) | 30 h/sem | 1/2 (50 %) | 2/2 (100 %) | 0/2 (0 %) |
| Castilla y León | 7/10 (70 %) | 14 h/sem | 3/7 (43 %) | 5/7 (71 %) | 0/7 (0 %) |
| Castilla-La Mancha | 5/6 (83 %) | 25 h/sem | 5/5 (100 %) | 4/5 (80 %) | 0/5 (0 %) |
| Cataluña | 5/8 (62 %) | 20 h/sem | 4/5 (80 %) | 3/5 (60 %) | 0/5 (0 %) |
| Extremadura | 2/3 (66 %) | 11 h/sem | 0/2 (0 %) | 2/2 (100 %) | 0/2 (0 %) |
| Galicia | 3/5 (60 %) | 15 h/sem | 1/3 (33 %) | 2/3 (66 %) | 0/3 (0 %) |
| La Rioja | 1/1 (100 %) | 35 h/sem | 0/1 (0 %) | 0/1 (0 %) | 0/1 (0 %) |
| Madrid | 4/8 (50 %) | 18 h/sem | 4/4 (100 %) | 0/4 (0 %) | 0/4 (0 %) |
| Murcia | 1/2 (50 %) | 40 h/sem | 1/1 (100 %) | 1/1 (100 %) | 0/1 (0 %) |
| Navarra | 1/1 (100 %) | 4 h/sem | 1/1 (100 %) | 0/1 (0 %) | 0/1 (0 %) |
| País Vasco | 3/3 (100 %) | 36 h/sem | 5/6 (83 %) | 0/6 (0 %) | 1/6 (17 %) |
| C. Valenciana | 2/2 (100 %) | 40 h/sem | 1/2 (50 %) | 1/2 (50 %) | 0/2 (0 %) |
| Media Ponderada | 56/72 (78 %) | 25 h/sem | 39/63 (62 %) | 29/63 (46 %) | 2/63 (3 %) |

 Fuente: Amigo A. (2006)²³.

la proporción es de 2,19 tutores por residente con una varianza de 0,4 y una desviación estándar de 0,63, dato importante en la adaptación al nuevo programa que contempla una prolongación de las estancias formativas en el centro de salud. Las CCAA que presentan los parámetros más favorecedores a este respecto son Baleares, Madrid (Áreas II y IV) y Aragón (Zaragoza I), siendo más compleja la situación en Extremadura, La Rioja, Asturias y Cantabria, donde la adaptación al nuevo programa puede ser más complicada en este aspecto (tabla 14).

Ante este análisis y la puesta en marcha del nuevo programa, la Comisión Nacional de la Especialidad elaboró las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones: formación posgrado

1. La situación actual de las UDD de MF es buena, si bien algunas unidades docentes no disponen del número suficiente de profesionales adecuadamente preparados y existen zonas en las que el número de residentes por tutor es excesivo, con lo que el tiempo de dedicación a cada residente no será el que se requiere para adquirir las competencias propias del especialista en MFyC.
2. En algunos centros de salud, la ratio habitante/médico es más elevada que la establecida por las recomendaciones del programa docente, y ello puede ir en detrimento de la adecuada dedicación del tutor al residente.

TABLA 13 Descripción de los centros de salud (residentes por centro de salud y media de población por centro de salud y CCAA)

| CCAA | Centros Salud por UD | Médicos Vía MIR/Total Tutores (%) | Número Tutores CS | Número Total Médicos CS | PED por CS | Número de MIR por CS | Población por CS |
|--|----------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------|------------|----------------------|------------------|
| Andalucía | 11,3 | 97 | 4 | 8,4 | 3,2 | R1 3,4; R3 3,5 | 22.434 |
| Aragón | 9,6 | 74 | 6,2 | 9,2 | 2,3 | R1 2; R3 3,4 | 17.080 |
| Asturias | 28* | 82 | 4,3 | 9,4 | 2,1 | R1 2,7; R3 2,7 | 16.200 |
| Baleares | 5,5 | 91 | 6,1 | 7,6 | 3,3 | R1 3,3; R3 2,4 | 25.435 |
| Canarias | 4 | 85 | 5 | 9,2 | 3,7 | R1 2,9; R3 3,2 | 27.170 |
| Cantabria | 3,5 | 88 | 5,9 | 9,4 | 2,3 | R1 4,4; R3 4,7 | 22.090 |
| Castilla y León | 4,4 | 75 | 5,7 | 8,3 | 2,2 | R1 3,2; R3 3,8 | 18.510 |
| Castilla-La Mancha | 3,6 | 64 | 4,7 | 7,6 | 1,9 | R1 3,5; R3 3 | 18.225 |
| Cataluña | 4,3 | 79 | 6,1 | 9,1 | 3,5 | R1 3,6; R3 3,2 | 25.769 |
| Extremadura | 2,3 | 79 | 6,7 | 10 | 2,1 | R1 6,6; R3 6,8 | 21.381 |
| Galicia | 3,8 | 77 | 4,4 | 6,5 | 1,9 | R1 2,4; R3 2,5 | 15.064 |
| La Rioja | 3 | 65 | 6,6 | 11,7 | 3,3 | R1 6; R3 6 | 22.935 |
| Madrid | 8 | 68 | 5,5 | 9,8 | 3 | R1 2,4; R3 2,5 | 21.605 |
| Murcia | 4,5 | 70 | 5,2 | 8,4 | 2,6 | R1 3,2; R3 3,2 | 20.580 |
| Navarra | 11 | 91 | 4,8 | 8,5 | 2,8 | R1 2,3; R3 2,5 | 16.194 |
| País Vasco | 14,3 | 83 | 4,7 | 6,7 | 2,2 | R1 2,4; R3 2,6 | 17.737 |
| C. Valenciana | 20 | 71 | 5,2 | 6,2 | 2,6 | R1 2,4; R3 2,6 | 18.755 |
| Media distribución de frecuencias | 6,1 | 78 | 5 | 8,3 | 2,7 | R1 3 ; R3 3,1 | 20.220 |

CS, centros de salud; PED, número de pediatras.

Fuente: Amigo A. (2006)²⁶.

- El grado de implicación de los tutores en el desarrollo del programa es la piedra angular. Su formación en los contenidos propios de la especialidad, en metodología docente y en evaluación formativa son determinantes. El apoyo a la función de tutores por parte de la administración es fundamental.
- El programa precisa requisitos estructurales de idoneidad de presión asistencial, tiempo de dedicación a la asistencia con tiempo específico para la docencia y tiempos mínimos por consulta, todos ellos requisitos que hacen saludable el entorno para el aprendizaje.

El nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria

Este nuevo programa de 4 años nace de la firme voluntad de actualizar y consolidar el cuerpo doctrinal y los valores de la Medicina Familiar y Comunitaria y de un profundo compromiso con la formación y con el Sistema Nacional de Salud. Cinco años de trabajo en sus diferentes fases y la colaboración de más de 200 médicos de familia lo avalan.

Este programa se inicia con el análisis de la situación, no sólo del programa en sí, sino de los condicionantes sociales y sanitarios actuales y previsibles en el futuro. Simultáneamente, se revisan los programas de medicina de familia en el ámbito internacional, casi un centenar de ellos, fundamentalmente los de varias universidades de EEUU, Canadá, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, entre otras.

El programa actual se justifica por la necesidad de continuar afianzando los cambios introducidos hasta este momento, las ventajas que para el sistema supone

el Médico de Familia como puerta de entrada al sistema de salud, como profesional con alta capacidad resolutoria de problemas y como coordinador de recursos y de los flujos de pacientes dentro del sistema de salud; afianzar los niveles de competencia necesarios para la práctica de la Medicina de Familia, dada su extensión, grado de responsabilidad, globalidad e impacto sobre los niveles de salud; la necesidad de suplir algunas carencias del pregrado, la necesidad de potenciar áreas de conocimiento propias de las competencias del Médico de Fami-

TABLA 14 Distribución de tutores/residentes de tercer año

| CCAA | Cociente tutores/residentes | Varianza | Desviación estándar |
|--|-----------------------------|------------|---------------------|
| Andalucía | 2,62 | 0,93 | 0,96 |
| Aragón | 2,7 | 0,81 | 0,9 |
| Asturias | 1,43 | - | - |
| Baleares | 2,66 | 0,06 | 0,24 |
| Canarias | 2,19 | 0,89 | 0,94 |
| Cantabria | 1,32 | 0,03 | 0,17 |
| Castilla y León | 1,94 | 0,63 | 0,79 |
| Castilla-La Mancha | 1,72 | 0,41 | 0,64 |
| Cataluña | 2,17 | 0,08 | 0,28 |
| Extremadura | 1,11 | 0,01 | 0,12 |
| Galicia | 1,99 | 0,37 | 0,61 |
| La Rioja | 1,14 | - | - |
| Madrid | 2,76 | 0,83 | 0,91 |
| Murcia | 1,76 | 0,05 | 0,23 |
| Navarra | 2,18 | - | - |
| País Vasco | 2,04 | 0,04 | 0,2 |
| C. Valenciana | 1,98 | 0,08 | 0,28 |
| Media distribución de frecuencias | 2,19 | 0,4 | 0,63 |

Fuente: Amigo A. (2006)²³.

lia, y de introducir y profundizar algunas otras, y la necesidad de profundizar en las metodologías docentes.

Las consideraciones anteriores hay que enmarcarlas en el cambio sociodemográfico y sanitario que condiciona las orientaciones del programa. En todo momento se ha sustentado en la evidencia de que la Atención Primaria deben proporcionarla médicos bien formados y entrenados en su práctica. Los resultados de diferentes estudios demuestran el impacto de la accesibilidad, la longitudinalidad, la relación médico-paciente y la globalidad sobre los niveles de salud. Se evidencia, asimismo, que los médicos de familia entrenados en estos aspectos son más efectivos y eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la Atención Primaria de Salud. El objetivo final del programa es conseguir que los médicos de familia sean competentes para dar respuesta a las necesidades de salud que exige la sociedad actual²⁵.

Por este motivo, se han incluido áreas nuevas, se han consolidado áreas propias, se han introducido nuevas metodologías docentes y evaluativas, se han establecido prioridades y niveles de responsabilidad y se han diversificado y ampliado los entornos de aprendizaje.

Se ha constituido algo más que un referente para la formación posgrado, es el marco competencial del médico de familia, el marco de referencia para la disciplina académica y el marco de desarrollo profesional. En definitiva, es la herramienta de referencia del médico de familia y como referente debe ser dinámico y responder y adaptarse a las necesidades de las personas.

Esta herramienta significa un cambio no sólo cuantitativo, sino cualitativo, y tiene el firme objetivo de contribuir a la mejora y consolidación de la Medicina de Familia y Comunitaria y, por ende, a la mejora de la calidad y de la cohesión de la Atención Primaria, función central del sistema sanitario español.

Entre los cambios cualitativos cabe destacar un cambio en los contenidos. Se incorporan los valores profesionales, se define y delimita el perfil profesional, se definen competencias esenciales (entre las que se incluye la comunicación, la bioética, el razonamiento clínico y la gestión de la atención), competencias transversales y competencias específicas. Se incluyen, por ejemplo, áreas competenciales como el abordaje de las conductas de riesgo, la violencia familiar, las personas en exclusión social, los adolescentes, los trabajadores, el paciente terminal, el duelo y sus cuidadores, etc. Se delimita y profundiza en el abordaje del médico de familia de necesidades y problemas de salud en los que la capacidad de resolución del médico de familia es esencial y su actuación en prevención primaria, secundaria y terciaria es clave, como es el caso, por citar algunos, de los problemas cardiovasculares, respiratorios, digestivos, infecciosos, metabólicos, endocrinológicos, de salud mental, etc. Se insiste y se profundiza en las competencias que se consideran «específicas» del médico de familia, que son la atención a la familia y la atención a la comunidad. Se desarrollan las competencias relativas a la formación, docencia e investigación.

El programa se dirige no sólo a la formación de médicos de familia que vayan a desarrollar su actividad profesional futura en un centro de salud, sino que, debido a su pluripotencialidad, permite servir de base formativa para la posterior formación en otras áreas de capacitación como las urgencias, los cuidados paliativos, la intervención familiar, etc., o para desempeñar su trabajo en otros ámbitos laborales, tanto públicos como privados.

Se mejora cualitativamente en los métodos, incorporando la formación individualizada con un incremento progresivo de la responsabilidad, y potenciando la formación tutorizada, continuada y evaluada. Por ello, los niveles de competencia de los tutores deben estar adaptados a las áreas competenciales y a las metodologías docentes, por lo cual se propugna garantizar y facilitar actividades de mantenimiento y mejora de la competencia de los tutores, condiciones asistenciales y docentes idóneas y actividades para mantener la motivación y el desarrollo profesional.

Se profundiza en la metodología educativa, que se fundamenta en el autoaprendizaje dirigido, el aprendizaje de campo, las clases, el trabajo grupal y los talleres. Se centra en el aprendizaje de adultos y «en el que aprende» con metodologías activas y modernas, tanto formativas como evaluativas.

El entorno docente central de la Medicina Familiar y Comunitaria es el centro de salud, pero se mantiene la formación en el hospital y se amplían los entornos docentes: unidades médicas de corta estancia, hospitalización a domicilio, emergencias, atención al adolescente, cuidados paliativos, atención a los inmigrantes, a los drogodependientes, a las víctimas de violencia (mujer, anciano, niño, etc.) y los centros de salud rurales.

Este programa es, y probablemente será, más conocido, durante un tiempo, por su incremento de 3 a 4 años, antes de que sean más visibles sus cambios cualitativos. Sin embargo, son éstos y sólo éstos los que determinan el incremento del tiempo, que responde a la suma de los tiempos mínimos de formación recomendados por los expertos que han participado en la elaboración del programa.

Pero el programa va a tener muchos impactos, y no sólo el exclusivamente relacionado con la formación de posgrado, porque apuesta por:

- La Atención Primaria y la Medicina de Familia como eje vertebrador de un sistema sanitario equitativo, efectivo, eficiente y viable, que satisfaga a las personas, persiga la competencia de sus profesionales y los motive.
- Los valores profesionales y, por lo tanto, por el compromiso social, ético, con las personas, la formación y con la especialidad.
- La calidad y los entornos formativos favorables. Determina requisitos de acreditación que redundan en la calidad estructural de la Atención Primaria.
- Los tutores y su desarrollo profesional.
- Un perfil profesional definido.

- La troncalidad y las áreas de capacitación específicas.
- La reorientación de la formación de pregrado.
- La cohesión y calidad del sistema.
- Una mejor relación entre ámbitos de atención.
- Un desarrollo profesional para todos los médicos de familia, enmarcado en las competencias del MF.

El examen de médico interno residente y las plazas de Medicina de Familia

El sistema de formación especializada mediante residencia ha tenido un gran impacto, no sólo formativo, sino que se ha constituido en un auténtico motor de cambio y mejora del sistema sanitario, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria. Pero, como todo sistema dinámico, precisa reajustes, ya descritos anteriormente y que se resumen en la tabla 15, que son motivo en el momento actual de discusión y debate, pero uno de ellos ha disparado las alarmas y es el examen MIR, las plazas vacantes y el bajo nivel de puntuación que permite el acceso al sistema^{24, 25}.

El acceso al sistema MIR mediante una prueba única centralizada ha significado la homogeneización del acceso y la igualdad de oportunidades, pero en los últimos años es innegable que ha pasado de ser altamente selectivo, con marcado grado de dificultad, a meramente distributivo. Ante esto, existen una serie de circunstancias que deben ser analizadas:

- La oferta de plazas supera la demanda. En la tabla 16 se pueden analizar los factores que influyen en ésta.
- El porcentaje de renunciaciones es muy elevado: el hecho de poderse presentar de forma reiterada y la facilidad para obtener plaza dispara el porcentaje de renunciaciones que, a su vez, genera problemas organizativos en las UDD y distorsiona las tutorizaciones.
- El nivel de puntuación para el acceso ha descendido de forma preocupante: debido a las numerosas renunciaciones, la última plaza de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) llega a números inusualmente altos, pasando del 4.291 en 1999 a más del 7.000 en las últimas tres convocatorias. El punto de corte va descendiendo.
- La MFyC no se elige con buenos números: sigue siendo igual o más difícil optar por las primeras plazas y aunque el programa formativo de MFyC ha mejorado y oferta 4 años, los candidatos con muy buenos números no se han planteado la MFyC en las dos últimas convocatorias. Se sigue observando una distribución bimodal en la opción a MFyC. Los candidatos que optan por MFyC con mejores números proceden de facultades en las que existe mayor presencia de MFyC en el grado.
- La oferta de plazas responde a pocos criterios de planificación prospectiva: el Ministerio de Sani-

TABLA 15 Algunos debates que resolver

| |
|--|
| Necesidades presentes y futuras de médicos especialistas |
| Número óptimo de licenciados en medicina necesario para dar respuesta a esta demanda |
| Distribución de la oferta de plazas entre especialidades y entre CCAA |
| Necesidad o no de 48 especialidades médicas |
| Modelos para ordenar el sistema en torno a la troncalidad |
| Modelos para dar continuidad entre grado, formación especializada y desarrollo profesional |
| La estructura docente |
| Los sistemas de acreditación y los sistemas de evaluación |
| El papel de jefes de estudios/coordinadores de UD y tutores y su reconocimiento |
| El estatuto de los residentes y su impacto sobre los aspectos formativos |

Fuente: Casado V. (2006)²⁶, Martín-Zurro A, de Nadal J. (2006)²⁷.

dad y Consumo, oído el Ministerio de Educación y Ciencia, las CCAA y las Comisiones Nacionales de las Especialidades, y a través de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, determina la oferta de plazas MIR. Los criterios que, en general, se manejan por parte de las CCAA son sus propias necesidades históricas y del momento y su oferta formativa y por parte de las comisiones nacionales, en algunos casos, intereses de sector, sin demasiada perspectiva planificadora y de estado desde el ministerio.

Si bien en algunos meses del año es frecuente oír que se necesitan Médicos de Familia, no es menos cierto que éstos no se «fidelizan» y que en muchas CCAA el empleo es precario. Estamos de acuerdo en que se necesitan más médicos de familia en muchas CCAA, pero no para paliar defectos de planificación, sino para mejorar los ratios de MF/población y acercarnos a ese 50 % de MF en relación al total de médicos.

Futuro del programa MIR de Medicina de Familia

Para intentar visualizar su futuro es importante que analicemos como si de un DAFO se tratara, las fortalezas y debilidades, las amenazas y oportunidades que tiene

TABLA 16 La oferta supera la demanda

| |
|--|
| 1. Cada año se presentan menos médicos: de 19.037 en 1995 a 8.592 en 2005, de los cuales el 83,2 % son españoles y el 16,8 % comunitarios (178) y extracomunitarios (1.066) cifras que se han triplicado en los últimos 5 años |
| 2. El número de estudiantes aceptados en las facultades de medicina se mantiene estable con notas para el acceso muy altas en algunas facultades |
| 3. Cada año hay más plazas: de 4.189 en 1995 a 5.406 en 2005 |

Fuente: Casado V. (2006)²⁸.

el MIR de MFyC en el momento actual, que se recogen en la tabla 17.

Hacer un ejercicio sobre previsiones de futuro es complicado y muy arriesgado, pero sí se puede intentar analizar cuáles deberían ser las condiciones adecuadas para que el sistema de formación especializada siga mejorando. Véase la tabla 18.

Conclusiones

Este análisis es imposible de realizar sin hacer una aproximación a los cambios del sistema formativo de forma global, y no debe realizarse sin entender el grado, la formación especializada y el desarrollo profesional continuo como un *continuum*²⁹.

En un horizonte plausible y altamente deseable, los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, así como sus homólogos de las CCAA, deberían considerar la MFyC y la Atención Primaria no sólo como una especialidad y un nivel asistencial, que condiciona una partida pequeña, pero incómoda, de gastos, sino como un objetivo en sí mismo y una estrategia de primera magnitud para mejorar el nivel de salud de la población.

Y esto se debería traducir, en el ámbito formativo, en la presencia de la MFyC en la troncalidad de los Planes de Estudios de Medicina, en la incorporación de Médicos de Familia en el cuerpo de profesores de la universidad y en la creación de departamentos o estructuras universitarias que situaran a la MFyC en igualdad al resto de disciplinas académicas actuales, como sucede en el resto de las universidades de nuestro entorno.

También sería necesario que el currículo fuese integrado (sin la división espúrea entre preclínicas y clínicas) y centrado en la resolución de problemas, con presencia de la MFyC de forma horizontal en un número importante de materias y estancias formativas de los estudiantes en el ámbito hospitalario.

Desde ambos ministerios, con el apoyo necesario de las CCAA, se debería realizar un proceso de planificación prospectiva de estudiantes y de especialistas basado en las personas y sus necesidades, lo que permitiría un ajuste del número de estudiantes y especialistas y éstos por especialidades y por CCAA.

Así mismo, previamente sería conveniente revisar el número de especialidades necesarias en el país. Sólo 18 de las 48 especialidades en España tienen coordinación total en Europa, es decir, están presentes en todos los países y MFyC es una de ellas. Con coordinación parcial y reconocimiento en más de 20 países, el número alcanza a 32. Llama la atención que en Alemania el reconocimiento automático se produzca sólo en 22 de nuestras especialidades y en Finlandia, la que más, 35.

Es conveniente no confundir especialidad con subespecialidad o campo de actuación. Una vez decididas las especialidades que la población necesita, que por razones de operatividad y flexibilidad del sistema y por la necesaria coordinación europea no deberían ser tantas, éstas deben ser ordenadas por troncos teniendo en cuenta competencias comunes.

Finalizar la especialidad debería permitir entrar en el mercado laboral o continuar con una subespecialidad. La entrada en el mercado laboral no debería cerrar la opción posterior a iniciar una subespecialidad o área

TABLA 17 Fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del MIR de MFyC

| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
|---|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Programa formativo de alto nivel de planificación y muy consensuado - Estructura docente muy consolidada con unidades docentes organizadas, con unos tutores con alto nivel de entrenamiento - Especialidad muy dinámica, comprometida, flexible y con gran capacidad de respuesta ante los cambios sanitarios y docentes - Herramientas legales y técnicas para su desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> - Escaso reconocimiento por parte de la administración de la función docente - Bajo nivel de prestigio académico y gran carga social y sanitaria - Exigua presencia de la MFyC en el grado - Desmotivación de los profesionales por las condiciones laborales y el escaso apoyo real de la administración hacia la Atención Primaria - Muy mala utilización de los recursos formados con una pobre política de fidelización de sus profesionales - Escasa continuidad entre grado, formación especializada y desarrollo profesional continuo - La deficitaria planificación de la necesidad de especialistas | <ul style="list-style-type: none"> - El desarrollo del Espacio Europeo de Enseñanza Superior en Medicina requiere unas condiciones docentes para la formación universitaria que precisan de la participación activa de la MFyC y de la rentabilización docente del entorno de aprendizaje médico que es la Atención Primaria - La LOPS crea un marco muy interesante de mejora del sistema de formación especializada, incluyendo una reforma del sistema de acceso, la creación de la troncalidad, las áreas de capacitación - Las resoluciones ministeriales sobre acreditación de UJDD y sobre la incorporación progresiva de una rotación en Atención Primaria de salud | <ul style="list-style-type: none"> - El desequilibrio entre oferta y demanda de plazas MIR sobre unas necesidades no conocidas, tanto en número como en distribución por especialidades y por CCAA - El bajo nivel de selección actual del MIR - El exagerado número de especialidades en España, con la rigidez entre especialidades y luchas por competencias - El prestigio de la subespecialización |

Fuente: Casado V. (2006)²⁸.

TABLA 18 Condiciones adecuadas para mejorar la formación en Medicina Familiar y Comunitaria

| Pistas de futuro |
|---|
| – Incorporación de la MFyC en la troncalidad de los planes de estudios de medicina y de políticas activas para la presencia universitaria de profesores de MFyC con estructuras académicas específicas |
| – Planificación prospectiva del número de estudiantes y especialistas a formar |
| – Prueba única nacional de acceso a la formación médica especializada, que evalúe competencias y valores profesionales |
| – Establecimiento de una nota mínima en la prueba de acceso al sistema de formación médica especializada |
| – Mantenimiento del sistema actual de formación médica especializada, basado en el estudio, el autoaprendizaje dirigido y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva |
| – Introducción de la troncalidad en los programas de formación MIR |
| – Ajuste del número de especialidades a las necesidades sociosanitarias y a la coordinación con Europa, pero con sistemas de capacitación que respondan a las necesidades del sistema y a los nuevos avances de la medicina |
| – Establecimiento de puentes de capacitación o pasarelas entre especialidades del mismo tronco |
| – Presencia de los contenidos de la MFyC en todos los troncos y como eje principal del tronco médico |
| – Fomento de la investigación en el periodo de especialización |
| – Fomento del aprendizaje de metodologías de mantenimiento y mejora de la competencia, como soporte posterior para el desarrollo profesional y la formación continuada |
| – Adaptación de las estructuras formativas |
| – Refuerzo de la función docente |
| – Desarrollo y generalización de herramientas docentes y evaluativas |
| – Evaluación de las competencias adquiridas al final del periodo formativo, como puerta de entrada al desarrollo profesional continuo |
| – Incorporación de los procesos de certificación y recertificación como garantía de desarrollo profesional continuo y vinculación a carrera profesional |

Fuente: Casado V. (2007)²⁸.

de capacitación. En este caso, deberían definirse su acceso, requisitos y tiempos.

Deben establecerse puentes de capacitación o pasarelas entre especialidades del mismo tronco, es decir, la posibilidad de acceder a otra especialidad del mismo tronco, cumplidos una serie de requisitos. Estos puentes de capacitación permitirían la movilidad interna en el sistema sanitario y favorecerían la motivación de los profesionales, sus expectativas profesionales y su desarrollo profesional.

Para el inicio de la formación especializada, se debe mantener una prueba única pero que no sólo valore los conocimientos, sino que además de valorar conocimientos importantes por su prevalencia y gravedad, valore la capacidad de resolución de problemas, los valores profesionales, algunas habilidades esenciales y las actitudes. Este proceso debe ser diseñado centralmente pero en su organización y desarrollo se deben implicar las facultades de medicina. Esta prueba distributiva y selectiva permitiría acceder a los troncos. Una evaluación de competencia (p. ej., portafolio) determinaría la entrada en las especialidades y en las áreas de capacitación, y una prueba final de competencia (que también podría ser un portafolio sumativo) cerraría esta etapa y debería ser tenida en cuenta para acceder al sistema sanitario y a la carrera profesional. Este paso determinaría el *continuum* de la formación hacia el desarrollo profesional continuo que debería ser reforzado con procesos de certificación y recertificación.

Así mismo, sería deseable que en todos los troncos estuvieran presentes contenidos de la MFyC y que estos contenidos fueran ejes centrales del tronco médico. Y como especialidad, serviría de base para varias subespecialidades o áreas de capacitación.

La función docente debe ser una función dotada de la importancia que merece, ya que el futuro se construye con la formación y la investigación. Seguir dejando la formación y la investigación en manos de la motivación intrínseca de los profesionales y del «amateurismo» tiene unos riesgos y unas debilidades importantes.

El horizonte establece que gran parte de las especialidades se van a formar en los dos ámbitos sanitarios (Resolución de 15 de junio de 2006). Esta presencia en Atención Primaria generará cambios estructurales y modificará el contenido y la composición de las UDD, comisiones de docencia, sus responsables y su dedicación.

Así mismo, la solidez para el desarrollo de los programas formativos dependerá mucho de la capacidad para innovar y para introducir metodologías activas y objetivas, tanto en la formación como en la evaluación³⁰.

Es indispensable seguir consolidando el cuerpo competencial y los valores del médico de familia y esto no sólo por compromiso con la especialidad, sino y fundamentalmente, por compromiso social y con las personas.

Sin embargo, todos estos cambios serán difíciles de conseguir en un entorno en el que cada año, desde el 2005, quedan más vacantes de MFyC en la convocatoria

MIR y en el que cada vez más son los MIR de MFyC quienes abandonan la especialidad en el período de formación. Es urgente que desde la semFYC y la CNE de MFyC se realicen actuaciones dirigidas a solucionar este problema; sin cambios organizativos y formativos que eviten esta situación será difícil conseguir que los médicos de Atención Primaria representen el 50% de los profesionales del sistema sanitario.

Enfermería

En mayo de 2005, a raíz de la publicación del Real Decreto 450/2005³¹, entraron en vigor las nuevas especialidades enfermeras en España y quedaron suprimidas las anteriores.

Entre estas nuevas especialidades, destaca la de enfermería familiar y comunitaria (FyC), que comparte apellidos con la especialidad médica. Ésta sería la más relacionada con el ámbito de la Atención Primaria. Pero, por otra parte, otras nuevas especialidades como la enfermería de salud mental, geriátrica, pediátrica u obstétrico-ginecológica también pueden tener cabida dentro del marco de la Atención Primaria. Aunque sería necesario tener un mejor conocimiento de los programas formativos, actualmente en proceso de elaboración, de todas ellas, para poder realizar correctamente esta valoración.

En cualquier caso, la enfermera especialista en enfermería FyC será la protagonista de la Atención Primaria y las demás enfermeras especialistas o generalistas pueden desempeñar un papel complementario en función de sus competencias específicas y de las necesidades y demandas de la población.

Las enfermeras FyC darán respuesta³² a los diferentes retos de la sociedad actual, que generan nuevas necesidades de cuidados o aumentan la complejidad de los mismos, como son, entre otros:

- El envejecimiento de la población y el importante incremento de los problemas de salud de larga duración (crónicos).
- El fenómeno inmigratorio.
- La aparición de nuevas enfermedades o enfermedades consideradas erradicadas.
- Los cambios en la estructura familiar tradicional.
- La falta de cuidadores informales.
- La aparición de nuevas estrategias de atención (hospitalización a domicilio, cirugía sin ingreso, etc.).

La nueva oferta de servicios enfermeros especializados en FyC hará visible a la sociedad el valor añadido de la aportación enfermera a la salud de la población³³.

Desarrollo profesional continuado

Introducción

Dentro de este capítulo, en el que se abordan aspectos de lo que clásicamente se ha denominado «formación e

investigación» hemos creído oportuno comentar el desarrollo profesional continuado individual (DPCI).

El DPCI se sitúa en el contexto de del *continuum* formativo para garantizar la coherencia de los objetivos formativos, métodos de aprendizaje y evaluación de sus diferentes etapas, desde el inicio de la formación pregrado, pasando por el posgrado (especialización) hasta llegar al ejercicio profesional.

En este campo de desarrollo profesional, aún existe una importante confusión conceptual y de denominaciones; se mezcla la carrera profesional con el desarrollo profesional continuado individual, haciéndolos sinónimos, y en consecuencia, se diseñan mecanismos de evaluación inadecuados. La ley 44/2003³⁴ aborda por primera vez una ley estatal de los principios generales y comunes homologables de «desarrollos profesionales y su reconocimiento» pero incluye básicamente elementos relacionados con la carrera profesional. Sin embargo, la definición de la DPCI que se describe en este apartado hace referencia a una perspectiva global e integradora de los elementos de formación, valoración de la actividad asistencial, docente e investigadora de la capacidad de respuesta de los cambios al entorno, de la capacidad de reflexión sobre la propia práctica y su repercusión social, y en definitiva, del proceso competencial de su evaluación y reconocimiento³⁵.

La carrera profesional es el resultado de la diferente valoración de los distintos elementos de la DPCI en relación con el contexto laboral de la empresa a la que presta sus servicios el sanitario, pero en ningún caso se pueden considerar sinónimos. El DPCI está más vinculado a la propia sociedad y a las instituciones y organizaciones que al ámbito laboral. El reconocimiento del DPCI puede ser, en gran medida, independiente de la trayectoria laboral de un profesional concreto.

Pueden seguir líneas paralelas, pero no necesariamente coincidentes. El reconocimiento de la DPCI no implica la generación de niveles homogéneos, ni la necesidad de determinados criterios de antigüedad. El DPCI habla del conjunto de componentes que integran la trayectoria de un progreso profesional y de los mecanismos que se dotan a las administraciones y, sobre todo, las instituciones de profesionales para evaluarlos y reconocerlos en un marco de garantía de la calidad y seguridad de las actuaciones de este profesional.

En este apartado se describen los aspectos operativos que se deben tener en cuenta en el desarrollo de un plan operativo de DPCI.

Objetivos

1. Describir el concepto de desarrollo profesional continuado.
2. Analizar la situación de la formación continuada en España.

Concepto de desarrollo profesional continuado

La World Federation for Medical Education está desarrollando, desde 1984, un programa para reorientar la educación médica a nivel internacional. Los objetivos de

este programa son: 1) estimular las instituciones educativas para reformular sus planes para mejorar la calidad de acuerdo con los estándares internacionales de formación definidos; 2) establecer un sistema internacional de evaluación y acreditación de las instituciones educativas para garantizar la calidad, y 3) salvaguardar la práctica médica y la movilidad de los profesionales mediante la definición de estándares internacionales.

El concepto de DPCI es el proceso por el cual una persona que ejerce la profesión la mantiene y mejora su grado de competencia. Este proceso de mejora afecta a todas las vertientes profesionales: actividad asistencial, docente, investigadora y de gestión. Esta definición es la misma para todas las profesiones sanitarias³⁵.

El DPCI tiene como misión la implicación y la incentivación de los profesionales sanitarios en un contexto sanitario determinado, siempre con la finalidad inmediata de ofrecer al ciudadano la mejor calidad en la atención sanitaria o en los servicios sanitarios. El DPCI incluye todo el conjunto de iniciativas orientadas al mantenimiento y la mejora de la competencia profesional individual a lo largo de la vida, adaptándolo a las nuevas necesidades del sistema sanitario o las organizaciones empleadoras. Supone, pues, un paso adelante en el concepto tradicional de formación continuada, que tiene un ámbito más restringido y menos orientado hacia la calidad asistencial y la implicación de las organizaciones en el sistema sanitario.

Los cuatro aspectos más relevantes del DPCI son:

- Mantener y mejorar la competencia profesional.
- Garantizar la calidad y la seguridad de la actuación profesional.
- Reconocer el esfuerzo individual en el mantenimiento de la competencia.
- Reconocer las capacidades de adaptación a los cambios y a las nuevas necesidades.

La carrera profesional se diferencia de la DPCI en que la primera es la trayectoria que sigue una persona a lo

largo del ejercicio de su profesión en un contexto laboral determinado mejorando su nivel de competencia, mediante la experiencia, la formación y las actividades científicas. Estos elementos la capacitarán para llevar a cabo una práctica más eficiente y de calidad y que, individualmente, pueda incrementar su nivel de responsabilidad en el ejercicio de la profesión. La aplicación de este concepto en el desarrollo de la actividad comportará el reconocimiento y la recompensa por parte de la institución en la que trabaja.

En la figura 1 se muestran las diferencias entre la DPCI y la carrera profesional.

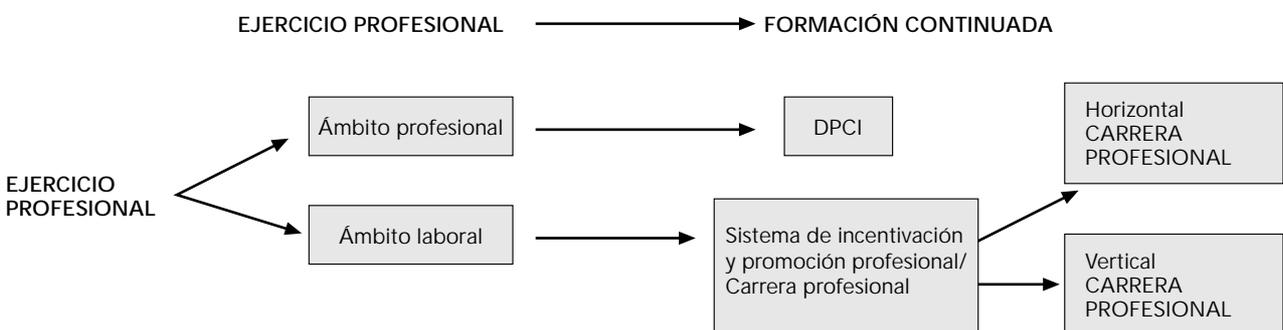
Situación de la formación continuada en España

La formación continuada (FC) es el conjunto de actividades formativas que el profesional realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la información básica y la de la especialidad correspondientes. El objetivo fundamental es el mantenimiento y la mejora de la competencia individual. La FC es un derecho y a la vez un deber de todos los profesionales sanitarios.

En el contexto estatal, no hay antecedentes del sistema de desarrollo profesional continuado individual entendido como el proceso de adquisición, mantenimiento y mejora de conocimientos, habilidades, actitudes y de la competencia profesional que es acreditable ante la ciudadanía, la profesión, las organizaciones y el sistema de salud y que en sí mismo no supone una contraprestación o recompensa económica.

Para conocer el nivel de formación continuada se han revisado las memorias y planes de salud de cada uno de los 17 servicios de salud de las CCAA. Tan sólo en dos de ellos se hace referencia a los recursos económicos dedicados a formación y en una CA se explican las actividades realizadas en formación continuada e investigación. Tampoco en ninguno de estos documentos se habla de mecanismos de validación/certificación y de revalidación/recertificación de la competencia profesional.

En España, la primera ley que aborda la cuestión del desarrollo profesional continuado es la Ley 44/2003³⁴



Fuente: Instituto de Estudios de la Salud (2005)³⁵.

FIGURA 1 Comparación entre desarrollo profesional continuado individual (DPCI) y carrera profesional.

(LOPS). En la tabla 19 se muestran las características que del DPCI que define la citada ley.

En cambio, sí existen diferentes sistemas de promoción e incentivación profesional (lo que se denomina carrera profesional) en las distintas CCAA. El aspecto de la carrera profesional se describe en el capítulo 5.

Recomendaciones: desarrollo profesional continuado individual

1. Es importante definir con claridad las diferencias que separan la DPCI de los mecanismos de incentivación y motivación y carrera profesional. Una

recomendación que puede contribuir al proceso de clarificación radica en la no estructuración de la DPCI por niveles si no a partir de un sistema de reconocimiento de cada profesional en los diferentes ámbitos de posible actuación: asistencial, docente, de investigación y gestión.

2. El desarrollo profesional es una variable importante en la calidad de vida laboral.
3. Es posible entender la carrera profesional como un instrumento de reconocimiento del perfeccionamiento de las competencias profesionales y del compromiso con la organización.

TABLA 19 Desarrollo profesional continuado definido en la LOPS

Concepto de desarrollo profesional

Es el reconocimiento público, expreso e individualizado del desarrollo logrado por un profesional sanitario, en cuanto a conocimiento, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación y en cuanto al cumplimiento de los objetivos asistenciales y de investigación de la institución donde presta sus servicios

Características

Acceso al sistema de desarrollo profesional: voluntario

Puede tener efectos sobre la estructura de las retribuciones y las cuantías (a negociar con las organizaciones sindicales)

El reconocimiento del desarrollo profesional lo regulan las administraciones sanitarias, dentro de los principios generales establecidos a la LOPS

Estructura

Se articula en cuatro grados:

- Acceso al primer grado: mínimo 5 años de ejercicio profesional
- Acceso a grados superiores: mínimo 6 años desde la anterior evaluación positiva

Homologación y reconocimiento

El Consejo interterritorial establece los principios generales y criterios para la homologación del reconocimiento del desarrollo profesional en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y en particular en relación a:

- Denominación de los grados
- Sistemas de valoración de los méritos
- Composición de los comités de evaluación
- Reconocimiento mutuo de los grados conseguidos por los profesionales de los diferentes servicios de salud

¿Qué se evalúa?

Principalmente, conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente y de investigación, y también, resultados de la actividad asistencial del interesado, calidad de la actividad asistencial, cumplimiento de los indicadores de valoración establecidos, implicación en la gestión y dirección clínicas

¿Quién evalúa?

Un comité específico creado en cada centro, integrado por profesionales de la misma profesión sanitaria que la ha evaluado, representantes del servicio o unidad a la que pertenece la evaluación, evaluadores externos designados por agencias de calidad o sociedades científicas

Fuente: Instituto de Estudios de la Salud (2005)³⁵.

Recomendaciones

- No es suficiente con que a uno lo asciendan por hacer mejorado su capacidad científico-técnica si el ascenso no lleva emparejado como recompensa la promoción y la puesta en práctica efectiva de esta capacidad.
- En esta misma perspectiva de delimitación de las diferencias conceptuales, hay que insistir en el hecho de que mientras en la valoración de la carrera profesional intervienen, además de los propios profesionales y sus asociaciones, otros agentes como los directivos de las entidades proveedoras y los agentes sindicales, en el caso de la valoración de la DPCI la competencia única debe recaer en las propias organizaciones de asociaciones de profesionales.
- La formación universitaria de Medicina de Familia debe reforzar la formación del «médico personal», este médico prestigioso, eficiente y reconocido socialmente que existía en la década de 1950. No es posible hacer este cambio si desde los primeros años de la formación no se adquieren las premisas básicas (continuidad de la atención, integridad de la persona, resolución de los problemas de salud y primer contacto del nivel asistencial) durante la formación en medicina. Para hacer seguimiento de esta información, proponemos los indicadores que se describen en la tabla 7.
- Identificar por parte del MSIC las previsiones de necesidades de cada comunidad autónoma, para poder definir las necesidades de especialistas a nivel de cada CA y del total del territorio nacional.
- Revisar la oferta docente anual para ajustarla a la demanda. La oferta de plazas MIR del 2008, y hasta el 2010, de las unidades docentes acreditadas deberá adecuarse a las especialidades más demandadas.
- Redistribuir las tareas profesionales del médico permitiendo que tareas burocráticas o asistenciales más simples las puedan realizar otros profesionales o trabajadores cualificados.
- Revisar la organización de los centros de salud y los hospitales, especialmente en lo que se refiere a urgencias y atención continuada.
- La formación de los futuros MF debe realizarse con profesionales competentes y capacitados con las infraestructuras y los recursos óptimos.
- El programa de formación debe permitir la pluripotencialidad, es decir, formar a médicos de familia que puedan trabajar no sólo en el centro de salud, sino en otros entornos laborales y servir de base formativa para una posterior formación en áreas de capacitación como las urgencias, los cuidados paliativos, la atención a personas mayores, etc.
- Hay que reseñar que para que el nuevo programa de la especialidad se cumpla adecuadamente, es necesaria la implantación de la carrera profesional como reconocimiento del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario, tanto en cuanto a conocimientos, como experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación.

Bibliografía

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No. 4. Boston, Massachusetts: Updyke. 1910.
2. Harris CM. General practice teaching of undergraduates in British medical schools. The Royal College of General Practitioners. Londres. 1969.
3. Byrne PS. University departments of general practice and the undergraduate teaching of general practice in the United Kingdom in 1972. *J R Coll Gen Pract.* 1973;23(Suppl 1):1-12.
4. Fraser RC, Preston-Whyte E. The contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Education. Londres: The Royal College of General Practitioners. 1988.
5. Howie JG, Hannay DR. General Practice in the Medical Schools of the United Kingdom. The Mackenzie Report. Londres: Mackenzie Fund. 1986.
6. Jonas HS, Etzel SI, Barzansky B. Educational Programs in US Medical Schools. *JAMA.* 1991;266:913-20.
7. Walton HJ. Primary health care in European medical education: a survey. *Med Educ.* 1985;19:167-88.
8. WFME Task force on defining international standards in basic medical education. Report in the working party. Copenhagen, 14-16 october 1999. *Med Educ* 2000;24-665-75.
9. Declaración de Granada sobre estándares en la educación médica de pregrado. Granada 24 de octubre de 2002. *Educación Médica* 2002;5(1):3-5.
10. Bonal Pitz P. Respuesta de la Medicina de Familia a la Declaración de Granada. *Aten Primaria* 2002;29:265-7
11. Bonal Pitz P. El reconocimiento académico de la Medicina de Familia por la universidad: una necesidad inaplazable. *Aten Primaria.* 1998;21:63-4.
12. Casado Vicente V, Bonal Pitz P. La formación pregrado a debate. En: Prieto Orzanco A. *Medicina Familiar y Comunitaria.* Saned. 1997.
13. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Documento Marco: La Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Febrero 2003. Disponible en: http://www.eees.ua.es/conferencias/DocumentoMarco_10_Febrero.doc
14. Bonal Pitz P. Antecedentes y modelo actual de la Medicina de Familia en la Universidad. En: *Documentos de Opinión para Atención Primaria.* Medicina de Familia y Universidad. Madrid: IMC; 2005. p. 11-31. Disponible en: http://www.semergen.es/semergen2/microsites/opinion/opinion3/opinion3_complet.pdf
15. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en

- la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería. Disponible en: <http://enfermeros.org/Legislacion-RD-2128-1977-IntegracionATS-EscuelasUniv.pdf>
16. Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. Disponible en: http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/titulaciones_gobierno/ciencias_experimentales_d/rd1466-90.pdf
 17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra. 1978. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
 18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del SNS. Principales Cifras del SNS 2005. Madrid. Consulta realizada el 27 de enero de 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>
 19. González B, Barber P. Oferta y Necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2007 Disponible en http://www.aaeear.org/paginas/doc/Informe_especialistas.pdf Consultado el 17 de diciembre de 2007.
 20. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, (febrero 2007), Comissió d'ordenació de la professió mèdica. La necessitat de metges en el sistema sanitari català. Causes i solucions. Informe final, Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/consells/index.html> Consultado el 17 de diciembre de 2007.
 21. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Explorations of practice characteristics influencing patient satisfaction. *Br J Gen Pract.* 1995;45:654-9.
 22. Jung HP, Wensing M, de Wilt A, Olesen F, Grol R. Comparison of patient's preferences and evaluation regarding aspects of general practice care. *Fam Practice.* 2000;17:236-42.
 23. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997; 277:553-9.
 24. Amigo A. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidades Docentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria: informe de las memorias de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria. Periodo 2003-2005: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006.
 25. Engström S, Foldevi M, Borgquist I. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2001;19:131-4.
 26. Casado V. El examen MIR y las plazas de médico de familia. *Aten Primaria.* 2006;38(10): 535-6.
 27. Martín-Zurro A, de Nadal J. ¿Peligra el Sistema MIR? *El País.* 6-6-2006. Disponible en: <http://www.elpais.es/articulo/salud/Peligra/sistema/MIR/elpsalpor/20060606elpepisa/5/Tes/> Consultado el 10 de diciembre de 2007.
 28. Casado V. Presente y futuro del MIR de Medicina Familiar. *Aten Primaria.* 2007;39(8):391-3.
 29. World Federation for Medical Education (WFME). Trilogía de la WFME. Estándares globales en educación médica. Pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo. Educación médica. 2004:7(2).
 30. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro del Especialista en Formación en Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2007.
 31. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Disponible en: <http://www.mec.es/universidades/especialidadesenfermeria/files/a-15480-15486.pdf>. Consultado el 10 de diciembre de 2007.
 32. Martínez-Rico JR. Enfermedades comunitarias. De la palabra a los hechos. *Enfermería comunitaria (rev. digital)* 2006, 2 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec0307.php>. Consultado el 10 de diciembre de 2007.
 33. López Morales M. La Enfermería Comunitaria y el Asociacionismo Científico en España. *Enferm Comun.* 2005;1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1revisita/1_articulo_5-7.php
 34. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de los profesionales sanitarios (LOPS). BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
 35. Instituto de Estudios de la Salud. Desenvolupament professional continuat (DPC) individual. Comissió per al desenvolupament operatiu del llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona. 2005.

4. Investigación en Atención Primaria

Concepció Violán Fors, Mireia Fàbregas Escurriola, Enriqueta Pujol Ribera, Edurne Zabaleta del Olmo

Puntos clave

- La investigación en Atención Primaria (AP) no es una causa perdida. Las características y potencialidades de la investigación en AP están claras y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran su capacidad para investigar y para desarrollar proyectos multicéntricos de calidad.
- Madrid y Cataluña son las CCAA con mayor número de media de citas por documento y de publicaciones teniendo en cuenta el número de médicos.
- A nivel mundial, España parece estar en una buena posición respecto a la investigación, aunque por el número de artículos citados parece que deberíamos intentar publicar más artículos en revistas anglosajonas.
- La investigación en AP tiene por misión aportar nuevo conocimiento y evidencias útiles para mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del abordaje de los problemas de salud y la organización de los servicios de AP.
- Las áreas de interés de la investigación en AP son la investigación en servicios de salud (60,5%) y la investigación clínica (19,3%), mientras que la mayoría de los artículos publicados (94,2%) en la revista Atención Primaria tenían un diseño descriptivo. Estos dos aspectos, que la investigación sea mayoritariamente sobre prestación de servicios y no sobre trabajos clínicos y que los estudios sean descriptivos, debería cambiarse, facilitando a los médicos de familia la posibilidad de realizar estudios de mayor nivel de evidencia.
- No se puede realizar investigación en AP sin el apoyo financiero de las agencias públicas y privadas, hay que recordar que en España se ha producido un importante apoyo a la investigación básica, pero en detrimento de la investigación clínica, tanto hospitalaria como de AP.

Introducción

La Atención Primaria (AP) es uno de los pilares básicos de los sistemas sanitarios, siendo el primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios y donde se resuelven entre el 80 y el 90% de los problemas de salud. Ofrece una atención global, continuada e integrada con otros ámbitos asistenciales, orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad¹. El cambio democrático y el inicio de la reforma de la AP (1981), la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (1978), la creación de las sociedades científicas de medicina de familia (semFYC en 1983) y de una revista indexada de amplia difusión (*Atención Primaria*, en 1984), ha producido un fuerte impulso de este nivel asistencial y una profundización del contenido de esta área de conocimiento.

Este ámbito también ofrece unas claras oportunidades para la investigación: la existencia de áreas poblacionales de atención, su gran accesibilidad y su atención longitudinal hacen que puedan desarrollarse estudios poblacionales y de seguimiento de grupos específicos de población; la atención a personas sanas o con factores de riesgo, además de enfermas, proporcionan un contexto ideal para el estudio de la evolución natural de la enfermedad y la prevención. Su atención al conjunto de la población hace esencial la evaluación de la efectividad de las intervenciones y no sólo de su eficacia. La globalidad de su abordaje hace imprescindible la investigación sobre la relación profesional/paciente, las motivaciones y oportunidades de cambio de los pacientes y la participación de éstos en la toma de decisiones^{2,3}. Para ello, la investigación en AP se nutre de diferentes disciplinas, tanto provenientes de las ciencias de la salud como de las ciencias sociales, y tanto de metodología cuantitativa como cualitativa.

Por lo tanto, la justificación de la investigación en AP y de esta área de conocimiento viene tanto de un campo de conocimiento propio, como de una realidad que, en una gran mayoría de países, constituye un eslabón esencial en el sistema sanitario. Se relaciona ampliamente con las otras áreas de conocimiento, pero no por ello deja de existir, sino que le da una visión y perspectiva diferentes para responder más específicamente a su realidad. Por lo tanto, en la medida que la AP sea capaz de responder a la falta de evidencia existente en las decisiones que se toman (y así mejorar la calidad de sus servicios y la salud de los pacientes), estará creando una investigación propia y útil para la AP⁴.

Sin embargo, si bien el peso asistencial de la AP en el Sistema Nacional de Salud (SNS) es muy importante y ofrece múltiples oportunidades para investigar, ésta ha sido más bien pobre: la producción científica de los profesionales de AP es baja,

concentrándose fundamentalmente en revistas españolas y muy poco en revistas extranjeras, la participación en proyectos financiados por agencias externas no supera el 4-5 % ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos^{5,6}.

La investigación biomédica supone un elevado consumo de recursos humanos, financieros y tecnológicos. La creciente demanda de rendición de cuentas por parte de los financiadores de la investigación, y la necesidad de disponer de un mayor volumen de información con el objetivo de optimizar los procesos asignativos y de mejora de la gestión de la propia investigación, ha convertido la evaluación de resultados de la investigación en un tema de interés, tanto en el entorno sanitario como en la sociedad en general⁷.

La evaluación de la actividad científica es una tarea compleja que se basa en datos sobre los recursos destinados a la investigación, desarrollo e innovación, que aparecen publicados en las memorias de las diferentes instituciones dedicadas a la investigación. Son datos normalizados sobre infraestructuras y personal dedicado a la investigación que permiten comparar los recursos que se le dedican en diferentes países. Sin embargo, es necesario disponer de indicadores de evaluación más exigentes que permitan conocer los recursos dedicados a la investigación, la producción científica y el impacto de la investigación en la salud y la calidad asistencial. La propuesta de una evaluación a partir de indicadores normalizados es complicada, ya que un mismo indicador puede interpretarse de forma distinta según el área de conocimiento que se analice. Además, ninguno de los indicadores es, en sí mismo, determinante ya que cada uno muestra solamente una faceta de la realidad, de manera que sólo tienen verdadera utilidad cuando se consideran en conjunto^{6,8}.

Los informes sobre ciencia y tecnología, en general, no analizan de forma específica la investigación en biomedicina y salud, y menos las áreas específicas de investigación.

Las publicaciones sobre estudios bibliométricos en medicina son escasas; sólo existe una serie de artículos publicados en la revista *Medicina Clínica* que analizan las publicaciones en biomedicina y ciencias de la salud. En esta serie de artículos, el más reciente fue publicado en 2005, sobre una revisión de las publicaciones de 1994 a 2002 en España.

En el ámbito específico de la AP, los estudios bibliométricos todavía son más escasos, existiendo solamente⁹, los publicados en la revista *Atención Primaria*. El más reciente del año 2005, sobre los artículos publicados en la citada revista entre 1994 y 2003.

En una reciente publicación que evalúa el efecto de los *National Institutes of Health* de Estados Unidos, publicada en *Lancet*¹⁰, se concluye que el aumento del gasto sanitario producido por los ensayos clínicos produce unos beneficios ganados en salud superiores a los costes, y concluye recordando a las instituciones prestadoras de servicios sanitarios que la investigación clínica de calidad y centrada en cuestiones asistenciales relevantes debería ser una parte integrada y reconocida de los deberes de los profesionales. Ésta es la justificación más relevante por la que en un informe sobre la situación de la AP se redacta un capítulo sobre investigación y docencia en el primer nivel asistencial.

Objetivos

1. Describir la situación de investigación en AP, en lo que hace referencia a las infraestructuras (físicas y de recursos humanos) que se dedican a la investigación, producción científica y otros indicadores que sirven para medir la investigación.
2. Analizar las limitaciones para investigar.
3. Sugerir líneas de mejora para potenciar la investigación en AP.

Metodología

Para conocer la situación de investigación en España, se definió un listado de indicadores que se envió a todas las Comunidades Autónomas (CCAA). Este listado hacía referencia al número de publicaciones, recursos dedicados a la investigación, becas obtenidas del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) y espacio físico dedicado a la investigación (tabla 1).

De estos indicadores no se ha obtenido información de las CCAA. Los indicadores sobre el número de publicaciones y los recursos dedicados a la investigación se obtuvieron de dos artículos de revisiones bibliométricas^{6,9} y del mapa bibliométrico del FIS¹⁰. Además, tam-

bién se revisaron los estudios bibliométricos publicados en la revista *Medicina Clínica*. Así mismo, se solicitó información al FIS respecto al año de convocatoria, código del proyecto, título, titulación académica del IP, centro solicitante y comunidad autónoma, centro de realización y CAA proyecto europeo, proyecto coordinado, número de investigadores, presupuesto financiado, comisión técnica de evaluación y modalidad. De estos indicadores, no se obtuvo más información de la que se ha encontrado en series de artículos publicados en la revista *Medicina Clínica*.

Para completar la información de las publicaciones en AP, se realizó una búsqueda en PubMed con el descriptor «*primary health care*» de las publicaciones realizadas en el periodo 1997-2006, analizando la evolución de las publicaciones en AP, las revistas que más publican en este ámbito y los temas que más frecuentemente se tratan. También se realizó una búsqueda bibliográfica de los descriptores que identificaban deferentes categorías profesionales que trabajan en Atención Primaria con los siguientes descriptores «*Family Practice*» [Mesh]; «*Primary Health Care*» [Mesh]; «*Physicians, Family*» [Mesh]; «*Nurse Practitioners*» [Mesh]; «*Community Health Nursing*» [Mesh], «*Pharmacy*» [Mesh], «*Dentistry*» [Mesh], «*Physical Therapy*» or «*Rehabilita-*

TABLA 1 Recogida de datos de investigación

| Indicadores de investigación | Descripción | Fuente de datos | Entidad a la que solicitar los datos |
|---------------------------------------|--|---|---|
| Número de documentos | Se trata de realizar un estudio bibliométrico (v. artículo J Camí en <i>Medicina Clínica</i> y página web FIS) | Artículo J. Camí Med Clin, 2003 | Ninguna |
| Número de citas | Se trata de realizar un estudio bibliométrico (v. artículo J Camí en <i>Medicina Clínica</i> y página web FIS) | Artículo J. Camí Med Clin, 2003 | Ninguna |
| Áreas de investigación | Las áreas de investigación que se pueden analizar de forma separada son Salud Pública, Medicina General, Medicina Interna La información se encuentra en los estudios bibliométricos | Artículo J. Camí Med Clin, 2003 | Ninguna |
| | Existencia de unidad de investigación en la dirección de primaria La unidad de investigación es conjunta con la unidad docente de medicina de familia Respuesta: sí, no | A los servicios de salud de las diferentes CCAA | A las gerencias de AP de los servicios de salud |
| Recursos dedicados a la investigación | 1. Personal empleado en actividades de I+D en 2004 a) Personal empleado en I+D, según su ocupación b) Personal empleado en I+D, según su titulación c) Distribución del personal en I+D por CCAA en las que el organismo o centro realiza actividades de I+D d) Investigadores por sexo y grupo de edad e) Investigadores por nacionalidad y sexo | A los servicios de salud de las diferentes CCAA | A las gerencias de AP de los servicios de salud |
| | Becas FIS obtenidas por CCAA. Distribución por CCAA | Distribución de las ayudas del FIS | Instituto Carlos III |
| | Estructura de investigación de AP: ¿Se dispone de espacio físico específico para investigar en la gerencia de AP?, respuesta sí/no En caso afirmativo, ¿qué metros están destinados a la investigación? | A los servicios de salud de las diferentes CCAA | A las gerencias de AP de los servicios de salud |

FIS: Fondo de investigación sanitaria.

tion»[Mesh], «Psychiatry» [Mesh], «Psychology» [Mesh], «Reproductive Medicine» [Mesh], Los límites que se establecieron fueron: Spanish; Limits: Clinical Trial, Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Phase I, Clinical Trial, Phase II, Clinical Trial, Phase III, Clinical Trial, Phase IV, Controlled Clinical Trial, Spanish. Búsqueda libre: and (spain or españa).

Resultados

Los resultados se dan en los siguientes apartados.

Infraestructuras

En España, gran parte de la investigación biomédica y de ciencias de la salud se realiza, fundamentalmente, en el Sistema Nacional de Salud, la universidad y los organismos públicos de investigación. En 1980, se creó el FIS como un instrumento mediante el cual potenciar la investigación biomédica y clínica en España¹¹. En 1990, se crearon las primeras unidades de investigación impulsadas por el FIS y en 1992 se creó la Red de Unidades de Investigación (REUNI)¹². Así, la investigación en AP experimentó un auge que coincide con la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la progresiva implantación de la reforma de AP, la creación de las unidades docentes de Medicina Familiar y Comu-

nitaria y la consolidación de las unidades de investigación como estructuras de apoyo.

Las estructuras de apoyo a la investigación han sido importantes para aumentar el número de actividades de investigación en AP pero no suficientes para conseguir incrementar la producción científica en este ámbito¹³.

La poca tradición investigadora de la AP y la falta de sensibilidad para su promoción por parte de sus gestores han ocasionado una falta de políticas de apoyo y de financiación de infraestructuras. La presencia de la investigación en los presupuestos de AP es casi nula. No existen recursos humanos dedicados a la investigación ni a políticas de personal que permitan liberar o combinar asistencia e investigación, o que motiven su práctica incluyéndola en los baremos de oposiciones. La enorme dispersión de los profesionales y la falta de tiempo por la elevada presión asistencial existente aún agravan más esta situación.

La creación, en 2003, de las redes temáticas de investigación y centros de investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo – Instituto Carlos III, permitió la creación y aprobación de la Red Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud (redIAPP)¹⁴, que supuso un hito importante para superar las limitaciones de la investigación en AP.

Red Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud (rediAPP)

Creada en 2003, el principal objetivo de la redIAPP es el de generar conocimientos válidos sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de intervenciones innovadoras en prevención y promoción de la salud, así como difundir estos conocimientos a los profesionales y gestores para su incorporación en la práctica clínica y en la gestión de los servicios de AP.

La Red está constituida por 15 grupos provenientes de la mayoría de CCAA (12 en total). Inicialmente se inició con 170 investigadores y en la actualidad cuenta con más de 500 investigadores asociados. La mayoría de ellos son médicos de familia, pero también hay médicos de medicina preventiva y salud pública, enfermeras, pediatras, farmacólogos y farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, estadísticos, etc.

A partir de estos grupos se han formado siete áreas de investigación (cáncer, cardiovascular, salud mental, estilos de vida, endocrino-metabólicas, infecciosas e investigación en servicios). Cada área tiene un comité científico y un coordinador.

Los resultados más relevantes de la redIAPP han sido los siguientes:

- Organización e infraestructuras para la investigación. La red ha desarrollado una organización sólida para la coordinación y el desarrollo de la investigación en AP con comisiones de dirección (figura 1), y grupos de trabajo que han desarrollado las normas de funcionamiento internas y una secretaría técnica de apoyo e infraestructuras de comunicación basadas en una red informática, una página web (www.rediapp.org) y un boletín informativo (InfoRedIAPP).
- Investigadores. La red ha incorporado nuevos investigadores, pasando de los 170 iniciales a más de 500 a finales del 2005. Se han contratado 32 becarios o investigadores (tabla 2).
- Proyectos de la red. La red se inició a partir de dos proyectos colaborativos sobre estilos de vida en los que participaban todos los nodos de la red: el proyecto ISTAPS (sobre tabaco) y el proyecto PEPAF (sobre ejercicio físico). Posteriormente se han conseguido hasta 17 proyectos colaborativos financiados por el FIS y la Unión Europea. Son proyectos con una gran complejidad logística: hay más de 280 centros implicados, más de 1.000 profesionales involucrados y participan más de 25.000 pacientes.
- Publicaciones. Se han escrito más de 280 artículos, con un núcleo de 57 artículos relacionados directamente con los proyectos de la red. La red también ha colaborado en la edición de un libro¹⁵.
- Difusión. Se ha colaborado en el desarrollo de las guías de práctica clínica y se ha participado en 80 congresos internacionales y estatales que son la principal fuente de difusión del conocimiento y de los resultados de los proyectos.

- Formación. Se han realizado más de 50 cursos sobre distintos aspectos metodológicos (búsqueda bibliográfica, lectura crítica, escalas de medición, SPSS, etc.). Además, en las jornadas anuales de la semFYC se han realizado distintos talleres de formación en investigación. También se han presentado 10 tesis doctorales y los investigadores de la redIAPP han dirigido más de 40 tesis. Y en cuanto a la movilidad de los investigadores, se han realizado nueve estancias formativas nacionales y tres internacionales.

Por lo tanto, la redIAPP ofrece al investigador y a los grupos de investigación un entorno de colaboración y soporte para el diseño y el desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos. Después de 3 años, se ha conseguido elaborar una plataforma de investigación en AP que hasta entonces no existía, con un importante número de proyectos en marcha y un enorme potencial de futuro¹⁶.

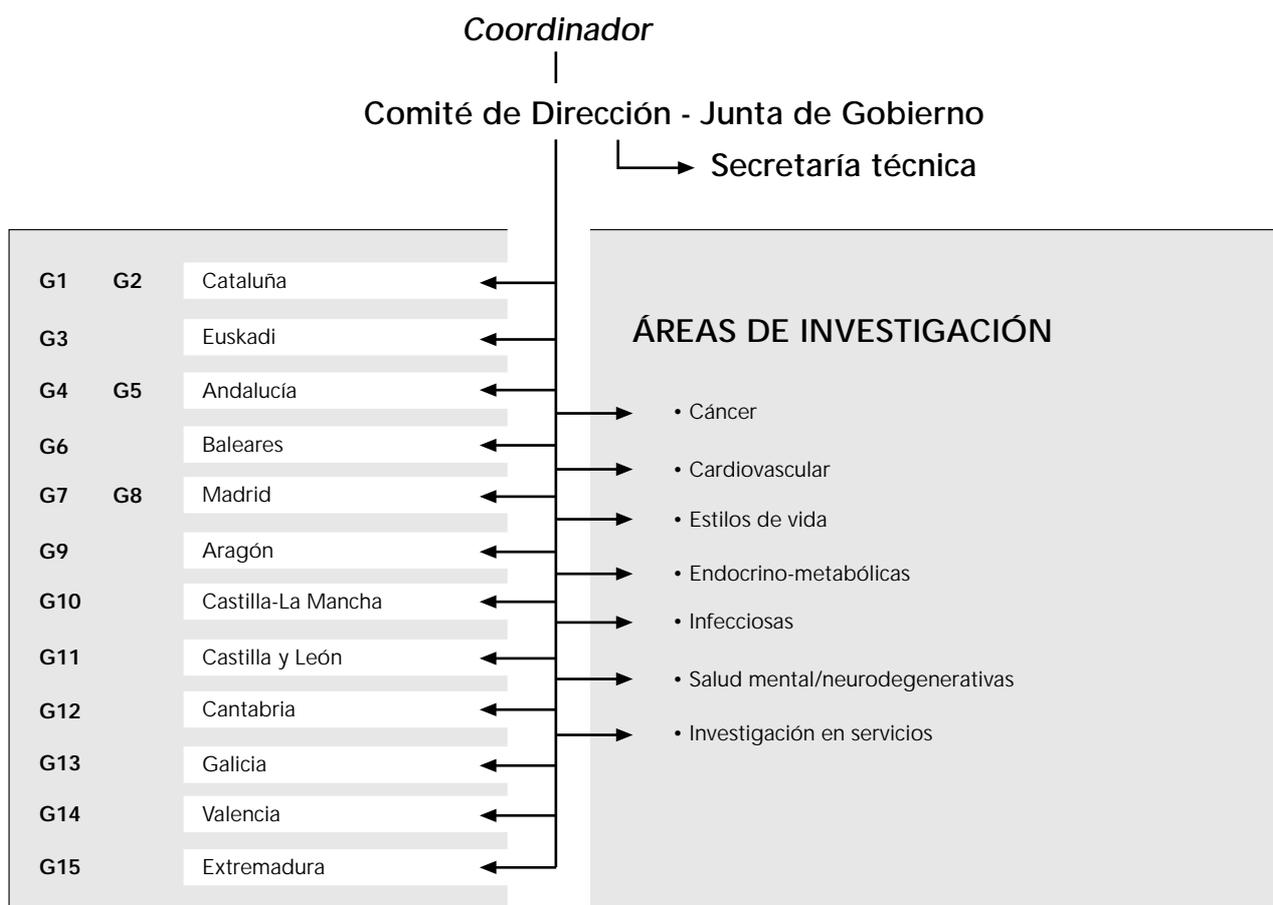
Otras Redes Europeas de Investigación

También es interesante destacar que en Europa existen otras redes de investigación, como son las *Practice based research networks* (PBRN), que suponen una interesante innovación en el campo de la investigación en AP¹⁷⁻¹⁹. Las PBRN son redes de médicos de familia y sus consultas, que tienen por objetivo colaborar en proyectos de investigación que se centran en problemas y cuestiones derivadas de la atención al paciente. Están centradas en los intereses de la investigación de los médicos de familia, quienes detentan la propiedad de la investigación. De esta forma, se consigue que la investigación esté mejor dirigida a las necesidades de la AP y permite una más amplia aplicación de resultados. Las PBRN recogen datos que conforman extensas bases de datos. A partir de la informatización de la historia clínica, se han podido construir grandes bases de datos de AP. No obstante, el considerar las PBRN como un mero instrumento para la recogida de datos o para crear bases de datos desaprovecha su verdadero potencial: son un instrumento para cambiar la cultura de la investigación y la práctica de la medicina de familia. Su verdadera virtud es un intercambio constante entre la consulta (*practice*) y la investigación. Por ese motivo, una opción particularmente atractiva de las PBRN es implicar a los facultativos en el papel de investigadores y formarlos en las habilidades y métodos de investigación.

La creación, en 1995, de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en Europa²⁰ se ha unido a la mayoría de experiencias de los países europeos. Ello ha facilitado el desarrollo sistemático de la investigación en Medicina de Familia y Atención Primaria a través de la *European General Practice Research Network* (EGPRW)²¹⁻²³.

La EGPRW disponía ya de una larga trayectoria en formación y apoyo a investigadores. Se originó en 1974 como resultado de las reuniones entre los investigadores de países que limitan con el Mar del Norte; esta orga-

Organización



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 1 Organización de la investigación en AP.

nización cuenta con representantes nacionales de más de 20 países europeos. Los objetivos de esta red de investigadores son:

- Promover y estimular la investigación en la práctica médica general en la AP.
- Dar impulso y coordinar los proyectos multinacionales de investigación.
- Intercambiar las experiencias de la investigación para desarrollar una base internacional que fortalezca y dé validez a la práctica médica general.

Estos objetivos se logran mediante la organización de talleres internacionales, que permiten aprender de

otras experiencias de la investigación en Europa mediante los contactos internacionales, la discusión e intercambio de información que estimula la investigación en la práctica general en Europa, a través del desarrollo de definiciones comunes dirigiendo las líneas de investigación pertinentes, así como los proyectos internacionales de investigación.

La EGPRW se gobierna por una junta ejecutiva que consta de ocho miembros, y un consejo general integrado por un representante nacional de cada uno de los países europeos participantes; cualquier interesado en la investigación de la práctica médica general puede solicitar su ingreso en la EGPRW, pagando una pequeña cuota a su representante nacional.

TABLA 2 Evaluación de la RedIAPP 2006

| CCAA | Número Invest. | Número Doct. | Proyectos | Proy. EST | Proy. FIS | Proy. CCAA | Proy. INT | Publicaciones | FI |
|--------------------|----------------|--------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|---------------|----------------|
| Andalucía | 34 | 16 | 47 | 21 | 14 | 19 | 7 | 114 | 86,463 |
| Aragón | 24 | 20 | 13 | 9 | 6 | 3 | 1 | 56 | 34,417 |
| Baleares | 36 | 7 | 23 | 18 | 14 | 5 | 0 | 72 | 87,973 |
| Castilla-La Mancha | 8 | 2 | 10 | 8 | 5 | 2 | 0 | 30 | 27,059 |
| Castilla y León | 17 | 7 | 23 | 7 | 6 | 16 | 0 | 47 | 20,522 |
| Cataluña | 69 | 24 | 59 | 34 | 16 | 16 | 9 | 253 | 160,382 |
| País Vasco | 12 | 2 | 13 | 8 | 7 | 5 | 0 | 27 | 21,501 |
| Extremadura | 13 | 1 | 5 | 2 | 0 | 3 | 0 | 15 | 3,015 |
| Galicia | 11 | 7 | 10 | 6 | 3 | 4 | 0 | 29 | 34,491 |
| Madrid | 15 | 5 | 6 | 6 | 5 | 0 | 0 | 24 | 16,71 |
| C. Valenciana | 11 | 8 | 8 | 3 | 1 | 5 | 0 | 15 | 10,289 |
| Total | 250 | 99 | 217 | 122 | 77 | 78 | 17 | 682 | 502,822 |

EST: proyectos estatales; INT: proyectos internacionales; FI: factor impacto.

La oficina administrativa central de la EGPRW y el Centro de Coordinación para la Atención Primaria (CCPC) se encuentran vinculados con el departamento de Práctica Médica General de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos.

Los objetivos de estas federaciones se relacionan con el intercambio de información entre las redes, el apoyo mutuo y el desarrollo de proyectos de investigación.

Los progresos actuales se identifican en el desarrollo de nuevas metodologías y talleres en reuniones nacionales, conferencias, comunicaciones científicas, páginas web e inventarios de miembros de las redes y sus recursos.

En el Reino Unido, se ha considerado el estudio de temas relacionados con parámetros de éxito, el desarrollo de la carrera para coordinadores de redes y los costes del funcionamiento de la red. Tanto en Estados Unidos como en Reino Unido, las federaciones se han constituido en instrumentos para la obtención de apoyo para proyectos de investigación basados en la práctica clínica proporcionando una representatividad ante organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Producción científica

Según datos del estudio bibliométrico, en España en el período 1994-2002⁸, el Estado español se sitúa en la posición número 11 respecto al resto de países del mundo y el número 7 si sólo consideramos Europa en lo que a publicaciones se refiere, con un 2,4% de los documentos biomédicos registrados en el mundo, pero sólo con un 1,8% de las citas.

Por CCAA (tabla 3), que las que han realizado un mayor número de estudios (ya sea documentos o citas) son Madrid, Cataluña y Andalucía. En cambio, si nos fijamos en la media de citas por documento, las tres comunidades con un mayor número son Madrid, Cataluña y Castilla la Mancha. Las tres CCAA con una mayor producción relativa al número de profesionales colegiados son Madrid, Cataluña y Navarra.

Otro estudio bibliométrico⁹, centrado únicamente en las publicaciones de la revista *Atención Primaria*, revisa la situación en el período 1994 a 2003. Un dato interesante de esta publicación es el número de publicaciones teniendo en cuenta el número de médicos de AP (tabla 4).

Así, podemos ver que las CCAA que más publican en la revista son Murcia, Cataluña y Asturias. También en este artículo se hace una aproximación a las áreas de investigación en AP. Las de mayor interés son: la investigación en la prestación de servicios (que representa un 40,5% sobre el total de artículos publicados), los estudios epidemiológicos (22,5%), los trabajos clínicos (19,3%), relativos a aspectos psicosociales (19,2%), metodología (10,5%), actividades preventivas (8,8%), formación (7,7%) e investigación (1,5%). Así mismo, en el citado artículo se revisa la metodología de los estudios que se realizan en AP. Un 94,2% de los estudios son observacionales descriptivos, el 1,4% son analíticos y sólo el 4,3% son experimentales. En este mismo artículo, se analizan los temas de investigación en AP, observándose que el área más frecuente es la prestación en servicios (figura 2), y que los profesionales que realizan las publicaciones trabajan más frecuentemente en los centros de salud (figura 3).

Estos datos corroboran lo publicado anteriormente por otros autores en esta misma revista, por López-Miras²⁴ y anteriormente por Gutiérrez García JJ²⁵.

También más recientemente, en el año 2007, Lorenzo-Cáceres²⁶ publicó los resultados de una revisión bibliométrica sobre la evaluación de los 20 años de reforma de la AP (1984-2004) y llegó a la conclusión de que la mayoría de artículos se relaciona con el proceso de atención más que con el resultado.

La revisión de la situación de las publicaciones en AP se realizó en PubMed con dos estrategias de búsqueda complementarias. En primer lugar, se analizaron todos los artículos publicados con el descriptor «Primary Health Care» and «Family Physician» or «Physicians Family» en relación a otros descriptores que definen

TABLA 3 Mapa bibliométrico de España (1994-2002)

| Comunidad Autónoma | Número de documentos citables (A, B) | Número de citas (B) | Media de citas por documento (B) | Número de documentos por cada 100 médicos (A, B, C) | Número de citas por cada 100 médicos (B, C) |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---|---|
| Madrid | 24.008 | 213.685 | 8,90 | 73,7 | 6,6 |
| Cataluña | 20.698 | 183.554 | 8,87 | 63,5 | 5,6 |
| Andalucía | 9.899 | 61.419 | 6,20 | 31,8 | 2,0 |
| Comunidad Valenciana | 7.458 | 52.446 | 7,03 | 38,2 | 2,7 |
| Galicia | 4.125 | 22.171 | 5,37 | 36,5 | 2,0 |
| Castilla y León | 3.839 | 25.446 | 6,63 | 30,8 | 2,0 |
| País Vasco | 2.948 | 18.904 | 6,41 | 28,0 | 1,8 |
| Aragón | 1.944 | 11.570 | 5,95 | 26,2 | 1,6 |
| Canarias | 1.879 | 10.517 | 5,60 | 24,4 | 1,4 |
| Asturias | 2.165 | 16.349 | 7,55 | 38,6 | 2,9 |
| Murcia | 2.182 | 15.770 | 7,23 | 43,8 | 3,2 |
| Navarra | 2.098 | 13.536 | 6,45 | 63,8 | 4,1 |
| Cantabria | 1.394 | 10.730 | 7,70 | 48,9 | 3,8 |
| Extremadura | 1.007 | 6.504 | 6,46 | 22,5 | 1,5 |
| Islas Baleares | 747 | 5.462 | 7,31 | 17,6 | 1,3 |
| Castilla-La Mancha | 890 | 7.712 | 8,67 | 13,2 | 1,1 |
| La Rioja | 139 | 610 | 4,39 | 10,8 | 0,5 |
| Melilla | 5 | 13 | 2,60 | 2,4 | 0,1 |
| Ceuta | 4 | 2 | 0,50 | 1,6 | 0,0 |
| Total España 1994-2002 | 77.263 | 586.999 | 7,60 | | |
| Porcentaje de multiasignación | 13,2 % | 15,2 % | | | |

(A) Documentos citables según *Journal Citation Reports* de 1996.

(B) Datos del período 1994 a 2002. Fuente: Camí J, et al. (2005)⁶.

(C) Fuente de datos del número de médicos colegiados por comunidad autónoma INE 2005. Fuente: López de Castro F, et al. (2005)⁹.

las categorías profesionales de los años 1978 a 2007 (tabla 5).

Además, se analizaron el total de publicaciones realizadas en España y publicadas en PubMed comparadas con el total de publicaciones, analizando el número de ensayos clínicos, también de los años 1978 a 2007.

TABLA 4 Artículos publicados en la revista Atención Primaria por médico de familia

| Comunidad Autónoma | Número de artículos |
|----------------------|---------------------|
| Madrid | 6 |
| Cataluña | 9,7 |
| Andalucía | 4,5 |
| Comunidad Valenciana | 5,9 |
| Galicia | 1,8 |
| Castilla y León | 2,3 |
| País Vasco | 4,5 |
| Aragón | 5 |
| Canarias | 2,8 |
| Asturias | 8,9 |
| Murcia | 12,4 |
| Navarra | 8,7 |
| Cantabria | 3,4 |
| Extremadura | 2,9 |
| Islas Baleares | 3,3 |
| Castilla-La Mancha | 6,1 |
| La Rioja | 3,9 |

Adaptado de Pons JMV (2004)³.

Fuente: Adaptado de López de Castro F, et al. (2005)⁹.

Así mismo, se revisaron las otras categorías profesionales que habitualmente trabajan en AP para analizar su producción científica. Los datos se incluyen en la tabla 6 y también corresponden al período 1978-2007.

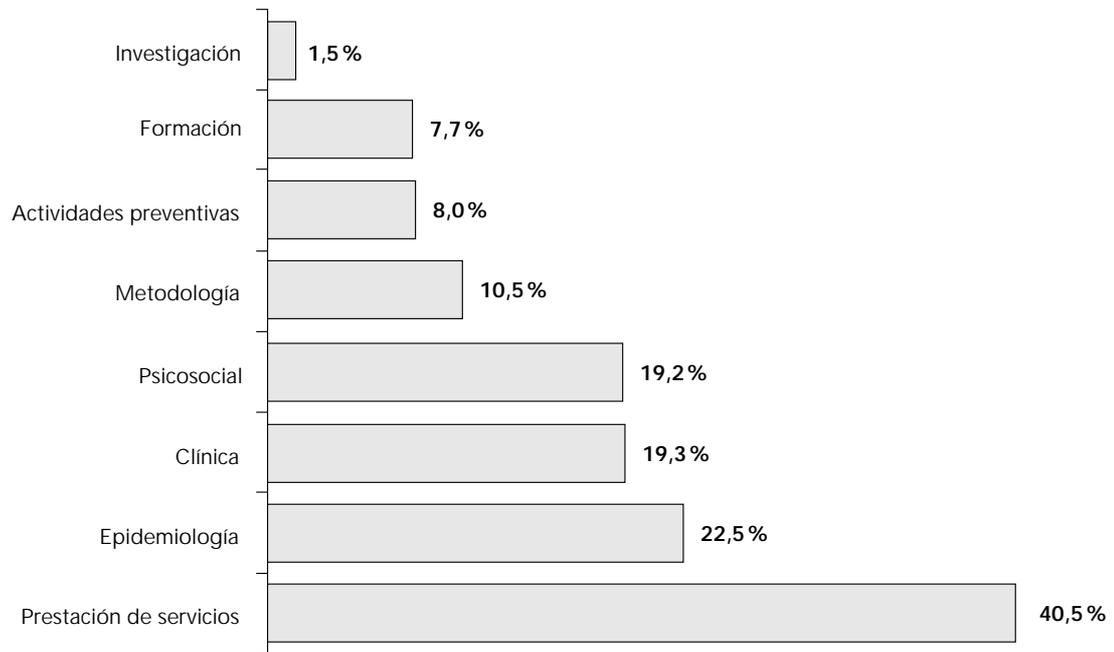
La segunda estrategia fue la de revisar el análisis de las publicaciones realizadas en AP se revisaron los artículos publicados con el descriptor «Primary Health Care» en PubMed durante la década 1997-2006; de este análisis destaca que el citado descriptor se ha incrementado en un 38,9% (figuras 4 y 5).

La revista en la que aparece más veces el descriptor «Primary Health Journal» (figura 6)

El área temática tratada con más frecuencia es la atención centrada en el paciente (figura 7).

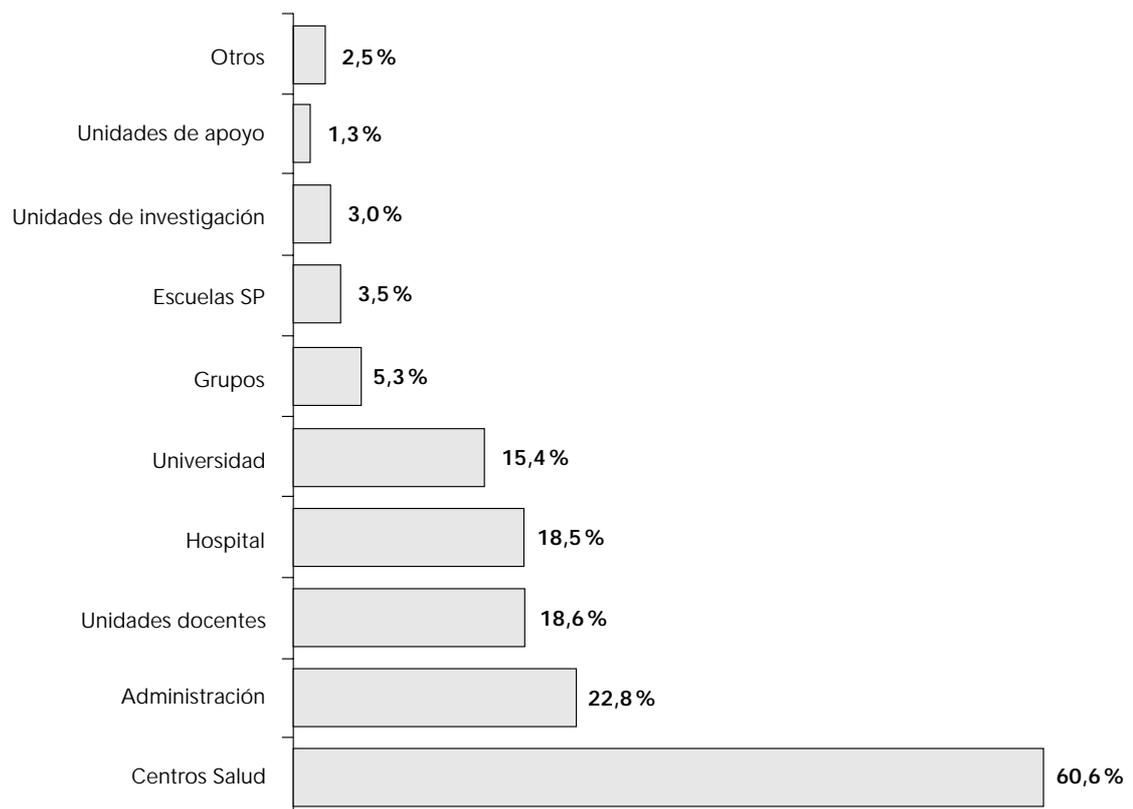
Respecto a los diseños metodológicos se observa que las publicaciones que utilizan el formato de ensayo clínico todavía son muy escasas, sin embargo en esta última década se han incrementado un 3,3% (figuras 8 y 9).

En un análisis realizado sobre la producción científica de los pediatras en el que se analizaron publicaciones en revistas biomédicas, comunicaciones a congresos nacionales y tesis doctorales del período 1999-2002, destaca que aproximadamente la mitad de los artículos fueron indexados en Mediline y/o Embase. La mayoría de estos estudios son trabajos descriptivos publicados en revistas de lengua española, siendo una minoría los que se publican en revistas de lengua inglesa²⁶.



Fuente: López de Castro F, et al. (2005)⁹.

FIGURA 2 Temas de investigación en Atención Primaria.



Fuente: López de Castro F, et al. (2005)⁹.

FIGURA 3 Lugar de trabajo de los profesionales que publican en Atención Primaria.

TABLA 5 Artículos publicados en PubMed con el descriptor «Primary Health Care» [Mesh]

| Criterio búsqueda Total de artículos publicados entre estos años con la búsqueda con «OR» | Años | | |
|--|-----------|-----------|-----------|
| | 1978-1987 | 1988-1997 | 1998-2007 |
| Total | 17.283 | 34.384 | 52.689 |
| Con el límite language = Spanish | 188 | 1.231 | 1.498 |
| Porcentaje que representan los artículos escritos en castellano sobre el total de artículos publicados en el período | 1,09 | 3,58 | 2,84 |
| Y con el límite (spain or España) | 59 | 711 | 1.048 |
| Porcentaje que representan los artículos escritos en castellano sobre el total de artículos publicados en el período | 0,34 | 2,07 | 1,99 |

La investigación realizada con metodología cualitativa también es muy escasa, si bien cada vez se utiliza más, especialmente por los profesionales de enfermería, aunque existen diferencias entre CCAA²⁷⁻²⁸.

En las tablas 7 y 8 se presentan los resultados de las convocatorias del FIS obtenidos por Atención Primaria y su distribución por CCAA.

En la tabla 9 se presentan los datos de ensayos clínicos realizados en AP.

Financiación

La cuota de participación de la AP en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas, no

supera el 4 o el 5%, ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos, aunque un tercio de los profesionales sanitarios españoles trabaja actualmente en AP²⁹. La figura 10 muestra algunas de estas características.

Aunque el porcentaje dedicado a la investigación es escaso ha mejorado respecto al que se dedicaba en la década de 1980, que era de un 2%³⁰.

Analizando los datos de la investigación en AP por comunidades autónomas, Cataluña, Madrid, el País Vasco y Baleares reciben, aproximadamente, el 75% del presupuesto que el FIS invierte en la financiación de proyectos de investigación.

TABLA 6 Otras categorías profesionales que trabajan en Atención Primaria y producción científica de PubMed

| Definición | Año de introducción al Pubmed | Número total de artículos | Número total de artículos con el límite language = Spanish | Porcentaje que representan los artículos escritos en castellano sobre el total de artículos | | Ensayos clínicos | Ensayos clínicos Spanish | Porcentaje que representa |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|---|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| | | | | Ensayos clínicos | Ensayos clínicos Spanish | | | |
| «Family Practice» [Mesh] A medical specialty concerned with the provision of continuing, comprehensive primary health care for the entire family | 1978 | 51.670 | 489 | 0,95 | 2.381 | 33 | 1,39 | |
| «Primary Health Care» [Mesh] Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community. (JAMA 1995;273(3):192) | 1974 (1972) | 48.866 | 1.560 | 3,19 | 2.187 | 102 | 4,66 | |
| «Physicians, Family» [Mesh] (sinónimo de general practitioner) Those physicians who have completed the education requirements specified by the American Academy of Family Physicians. | 1974 (1972) | 11.259 | 133 | 1,18 | 400 | 10 | 2,50 | |
| «Nurse Practitioners» [Mesh] Nurses who are specially trained to assume an expanded role in providing medical care under the supervision of a physician. | 1976 | 11.800 | 2 | 0,02 | 239 | 0 | 0,00 | |
| «Community Health Nursing» [Mesh] General and comprehensive nursing practice directed to individuals, families, or groups as it relates to and contributes to the health of a population. This is not an official program of a Public Health Department. | 1977 (1975) | 15.963 | 35 | 0,22 | 296 | 1 | 0,34 | |
| Total (unint amb «OR») | | 127.375 | 2.000 | 1,57 | 4.724 | 135 | 2,86 | |

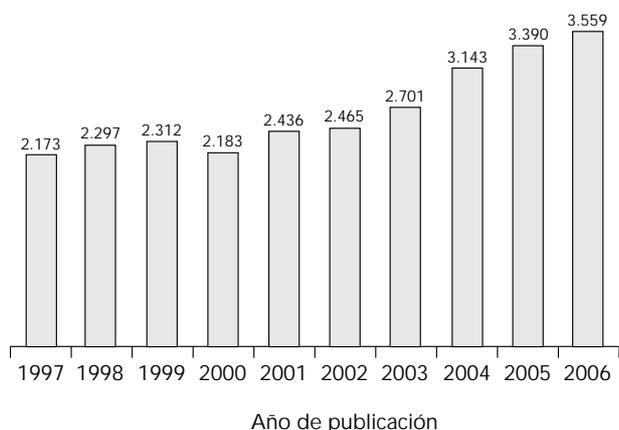


FIGURA 4 Publicaciones relacionadas con la Atención Primaria en los últimos 10 años.

Investigación en enfermería

En el año 1996, el Consejo de Europa puso en marcha un grupo de trabajo sobre investigación en enfermería en el que participaron España, Chipre, Dinamarca, Francia, Alemania, Irlanda y Reino Unido³¹. A partir de este grupo de trabajo, se estructuró la investigación en enfermería. El primer impulso lo realizaron las unidades de investigación de los centros del SNS) organizadas mediante el *investen* (grupo de investigación en enfermería del Instituto Carlos III). Para conocer la situación de la investigación en enfermería se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el año 2002, que identificó la situación actual de la investigación en enfermería en las instituciones del SNS, así como los recursos humanos, materiales y económicos disponibles³². Esta encuesta sólo se realizó a las direcciones de enfermería de AP y hospitalaria, la tasa de respuesta fue del 63,8% (130 encuestas contestadas de 411 enviadas). Respecto a la situación de los recursos humanos, sólo un 7% de las enfermeras se dedicaba a la investigación a tiempo completo, las enfermeras asistenciales que participaban en proyectos de investigación sólo eran el 6,6%, en los centros en los que existía comisión de investigación la mediana de enfermeras que participaban en el mismo era de dos. Respecto a los recursos de apoyo, el 80% de los centros disponían de apoyo para la elaboración de trabajos científicos. En cuanto a los recursos económicos para la investigación, el 22% financiaban toda la ayuda para acudir a congresos; más de la mitad de los centros, el 66,4%, no tenían proyectos financiados por una agencia externa. Respecto a las actividades relacionadas con la investigación propia en enfermería, en el 29,6% de los centros existía la línea de investigación de cuidados en enfermería; en este punto es de destacar que existía una gran variabilidad respecto a la definición de investigación en enfermería. Las actividades que se conside-

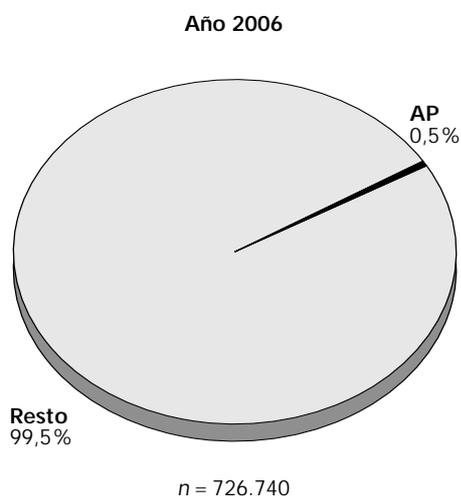
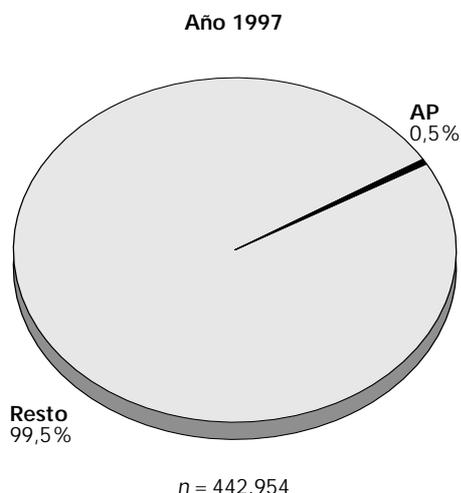


FIGURA 5 Proporción de publicaciones de AP. Evolución en la última década (1997-2006).

raron prioritarias para potenciar la investigación en enfermería fueron la asesoría en investigación, las sesiones formativas sobre la presentación de proyectos a organismos evaluadores y las sesiones informativas sobre recursos de investigación. Cuando se analizaron las diferencias entre atención especializada y AP en relación a la dedicación de las enfermeras a la investigación, soporte a la investigación, realización de cursos de investigación, ejecución de proyectos de investigación con financiación externa y existencia de líneas de investigación, no se observaron diferencias entre los dos modelos asistenciales. Los datos no se analizaron por CCAA.

De los resultados de este estudio sobre la investigación en enfermería se observan limitaciones que coinciden con las observadas para investigar en AP. Las líneas de futuro de la investigación en enfermería también están en consonancia con las que se describen en el apartado de estrategias de futuro de este mismo capítulo.

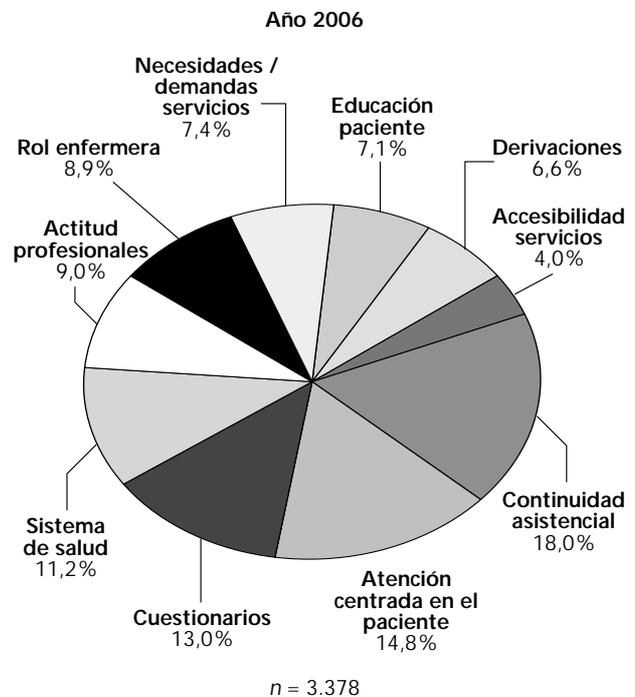
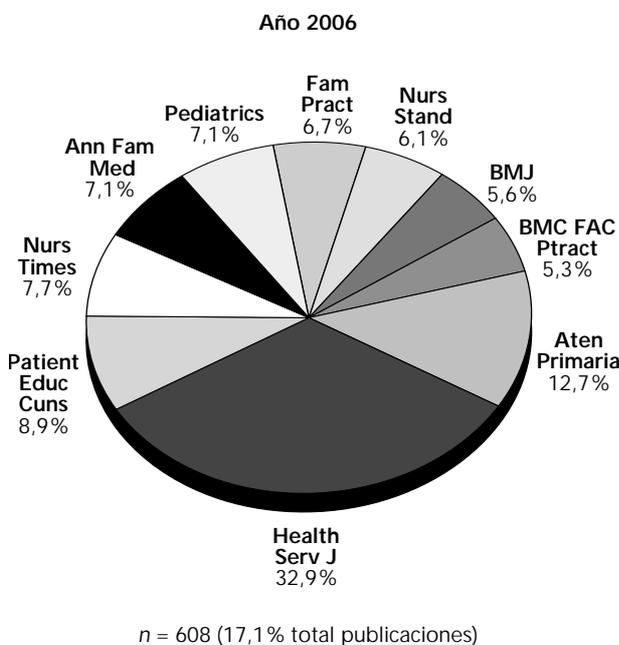
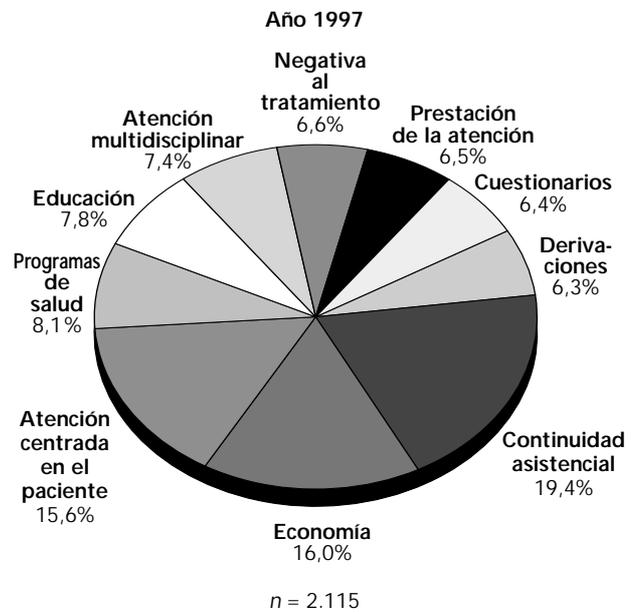
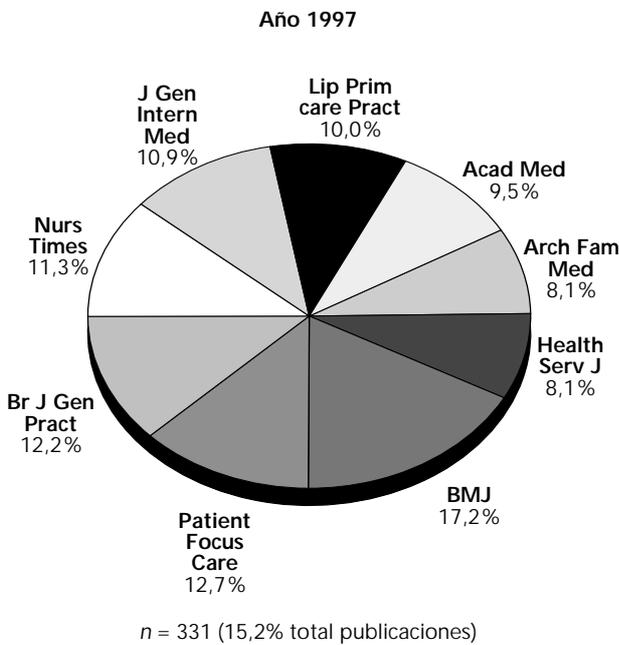


FIGURA 6 Revistas en las que aparece más citado el descriptor «Primary Health Care».

FIGURA 7 Los 10 temas más tratados en artículos relacionados con la Atención Primaria.

Como conclusión de la situación de la investigación en enfermería, cabe destacar que aún existe un amplio campo de mejora y que las acciones que se deberían realizar son las que permitan potenciar la investigación en el ámbito de la Atención Primaria de Salud³³.

Destaca, en los últimos años, el creciente interés en la investigación sobre la efectividad de los cuidados a partir de la evaluación de resultados sensibles a la práctica enfermera³⁴, es decir, en resultados basados en respuestas humanas (calidad de vida, satisfacción, adherencia al

tratamiento, autocuidado), y no sólo exclusivamente en parámetros biomédicos.

Investigación de otros profesionales que trabajan en Atención Primaria

En AP trabajan otros colectivos profesionales menos numerosos, como son pediatras, farmacólogos, odontólogos, fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos y ginecólogos, entre otros. La situación específica de la investigación en estos colectivos no se ha podido analizar. Sin

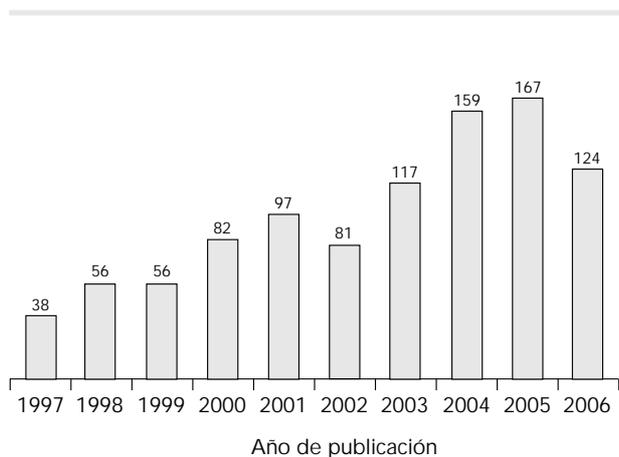


FIGURA 8 Publicaciones tipo ECA relacionadas con la Atención Primaria.

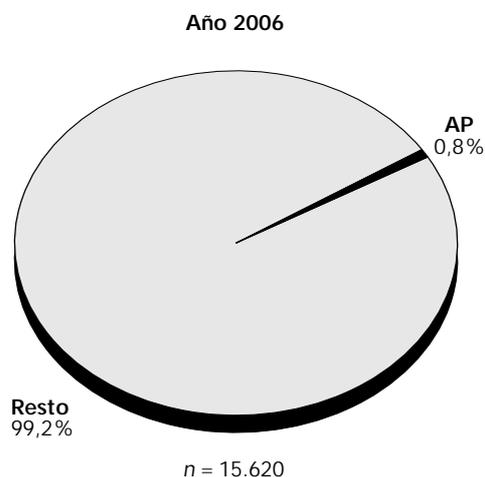
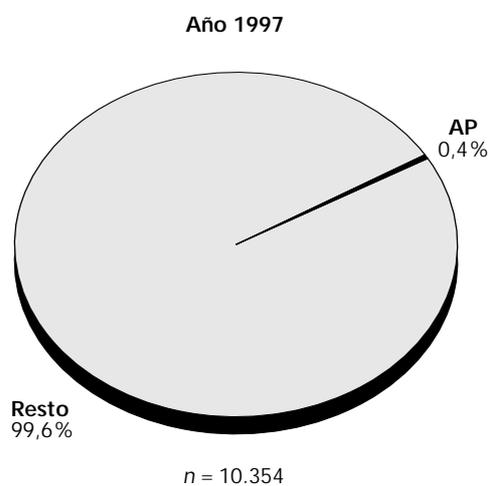


FIGURA 9 Publicaciones tipo ECA relacionadas con la Atención Primaria.

embargo, a título ilustrativo, se ha realizado una revisión en PubMed sobre las publicaciones que estos profesionales realizan en AP cruzando los descriptores de definición de la categoría profesional y el de AP, observándose que el número de publicaciones en estas categorías es escaso (tabla 10).

Limitaciones para investigar en AP

Las limitaciones para investigar en AP están descritas en diversos informes³⁵⁻³⁹. A continuación se realiza un resumen de las más importantes:

1. La falta de relación entre la AP y la universidad, al no existir un área de conocimiento propia de la Medicina de Familia y al estar las unidades docentes de Medicina de Familia separadas de la universidad. Es cierto que existen profesores asociados y que en los últimos años se han creado varias cátedras de Medicina de Familia, pero, en general, están financiadas por la industria farmacéutica, no tienen competencias curriculares reales y no participan en los órganos de gobierno académicos universitarios. Éste es un hecho relevante, pues España, junto con Italia, son los únicos países europeos que no tienen departamentos de Medicina de Familia en sus universidades.

2. La ausencia de profesionales de AP en las agencias financiadoras y los organismos de evaluación de estas agencias, así como en los comités editoriales de las revistas científicas. Esta situación dificulta la correcta valoración y aceptación de los estudios de investigación de AP.

3. La poca relación existente con el sector privado (industria farmacéutica, tecnología sanitaria). En general, los gestores de AP son muy reacios a esta colaboración. Sin embargo, existen experiencias en AP que cuando se han establecido normas claras y conductas de buena práctica científica se ha producido un importante desarrollo de la investigación.

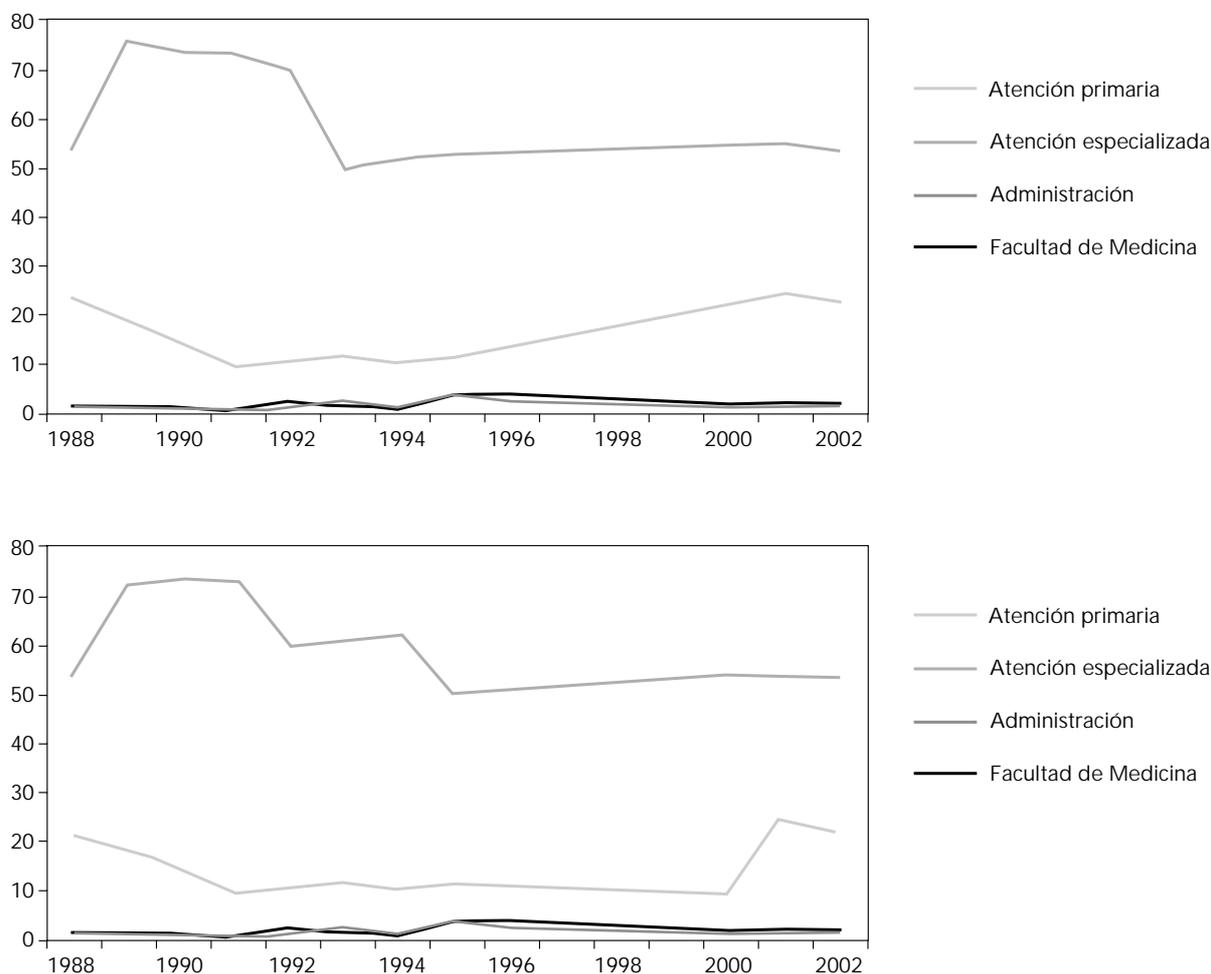
4. Escasa presencia de la investigación en el ámbito europeo.

5. Escaso número de investigadores que, junto a la dificultad de combinar asistencia e investigación por la sobrecarga y excesiva presión asistencial, no favorece el desarrollo de la investigación.

6. Los distintos proveedores de servicios sanitarios no cuentan con estructuras sólidas de investigación y, aunque existen experiencias importantes en algunos grupos, aún es difícil encontrar un equilibrio entre asistencia, docencia e investigación; así, la dedicación de los presupuestos a la investigación es casi testimonial.

7. Escasa presencia en los organismos decisores de la financiación, en los que, en algunos casos, existe poco conocimiento sobre la AP, así como poca sensibilidad para apoyarla.

8. Escasa presencia en organismos evaluadores. Así los proyectos de AP suelen ser evaluados en muchas ocasiones por especialistas de ambos ámbitos, pudiendo utilizar unos criterios de evaluación que no se ajustan a la investigación en AP.



Fuente: Diogène E (2005)³⁰

FIGURA 10 Proyectos financiados y presupuesto de las convocatorias del FIS (1988-2002).

Estrategias de futuro para potenciar la investigación en Atención Primaria

Los cambios en el entorno institucional y financiero de la investigación en España hacen necesario adaptar y modernizar las estructuras organizativas y de gestión de la investigación con la finalidad de generar conocimiento útil para aumentar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del abordaje de los problemas de salud y la organización de servicios en AP. Además, deben facilitar el acceso de los profesionales de AP a dicho conocimiento y mejorar la transferencia y aplicabilidad del mismo a la práctica clínica⁴⁰⁻⁴².

Las ideas clave que han de guiar esta transformación son:

- Consolidar una estructura organizativa específica para la investigación en AP, interrelacionada con las de formación y práctica clínica.
- Pasar de una cultura «administrativa» a una cultura de «gestión» de la investigación y del conocimiento.
- Mejorar la competencia investigadora de los profesionales.
- Promover la transferencia del conocimiento a la práctica clínica mediante la estrecha relación con los equipos directivos de las distintas entidades de provisión de servicios de AP y con los grupos profesionales que revisan la evidencia científica disponible y elaboran recomendaciones y guías de práctica clínica (GPC).
- Colaborar con las universidades con la finalidad de incluir la AP en el desarrollo de proyectos de investigación, formación de investigadores y participación de los profesionales de AP en la formación de pregrado y posgrado.
- Fortalecer las alianzas con otras instituciones, empresas y redes de investigación españolas y europeas de cara a colaborar en el desarrollo de grandes proyectos que afecten a distintos ámbitos asistenciales, tipos de investigación (básica, clínica, epidemiológica, de servicios) y áreas de inves-

TABLA 7 Convocatorias FIS 1996-2002. Atención Primaria

| Área | Cantidad (€) | Proyectos | CCAA |
|----------------------|--------------------|------------|--|
| Estilos de vida | 213.316,75 | 5 | Aragón, Baleares, País Vasco, Madrid, Cataluña |
| Infeciosas | 481.365,05 | 38 | Madrid 11, Baleares 7, Cataluña 7, Valencia 5 |
| Pediatría | 90.556,83 | 4 | Valencia 2, Madrid 1 |
| Investigación en SS | 1.145.760,5 | 92 | Cataluña 34, Madrid 20, País Vasco 10 |
| Endocrino-metabólico | 235.180,01 | 17 | Madrid 6, Cataluña 5 |
| Cardiovascular | 383.796,51 | 41 | Madrid 24, Cataluña 4 |
| Cáncer | 230.979,92 | 9 | Baleares 3, Madrid 3 |
| Respiratorio | 220.793,37 | 6 | Cataluña 3, Madrid 1 |
| Osteoarticular | 16.834,35 | 2 | Madrid 1, Asturias 1 |
| Salud mental | 164.382,36 | 7 | País Vasco 3, Madrid 2 |
| Total | 3.182.075,7 | 221 | |

Fuente: Diogène E. (2005)³⁰.

tigación, a fin de potenciar la investigación transnacional.

Estructura y organización de la investigación

- Impulsar una organización capaz de desarrollar una investigación de calidad en AP, con líneas de investigación definidas, procesos que fomenten las buenas prácticas en investigación y servicios que den soporte y garanticen una gestión ágil y eficaz de la investigación.
- La enorme dispersión de la AP hace imprescindible la creación de unidades territoriales de apoyo a la investigación que trabajen de forma coordinada en el marco de esta organización.
- Creación de grupos de investigación en los ámbitos territoriales que se coordinen con otros grupos de la comunidad autónoma desarrollando áreas temáticas de investigación, que a su vez participen en redes multidisciplinares de investigación estables, tanto estatales como europeas.
- Creación de un marco organizativo que promueva la cooperación, asesoría mutua y colaboración entre los grupos de investigación de AP. Integrar las unidades docentes de Medicina Familiar, los gru-

pos de trabajo de las sociedades científicas y otros grupos de investigación existentes.

- Participar en las agencias financiadoras para adaptar las ayudas existentes a las características de la AP, promover nuevas ayudas dirigidas a problemas específicos de la investigación en AP, adecuar el proceso de evaluación para que se tenga en cuenta la realidad de la AP y aumentar la participación de evaluadores de AP en dicho proceso.

Política de recursos humanos y capacitación de los investigadores

- Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora y de la figura de personal investigador en la AP.
- Incrementar la formación de los investigadores en métodos y técnicas de investigación.
- Favorecer la integración del conocimiento de la AP en la universidad mediante el impulso de políticas que permitan la creación de departamentos de Medicina de Familia.
- Compatibilizar asistencia e investigación e incrementar el número de investigadores con dedicación específica a la investigación mediante la liberación de su trabajo asistencial o la contratación.
- Fomentar la movilidad de los investigadores en otros centros investigadores estatales e internacionales de cara a su capacitación y al establecimiento de colaboraciones en futuros proyectos.

TABLA 8 Convocatorias FIS 1996-2002. Atención Primaria

| CCAA | Cantidad (€) | Proyectos (n) |
|---|---------------------|---------------|
| Cataluña | 1.188.703,98 | 52 |
| Madrid | 618.595,61 | 71 |
| País Vasco | 381.496,53 | 17 |
| Baleares | 243.449,47 | 20 |
| Canarias | 184.959,02 | 5 |
| Valencia | 143.545,93 | 16 |
| Galicia | 140.719,56 | 9 |
| Aragón | 66.129,36 | 6 |
| Castilla y León | 51.316,36 | 2 |
| Andalucía | 48.976,48 | 8 |
| Castilla-La Mancha – Asturias – La Rioja – Murcia – Extremadura | 111.317,06 | 15 |
| Total | 3.182.974,69 | 221 |

Fuente: Diogène E. (2005)³⁰.

TABLA 9 Ensayos clínicos realizados durante el período 1995-2000

| Año | Total ensayos clínicos | Ensayos clínicos en AP | Porcentaje de EC en AP respecto al total |
|------------------------|------------------------|------------------------|--|
| 1995 | 292 | 8 | 2,7 |
| 1996 | 468 | 11 | 2,3 |
| 1997 | 550 | 18 | 3,3 |
| 1998 | 560 | 12 | 2,1 |
| 1999 | 509 | 15 | 2,9 |
| 2000 | 661 | 24 | 3,6 |
| Total 1995-2000 | 3.040 | 88 | 2,9 |

Fuente: Agencia Española del Medicamento.

TABLA 10 Publicaciones en Atención Primaria de pediatría, farmacología, odontología, fisioterapia, psiquiatría, psicología, ginecología

| Categoría profesional | Número total de artículos | Número total de artículos con el límite <i>language = Spanish</i> | Porcentaje que representan los artículos escritos en español sobre el total de artículos | Número total de artículos con la búsqueda libre <i>and (spain or españa)</i> | Porcentaje que representan los artículos hechos en España |
|--|---------------------------|---|--|--|---|
| Pediatría «Pediatrics» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 1.800 | 57 | 3,17 | 35 | 1,94 |
| Farmacología «Pharmacy» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Odontología «Dentistry» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 694 | 16 | 2,31 | 4 | 0,58 |
| Fisioterapia («Physical Therapy (Specialty)» [Mesh] OR «Rehabilitation» [Mesh]) AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 2.434 | 32 | 1,31 | 13 | 0,53 |
| Psiquiatría «Psychiatry» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 2.136 | 25 | 1,17 | 16 | 0,75 |
| Psicología «Psychology» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 865 | 20 | 2,31 | 9 | 1,04 |
| Ginecología «Reproductive Medicine» [Mesh] AND («Family Practice» [Mesh] OR «Primary Health Care» [Mesh] OR «Community Health Nursing» [Mesh]) | 127 | 1 | 0,79 | 0 | 0,00 |

Fuente: PubMed, Noviembre 2007.

Relaciones y colaboraciones. Investigación cooperativa

La salud y los procesos necesitan, en toda enfermedad, la colaboración de todos los ámbitos asistenciales, de los distintos tipos de investigación y de la totalidad de los sectores implicados para su correcto abordaje:

- Fomentar la colaboración con los departamentos de salud autonómicos, con los equipos directivos de AP territoriales y con sociedades científicas de AP para el consenso de prioridades de investigación, el desarrollo de proyectos de investigación conjuntos y la transferencia de los resultados a la práctica clínica y a la organización de servicios.
- Fomentar la colaboración con instituciones sanitarias de otros ámbitos asistenciales (hospitales, centros de salud mental, centros sociosanitarios) e institutos de investigación para el desarrollo de proyectos de investigación conjuntos.
- Establecer convenios con universidades para la

colaboración en actividades de investigación y de formación.

- Fomentar la colaboración con otras instituciones de investigación europeas e internacionales que permitan participar en redes de excelencia y desarrollar proyectos internacionales conjuntamente.
- Colaboración con el sector privado, buscando áreas de trabajo y desarrollo en las que el sector industrial pueda estar interesado. Ésta es un área difícil en AP pero que no debe descartarse.

Transferencia del conocimiento

- Aumentar la producción científica y su difusión.
- Promover la coordinación con los grupos que elaboran recomendaciones y guías de práctica clínica para facilitar la incorporación a éstas de los resultados de las investigaciones y detectar las lagunas de conocimiento (evidencias) existentes.
- Facilitar la traslación de los conocimientos que se generen a la sociedad y a los pacientes.

Recomendaciones

- Podemos afirmar, por lo tanto, que la investigación en AP no es una causa perdida. Las características y las potencialidades de la investigación en AP están claras y se están generando experiencias y organizaciones de referencia que muestran la capacidad de la AP para investigar y desarrollar proyectos multicéntricos de calidad.
- A nivel mundial, España parece estar en una buena posición respecto a la investigación, aunque por el número de artículos citados, parece que deberíamos intentar realizar estudios más «referenciables».
- Pero en un futuro es fundamental consolidar estas experiencias y crear organizaciones de investigación específicas de AP que permitan responder a las necesidades que ésta plantea. Para ello, es urgente un mayor soporte político y económico a la investigación en AP si se quiere ayudar a innovar en este importante ámbito asistencial del SNS, para pasar del actual voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación.
- Como nota final a este capítulo, es muy importante destacar el escaso, por no decir nulo, apoyo financiero aportado por la institución que más fondos dedica a la investigación en España, el Instituto Carlos III, a la AP al no considerarla investigación de ¡excelencia! El hecho que confirma esta política de falta de soporte a la investigación en AP es la falta de financiación de ninguno de los grupos de investigación en AP en la convocatoria de redes de investigación, RTICS, del año 2007, a pesar de que los grupos presentados habían mejorado sustancialmente los indicadores de producción obtenidos (proyectos, publicaciones y factor de impacto).

Bibliografía

1. Starfield B. Necesidades de investigación en Atención Primaria. En: Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. p. 425-47.
2. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *The Lancet*. 2003; 362(9392):1314-9.
3. Pons JMV, Navarro MD, Albert X, Ausejo M, Bolibar B, Díaz CA, et al. La Investigación en Atención Primaria. Barcelona, Doyma, 2004. Disponible en: www.svmfyc.org/Investigacion/ITlenAP.pdf
4. Editorial. Is primary-care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361(9362):977.
5. Maset Campos P, Sáez Gomes JM, Sánchez Moreno A, Ramos García E, Sánchez Estévez V, González Díaz M. Preselectiva de la Atención Primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971-1994). *Aten Primaria*. 1997;19:389-94.
6. Camí J, Suñén-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):93-101.
7. Croxson B, Hanney S. Routien monitoring of performance: what makes health research and development different? *J Health Serv Res Policy*. 2001;6,4:226-32.
8. Camí J. Evaluación de la investigación biomédica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:510-3.
9. López de Castro F, Fernández O, Medina ME, Rubio E, Alejandro G. Investigación en Atención Primaria: 1994-2003. *Aten Primaria*. 2005;36:415-23.
10. http://www.isciii.es/jsps/organizacion/evaluacion_fomento/anuario/Informacion_anuario.jsp (consultado el 23 de noviembre de 2006).
11. Johnston SC, Rootenberg J, Katrak S, Smith WS, Elkins JS. Effect of a US National Institutes of Health programme of clinical trials on public health costs. *Lancet*. 2006;367: 1319-27.
12. Ricoy JR. Del nacimiento del FIS a la consolidación de un sistema de investigación sanitaria. *Quark Ciencia, Medicina, Humanidad y Cultura*. Oct 2001-Mar 2002, 2001;(22-23):33-6.
13. Llobera J, Tamborero G, Pareja A, Esteva M. La red de unidades de investigación y la Atención Primaria de salud. *Aten Primaria*. 1996;17:128-37.
14. Juncosa S. Que muchos investiguen poco y pocos investiguen mucho (editorial). *Aten Primaria*. 2003;31:342.
15. Bolibar B, Cabezas C, Nin E, Violán C. Estudios multicéntricos en atención primaria de salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2006.
16. Editorial. Redes temáticas de investigación cooperativa. *Aten Primaria*. 2003;32(9):505-8.
17. Martín-Zurro A, Bolibar Ribas B. Un hito histórico en la investigación en Atención Primaria. *Redes de Investigación en Medicamentos*. 2007;7:24-7.
18. Weel van C, Rosser WW. Improving health care globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 2:S5-16
19. Weel van C. Situación actual de la investigación en la Atención Primaria europea. En: Bolibar B, Cabezas C, Nin E, Violán C. Estudios multicéntricos en Atención Primaria de salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006. p. 163-75.
20. WONCA Europe. The European definition of general practice/family medicine. *Wonca Europe* 2002. Disponible en: http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf (Consulta realizada el 20/11/2007.)
21. Lionis C, Stoffers HEJH, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavlic D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from EGPRN meeting. *EGPRN report* 2003. *Fam Pract*. 2004;21: 587-93.
22. Niebauer L, Nutting PA. Primary Care Practice-Based Research Networks Active in North America. *J Fam Pract*. 1994;38(4):425-6.

23. Beasley JW, Smith HE. Federations of Primary Care Research Networks: progress and opportunities. *Family Medicine. The Leading Edge*. Abstract book. 16th World Congress of Family Doctors. WONCA, Durban, 2001. p. 238.
24. López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Gervas J. Investigación en Atención Primaria: contenido de los artículos publicados en las revistas científicas. *Aten Primaria*. 1993;11:340-3.
25. Gutiérrez García JJ, Guillén F, Pérez Riquelme F, Hidalgo García M. La Atención Primaria vista a través de las publicaciones médicas españolas (1974-1983). Un estudio bibliométrico. *Aten Primaria*. 1985;2:329-37.
26. Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero Puime A. Publicaciones sobre evaluación de la reforma de Atención Primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:131-45.
27. Orts MI, Comet P, Moreno MT, Arribas MC. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España. Estudio Delphi. *Enferm Clín*. 2000;10:9-13.
28. March JC, Prieto MA. Profundizando en los porqués y los cómo de la investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:439-40.
29. Álvarez J. La investigación en Atención Primaria, lejos de su despegue. *Rev Econ Salud*. 2003;2:142-4.
30. Ricoy JR, García Iniesta A, Martín E, Pozo F. Investigación financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria durante 1989. *Med Clin (Barc)*. 1990;95:739-42.
31. Grupo de trabajo de investigación de enfermería en REUNI. Recomendaciones del Comité Europeo sobre la investigación de Enfermería. *Enfermería Clínica (Barc)*. 1997;7(5):232-40.
32. Jones C, Hidalgo R, Fuentelsaz C, Morenos C, Hernández E. Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enfermería*. 2004;7(5):28-32.
33. Grupo de trabajo de enfermería. La investigación en enfermería en España. *Med Clin (Barc)*. 1994;102:584-8.
34. Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm*. [online]. 2004;13:44-45;37-41.
35. Pons JMV, Navarro MD, Albert X, Ausejo M, Bolívar B, Díaz CA, et al. La Investigación en Atención Primaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2004.
36. Mant D, del Mar C, Glasziou P, Knottnerus, Wallace P, van Weel C. The State of primary-care research. *Lancet*. 2004;364:1004-6.
37. McNally N, Kerrison S, Pollock A. Reforming clinical research and development in England. *BMJ*. 2003;327:550-3.
38. Diogène E, coordinador. Guía de investigación clínica para la Atención Primaria. Fundación AstraZeneca. Barcelona: Mayo 2005.
39. Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violán C. Estudios multicéntricos en Atención Primaria de salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina. 2006.
40. Bolívar B. El futuro de la investigación en Atención Primaria. *Redes de Investigación en Medicamentos*. 2007;7: 59-60.
41. Bolívar B, Violán C, Fernández I. Perspectivas de futuro de la investigación en atención primaria. En: Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violán C. Estudios multicéntricos en Atención Primaria de salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina. 2006. p. 193-206.

5. Atención Primaria, 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso)

Juan Gérvas

Puntos clave

- La reforma de la Atención Primaria (AP) española de 1984 fue una reforma «procontenido», con un cierto abandono de los aspectos de reforma «procoordinación». La reforma de la AP en España es un ejemplo de reforma procontenido.
- El estudio del impacto en la práctica clínica de la reforma (y su evolución en el tiempo y el espacio [CCAA]) es dificultoso, pues los indicadores para el seguimiento de la reforma (y de la actividad de la AP) son escasos, inconsistentes y carecen de validación. Además, no han existido objetivos explícitos de la reforma, más allá de los buenos propósitos tipo «mejorar la salud de la población», «incrementar el acceso a los servicios» y demás. Se echan de menos objetivos definidos y mantenidos, con fechas, cifras y asignación de recursos que permitan la evaluación de su cumplimiento.
- En general, se demuestra una asociación entre mayor relevancia (y dotación de recursos) de la AP y una orientación ideológica del gobierno de las CCAA, con mejores resultados ligados a una política de izquierdas. Existen variaciones enormes entre CCAA respecto a la densidad de centros de atención, y a la dotación de personal de éstos. También respecto al contenido del proceso de atención. Por ejemplo, la densidad de puntos de atención es 23 veces mayor en Castilla y León que en Madrid.
- En todas las CCAA se demuestran problemas de accesibilidad, relacionados especialmente con un deseo de inmediatez en la atención por parte del paciente, al que se está respondiendo escasamente y sin planificación. Las urgencias han aumentado sostenidamente en torno al 6% anual en la pasada década.
- En síntesis, la AP española ha mejorado como consecuencia de la reforma, pero queda mucho por hacer, especialmente en lo que se refiere a accesibilidad, continuidad y coordinación de cuidados.

Introducción

El sistema sanitario presta servicios de atención personal y servicios no personales. Entre los primeros, por ejemplo, los servicios clínicos que prestan los profesionales de la Atención Primaria (AP). Entre los segundos, los trabajos de los salubristas, por ejemplo. La mayor parte de los servicios personales se prestan de forma individual, en un acto muy peculiar cara a cara, durante la entrevista clínica (o encuentro).

Hablo de práctica clínica al referirme a lo que hace y manda hacer el profesional sanitario en el encuentro con el paciente, en el proceso de atención, en el curso de la atención personal. Esta actividad se complementa con el trabajo con grupos de pacientes. En la evaluación del proceso se considera desde el propio lugar de atención, la accesibilidad, la duración de los encuentros, la dedicación horaria del personal, lo que sucede en la consulta, hasta el seguimiento del paciente.

La AP, tal como se concibe en los países desarrollados, es atención médica primaria, atención personal, pues se ciñe a los aspectos clínicos y obvia los aspectos de salud pública y de intervención comunitaria que se atribuyen a la AP en su definición más conocida, la de la Alma Ata, de la conferencia OMS/UNICEF de 1978¹.

En la práctica clínica, es esencial asegurar la prestación de servicios de calidad, en el supuesto de que una atención de calidad se sigue de mejores resultados respecto a la salud del paciente. Es decir, según la clásica distinción de Donabedian², la mejor calidad en la estructura (recursos) y en el proceso (relación de la estructura con la población, y de los profesionales entre sí) conlleva un mejor resultado (cambio del estado de salud atribuible al antecedente del proceso). Por ello, se trata de mantener la calidad del proceso mediante un complejo mecanismo de control de indicadores, y de actividades de formación continuada, e incentivos apropiados.

Lamentablemente, son muy laxos y mal conocidos los nexos entre calidad del proceso y calidad del resultado³. Lo que no obvia el creciente interés por los incentivos que buscan la mejora de la calidad del proceso, del trabajo clínico, lo que se llama pago por calidad o por rendimiento, el *pay for performance* (P4P) de la literatura inglesa^{4,5}. Con estos incentivos se pretende que el profesional sanitario haga bien lo que tiene que hacer. El problema de fondo es que en muchos casos lo que se tiene en cuenta y se valora es la «carga de trabajo», no el impacto de la actividad clínica en la salud del paciente y de la población^{4,6}.

Planteamiento

La reforma de la AP, iniciada en 1984, buscó la mejora del proceso, del contenido de la atención clínica, en la esperanza de lograr con ello un mejor resultado en salud^{7,8}.

La reforma de 1984 fue una reforma «procontenido», con un cierto abandono de los aspectos de reforma «procoordinación». Son reformas procontenido las que buscan mejorar la calidad del proceso de atención mediante cambios de la cantidad, el tipo y la distribución de los recursos asignados. Son reformas procoordinación las que buscan mejorar la calidad del proceso mediante la modificación de las normas que se refieren a la relación entre niveles y entre profesionales^{9,10}.

La reforma de la AP en España es un ejemplo de reforma procontenido. Es ejemplo de reforma procoordinación la reforma inglesa de los *fundholders* (atribución de un presupuesto al médico general con el que «comprar», entre otros, servicios de atención especializada para sus pacientes).

El carácter de reforma procontenido convierte la evaluación del proceso (de la práctica clínica) en pieza clave en la valoración de los éxitos y fracasos de la reforma española de la AP de 1984. Así, dos de los tres puntos básicos de la reforma pertenecen al proceso en un sentido restringido, y los tres en un sentido amplio. Fueron:

1. El paso a trabajo a tiempo completo del médico general (en muchos casos, además, con dedicación exclusiva).
2. La generalización de la historia clínica y de otros sistemas de registro.
3. La capacidad de formar residentes de Medicina de Familia y Comunitaria y de impartir formación continuada en los Equipos de AP¹¹.

El objetivo de este trabajo es el análisis de los cambios en el proceso de atención entre 1984 y 2007. Considero para ello distintos apartados, que se han resumido en el primer párrafo de la introducción, y van desde el lugar de la prestación de servicios a la solicitud de pruebas.

En esta evaluación está implícito un valor filosófico, conductual, pues se acepta que lo que importa es lo que se hace, no lo que se dice. Así, lo importante no son las declaraciones a favor de la AP y/o de la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), sino la transformación de la práctica clínica, del proceso de atención, como expresión evidente del impacto de la reforma de 1984.

Desarrollo

En los años previos e iniciales de la reforma, hubo un interés general por tener datos acerca de la actividad clínica. Sirva de ejemplo la actividad del Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) del Colegio de Médicos de Barcelona en la década de 1970¹². Estos trabajos siguieron la estela de otros, ingleses y holandeses, entre los que destacan los de John Fry, Julian Tudor Hart y Donald Crombie. Éste demostró, ya en la década de

1960, que más de la mitad de los problemas de salud que atiende un médico general se resuelven sin alcanzar un diagnóstico definitivo¹³. Por ello, recomendaba evitar el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y sus prolijos diagnósticos.

Con este empuje se creó el Comité Internacional de Clasificación de la WONCA (Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia), a comienzos de la década de 1970, cuyo primer producto, la Clasificación Internacional de Clasificación de Problemas de Salud en AP, CIPSAP (Clasificación internacional de problemas de salud en Atención Primaria), se incluyó como anexo en el libro *La Medicina Familiar y Comunitaria*, publicado por el Instituto Nacional de la Salud en 1980¹⁴. De hecho, se incluyeron sólo las rúbricas, pero el listado se volvió muy popular, «la clasificación de la WONCA», por su uso en las unidades docentes de MFyC y en la investigación descriptiva que buscaba identificar la actividad en AP.

En 1988 se publicó la traducción completa al español de la segunda versión de la CIPSAP, con definiciones, y de la primera versión de la Clasificación Internacional del Proceso de la AP, también del Comité de la WONCA¹⁴. Posteriormente, en 1997, se publicó la traducción del Glosario Internacional de Medicina General/de Familia, de dicho Comité¹⁵. En las publicaciones españolas sobre la reforma y la actividad clínica en AP, muy abundantes¹⁶, falta el rigor esperable si se hubieran utilizado correctamente esas clasificaciones, de forma que no se ha cumplido el potencial analítico que haría más fácil la evaluación de la reforma.

Para normalizar los resultados de este trabajo conviene aclarar que:

1. Se llama encuentro al intercambio profesional entre el paciente y uno o más miembros del equipo de AP. En cada encuentro puede tratarse uno o más problemas de salud. Hay encuentros directos (cara a cara, en el despacho, en el domicilio del paciente y demás) e indirectos (a través de un tercero, por teléfono, o por otro medio).
2. Es profesional sanitario de AP aquel profesional que presta sus servicios en el sector sanitario. En este proyecto considero profesional sanitario al médico (general/de familia, y pediatra), enfermera, farmacéutico comunitario, trabajador social, auxiliar de clínica y administrativo/celador.
3. Hablo de problema de salud cuando me refiero a cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el profesional perciben como una desviación de la normalidad que ha afectado, afecta o puede afectar a la capacidad funcional del paciente. Los problemas pueden ser nuevos o conocidos, agudos o crónicos. Los problemas de salud los define el profesional sanitario.
4. Es razón de consulta el enunciado, aceptado por el paciente, del motivo por el que ha tomado contacto con el sistema sanitario. La razón de consulta la define el paciente, y debe ser identificada por él como una descripción aceptable de su demanda.
5. Es longitudinal la atención al paciente por el mismo profesional, en sus distintos problemas de salud y a

lo largo de su vida. La longitudinalidad depende de la relación interpersonal, y tiene en cuenta al paciente en su conjunto, y en su contexto.

6. Es continuidad la concatenación y coordinación de la atención a un determinado problema de salud del paciente. La continuidad requiere soporte documental, pero no personal, pues puede ofrecerse por distintos profesionales si colaboran adecuadamente^{17,18}.

La reforma de 1984 mejoró el contenido de las consultas, y los materiales de que se disponía para la atención al paciente, y al tiempo mejoró la formación del médico general mediante su especialización en MFyC. Además, introdujo el trabajo en equipo, atribuyó nuevas funciones a las enfermeras (que no se especializaron en AP hasta 2007), y añadió personal, como trabajadores sociales y auxiliares de clínica^{7,8}. En el exterior del sistema público, los farmacéuticos de oficina de farmacia (comunitarios) han introducido la atención farmacéutica^{19,20,21}.

Por todo ello ha cambiado y evolucionado la práctica clínica en múltiples aspectos. Lo más importante se refiere al acceso y al proceso de atención.

En este trabajo, por mor de la eficacia, se han seleccionado algunos indicadores que ayudarán a analizar los cambios en el proceso de la atención. Acepto que estos indicadores concretos son expresión de los cambios generales en el proceso de atención. Como es habitual en la investigación de servicios, no importa tanto el resultado con decimales de un determinado indicador, sino la consistencia entre ellos, y las tendencias que marcan.

Metodología

He revisado la información publicada respecto a los indicadores seleccionados, bien en fuentes oficiales, bien en publicaciones científicas, tesis doctorales y otros documentos. Ha sido básico el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional del Salud (SNS)²², que mantiene el Ministerio de Sanidad y Consumo. En caso de duda, he consultado a expertos en la cuestión.

He utilizado también los conocimientos personales, de ciencia propia, adquirido directamente o a través de compañeros a lo largo de más de 30 años de ejercicio profesional en el SNS (primero Instituto Nacional de Previsión, después Instituto Nacional de Salud, y finalmente, Servicio Madrileño de Salud). En este caso cito como [«ciencia propia», CP].

He obtenido información de otro proyecto previo financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, de evaluación de 20 años de reforma de la AP⁷.

También he obtenido información a lo largo de los Seminarios de Innovación en AP²³.

Ha sido una fuente de gran valor el informe de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública, sobre AP en las comunidades autónomas (CCAA)²².

He utilizado, también, los materiales empleados para un informe de la Fundación Carolina⁸. Y el material obtenido mediante una encuesta postal directa a los servicios de salud de las CCAA por el propio Equipo de Investigación sobre la AP en España y CCAA, a lo largo de 2007²³.

No he podido utilizar ninguna fuente con datos empíricos mantenidos y homogéneos a lo largo de los años, pues no existen. Frecuentemente todo lo que hay son «declaraciones», que más reflejan intenciones que realidades.

La calidad de los datos no está asegurada, ya que no siempre consta un proceso de validación continuado. Este aspecto es crucial pues, en general, los datos se publican sin que existan procesos de validación de los mismos, o al menos no se declaran tales procesos. Se salvan estos problemas de calidad al considerar indicadores varios y valorar las tendencias globales.

Resultados comentados

Señalo a continuación los indicadores seleccionados para analizar los cambios en el proceso de atención entre 1984 y 2007, y los resultados obtenidos, con algunas acotaciones, estimaciones y valoraciones. Insisto especialmente en los aspectos de organización de servicios, y en las tendencias que se deducen. He intentado mantener de forma independiente los contenidos de los distintos apartados, pero es imposible evitar al completo la «contaminación» entre cuestiones muy relacionadas, como por ejemplo «el lugar de prestación de servicios» y «los profesionales».

El lugar de prestación de los servicios

En los comienzos de la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en las décadas de 1940 y 1950, los médicos generales y practicantes (enfermeros con trabajo independiente, casi todos varones) trabajaban en su domicilio. Con el tiempo, se fue desarrollando una red de consultorios de propiedad pública donde pasaron a trabajar los médicos generales y practicantes, y en 1984 los servicios de AP se prestaban básicamente en dichos consultorios y ambulatorios (también en el domicilio del paciente), o en el propio domicilio del médico (en el medio rural), siendo los avisos a domicilio a demanda del paciente/de su familia muy frecuentes (en horario desde las nueve de la mañana «hasta el cierre de los portales», en el medio urbano, y 24 horas diarias en el medio rural). Eran muy infrecuentes los contactos telefónicos.

Centros de salud y consultorios

En los consultorios urbanos, embriones de los centros de salud actuales, existía una estructura básica con una auxiliar administrativa y una «enfermera jefe», y prestaban servicio varios médicos generales y pediatras, ayudados por enfermeras (cada enfermera adscrita a un «despacho», donde pasaban consulta varios médicos, uno cada dos horas y media). Los practicantes también utilizaban el consultorio para la atención a los pacientes de su cupo, con los mismos horarios que los médicos generales (para consulta y para avisos a domicilio). En los ambulatorios, médicos y practicantes convivían con la atención especializada. En el medio rural, el médico y el practicante trabajaban en su domicilio, o en el consultorio local, sin estructura administrativa alguna.

Lentamente, en más de 20 años, la Medicina General/de Familia y la Enfermería se prestan exclusivamente y en exclusiva en los centros de salud, con consultorios locales rurales como «anexos» que dependen del centro de salud. Primero lo inició Andalucía, y todavía en 2007 no ha acabado (con las excepciones de Castilla y León y Navarra), pues persisten consultas de médicos generales y practicantes que trabajan con el modelo tradicional (dos horas y media) en ambulatorios.

La oferta de centros de salud y de consultorios locales rurales es muy variable, y no se corresponde estrictamente ni con población ni con ruralidad. En total, el año 2006, en España, había 2.904 zonas básicas, y casi un centro de salud (son 2.840), y más de tres consultorios (son 10.216 en total) por zona básica²².

Hay grandes variaciones en la oferta de puntos de atención que, puesto que no se explican por la «demanda», no pueden juzgarse como «inocentes», sino expresión de decisiones varias que confluyen en una determinada oferta de centros de salud y de consultorios.

Se puede considerar el número de consultorios por zona básica como un proxy a la accesibilidad rural. Así, por ejemplo, Galicia, con 315 zonas básicas tiene 390 centros de salud y 101 consultorios, mientras Castilla y León, en el otro extremo, tiene 248 áreas básicas con 241 centros de salud y 3.647 consultorios. Es decir, Castilla y León tiene un tercio del total de los consultorios en España, lo que sugiere una decisiva apuesta por la accesibilidad y una discriminación positiva a favor de los núcleos rurales (por oposición a Galicia, que demuestra con hechos lo contrario). Este mismo indicador permite diferenciar Madrid y Cataluña, pues los datos sugieren mucha mayor accesibilidad en esta última comunidad; así, en Madrid hay «megacentros» de salud, lo que exige desplazamientos importantes a los habitantes de las distintas zonas básicas (548, con 249 centros de salud y 159 consultorios), lo que se evita en Cataluña (352 zonas básicas, 352 centros de salud y 892 consultorios).

Madrid ofrece la mitad de los centros de salud que la media nacional, mientras Cataluña se mantiene en la media. Lo mismo sucede si se comparan las dos CCAA insulares, pues Baleares tiene una estructura de locales que garantiza una mejor accesibilidad (49 zonas, 49 centros de salud y 103 consultorios; más de dos consultorios por zona) si se compara con Canarias (106 zonas, 104 centros de salud y 149 consultorios; menos de 1,5 consultorios por zona).

Si se suman centros de salud y consultorios y se divide por las zonas de salud, la media en España es de 4,5. Pero las variaciones son enormes, de hasta 23 veces, entre la media de 15,8 en Castilla y León (y de 10,2 en La Rioja) frente a las de Galicia (1,6) y Madrid (0,7). Ordenadas por esta aproximación a la «densidad» de centros de AP, de mayor a menor, las CCAA se listan como sigue: Castilla y León, Rioja, Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, Andalucía, Extremadura, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, Baleares, Asturias, Canarias, País Vasco, Galicia y Madrid.

Puede observarse que la falta de accesibilidad medida de este modo se inclina hacia las CCAA en que se ha mantenido una ideología de derechas en su gobernación, con la excepción señalada de Castilla y León.

El domicilio del paciente

Los pediatras no hacen avisos a domicilio, ni programados ni a demanda, salvo excepciones insólitas. La situación se ha ido «endureciendo» con los años y con la reforma, de manera que el pediatra en la práctica no sale del centro de salud a prestar cuidados a domicilio, ni en el medio rural ni en el urbano [CP].

Canarias tiene una larga historia de negación del médico de cabecera a realizar visitas a demanda a domicilio. Es una situación aceptada por la población que no ha mejorado ni con la reforma ni con el paso de los años [CP]. En España, en general, la prestación de la atención en el domicilio a demanda del paciente ha ido disminuyendo con los años. De hecho, cada vez más los «avisos a domicilio a demanda» se entienden como urgencia y como elemento rompedor de la atención en el centro de salud.

En todo caso, además, la reforma ha diluido la responsabilidad personal en la respuesta al aviso a domicilio a demanda, y es casi la norma en el medio urbano que los médicos de cabecera se turnen para «hacer avisos a demanda» [CP]. Es una práctica ilegal, pero consentida, que diluye la imagen del médico de cabecera (o personal). Contribuye a romper la longitudinalidad, y dificulta la continuidad, pues obliga a un rigor en la anotación de la visita en la historia clínica que muchas veces no se cumple.

Los avisos programados a domicilio eran frecuentes antes de la reforma, para atención de crónicos, o de agudos hasta su resolución, por el médico general y/o el practicante, a su discreción. Con la reforma, los avisos programados a domicilio han aumentado, y se está presionando para que sean parte fundamental de la tarea de la enfermera, pues se incluyen en la Cartera de Servicios, y en muchos Contratos Programas^{26,27}. En sentido positivo global destaca Extremadura, por la coordinación sociosanitaria en general²⁸.

En Canarias existen «enfermeras de enlace» que buscan asegurar la continuidad asistencial a domicilio. En Madrid y Baleares se consideran de AP los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD), que colaboran con los médicos de cabecera en la atención a pacientes terminales. Estos equipos tienen, en muchos casos, una dependencia funcional poco clara, pues nacen frecuentemente de servicios de oncología hospitalarios. En la práctica, conllevan, a veces, la exclusividad de la atención a los pacientes terminales, por renuncia o comodidad de los profesionales de los centros de salud [CP].

La atención a domicilio durante el proceso terminal se ha convertido en algo raro, infrecuente, como ha demostrado el escándalo de la muerte de pacientes terminales en urgencias del Hospital de Leganés (Madrid). Además de las dificultades para morir en casa con dignidad, por los rígidos horarios de los médicos generales/de familia, al dolor de la muerte se suman los pro-

blemas burocráticos, a veces excesivos, para la certificación de la muerte, y el entierro²⁹. Está demostrada la asociación entre visitas a domicilio del médico general y la muerte en casa³⁰.

Habrà que esperar una mayor necesidad de atención a domicilio como desarrollo de la llamada Ley de Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia), que hará visible (y exigente) a un sector de población hasta ahora marginado.

Urgencias (en el centro de salud, en el domicilio del paciente y en la ambulancia)

La atención urgente se presta en el propio centro de salud o bien en el domicilio del paciente, e incluso en la ambulancia cuando es necesario el transporte.

La organización es muy diferente según las distintas CCAA. Lo habitual es que los profesionales de los centros de salud cubran las urgencias en su zona básica durante su horario laboral³¹.

Las urgencias están aumentando vertiginosamente, por los cambios sociales, por problemas de accesibilidad a la AP en su horario habitual, por la inmediatez deseada, y por la falta de adaptación de los servicios sanitarios a estos cambios. Ejemplo es Asturias, con un crecimiento sostenido de las urgencias de más del 6% a lo largo de la última década (del 8% en urgencias en AP y del 5% en urgencias hospitalarias)³². Naturalmente, el uso de urgencias es mayor por los varones trabajadores, dados sus problemas específicos de accesibilidad³³.

En el medio urbano, las urgencias suelen depender de servicios especializados fuera del horario habitual de los centros de salud. En el medio rural, en general los propios profesionales de los centros de salud hacen guardias para cubrir las urgencias fuera del horario laboral. Se suelen denominar Puntos de Atención Continuada (PAC) los lugares en que se presta esa atención fuera del horario laboral; muchas veces el propio centro de salud. Los PAC han sustituido de hecho a las antiguas Casas de Socorro que en el medio urbano prestaban atención a urgencias ambulatorias.

Tanto en el medio urbano como en el rural, los PAC, al dotarse del mismo personal que los centros de salud, «fuerzan» a que médicos y enfermeras trabajen largas jornadas. Las nuevas normas legales, y las decisiones judiciales, sobre horarios están haciendo imposible esta organización, lo que lleva a la especialización en urgencias, a la dotación de éstas con personal específico, aunque preste servicio en los mismos PAC.

En algunas CCAA, existe la tendencia a que los dispositivos específicos de urgencias cubran las 24 horas, todos los días del año, con personal especializado en aquéllas. En Madrid, se ha terminado aceptando que los avisos a demanda generan una «urgencia», para lo que se está desarrollando un sistema de atención que evite que los médicos de los centros de salud tengan que interrumpir sus consultas para asistir al domicilio a demanda [CP]. Existe una tendencia similar en Castilla-La Mancha. En Andalucía, los Equipos Movilizables de

Cuidados Críticos y de Urgencia están disponibles todos los días, todas las horas. En Galicia, como en Madrid, los médicos de los equipos de AP tienen ciertas restricciones para hacer guardias. Esta organización conlleva, a largo plazo, indudablemente, la desviación de recursos a los servicios de urgencia con la consiguiente disminución de los recursos para la AP (y la pérdida de las habilidades correspondientes de los profesionales de ésta).

Dada la importancia creciente del transporte de pacientes urgentes, y de la prestación de servicios en la propia ambulancia (vehículo terrestre, aéreo o marítimo), el personal dedicado al mismo empieza a ser numeroso y decisivo. Su adscripción a AP o a otros servicios da idea de la concepción política de la organización sanitaria. En varias CCAA, ese personal se engloba en AP, por ejemplo, en Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y La Rioja²⁵.

La atención en instituciones: las «residencias» (asilos de ancianos), las prisiones (cárceles) y otros lugares de prestación de servicios de AP

Desde 1984, la atención a pacientes institucionalizados se ha ido convirtiendo en una labor habitual, por su aumento. Por ejemplo, las llamadas «residencias» (asilos), donde se acoge a los ancianos hasta su muerte, tienen propiedad y regímenes muy variados, y son muy diferentes según el número de pacientes, su dependencia institucional, y otras características. En algunos casos cuentan con médico y enfermera, pero es frecuente que dependan del centro de salud, y que los residentes formen parte de un cupo (o de varios, para repartir la «carga»). Los mayores problemas se generan en torno a la prescripción farmacéutica, y al consumo de material para curas y para deficiencias y minusvalías, como incontinencia urinaria y fecal. Los profesionales del centro de salud atienden a los pacientes en sus consultas o en la residencia. En ocasiones lo hacen en horario extra y bajo contratos complementarios, más o menos autorizados [CP].

En España ha aumentado el número de prisiones y de presos. Normalmente, son profesionales especializados los que prestan servicios de AP a los presos. Es decir, los presos no forman parte de ningún cupo. Sin embargo, en algunas CCAA, como Cantabria y La Rioja, dichos servicios sanitarios penitenciarios se consideran parte de los servicios de AP.

Con el crecimiento de la actividad económica, son relativamente frecuentes los médicos de AP que realizan su trabajo en lugares más o menos insólitos, como, por ejemplo, pesqueros en alta mar. Sin olvidar a los que atienden a las tropas en misiones en el extranjero.

Lugares cambiantes y «dinámicos», en la frontera entre AP y atención especializada

El lugar de la prestación de los servicios es expresión, también, de la «fuerza» de la AP (frente a una atención especializada que pretende ocupar más espacio del conveniente para la salud del paciente)³⁴. Sirva de ejemplo la determinación del INR, práctica que ha llevado a

miles de pacientes, habitualmente, a las salas de espera de los hospitales, para ser controlados por los hematólogos, con todos los problemas de accesibilidad que ello conlleva. Dichos especialistas, afectados por un «síndrome del barquero», han cedido tardíamente ese monopolio, cuando los hechos demuestran que el mejor resultado lo da el autocontrol^{35,36}. Canarias y Murcia ofrecen una imagen de menor accesibilidad, en tanto que el problema está resuelto en la mayoría de las CCAA, como Cataluña y Madrid, generalmente mediante la determinación del INR por enfermeras, en el centro de salud, el consultorio o el domicilio del paciente [CP]. Existe alguna experiencia piloto de autodeterminación del INR, con mayor o menor apoyo de telemedicina, lo que llevará en un próximo futuro al ámbito domiciliario una atención que hace poco se prestaba en el hospital.

Ejemplo opuesto es la insuficiencia cardíaca. La tendencia internacional lleva de la AP al hospital la atención clínica a los pacientes con insuficiencia cardíaca. Son múltiples los estudios que demuestran las ventajas respecto a rehospitalizaciones e incluso supervivencia de la atención por «unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca». Lamentablemente, nunca se ha considerado la alternativa de mejorar la formación y el circuito de atención por AP (por el médico y la enfermera del centro de salud, del cupo del paciente). Todo lo que se hace es trabajar con enfermeras superespecializadas que dependen del hospital y atienden al paciente y su familia en el domicilio o por teléfono, en las consultas hospitalarias específicas. Sin embargo, el éxito de las unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca, con sus enfermeras superespecializadas se debe a una organización típica de AP: a) la visita a domicilio y el contacto telefónico; b) la capacitación de los pacientes y de los familiares en lo referente al plan terapéutico, al autocuidado y a la toma de decisión ante los síntomas de alerta, y c) el fácil y rápido acceso a los profesionales de referencia («de cabecera»), conocidos por el paciente y por sus familiares, capaces de decidir sobre la necesidad de cambios y de uso de recursos complementarios. Si se quiere cambiar esta tendencia, sería lógico que cada paciente con insuficiencia cardíaca recibiera de su médico y enfermera de AP lo que le ofrecen a través de «unidades hospitalarias de insuficiencia cardíaca» y que es tan beneficioso³⁷.

Lugar cambiante con gran futuro es la consulta hospitalaria de alta resolución (CHAR). En las CHAR se da rápida resolución a problemas clínicos, con acceso inmediato (o casi) a las pruebas complementarias necesarias. Si la «alta» resolución pasa a «excesiva» resolución, dichas consultas se convertirán en consultas de AP ubicadas en los hospitales. Las CHAR aparecieron en Andalucía, pero se están extendiendo a todas las CCAA, por su atractivo político y poblacional, al dar satisfacción a la necesidad de inmediatez que la sociedad demanda. En general, se nutren de pacientes de urgencias hospitalarias y de primaria. Con lógica, lo adecuado sería proveer a la AP del acceso que tienen las CHAR a los recursos diagnósticos, para evitar el peregrinar innecesario a los hospitales de los pacientes³⁶.

Opuesta, en cierto sentido, a la CHAR es la hospitalización a domicilio, común en todas las CCAA. El paciente está en su casa, y son los profesionales hospitalarios los que se desplazan para prestar sus servicios. Éstos son continuación de los hospitalarios, tras el ingreso, o tras la consulta a urgencias (hospitalarias). Lamentablemente, la hospitalización a domicilio no suele coordinarse con la AP, que sería lo prudente [CP]. Además, muchos de los procedimientos y problemas cubiertos por la hospitalización a domicilio podrían ser englobados en la AP, sobre todo si contase con un soporte mínimo del estilo de la propia hospitalización a domicilio.

En otra experiencia, española e internacional, los especialistas también han llegado a la AP, a los centros de salud. Son las consultas de especialistas en AP, para atender directamente a pacientes o para hacerlo junto con los médicos de cabecera, para actuar como simples asesores. El modelo no se ha universalizado, y los resultados son de evaluaciones parciales³⁸.

La coordinación entre niveles es un problema internacional, pero las soluciones de la Europa desarrollada parecen no llegar a España³⁷. Hay, no obstante, alguna experiencia española positiva e innovadora³⁹.

Encuentros indirectos por teléfono e Internet

Los encuentros indirectos, por tercera persona, son muy frecuentes en la AP española (hasta el 20 % del total)⁴⁰. Sin embargo, el teléfono e Internet son «alta tecnología», si se juzga por la utilización. Su uso es esporádico y no depende de iniciativa institucional alguna. Este tipo de encuentro indirecto sigue sin ser promovido, o incentivado, en ninguna CCAA [CP].

En alguna Comunidad Autónoma, como Cataluña, se ofrecen servicios telefónicos de atención las 24 horas del día, para resolver dudas y aconsejar. No hay evaluación del impacto en la salud de este tipo de iniciativas. Se sigue así la estela de países como el Reino Unido⁴¹. En ningún caso se prevé que estos servicios telefónicos sirvan para ofrecer consultas (encuentros indirectos por teléfono) de AP propiamente dichas.

Los profesionales

Los médicos

En 1984, en AP trabajaban médicos generales y pediatras (con niños hasta los 7 años)⁷. En los pueblos la asistencia global la prestaban los médicos generales. La reforma ha incrementado en mucho el número total de médicos de AP, ha elevado la edad pediátrica a los 14 años, y ha llevado a los pediatras a muchos centros de salud rurales, de forma que ya sólo es médico «global» (que atiende a toda la población sin distinción de edad) el médico rural de pequeños núcleos poblacionales.

En 2007, las plazas de médico general lo son de Medicina de Familia (unos 25.000). El nombre no ha resuelto por completo los problemas planteados por una situación peculiar, de convivencia de médicos «generales» y «de familia», siendo los primeros el personal a extinguir

que ha renunciado a seguir las distintas vías abiertas para acceder a la titulación de Medicina de Familia.

En 2007, persisten los pediatras como médicos generales de los niños de hasta 14 años (y 18 años en Cantabria) (unos 5.400). La edad pediátrica aumentó con la reforma, sin fundamento científico que justificase la decisión.

A lo largo de los años, España ha seguido la tendencia internacional de reducir el número de personas por médico. Sin embargo, los datos oficiales tienen sólo en cuenta las «tarjetas sanitarias», de la que carecen muchos inmigrantes con derecho a asistencia sanitaria. Puesto que los inmigrantes constituyen un porcentaje variable, pero en torno al 10% del total de la población, los cálculos oficiales tienen este margen de error. El «peso» de esta población no se suele tener en cuenta cuando se planifican los recursos sanitarios [CP].

Lamentablemente, la especialidad de MFyC no es la más atractiva para los residentes, de forma que en 2006 incluso han llegado a quedar plazas libres en el MIR. A este problema se suma la falta de interés por la práctica clínica española de los recién especializados en MFyC, que en porcentajes apreciables (casi del 25%) prefieren emigrar a otros países de la Unión Europea (UE) con mejores condiciones profesionales y laborales.

España ha seguido las tendencias internacionales respecto a la feminización de la profesión médica. Y ello sin planes que permitan la adaptación a una forma distinta de trabajar, en la que lo personal y familiar se valora tanto como lo profesional (forma de trabajo que ha cambiado en el mismo sentido también para los varones).

En 2006, el número de habitantes con tarjeta sanitaria por médico de familia está en una media de 1.702, con un máximo de 1.820 en Baleares, y un mínimo de casi la mitad, 921, en Castilla y León. De menor a mayor número de habitantes por médico, las CCAA se ordenan entre los dos extremos señalados: Castilla y León, Extremadura, Aragón, Castilla-La Mancha, Cantabria, La Rioja, Andalucía, Cataluña, Galicia, Navarra, Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia, Madrid, País Vasco y Baleares. Este orden confirma la mayor accesibilidad que demostraba el número de centros de salud y consultorios en Castilla y León y demuestra, con esta excepción, que las CCAA gobernadas durante décadas por los partidos de ideología de derechas tienen menos médicos de cabecera por población.

Se confirman los datos con el análisis de los médicos del modelo tradicional («de cupo», de 2,5 horas de consulta) que no se habían incorporado en 2006 al modelo de los centros de salud, de la reforma de 1984. Este indicador se puede utilizar como un proxy del atractivo de la reforma para los médicos generales. El porcentaje sobre el total de los del modelo tradicional en España, el año 2006, fue del 4,6% (tabla 1). Los valores varían entre el 21,6% de Galicia y el 15,8% en Baleares frente al 0% en Navarra y en Castilla y León (aquí, exactamente, el 0,04%). Si se ordenan las CCAA de mayor a menor porcentaje de médicos del modelo tradicional, se obtiene la lista siguiente: Galicia, Baleares, Cantabria, Comunidad Valenciana, País Vasco, Canarias, Madrid, Cataluña, Asturias, Murcia, La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón, Castilla

TABLA 1 CCAA ordenadas según el porcentaje de médicos no integrados («de cupo»)

| CCAA | % |
|----------------------|------|
| Navarra | 0 |
| Castilla y León | 0,04 |
| Aragón | 1 |
| Andalucía | 1,1 |
| Extremadura | 1,4 |
| Castilla-La Mancha | 2,1 |
| La Rioja | 2,5 |
| Asturias | 3 |
| Murcia | 3 |
| Cataluña | 4,3 |
| Madrid | 4,8 |
| Canarias | 5,1 |
| País Vasco | 5,6 |
| Comunidad Valenciana | 6,3 |
| Cantabria | 8,7 |
| Baleares | 15,8 |
| Galicia | 21,6 |
| Media nacional | 4,6 |

Fuente: SIS del SNS²².

y León, y Navarra (tabla 1)²². Como se puede apreciar, este indicador «cuadra» con los dos considerados previamente, de centros asistenciales por zonas básicas y de número de habitantes por médico de familia.

Cuando se han comparado modelos de provisión de servicios en AP, en Cataluña, se demuestra un mayor porcentaje de médicos de cabecera no integrados cuando la provisión es privada⁴⁶.

Respecto a los pediatras, no existe la especialidad académica en AP. En lo que se refiere a su distribución, las diferencias son marcadas, y reproducen hasta cierto punto las que se refieren a médicos de familia. La media de niños con tarjeta sanitaria por pediatra en España es de 1.065, y los extremos se dan en Asturias (775) y Castilla-La Mancha (1.495). De mayor a menor a mayor número de niños por pediatras, las CCAA se ordenan como sigue: Asturias, Castilla y León, País Vasco, Navarra, Extremadura, Galicia, Aragón, Cantabria, Canarias, Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Andalucía, La Rioja, Murcia y Castilla-La Mancha.

Contrariamente a la tendencia mundial, el mundo rural español tiene un exceso de profesionales, especialmente médicos generales/de familia, como se demuestra en casos concretos, como Buitrago del Lozoya (Madrid) y Daroca (Zaragoza), con ocho médicos para una población dispersa de 5.000 habitantes.

Las enfermeras

En 2006 han casi desaparecido las enfermeras de cupo (con un listado de pacientes), que en 1984 tenían un ejercicio profesional muy independiente y eran conocidas como «practicantes». De hecho, representan sólo el 3,2% de un total de casi 27.000 enfermeras de AP²². Si se acepta su persistencia como un proxy del atractivo de la reforma para las enfermeras, las cifras son paralelas al caso de los médicos del modelo tradicional. Nos movemos entre los extremos de Galicia (23,4%) y Baleares

(9,6%) frente a Navarra (0%) y Castilla y León (0,05%)²². La lista de las CCAA ordenadas de mayor a menor porcentaje, es como sigue: Galicia, Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia, País Vasco, Asturias, Cantabria, Canarias, Extremadura, Cataluña, Aragón, La Rioja, Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Navarra (tabla 2). Como se ve, es casi un calco del listado para médicos del modelo tradicional.

Las enfermeras de los consultorios y ambulatorios, que actuaban de secretarías y ayudantes del médico general y del pediatra (aproximadamente, una enfermera por cada tres médicos, que se turnaban cada 2,5 horas en el despacho que ocupaba permanentemente la enfermera) se han independizado y llevan sus propias «consultas de enfermería». También ha aumentado su número, con una tendencia a los «miniequipos» de una enfermera y un médico. Hasta el año 2006 no se impuso su especialización académica en AP.

Pese a todo, España no ha corregido su llamativa distribución porcentual de enfermeras en AP, de forma que se mantiene un ligero predominio de los médicos (30.000 frente a 27.000, en cifras redondas). Ello es absurdo, y provoca que los médicos realicen muchas labores que en otros países llevan a cabo las enfermeras. De hecho, la anómala carencia de enfermeras en España afecta a la AP y a la hospitalaria, pues la media del total en Europa es de 843 enfermeras por 100.000 habitantes, y en España son 500 (un déficit del 40%, de 342 enfermeras por 100.000 habitantes)⁴². En este sentido global, Navarra roza la media europea, 838 enfermeras por 100.000 habitantes, y Murcia está en la vertiente opuesta, 378 por 100.000 habitantes⁴².

Respecto a la «densidad» de enfermeras de AP por habitantes con tarjetas sanitarias, la media en España es de 1.652. Existen diferencias por CCAA, pero son menores que respecto a los médicos. Van de 1.153 en Castilla y León a 2.110 en Baleares²². El listado de CCAA, de

mayor a menor densidad de enfermeras en AP es: Extremadura, Castilla-La Mancha, Navarra, Aragón, Cataluña, La Rioja, Cantabria, Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía, País Vasco, Galicia, Madrid y Murcia. Aunque la imagen no es tan clara como en otros indicadores citados, se reproduce el sesgo de los gobiernos de izquierda a favor de la mayor densidad de recursos en AP.

En muchos casos, los centros de salud cuentan con matrona, a tiempo parcial o completo, según las necesidades²², por ejemplo en Aragón, Castilla y León, Madrid, País Vasco y La Rioja.

Otros profesionales

Algunos centros de salud cuentan con veterinarios y con farmacéuticos. Aquellos dedicados a salud pública, y éstos a la prescripción racional. Tal sucede en Andalucía (veterinarios) y en Galicia (farmacéuticos).

Se han incorporado a la AP los trabajadores sociales, que pueden depender del propio sistema sanitario y trabajar en los centros de salud, o ser personal ajeno, de los servicios sociales, y trabajar en otros locales. Destaca su integración en Extremadura, con una positiva coordinación sociosanitaria destacada.

Aunque hay auxiliares de enfermera, su número es anecdótico en los centros de salud. Esto provoca que las enfermeras hagan labores que podrían hacer sin dificultad dichas auxiliares. Además, este tipo de profesional podría prestar una ayuda inestimable en la consulta del médico, que se ve solo en situaciones como exploraciones ginecológicas, y que lleva el peso de todo lo que se refiere a cuestiones administrativas, de recambio de material y demás [CP].

El personal administrativo ha adquirido nuevas responsabilidades, mucho más allá de la simple cita. En los centros de salud ha aumentado la cantidad de personal administrativo y en general no sanitario. En España hay un total de casi 14.000 auxiliares administrativos en AP, y algo más de 20.000 profesionales no sanitarios (que incluyen a los administrativos, personal de mantenimiento y otros). Por población con tarjeta sanitaria, hay un auxiliar administrativo por cada 3.195, de media. Existen amplias variaciones autonómicas, con mayor densidad de administrativos en el País Vasco y Cataluña (con 2.609 y 2.611 tarjetas por auxiliar, respectivamente) frente a las menores cifras en La Rioja y Baleares (5.287 y 4.353, respectivamente)²².

En AP ha desaparecido mucho personal tipo bordadoras. Otro se ha externalizado, por ejemplo, el dedicado a las labores de limpieza, que habitualmente se contrata a una empresa especializada [CP].

Los farmacéuticos de oficina de farmacia siguen con escasa relación con los centros de salud. Aunque las oficinas de farmacia son entidades sanitarias, su régimen de propiedad, privada, parece que dificulta la esperable relación con los médicos de AP. Naturalmente, existen experiencias de relación fructífera, como en el extinto centro de salud de la Barceloneta (Barcelona)⁴³. En un pequeño porcentaje de farmacias (en 2006 menos del 10%, con mayor implantación en Asturias, Cataluña, Ex-

TABLA 2 CCAA ordenadas según el porcentaje de enfermeras no integradas («practicantes»)

| CCAA | % |
|----------------------|------|
| Navarra | 0 |
| Castilla y León | 0,05 |
| Castilla-La Mancha | 0,3 |
| Andalucía | 0,4 |
| Murcia | 0,6 |
| La Rioja | 1 |
| Aragón | 1,2 |
| Cataluña | 1,6 |
| Canarias | 2 |
| Extremadura | 2,1 |
| Cantabria | 2,5 |
| Asturias | 2,6 |
| País Vasco | 2,9 |
| Madrid | 3,6 |
| Comunidad Valenciana | 4,3 |
| Baleares | 9,6 |
| Galicia | 23,4 |
| Media nacional | 3,2 |

Fuente: SIS del SNS²².

tremadura, Madrid y Valencia) se ha implantado la atención farmacéutica, práctica clínica que pretende el mejor seguimiento de la medicación y del paciente.

Se ha introducido un grupo de profesionales de apoyo a la gestión, con aumento desproporcionado de la plantilla de dirección, desde personal para la gestión a personal de apoyo. Por ejemplo, los farmacéuticos de gestión (de «AP»), que fomentan el uso racional del medicamento y que en algunos casos, como en Galicia, se integran en los propios centros de salud [CP].

Los Equipos de AP

En los centros de salud el personal forma un equipo (el Equipo de AP), que elige un coordinador (al que da el visto bueno la gerencia) y tiene actividades comunes, como formación continuada. Los equipos tienen una media de 27 profesionales, en total (unos 77.500 profesionales para 2.840 centros de salud en España, corregido por los centros de salud que tienen más de un equipo), pero hay grandes variaciones²². Por ejemplo, centros rurales con 7 profesionales (3 médicos, 3 enfermeras y 1 auxiliar administrativo) y centros urbanos con hasta 60 profesionales [CP].

Los equipos tienen una población asignada, en una zona geográfica limitada (zona de salud, en su denominación más común). Puesto que hay 2.904 zonas básicas en España, se puede atribuir una media de 15.000 personas por zona y por centro de salud (hay aproximadamente un centro de salud por zona de salud).

En general, hay un equipo por centro de salud, pero en algunos casos el edificio alberga varios equipos, habitualmente dos, en turno de mañana y tarde. La coordinación entre estos equipos que comparten edificio es más bien escasa. También es infrecuente el verdadero trabajo en equipo en el Equipo de AP⁷. Debe hacerse notar que los equipos en AP en el mundo son más una entelequia deseable que una realidad, y que no demuestran claramente sus ventajas frente al trabajo en solitario incluso cuando los equipos se forman con médicos que se eligen entre sí, y son profesionales independientes, propietarios del centro de salud, y contratan al personal auxiliar (enfermeras incluidas)^{44,45}.

Lo frecuente es el trabajo en grupo. Los profesionales, aunque sean cuasifuncionarios, conservan una casi total independencia práctica, y son pocos los equipos que logran un trabajo coordinado. Tiene mucho que ver en este fracaso las escasas relevancia y autoridad del coordinador/director del equipo. Su capacidad de decisión está muy limitada, y se suele ceñir a la resolución de problemas de suplencias, alguna participación en la distribución final de incentivos y poco más [CP]. El coordinador no tiene capacidad de contrato de personal, ni de compras, ni de inversiones, ni de gestión territorial.

Accesibilidad y tiempos de atención

Cita previa

En 1984, los pacientes acudían espontáneamente antes del comienzo de la consulta y hasta media hora del co-

mienzo de ésta, y eran recibidos conforme llegaban, a veces tras tiempos de espera excesivos, lo que creaba incomodidad y problemas en la sala de espera, por las aglomeraciones.

El programa de cita previa para las visitas espontáneas se inició en el País Vasco, y hoy está extendido a toda la geografía. Pero lo que se inició como una experiencia positiva que evitaba aglomeraciones se ha transformado en 2007 en un sistema que «frena» al paciente³³. De hecho, empieza a ser frecuente que no se logre la cita con el propio médico sin esperas de 2, 3 y más días (hasta 15) [CP]. Se crean así dos clases de pacientes, los que pueden esperar, que se acogen al programa de cita previa y son vistos por su médico, y los que no pueden esperar, que son atendidos en el centro de salud por el médico de turno dentro de un conjunto de «urgencias», o pacientes sin cita previa (generalmente trabajadores en activo). Se pierde con ello la longitudinalidad (al no ser atendidos por su propio médico) y se amenaza la continuidad (si no se utiliza la historia clínica adecuadamente). Además, las trabas a la consulta con el propio médico desaniman al paciente, lo que unido a los problemas de acceso horario para los pacientes que trabajan o estudian, lleva a un incremento sostenido de la utilización de los servicios de urgencias (hospitalarios y de AP), que en algunos casos llegan a funcionar en mucho como verdaderos centros de salud de atención «inmediata». Estas listas de espera tienen que ver más con problemas de microgestión (de gestión de la lista de espera) que con falta de recursos, como se demuestra al controlar estrictamente tiempos de atención de 10 minutos, pues se demuestra que en muchos casos «sobra tiempo».

Para resolver el problema, se ha recurrido en algún caso al contrato de un médico «de urgencias» que refuerce al personal del centro de salud, para atender a los pacientes sin cita previa. Con ello se corre el peligro de convertir a los médicos de AP en «especialistas en crónicos», pues sólo los pacientes con problemas crónicos estabilizados podrían saltar la barrera de la cita previa.

El tiempo medio de espera para tener un encuentro cara a cara con su propio médico puede variar según CCAA, pero no existen datos. Aparentemente, la demora en Andalucía no existe, mientras es la norma en otras comunidades autónomas como Madrid.

Por otra parte, cuando se ha comparado la provisión de servicios entre distintos modelos de provisión de servicios en Cataluña, se demuestra que las entidades de base asociativa (EBA) tienen 0,5 días de media de espera para la visita espontánea, mientras ese tiempo es de 3,79 días para los equipos del grupo de centros de salud de gestión pública. En total, la media es de 2,89 para todos los modelos de provisión de AP en Cataluña⁶.

En el medio rural, en los consultorios de los pueblos, no suele existir la cita previa, y los pacientes son atendidos conforme llegan, en un sistema de «dar la vez», muy efectivo [CP].

La cita previa permite obtener la hora con el profesional mediante presencia física en el centro de salud,

por teléfono o por Internet. En algunos casos, los servicios telefónicos de cita previa están centralizados (tipo centralita, *call center*, como en Aragón y Castilla-La Mancha. Estos servicios son de los «externalizables».

Por último, la cita previa del paciente referido a los servicios especializados también ha cambiado desde 1984. En aquellos tiempos el paciente acudía a la consulta del médico especialista, o al servicio diagnóstico correspondiente, con el volante del médico de cabecera, y era visto en el momento, con un sistema de «dar la vez» que conllevaba tiempos de espera no controlables y aglomeraciones. En la actualidad, en la mayoría de los casos, se consigue por vía informática desde la recepción-administración del centro de salud. También hay CCAA en las que el médico de cabecera puede entrar directamente en la agenda del médico especialista, y conseguir la cita directamente para el paciente referido a los servicios especializados, de lo que es un buen ejemplo Navarra⁴⁷.

Tiempo de consulta por paciente

El médico general de 1984 tenía 2,5 horas de consulta, que generalmente se reducían a 2 horas, por falta de despachos, con tiempos medios por paciente en torno a los 3 minutos (5 min como mucho)^{7,18}.

La reforma conllevó la extensión del horario, hasta 8 horas diarias (7 h en la actualidad). La ampliación del horario de trabajo aumentó el tiempo de consulta por paciente, pero mucho menos del esperado (por el incremento de la población, de la frecuentación, y por los «recortes» del tiempo clínico)³⁵. De hecho, la Plataforma 10 Minutos tuvo éxito en una huelga de médicos, en noviembre de 2006, realizada para reivindicar los 10 minutos por encuentro.

Los cálculos de tiempo de consulta se hacen sobre horarios teóricos y medias anuales. Por ejemplo, al comparar tiempos en Cataluña según modelo de provisión de servicio, se calcula un tiempo medio de 10 minutos para consultas de Medicina de Familia, y de 11 minutos para la Pediatría. Estos tiempos son teóricos, y pueden no corresponderse con los que se dan en la realidad, por las cargas administrativas de las consultas, y por los «recortes» en los horarios clínicos. Es decir, en la mayoría de los casos los cálculos de tiempos de duración de los encuentros se hace sobre la frecuentación (número de pacientes atendidos) y las horas teóricas dedicadas a la atención clínica. Generalmente, se obtiene el tiempo de consulta al dividir la media de los pacientes atendidos en el día por los minutos teóricamente dedicados a la actividad clínica.

Cuando se tiene información sobre tiempos reales en AP, en muchas ocasiones la consulta no llega a los 10 minutos, aunque se disponga de ese tiempo por cada consulta.

Por ejemplo, entre estos «recortes» del tiempo clínico (tiempo oficialmente dedicado a la atención clínica pero que en el día a día tiene otros usos), los dedicados a los representantes farmacéuticos. Cada médico de AP que registra tiempos reales y dispone de agenda informatizada con tiempos reales de duración de los en-

cuentros, dedica unas 2,5 semanas al año a atender a los representantes.

En su comienzo, la reforma se acompañó de una distinción rígida entre horario dedicado a consulta a demanda (con tiempos muy cortos para cada encuentro) y consulta programada (con tiempos de hasta 30 minutos por paciente). En 2007, la distinción fue menos rígida, y muchos médicos dedican 5 horas a la pura consulta a demanda [CP]. Las enfermeras han tenido más éxito en lograr tiempos de consulta de hasta 15 minutos (estos tiempos conllevan baja «productividad», lo que en muchos casos podría hacer más caro el acto de enfermería que el acto médico en AP).

Aumento del horario de atención y accesibilidad

Respecto a accesibilidad, la presencia de nuevos centros de salud ha aumentado la oportunidad de tener un recurso de AP al que acudir andando. Sin embargo, la rígida utilización de la cita previa y las limitaciones horarias de los centros de salud conllevan una menor accesibilidad real, sobre todo para los trabajadores, lo que repercute en el señalado mayor uso de las urgencias hospitalarias (que aumentan no sólo por el problema de la accesibilidad, sino por cuestiones varias, como el ansia de inmediatez en la atención y el atractivo de la tecnología).

Los centros de salud ofrecen mayoritariamente horario de mañana (de 8 a 15 h), o de mañana y tarde (de 9 a 17 h). Son pocos los que tienen consultas abiertas a partir de las 19 horas, pues aunque en algunos casos no se cierran hasta las 21 horas es infrecuente que se reciban pacientes hasta última hora^{7,8}. Entre otras cosas, porque nunca se ha reglado correctamente las ampliaciones de horarios como en el caso comentado (aceptación de horarios muy flexibles que pueden hacer que el centro de salud se cierre después de la hora habitual). Se ha admitido en algunos casos el cambio de horario de consulta a días marcados de mañana y de tarde, lo que mejora para el profesional la compatibilidad entre vida laboral y familiar [CP].

En conjunto, los médicos de AP, generalistas y pediatras, las enfermeras y otros profesionales cumplen horarios rígidos, y las propuestas de cambio no se hacen en forma que sean económicamente generosas ni profesionalmente atractivas. Como se ha podido ver, la consecuencia es la pérdida de accesibilidad (y de longitudinalidad y de continuidad). Los intentos de flexibilizar los horarios y de mejorar la accesibilidad han encontrado el rechazo profesional, como defensa de derechos adquiridos y como forma de seguir pudiendo compatibilizar vida laboral y vida familiar.

Hay problemas similares en otros países, como el Reino Unido, donde es cada vez más frecuente que los médicos generales rechacen una vida profesional incompatible con la familiar, lo que se traduce en pérdida de la longitudinalidad, por no realizar guardias nocturnas (ni en festivos), y acortar los horarios de atención⁴⁸.

Las dificultades en la accesibilidad pueden contribuir a explicar, parcialmente, el aumento de las pólizas privadas, bien individuales, bien colectivas (que se fo-

mentan a través de la detracción de las primas a los trabajadores de los impuestos de las empresas).

Capacidad de resolución de problemas

Toda reforma procontenido implica la mejor formación de los profesionales (para asegurar conocimientos, habilidades y actitudes que faciliten el uso de los recursos y la ampliación de la oferta de servicios) y la dotación de los centros de atención de más variados y mejores recursos^{9,10}. El objetivo es lograr un aumento de la cantidad y calidad en la respuesta a los problemas atendidos, lo que permite abarcar una mayor gama de éstos. Por supuesto «resolver problemas de salud» no es equivalente a «curar»; resolver implica la contención del problema en su nivel, bien con una actitud de espera expectante, con el alivio del sufrimiento, con el seguimiento de la evolución y, en algunos casos, con la curación⁴¹. Lo importante es que los pacientes derivados (sobre los que se pierde temporalmente la responsabilidad) acceden al nivel especializado en tiempo y condiciones oportunas^{31,38}.

La reforma procontenido ha conseguido su propósito mediante el cumplimiento de los dos requisitos señalados, con la especialidad de Medicina de Familia como expresión de mejor formación, y con la construcción, dotación y acondicionamiento de centros de salud provistos de material esencial (desde aparatos para ayuda al diagnóstico, como espirómetros y electrocardiógrafos, a ordenadores y redes telemáticas, pasando por material para cirugía y desfibriladores). Además, se ha ampliado progresivamente el acceso a pruebas diagnósticas (en 1984 el médico general apenas podía ordenar algo más que radiología y analítica básica, y en 2007 tiene acceso a un amplísimo catálogo, más o menos regulado).

Se ha implantado en muchos casos la cirugía menor, la consulta de la embarazada, del niño sano y otras actividades con distinta calidad e intensidad. Es frecuente la inclusión de actividades de control de la natalidad (anticonceptivos orales) pero hay gran variedad respecto a algunos servicios como la implantación de dispositivos intrauterinos, la contracepción de emergencia, y demás. En todos los centros se ha desarrollado el plan de vacunaciones, infantil y en adultos. Todo ello recibió un fuerte impulso con el establecimiento de una cartera de servicios a finales de la década de 1990, que ha evolucionado a una cartera básica aprobada por el Consejo Interterritorial en 2006, que en muchos casos se fomenta mediante un «contrato» (contrato-programa) con cada equipo, en el que se marcan objetivos e incentivos, también acerca del mejor uso de medicamentos y de bajas laborales. Las evaluaciones necesarias para dar fe del cumplimiento del contrato conllevan la introducción de una cultura de la calidad. Lamentablemente, no ha sido infrecuente el «maquillaje» de los resultados, o el trabajo centrado en lo «medible», en detrimento de la aproximación global que se pretendía^{49,50}. Éste es un problema común a todo sistema de fomento de calidad y de incentivación.

Los profesionales de AP participan en programas de prevención y seguimiento de distintas enfermedades y

problemas (tabaquismo, cáncer, enfermedad cardiovascular y otros), lo que ha contado con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (su programa PAPPs). La reforma ha conllevado mayor actividad preventiva, y lo ha logrado, en general, sin desigualdades de clase social, ni sexo⁵¹. A veces el ímpetu preventivo es excesivo, sin fundamento científico, basado en protocolos y guías cuya evaluación demuestra graves deficiencias. En la práctica, esta «falsa prevención» llena de naderías la consulta y contribuye al descrédito de la Medicina de Familia⁵². Ciertamente, las actividades preventivas y muchas de las promovidas por la cartera de servicio suponen cargas adicionales de trabajo y exigen un gran despliegue burocrático (p. ej., para documentar su cumplimiento), lo que compite en tiempo y oportunidad con la actividad clínica diaria, en detrimento de ésta⁵⁴.

Si se valora el conjunto de actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas (realizables en los centros de salud, o directamente accesibles a los médicos de familia), puede lograrse una imagen de la capacidad de resolución de problemas en AP. También se obtiene una radiografía del pensamiento que guía la planificación de servicios en las distintas CCAA. Por ejemplo, un punto crítico que da una idea global de atención integral y capacidad de resolución de problemas es la realización de actividades de ginecología por los profesionales de AP (toma de muestras vaginales y citológicas, implantación de dispositivos intrauterinos [DIU], prescripción-dispensación de anticonceptivos, implantación de pesarios, etc.). Lo más habitual es resolver estas cuestiones mediante la inclusión de la matrona entre el personal del centro de salud que, como se ha hecho constar, es habitual en varias CCAA. Pero, si se considera a la AP como un escalón básico, con poca capacidad de resolución de problemas, puede desarrollarse todo un equipo específico que sustraiga estas tareas de las manos de médicos y enfermeras de AP, como es el caso de Baleares. Allí la Unidad de Atención a la Mujer, de las que había 15 en 2006 (12 en Mallorca, 2 en Menorca y 1 en Ibiza) resuelve y da respuesta ginecológica muy accesible, con un dispositivo ajeno a la AP, dotado de ginecólogo, matrona y enfermera ginecológica. Cataluña y Murcia son CCAA que siguen hasta cierto punto este modelo balear. En el extremo opuesto están, por ejemplo, Aragón, Castilla y León y Extremadura, en donde las matronas y los propios médicos de familia y enfermeras de los centros de salud tienen un papel relevante²². En otro ejemplo respecto al control periférico de la coagulación sanguínea (INR capilar), hay menos presencia de la AP en Baleares, Canarias, País Vasco y La Rioja²⁵. Si se tiene en cuenta el conjunto de «capacidades» de resolución de problemas (dotación y acceso directo a pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos) el listado de CCAA es como sigue, de menor a mayor capacidad: La Rioja, Castilla-La Mancha, Extremadura, Canarias, Madrid, Navarra, Baleares, Galicia, Murcia, Asturias, Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Aragón, Cantabria, Cataluña y Castilla y León.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública, que clasifican y ordenan las CCAA, respecto a la AP en: excelente (Aragón, Asturias y Cantabria), aceptable (Castilla y León, Cataluña, País Vasco, Andalucía, Castilla la Mancha y Extremadura), regular (Navarra, Comunidad Valenciana, Galicia y Baleares) y con deficiencias graves (La Rioja, Murcia, Madrid y Canarias).

Por supuesto, las capacidades consideradas son teóricas, pues se basan en la disponibilidad del acceso directo a pruebas y procedimientos. No existen datos globales empíricos respecto a estas cuestiones.

La mayor capacidad de respuesta a los problemas conlleva un mayor uso de recursos (cuenta, también, el «atractivo tecnológico»). Por ello, por encuentro y problema, se utilizan más pruebas diagnósticas y más métodos terapéuticos, desde radiografías y electrocardiogramas a ecografía y medicamentos. En parte, este aumento de la utilización de recursos se debe al uso y difusión de protocolos y guías clínicas. A veces no se corresponde con un beneficio en salud, como en el caso del abuso de radiología, o de análisis sistemáticos en el seguimiento de procesos como la hipercolesterolemia y la hipertensión.

Existe una tendencia internacional a la superespecialización de los médicos generales que se está implantando con poco fundamento científico. Tiene gran atractivo clínico, por su teórico potencial para aumentar

la capacidad de resolución de problemas en AP, pero en la práctica los resultados son neutros o negativos^{53,54}.

Son muy primitivas las aplicaciones informáticas en AP (llegan a hacer un uso irracional del concepto de episodio, y llevan a que el médico confunda la razón de consulta con el problema atendido) [CP]. Así, por ejemplo, no existe compatibilidad entre las historias clínicas electrónicas de las distintas CCAA, lo que resta capacidad de resolución de problemas en los pacientes desplazados. El potencial de las nuevas tecnologías en AP está por desarrollar; por ejemplo, ayudas al diagnóstico durante el proceso de atención. Existe alguna experiencia piloto de telemedicina, y se está difundiendo el estudio de la retina con cámara digital y asesoramiento oftalmológico a distancia.

La atención a grupos y la atención comunitaria

La atención a grupos y la atención comunitaria son asignaturas pendientes. Fueron bandera de la reforma en 1984 y, teóricamente, constan como parte de la oferta de servicio de todas las CCAA, sin excepción. En la práctica, son infrecuentes y se centran en algunos pocos tipos de problemas, como diabetes, tabaquismo y obesidad.

Hay ejemplos excelentes y anecdóticos de atención a grupos de pacientes (mujeres maltratadas, cuidadores de crónicos recluidos en su domicilio y demás). Existe colaboración ocasional con las escuelas.

Recomendaciones

- Se necesita más información empírica sobre la evolución de aspectos clave en el proceso y el acceso, como la distribución real del tiempo de trabajo de los profesionales, y los minutos por paciente según problemas de salud y características socioeconómicas. Es esencial definir objetivos, indicadores, condiciones de validación y calendarios con cifras que conseguir y con la planificación de los recursos apropiados. Conviene una estabilidad y cierta uniformidad de los indicadores, que permitan el análisis a lo largo del tiempo y del espacio.
- En el futuro se precisa mejorar las características básicas de la AP que demanda una sociedad en que se valora la continuidad de la atención. En ello es fundamental el refuerzo del médico personal, el «de cabecera» de toda la vida, y para toda la vida.
- Sería clave redefinir el papel de la enfermería en AP, para aumentar su trabajo con pacientes complejos (comorbilidad, básicamente) y a domicilio.
- Dado el potencial y el coste de las nuevas tecnologías, es crucial establecer un acuerdo entre CCAA respecto a su mejor uso, y un mayor protagonismo de los profesionales respecto a su diseño y capacidades. Se precisa una actitud de cambio de la reforma para ampliar su componente de procontenido, y para introducir un fuerte componente de procoordinación. Para ello, los especialistas deberían adoptar un papel de consultores.
- Desconozco el proceso de decisión que lleva a mejores resultados en la práctica clínica (acceso y resultado) en las CCAA gobernadas por partidos de ideología de izquierdas, pero animo a su estudio para comprenderlo en profundidad.
- La AP tiene un componente clínico que le da crédito poblacional. Por ello, es importante lograr un balance adecuado entre actividades curativas y preventivas, priorizando y reduciendo estas últimas a las que tengan mayor valor demostrado en la salud individual y colectiva.

Bibliografía

1. OMS/UNICEF. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966; 44:166-206.
3. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001; 51:303-9.
4. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res.* 2006;11:27-31.
5. Ortún V. (Nuevas) formas de incentivación en Atención Primaria. Seminarios Innovación AP. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
6. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point. *BMJ.* 2007;335:1075-6.
7. Gervas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.diezminutos.org
8. Rico A, Freire JM, Gervas J. El sistema sanitario español (1976-2006). Factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Espina A (coord.). Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea. Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI; 2007. p. 401-44.
9. Rico A, Saltman RB, Boerma GW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Adm.* 2003;37:592-608.
10. Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *SEMERGEN.* 2005;31:418-23.
11. Gervas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc).* 2005;124:778-81.
12. Gol J, Jaén J, Marcos JA, Casares R, Foz J, Moll J, et al. El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario. Barcelona: Fontanella/Laia; 1980.
13. Crombie D. Diagnostic process. *J R Coll Gen Pract.* 1963; 6:579-89.
14. Comité de Clasificación de la WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson/SG; 1988.
15. Comité de Clasificación de la WONCA. Glosario Internacional de Medicina General/de Familia. Barcelona: semFYC; 1997.
16. Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones españolas sobre evaluación de la atención en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:131-45.
17. Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria.* 1995;16:501-6.
18. Ortún V, Gervas J. Fundamento y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín.* 1996;106:97-102.
19. Consenso de Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Farmacia; 2001.
20. García Cebrián F, Gervas J. La atención farmacéutica en España: contraste entre las expectativas y la realidad. *Pharm Care Esp.* 2006;8:28-32.
21. Gervas J. Seminario Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. *SEMERGEN.* 2006b;32:125-3.
22. SIS del SNS. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
23. www.fcs.es
24. FADSP. Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Madrid: FADSP; 2007. Disponible en: www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc
25. Anexo 1. Universitat Pompeu Fabra (UPF). Encuesta del Equipo de Investigación sobre La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas. Barcelona. 2007.
26. 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. Ley catálogo.
27. Gómez G, Marín M, Peña E. Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del centro de salud de Maracena (Granada). *Salud 2000.* 2007;112:17-23.
28. Herrera E. Políticas de coordinación sociosanitaria en Extremadura. *Salud 2000.* 2007;114:9-12.
29. Gervas J. Morir en casa con dignidad. *Acta Sanitaria.* Dic. 2007. Disponible en: http://www.actasanitaria.com:80/acta_sanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=5901
30. Aabom B, Kragstrup J, Vandeling H, Bakketeig LS, Stovring H. Population-based study of place of death of patients with cancer: implications for GPs. *Br J Gen Pract.* 2005;55:684-9.
31. Pané O. La efectividad de la Atención Primaria. Seminarios de Innovación Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. 2006. Disponible en: www.fcs.es
32. Oterino D, Baños JF, Fernández B, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de Atención Primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit.* 2007;21:316-20.
33. Azpiazu JL. Los frecuentadores de los servicios de urgencias. *Med Clín (Barc).* 1997;108:737-8.
34. García Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en Atención Primaria. *El Médico.* 2007;1015:8-15.
35. Gervas J, Pérez Fernández M. El médico rural del siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *Rev Clín Electrónica Aten Primaria.* Noviembre 2007. Disponible en: <http://www.fbjosepla.orte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=06&mode=ft>
36. Heneghan C, Alonso-Coello P, García-Alamino JM, Perera E, Glazrou P. Self-monitoring of oral anticoagulation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006;367:904-11.
37. Gervas J. Seminario Innovación 2005. Potenciar la Atención Primaria para mejorar el seguimiento de la insuficiencia cardíaca en los países desarrollados. *Aten Primaria.* 2006; 37:457-9.
38. García Olmos LM. Cambios en la organización y demanda derivada. Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
39. Cerdán MT, Sanz T, Martín C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria.* 2005;35:283-9.
40. López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Gervas J. Consultas por tercera persona en medicina general. *Aten Primaria.* 1994; 13:475-9.
41. Gervas J, Pané O, Sicras A. Seminario Innovación Atención Primaria. Capacidad de respuesta de la Atención Primaria y buena reputación, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clín (Barc).* 2007;128:540-4.

42. Prieto B, Gómez MP, Sánchez MC, Díaz S. Situación de la enfermería en Europa. *Salud* 2000. 2007;114:21.
43. Segura A. El projecte AUPA Barceloneta. Barcelona: Generalitat de Catalunya. IES; Monografia 12. 2004.
44. Hombergh PVD, Engels Y, Hoogen HVD, Doremalen JV, Bosh WDV, Grol R. Saying goodbye to single-handed practices; what do patient and staff lose or gain? *Fam Pract*. 2005;22:20-7.
45. Wang Y, O'Donnell CA, Mackay DF, Watt GCM. Practice size and quality attainment under the GMS contract: a cross-sectional analysis. *Br J Gen Pract*. 2006; 56:830-5.
46. Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A, Plaza A, Ponsá A, Roma J, et al. Projecte d'avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2007. IES; [en elaboración].
47. Ojeda JJ, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre AP y especializada: ¿reforma del sistema o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357-82.
48. Jones R. Dismantling general practice. *Br J Gen Pract*. 2007; 57:860-1.
49. Oyarzábal JJ, Ruiz Téllez A, Pérez Gortari I, Eguzkiza A, Blanco M, Aierbe A et al. Las carteras de servicios en los contratos programas y su correspondencia con la realidad asistencial. *Aten Primaria*. 2000;26(Supl 1):223.
50. Ripoll MA. ¿Es eficiente la Cartera de Servicios en AP como herramienta de mejora de la calidad? *Med General*. 2000; 27:794-6.
51. Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, et al. Evaluación de la reforma de la AP de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39:339-47.
52. Gervas J. Nuevas profesiones y nuevos papeles para las viejas profesiones en Atención Primaria. Seminarios de Innovación en AP. Fundación Ciencias de la Salud. 2007. Disponible en: www.fcs.es
53. Starfield B, Gervas J. Comprehensiveness versus special interests: family medicine should encourage its clinicians to sub-specialize: negative. En: Kennealy T, Buetow S (editores). *Ideological debates in family medicine*. Nueva York: Nova Publishers; 2007.
54. Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57: 912-7.

6. Condiciones de trabajo y satisfacción de los profesionales de la Atención Primaria

M.^a Rosa Magallón Botaya

Puntos clave

- Estamos lejos de la media europea en cuanto a distribución de recursos y modelo de organización. Tenemos un mayor porcentaje de médicos y menos personal de enfermería, que asumen más competencias en otros países. Hay diferencias de recursos humanos entre regiones que, previsiblemente, irán en aumento, mediatizadas por la creciente escasez de profesionales. La inclusión de profesionales de apoyo es dispar, lo mismo que el número y la categoría de los equipos directivos.
- Se evidencian importantes discrepancias en cuanto a oferta de cartera de servicios, su distribución y cumplimentación. El criterio para la inclusión de un servicio se basa, a veces, más en decisiones políticas y de oportunidad que en evidencias científicas reales. Existen desigualdades en acceso a determinadas pruebas diagnósticas y terapéuticas por parte de la población en función de su lugar de residencia.
- Hay gran disparidad de programas de gestión informática, muchos de ellos incompatibles con otros servicios de AP, e incluso, con los programas de gestión hospitalarios del mismo servicio de salud. La escasa inversión en formación y motivación a los profesionales para su uso, ha hecho perder una oportunidad histórica de disponer de registros de enfermedades y procesos uniformes y de buena calidad.
- No hay una política de coordinación clara tendente a homologar los salarios y los diferentes conceptos de cobro. La Carrera Profesional de las 17 CCAA ha seguido un curso desigual en cuanto a implantación, criterios de evaluación, niveles, etc. Su sentido inicial se ha desvirtuado, convirtiéndose en unos «trienios ilustrados».
- La satisfacción profesional no parece motivo de preocupación por parte de las distintas administraciones sanitarias. Se percibe un clima laboral generalizado de descontento y, sobre todo, de desencuentro con la gestión sanitaria.

Introducción

Vivimos en una época de cambios convulsos y rápidos que, a veces, no permiten asimilar y sedimentar las innovaciones que al cabo de poco tiempo dejan de serlo para convertirse en restos de un pasado reciente en lo temporal pero lejano en lo administrativo y organizativo. Los profesionales no son ajenos a estos cambios y su percepción de éstos puede ser muy dispar en función de las repercusiones que tengan en su trabajo habitual.

A lo largo de las últimas décadas, la medicina se ha transformado gracias al avance tecnológico y científico, y los sistemas sanitarios han tenido que adaptarse, con mayor o menor dificultad, a los cambios que estas innovaciones han llevado consigo. No debe olvidarse que los sistemas sanitarios proveen a las poblaciones de los cuidados médicos, y que éstos se deben adaptar continuamente a estas innovaciones, hallazgos y nuevas evidencias.

La Atención Primaria (AP) no ha permanecido ajena a estos cambios. La convulsa reforma que se inició en 1986 supuso una mejora estructural evidente, iniciando el reconocimiento social del valor de la AP para obtener cuidados de salud de calidad. Previamente, la implantación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) supuso una apuesta clara por mejorar su capacitación profesional, a pesar de los conflictos que se generaron en su día por la distinción entre «especialistas y generalistas», creada entre médicos que trabajaban en el mismo sistema sanitario. Estos conflictos probablemente fueron debidos a la desinformación mutua y a una mala gestión de un falso enfrentamiento generado entre profesionales.

La reforma generó cambios importantes para los profesionales, el reconocimiento de su papel de puerta de entrada en el sistema, con mayor capacidad de realización de pruebas diagnósticas y, al menos en teoría, una mayor capacidad de gestión. La creación de equipos de AP evitó el aislamiento profesional en el que vivían muchos de nuestros sanitarios, al facilitar una mayor coordinación entre profesionales. En definitiva, las condiciones laborales de los profesionales mejoraron de manera clara, por una apuesta política de equiparación a otros modelos europeos más desarrollados.

A la vez, se empezó a implantar la cultura de calidad en los servicios sanitarios con la introducción de valores y conceptos, hasta entonces ajenos, como grupos de mejora, audit, satisfacción de los pacientes, etc. Temas de creciente inte-

rés, como consecuencia del peso específico que va teniendo la opinión de los usuarios en el consumo de servicios sanitarios.

La satisfacción de los profesionales también forma parte de esta cultura y se ha introducido como un aspecto de periódica evaluación por parte de la gestión. Aunque hasta la fecha no constituye, por lo general, una herramienta útil y necesaria para la misma. Se limita a la realización de encuestas periódicas de las que se realizan informes que no suelen revertir en oportunidades de mejora. La trascendencia e importancia de que los profesionales realicen su trabajo, no sólo con la mejor capacitación posible y en las mejores circunstancias estructurales, sino que, además, lo hagan en un clima laboral positivo y favorable, es una asignatura pendiente que deberá resolver nuestro sistema sanitario.

El clima laboral en el que se desarrolla la actividad profesional ha ido evolucionando a lo largo de los últimos 20 años, debido a los cambios producidos, a las expectativas satisfechas y a las no cumplidas, a las diversidades entre los distintos subsistemas y modelos de gestión sanitaria, a las diferencias reales y percibidas entre comunidades autónomas (CCAA), etc. No hay más que darse un paseo por los medios de comunicación especializados y generales, ojear el panorama de sucesivas manifestaciones y conflictos que se han ido repitiendo en todas las CCAA, para darse cuenta de que la reforma sanitaria, incluidas las mejoras en las condiciones laborales de los trabajadores que se promulgaron en su día, no parecen ser suficientes. La satisfacción de los pacientes con la atención que reciben, medida mediante encuestas, es generalmente alta y suele ser motivo de orgullo de gestores y profesionales. Pero la satisfacción de los proveedores directos de esta atención, medida por el mismo procedimiento, no suele ver la luz de los taquígrafos.

La incorporación a esta cuestión, en los últimos 4 años, del desarrollo de la carrera profesional ha supuesto un nuevo elemento para el debate sobre las desigualdades territoriales.

El presente capítulo pretende analizar estas diferencias mediante la búsqueda y el estudio de indicadores objetivos.

Metodología

El razonamiento previo nos hace formular algunas cuestiones que intentaré desarrollar y objetivar:

¿Cómo son realmente las condiciones de trabajo de nuestros profesionales? ¿Qué capacitación tienen? ¿A qué recursos tiene acceso? ¿Qué ofertas de servicios dan a la población? ¿Hay diferencias importantes entre comunidades? ¿Cómo se está desarrollando la carrera profesional? ¿Cuál es el grado de participación de los profesionales en la gestión de los servicios sanitarios? ¿Están realmente satisfechos de su trabajo? ¿Hay diferencias en cuanto al clima laboral?

El análisis se plantea en torno a cuatro grandes bloques:

1. **Condiciones de trabajo:** la reforma de la AP y el Real Decreto de estructuras básicas de salud¹ estructuró de manera uniforme la organización asistencial de los equipos de AP. Con las transferencias sanitarias que se han producido en estas décadas, además de los cambios producidos en la sociedad española y las innovaciones tecnológicas, las condiciones laborales se han modificado y diversificado.
2. **Cartera de servicios:** se hizo un gran esfuerzo, a inicios de la década de 1990, por regular y estructurar la oferta de servicios de la AP en el conjunto del sistema sanitario español. La implementación fue desigual, si bien se consiguió un mínimo de prestaciones básicas y fue un aliciente importante para la generalización del uso de la historia clínica. El acceso de la población a los distintos servicios que provee la AP de Salud es, probablemente hoy, una de las mayores fuentes de desigualdad entre CCAA.
3. **Satisfacción laboral:** hace falta un análisis serio y razonado sobre la percepción de los profesionales

sobre el trabajo que realizan y el clima laboral que se vive en los equipos de AP.

4. **Carrera profesional:** se ha considerado aparte la valoración de carrera profesional por ser una cuestión de reciente aparición en el debate sanitario.

Indicadores

Existen numerosas limitaciones para evaluar la situación del estado de salud y del funcionamiento de los servicios sanitarios de las CCAA, fundamentalmente debido a la **ausencia de sistemas homologables de información sanitaria**, y a la falta de actualización y publicidad de los datos existentes. La falta de criterios homogéneos en las estadísticas sanitarias que sean comunes a todos los servicios regionales de salud es un serio obstáculo para el derecho que tienen los ciudadanos, reconocidos por las leyes en vigor, para tener una información veraz y contrastable sobre las actividades de la sanidad pública.

Los indicadores que se analizarán en este capítulo son los siguientes:

1. Porcentajes de pacientes asignados a cada profesional.
2. Tiempo medio por visita.
3. Zonas básicas de salud con profesionales de apoyo: matronas, odontólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc.
4. Informatización de las consultas de AP.
5. Cartera de servicios.
6. Accesibilidad a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos.
7. Salarios profesionales. Cobro por incentivos.
8. Modelos de carrera profesional.
9. Satisfacción profesional.

Fuentes de información

Las fuentes de información para la obtención de datos objetivos que permitan intentar resolver estas cuestiones son dispares y no siempre se adaptan a nuestras pretensiones. Las fuentes básicas en las que se ha basado este capítulo, además de una extensa revisión bibliográfica, son las siguientes:

- Encuesta de elaboración propia.
- Observatorio de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- SIAP: Sistema de Información en AP. Ministerio de Sanidad.
- Organización Médica Colegial.
- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.
- Fundación Alternativas.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Entrevistas personales.
- Encuesta Nacional de Salud (2006).
- Instituto de Estudios Fiscales.
- Instituto Nacional de Estadística.

Resultados

Porcentajes de pacientes asignados por profesional

El modelo tradicional de **médico de cupo**, heredado del sistema de organización anterior a la reforma, sigue vigente a pesar del tiempo transcurrido, con un porcentaje significativo de médicos «tradicionales» en algunas CCAA, como Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid, por este orden.

En las tablas 1, 2 y 3 se detallan la relación de distribución de pacientes por tipo de profesional.

El esfuerzo por la reforma, iniciada hace unos 20 años, ha sido, por tanto, desigual. La consideración de Cataluña es un tanto aparte puesto que la diversidad de modelos la hacen diferente completamente del resto de CCAA. Merecería de un análisis pormenorizado. El resto de CCAA ofrece cifras de modelo tradicional residuales.

Los datos recogidos en nuestra encuesta², referidos a 2006-2007, apuntan cifras similares, levemente disminuidas, lo que evidencia una tendencia a la desaparición de este modelo tradicional, que ya se tenía que haber producido hace mucho tiempo. En algunas CCAA se espera, parece, a la extinción natural de estas plazas por jubilación. En alguna comunidad, como La Rioja, se mantiene el nivel retributivo del antiguo modelo, pero los médicos realizan la jornada habitual del EAP.

Respecto a las ratio de tarjetas asignadas por profesional, también hay diferencias entre CCAA. Hay que tener en cuenta que estos datos están recogidos en el año 2006, y que en este período de tiempo ha habido cambios. Sin embargo, el análisis, en esa fecha, en un punto transversal de las ratio por profesional nos da algunos datos interesantes. Por ejemplo, que las ratio son más bajas en aquellas comunidades con más dispersión geográfica, como Castilla y León, Extremadura o Aragón, aspecto que estas comunidades han aprovechado en ocasiones para adjudicarse el mérito de tener el mayor número de profesionales por población, sin analizar las causas que subyacen a esta disminución o este menor porcentaje de médicos por pacientes.

Por el contrario, las comunidades que más pacientes tienen por profesional son aquellas con mayor concentración geográfica de población, como el País Vasco, Baleares y Canarias.

TABLA 1 Recursos profesionales en medicina general, por CCAA, en 2004

| CCAA | Médicos especialistas de AP (EAP) | Médicos MT | Total médicos | Ratio tarjetas asignadas por profesional |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------|---------------|--|
| Andalucía | 4.524 | 0 | 4.524 | 1.390 |
| Aragón | 908 | 10 | 918 | 1.223 |
| Asturias (Principado de) | 590 | 38 | 628 | 1.550 |
| Baleares | 432 | 36 | 468 | 1.754 |
| Canarias | 915 | 13 | 928 | 1.711 |
| Cantabria | 285 | 37 | 322 | 1.488 |
| Castilla y León | 2.284 | 18 | 2.302 | 928 |
| Castilla-La Mancha | 1.212 | 35 | 1.247 | 1.307 |
| Cataluña | 3.105 | 451 | 3.556 | 1.687 |
| Comunidad Valenciana | 2.151 | 263 | 2.414 | 1.575 |
| Extremadura | 754 | 16 | 770 | 1.191 |
| Galicia | 1.249 | 440 | 1.689 | 1.448 |
| Madrid (Comunidad de) | 2.821 | 208 | 3.029 | 1.705 |
| Murcia (Región de) | 628 | 30 | 658 | 1.646 |
| Navarra (C. Foral de) | 337 | 0 | 337 | 1.432 |
| País Vasco | 939 | 93 | 1.032 | 1.864 |
| Rioja (La) | 186 | 10 | 196 | 1.365 |
| Ceuta y Melilla | 61 | 1 | 62 | 1.511 |
| Total | 23.381 | 1.699 | 25.080 | 1.484 |

Fuente: SIAP (Sistema de Información en Atención Primaria), Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Año de Referencia: 2004.

TABLA 2 Recursos profesionales en enfermería, por CCAA, en 2004

| CCAA | Enfermería EAP | Enfermería MT | Total enfermería | Ratio tarjetas asignadas por profesional |
|--------------------------|----------------|---------------|------------------|--|
| Andalucía | 4.067 | 0 | 4.067 | 1.790 |
| Aragón | 840 | 10 | 850 | 1.469 |
| Asturias (Principado de) | 639 | 33 | 672 | 1.588 |
| Baleares | 471 | 11 | 482 | 1.974 |
| Canarias | 999 | 3 | 1.002 | 1.855 |
| Cantabria | 315 | 8 | 323 | 1.663 |
| Castilla y León | 1.917 | 11 | 1.928 | 1.240 |
| Castilla-La Mancha | 1.267 | 6 | 1.273 | 1.437 |
| Cataluña | 4.158 | 173 | 4.331 | 1.639 |
| Comunidad Valenciana | 2.199 | 186 | 2.385 | 1.853 |
| Extremadura | 837 | 34 | 871 | 1.208 |
| Galicia | 1.177 | 338 | 1.515 | 1.778 |
| Madrid (Comunidad de) | 2.904 | 153 | 3.057 | 1.942 |
| Murcia (Región de) | 633 | 6 | 639 | 2.010 |
| Navarra (C. Foral de) | 396 | 0 | 396 | 1.425 |
| País Vasco | 954 | 31 | 985 | 2.209 |
| Rioja (La) | 191 | 4 | 195 | 1.535 |
| Ceuta y Melilla | 72 | 2 | 74 | 1.614 |
| Total | 24.036 | 1.009 | 25.045 | 1.709 |

Fuente: SIAP (Sistema de Información en Atención Primaria), Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Año de Referencia: 2004.

En enfermería la situación es ligeramente distinta. Se percibe que las enfermeras que han pasado a modelo de equipo de AP son más que los médicos, es decir, el porcentaje de enfermeras que persisten en el modelo tradicional es mucho menor que el de los médicos. Las ratios por población asignada también se modifican algo con respecto a los médicos, y así, la Comunidad Valenciana, seguida de Castilla y León (1.208 y 1.240, respectivamente) son las que ofrecen ratios más bajas por profesional mientras que el País Vasco, y en este caso

también Murcia, son las que poseen las cifras más altas (2.209 y 2.010, respectivamente).

El análisis de las ratios y la distribución de pediatras de AP es ligeramente desigual. Así, se ha creado la figura de pediatra de área en algunas CCAA, con un número significativo de ellos en Castilla y León (56 profesionales), seguido de Castilla-La Mancha, Galicia o Extremadura. En otras comunidades no hay ninguno, como en Navarra, País Vasco, Andalucía, Cataluña o la Comunidad Valenciana. En Cataluña, destaca un número impor-

TABLA 3 Recursos profesionales en pediatría, por CCAA, en 2004

| CCAA | Pediatras EAP | Pediatras MT | Pediatras de área | Total pediatras | Ratio tarjetas asignadas por profesional |
|--------------------------|---------------|--------------|-------------------|-----------------|--|
| Andalucía | 1.040 | 0 | 0 | 1.040 | 952 |
| Aragón | 125 | 2 | 17 | 144 | 981 |
| Asturias (Principado de) | 105 | 11 | 7 | 123 | 809 |
| Baleares | 108 | 8 | 6 | 122 | 1.125 |
| Canarias | 245 | 9 | 1 | 255 | 1.069 |
| Cantabria | 50 | 2 | 9 | 61 | 1.111 |
| Castilla y León | 187 | 5 | 56 | 248 | 1.322 |
| Castilla-La Mancha | 171 | 8 | 16 | 195 | 1.115 |
| Cataluña | 808 | 120 | 0 | 928 | 1.185 |
| Comunidad Valenciana | 593 | 73 | 0 | 666 | 926 |
| Extremadura | 120 | 2 | 12 | 134 | 1.112 |
| Galicia | 245 | 41 | 17 | 303 | 862 |
| Madrid (Comunidad de) | 715 | 90 | 3 | 808 | 960 |
| Murcia (Región de) | 168 | 5 | 1 | 174 | 1.156 |
| Navarra (C. Foral de) | 87 | 0 | 0 | 87 | 943 |
| País Vasco | 210 | 23 | 0 | 233 | 1.083 |
| Rioja (La) | 19 | 7 | 7 | 33 | 1.219 |
| Ceuta y Melilla | 19 | 1 | 0 | 20 | 1.289 |
| Total | 5.015 | 407 | 152 | 5.574 | 1.030 |

EAP: equipo de Atención Primaria; MT: modelo tradicional.

Fuente: SIAP (Sistema de Información en Atención Primaria), Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Año de Referencia: 2004.

TABLA 4 Ratios médicos y enfermeras por 100.000 habitantes

| | Médicos | Enfermeras | Porcentaje de médicos (en relación con enfermeras) | Porcentaje de enfermeras (en relación con médicos) | Población total | N.º médicos por 100.000 hab. | N.º enfermeras por 100.000 hab. |
|--------|-----------|------------|--|--|-----------------|------------------------------|---------------------------------|
| UE | 1.621.903 | 3.965.327 | 29,03 | 70,97 | 490.468.964 | 330,68 | 808,48 |
| España | 199.123 | 237.775 | 45,58 | 54,42 | 44.708.964 | 445,38 | 531,83 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística³.

tante de pediatras que permanecen en el modelo tradicional, seguido de Madrid (120 y 90, respectivamente). La figura del pediatra de área pretende cubrir las necesidades de atención pediátrica de varios centros de salud, pertenecientes a una misma área de salud, e intenta paliar las carencias de estos profesionales, que se han iniciado mucho antes que las de los otros especialistas de AP, como los médicos de familia y los enfermeros. Ceuta y Melilla, cuyo perfil poblacional es joven, tiene un ratio de tarjetas asignadas por pediatra de 1.289, mientras que otras poblaciones más envejecidas, como Asturias, Extremadura o Aragón, tienen un ratio mucho más baja, debido también, probablemente, a sus características demográficas y geográficas. En ninguna de las CCAA se perfila la figura del médico de enlace, mientras que la enfermera de enlace cobra auge en algunas de ellas, como en Canarias y Andalucía.

A pesar de nuestro esfuerzo, ha sido imposible intentar conocer el número total de personas que trabajan en los servicios de AP. Las preguntas específicas dirigidas a las CCAA han dado respuestas muy dispares en lo que concierne a la inclusión del personal específico de AP. Y en la época de la informática, la mayoría de las CCAA son incapaces de aportar datos objetivos sobre el número de profesionales de sus propios equipos de AP.

Se puede concluir, a la vista de este esfuerzo vano, que, en el momento actual, resulta imposible saber cuántos profesionales en total trabajan en AP. Hay dudas razonables de que cada comunidad autónoma disponga de datos reales y fiables sobre los profesionales que trabajan bajo esta administración.

El Instituto Nacional de Estadística³, ha elaborado un informe, con el número de médicos y enfermeras por 100.000 habitantes por CCAA, comparándolo también con los ratios de profesionales de la Unión Europea (UE). Los resultados resumidos se exponen en la tabla 4. Aunque en ésta se incluyen los profesionales sanitarios hospitalarios, es decir, el conjunto total de médicos y enfermeras de España, resulta interesante contrastar estos ratios con las de la Comunidad Europea.

El Consejo General de Enfermería, en su informe de 2007⁴, concluye que España tiene, en conjunto, un 34,2% menos de enfermeras que la media de la UE y ocupa el puesto 22 en cuanto a este valor. Sin embargo, tiene un 34,68% de médicos más que la media de la UE y ocupa el segundo lugar de los países europeos frente a este valor. Existen varios factores que explican este hecho. Uno es la falta de planificación de las necesidades de recursos

humanos a largo plazo que estamos empezando a padecer con intensidad. Otro es la diferente organización asistencial de la AP en cada país europeo^{5,6} que hace que las responsabilidades y competencias que asumen ambos grupos de profesionales, por lo menos en lo que compete a la AP, sea distinto. Esto explica, en parte, las diferencias de presión asistencial de los médicos españoles respecto a la media europea, y de los médicos respecto a las enfermeras.

Como datos globales, puedo aportar los del Instituto Nacional de Estadística, sobre el conjunto de profesionales sanitarios colegiados y de la representación femenina en las distintas profesiones (tabla 5).

A la tradicional condición femenina de la profesión de enfermería, se une la creciente feminización de la medicina de AP, que es aún más acusada que la media de la tabla 5, en lo que se refiere a la especialidad de Medicina de Familia, puesto que el 60% de los médicos de familia actuales son mujeres⁷.

1. Frecuentación

En este apartado me refiero al promedio de visitas por profesional aportado en la encuesta específica dirigida a cada CA (pregunta 21)². Los datos no han tenido en cuenta las variaciones estacionales y, en algunas CCAA, ni siquiera el entorno de trabajo (ya sea en medio rural o urbano) que habitualmente evidencian diferencias importantes en la presión asistencial.

Algunas CCAA analizan los datos en función de si se trata de consulta programada o consulta de demanda, aspecto diferencial éste que fue uno de los logros de la reforma de los Equipos de AP, pero que desafortunadamente ha desaparecido del mapa organizacional de la mayoría de los centros de salud, que han sucumbido a la presión asistencial, quedando engullida la atención programada dirigida al paciente crónico, o que requiere de un mayor tiempo de estudio, dentro del marasmo de la atención de demanda del día a día.

TABLA 5 Profesionales sanitarios colegiados y porcentaje en función de sexos

| | Total colegiados (2004) | Porcentaje de mujeres | Colegiados por 1.000 hab. (1995) | Colegiados por 1.000 hab. (2004) |
|------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Médicos | 194.668 | 41 | 410,00% | 5 |
| Enfermeras | 225.487 | 82 | 440,00% | 6 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística³.

2. Zonas básicas centros de salud y consultorios locales por autonomías

Es difícil relacionar las probables desigualdades de salud en función de número de centros de salud, del número de zonas básicas y del número de consultorios locales, datos reflejados en la tabla 6. Llama la atención el elevadísimo número de consultorios locales de algunas CCAA, como Castilla y León o, proporcionalmente, Asturias o Andalucía, reflejo esta vez sí, de las desigualdades territoriales propias de su geografía y de sus asentamientos poblacionales. El número de zonas básicas de salud de una región no se corresponde proporcionalmente con la población de ésta. En algunas comunidades, como por ejemplo Galicia, hay 315 zonas básicas de salud, por encima de regiones como Madrid o la Comunidad Valenciana, con 239 zonas básicas, pero mucho más pobladas que Galicia. En conclusión, los datos no aportan evidencias claras en desigualdades sanitarias derivadas de los recursos disponibles, sino en desigualdades geográficas, poblacionales y de organización asistencial.

No hay datos uniformes sobre los recursos y profesionales de apoyo a los equipos de AP: matronas, odontólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas. En algunos servicios de salud son considerados como integrantes de los equipos de AP, en otros como apoyo a varios centros o zonas básicas de salud, etc. Probablemente el clima laboral de estos profesionales, habida cuenta de la indefinición habitual sobre su tarea y su adscripción, esté más deteriorado que el de otros grupos de profesionales con perfil más definido.

3. Informatización de las consultas de Atención Primaria

De las CCAA de las que se dispone de datos (punto 16 anexo 1)², la informatización es regular y uniforme, salvo

alguna excepción, como La Rioja y Aragón, que aportan las cifras más bajas de informatización, en torno al 50-55%. Las demás comunidades están alcanzando cifras de 90 al 100% de informatización de las consultas de AP. Si bien es verdad que los consultorios locales tienen amplias dificultades por la gran inversión en infraestructura que requieren, y por las dificultades geográficas y tecnológicas que plantea su localización.

En la utilización de medios electrónicos para comunicarse entre niveles asistenciales también se está haciendo un gran esfuerzo (en otro capítulo de este Observatorio se aportan reflexiones sobre este tema). Pero aunque el esfuerzo es grande, hay CCAA que todavía no tienen implantados sistemas de trasvase de información de documentos clínicos entre el hospital y la AP. Tal es el caso, por ejemplo, de Cantabria y Castilla-La Mancha, cuyos hospitales no cuentan con informatización de la historia clínica, excepto para la gestión de listas de espera. Se está introduciendo la transferencia directa de resultados de las analíticas desde los servicios de bioquímica a las terminales de los médicos solicitantes, pero todavía la mayoría de informes de atención especializada, radiología, etc., llegan al médico de familia por correo ordinario y debe de ser éste el que los transfiera a la historia informatizada del paciente, con el consiguiente empleo de tiempo.

Otra cuestión compleja e importante es la disparidad de programas de gestión informática. Ortiz⁸ hace un excelente informe sobre las modalidades y procesos de informatización en las CCAA: OMI, ABUCASIS; SIAP-WIN, DYRAYA, etc., muchos de ellos incompatibles con otros servicios de AP de otras comunidades, lo que dificulta la accesibilidad a la historia clínica del paciente desplazado. Y lo que es peor, algunos programas son incompatibles con los programas de gestión hospitalarios de la misma CA. Es una cuestión que genera ineficiencia

TABLA 6 Recursos estructurales de la Atención Primaria, por CCAA, en 2004

| | Número de zonas básicas | Número de centros de salud | Número de consultorios locales | Total |
|--------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------|
| Andalucía | 216 | 334 | 1.097 | 1.647 |
| Aragón | 121 | 114 | 875 | 1.110 |
| Asturias (Principado de) | 82 | 61 | 154 | 297 |
| Baleares | 49 | 49 | 103 | 201 |
| Canarias | 105 | 105 | 151 | 361 |
| Cantabria | 38 | 38 | 134 | 210 |
| Castilla y León | 246 | 220 | 3.644 | 4.110 |
| Castilla-La Mancha | 191 | 189 | 1.138 | 1.518 |
| Cataluña | 348 | 390 | 809 | 1.547 |
| Comunidad Valenciana | 239 | 238 | 578 | 1.055 |
| Extremadura | 107 | 100 | 413 | 620 |
| Galicia | 315 | 391 | 103 | 809 |
| Madrid (Comunidad de) | 298 | 245 | 160 | 703 |
| Murcia (Región de) | 76 | 74 | 183 | 333 |
| Navarra (C. Foral de) | 54 | 54 | 244 | 352 |
| País Vasco | 123 | 130 | 180 | 433 |
| Rioja (La) | 17 | 18 | 179 | 214 |
| Ceuta y Melilla | 7 | 6 | 0 | 13 |
| Total | 2.632 | 2.756 | 10.145 | 15.533 |

Fuente: Modificado de SIAP (Sistema de Información en Atención Primaria), Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

y desigualdad, porque el coste de la informatización se dispara en manos de los diferentes programadores que ofrecen sus servicios a las administraciones autónomas, repercutiendo además negativamente en el acceso a la historia del usuario dentro del territorio nacional. Además de la dificultad añadida que entraña para los profesionales que, en sus traslados o reubicaciones de plaza, se tienen que enfrentar a un modelo de historia que desconocen. Pero lo más grave es que genera un importante problema para los sistemas de información del SNS, y para los registros de salud pública. Y debería de ser objeto de debate.

La historia clínica debe tener, además, mecanismos que garanticen la confidencialidad del paciente y del profesional. En este sentido, hay quejas de las sociedades científicas y de expertos en la materia, que critican la poca consideración que ha tenido la opinión de los profesionales en el desarrollo de estos sistemas informáticos, cuando son ellos los destinatarios finales de su aplicación⁹.

Habitualmente, el profesional que está mínimamente habituado a su procesador de historia clínica puede extraer información relativa a los datos personales de su paciente sin dificultad. Pero las enormes posibilidades que la informática ofrece al profesional sanitario para hacer extrapolación de sus prescripciones, estudios epidemiológicos, autoevaluación de coberturas, procesos, etc. queda limitada, la mayoría de las veces, a dos factores: uno, la falta de tiempo para el estudio reposado de la enorme cantidad de información que se genera. Y otro, el escaso interés, generalizado, de las administraciones sanitarias en invertir tiempo y formación en sus profesionales para que aprendan, en poco tiempo y de manera clara y eficiente, el manejo de las nuevas herramientas de gestión clínica. El tremendo desfase entre la inversión millonaria en equipamientos informáticos y la escasa inversión en formación y motivación a los profesionales para su uso ha hecho perder una oportunidad histórica de disponer de registros de enfermedades y procesos uniformes y de buena calidad.

4. Cartera de Servicios por CCAA

La Cartera de Servicios común al Sistema Nacional de Salud está regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre¹⁰. La cartera propia de AP se estructura en nueve grandes bloques referidos a:

- La atención sanitaria a demanda, programada y urgente en el propio centro y en el domicilio del enfermo.
- La indicación, prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- La prevención y promoción, así como la atención familiar y comunitaria.
- La información y vigilancia epidemiológica.
- La rehabilitación básica.
- Los servicios específicos a grupos poblacionales: mujer, infancia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y crónicos.

- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental en coordinación con los servicios especializados.
- La atención a la salud bucodental.

Cada uno de estos bloques se desglosa de manera más detallada hasta abarcar un amplio abanico de oferta de servicios que, mínimamente, la AP debe ofrecer a sus usuarios.

El Real Decreto especifica, además, que cada CA, en el ámbito de sus competencias, podrá aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirá cuando menos la cartera común de obligado cumplimiento y garantía de acceso para todos los usuarios. Estos servicios complementarios no están incluidos en la financiación general de las prestaciones del SNS.

La realidad es que el cumplimiento de esta Cartera de Servicios mínima es irregular y dispar.

El Sistema de Información en AP del Ministerio de Sanidad y Consumo, en su informe del año 2006¹¹, hace un último esfuerzo comparativo, el más reciente encontrado en la bibliografía, sobre la oferta comparada de los servicios ofertados en las CCAA. Y, con la salvedad de que el año de comparación es del 2004 (previo a la aprobación del nuevo Real Decreto), aporta algunos datos interesantes para la reflexión.

Por ejemplo, en todas las CCAA, el servicio mínimo de **atención a la mujer** consta de una oferta más o menos uniforme y extensa excepto, curiosamente, en lo referido al servicio de detección y abordaje de violencia doméstica, que, por cierto, no se incluyó en el Real Decreto anteriormente referido. Y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹², cita, en su capítulo III, el encargo a las administraciones sanitarias para que, en el seno de Consejo Interterritorial del SNS, se hagan acciones de sensibilización y formación a los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género. Es decir, si bien no es un servicio de obligado cumplimiento, y en muchas de las autonomías este servicio no se ofrece, muchos Servicios Regionales de Salud se han hecho eco de esta recomendación, y con posterioridad ha habido un esfuerzo importante por estructurar este servicio.

Otra curiosidad es la diferente interpretación de cómo debe desarrollarse la oferta de servicios. Un ejemplo conocido y claro es el seguimiento del embarazo normal, que en Andalucía es realizado por los médicos de familia, y prácticamente en las demás CCAA lo realizan los tocólogos, además, por supuesto, de la matrona que está presente en todo el proceso de atención al embarazo.

Sobre el servicio de **atención a la infancia y adolescencia**, hay datos muy claramente uniformes en lo que se refiere al servicio de vacunaciones y de revisiones del niño sano. No ocurre lo mismo con atención al joven y el servicio (en cartera común) de promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión

sexual, cuya implantación es muy dispar en función de la autonomía de referencia, pero generalmente escasa.

Una cosa es clara: los servicios de atención a pacientes crónicos, establecidos ya desde el inicio de la reforma (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]), están claramente asentados en todas las comunidades y equipos de AP.

Sin embargo, otros servicios, como el anteriormente referido de la atención al adolescente, aunque están incluidos en la Cartera Común del SNS, no se ofertan en muchas autonomías. Por el contrario, se ofertan servicios no obligatorios, complementarios, de más reciente implantación, o cuya evidencia recomienda un seguimiento más continuado en AP. Este tipo de oferta tiene una implantación desigual en las CCAA. Ocurre, por ejemplo, con el servicio de atención a la patología osteo-degenerativa, o artrosis crónica, la atención a pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales (a fecha de redacción todavía no incluido en la Cartera de Servicios Comunes), o la atención a pacientes con asma crónica. El servicio de atención a la tuberculosis tiene una implantación muy irregular, aunque tampoco está en cartera común. Este tema debería abordarse con urgencia dado el incremento de esta enfermedad que se está produciendo en España. La atención al dolor y a personas encamadas tiene también una implantación irregular, probablemente debido a que los equipos de AP, si las gerencias no lo tienen estructurado como un servicio, no lo evalúan como tal, siendo una prestación que se realiza de manera habitual y generalizada, pero que no se registra. Es decir, hay que bajar la posibilidad de que, en el traslado de información a las fuentes oficiales encargadas de su estructuración y publicación, se esté dejando de precisar cierta información porque no se tiene percepción o conciencia de que estemos hablando de un servicio en sí.

Hay servicios que, por sus características preventivas y de promoción de la salud, serían predominantes, o por lo menos deberían de serlo, en la AP de Salud. Se trata de los servicios de educación sanitaria, información a la salud y los de prevención. Se observa de nuevo ante una oferta muy desigual de este gran bloque de servicios, definido en el Real Decreto como servicios comunes. Y curiosamente, no acompañan de manera complementaria a otros servicios con gran tradición en AP, como los definidos en el párrafo anterior. Por ejemplo, tienen un gran arraigo y tradición el servicio de educación a pacientes diabéticos, que fue en su día un estandarte de la nueva forma de hacer medicina primaria. Sin embargo, hoy día sigue sin estar implantado en todas las CCAA y es un servicio que se oferta más bien por la libre voluntad y motivación de los profesionales. Se debería velar para que estos servicios mínimos se establecieran de manera estructurada, coherente y uniforme en todo el SNS.

Respecto a otros servicios de prevención, están claramente establecidos el dedicado a la prevención del tabaco, y el alcohol, probablemente muy influenciados

por la excelente labor desarrollada a lo largo de años por el PAPPS (Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud)¹³. El servicio de atención al anciano, la atención domiciliaria y la atención a pacientes inmovilizados o terminales son también ofertas establecidas en todos los servicios regionales de salud.

Hay disparidad de criterios respecto a los servicios de atención al alta hospitalaria, que en algunas comunidades se resuelven con enfermeras de enlace dedicadas a esta tarea específica, pero cuya eficiencia es cuestionable. La atención al paciente con demencia, la atención al paciente ingresado en residencia o paciente de alto riesgo, son otros ejemplos, al igual que la atención a las toxicomanías o al consumidor de drogas.

La información facilitada por las propias CCAA ofrece, 2 años más tarde de la aprobación del nuevo Real Decreto de Cartera de Servicios, una tendencia a la disparidad de criterios de manera similar a antes de la aprobación del mismo, pero haciéndose eco de la potestad de implantar nuevos **servicios complementarios** con financiación propia (punto 22 anexo 1)².

Así, en Cataluña existe un programa específico de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR). La mayoría de CCAA han hecho ampliaciones con financiación propia o concertada del servicio de atención bucodental, que se ampliará en el SNS en el 2008, según declaraciones del ministro de Sanidad, Bernat Soria.

Asturias ha incorporado recientemente a su cartera básica, financiados por su propia ley de presupuestos, servicios como la atención a la cardiopatía isquémica como servicio específico, la atención a personas cuidadoras, a trastornos de ansiedad, o a trastornos por déficit de atención. Castilla-La Mancha ofrece un servicio de valoración oftalmológica, otro de atención podológica y de salud bucodental. Castilla y León ofrece el servicio de atención a la demencia, y el de incontinencia urinaria en mujeres posmenopáusicas. Extremadura oferta, por ejemplo, el plan de atención dental al discapacitado intelectual. Canarias propone el servicio de continuidad de cuidados en atención domiciliaria, con la ampliación progresiva de recursos de enfermería de enlace.

El servicio de radiología está incluido en AP solamente en Extremadura mediante los dispositivos periféricos que pertenecen funcionalmente al primer nivel asistencial. La atención a personas con drogodependencia está incluida en AP en comunidades como Valencia, con la creación de unidades de conductas adictivas, consideradas como unidades de apoyo. No están incluidas en ninguna CA el servicio de atención a enfermedades tropicales, o el transporte sanitario. Algunas CCAA han implantado el servicio de dispensación de la píldora poscoital.

Todos estos nuevos servicios son realizados con presupuestos establecidos por las propias leyes de presupuestos de cada CA y muchos de ellos son concertados con recursos privados.

El **servicio de atención domiciliaria**, uno de los prioritarios y esenciales de la AP de Salud, merece una consideración aparte. Aunque son servicios cubiertos desde

los centros de salud por todas las CCAA, la manera de dar soporte a este servicio es desigual. Existen Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en Madrid, Baleares, Aragón, etc., que se consideran unidades de apoyo fuera de los equipos de AP. En otras comunidades son los propios médicos y enfermeras de los centros de salud los que asumen toda la atención domiciliaria, incluida la atención a terminales. Se están implantando en algunas comunidades otro tipo de servicios específicos de continuidad de cuidados, con la creación *ad hoc* de plazas de enfermeras comunitarias de enlace, cuya efectividad no está evaluada. Es el caso de Canarias, con una plantilla de 38 enfermeras comunitarias; Andalucía, con una plantilla muy dimensionada de estas características, o Aragón (8 enfermeras, una por sector), entre otras.

El **servicio de atención sociosanitaria** también es variado. En algunas CCAA, los trabajadores sociales no están incorporados a los equipos de AP y las propias comunidades no consideran la atención social como un servicio propio de la AP. Es el caso de Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, etc.

Aunque son servicios muy marginales, también hay alguna diferencia en el servicio de atención de población en **prisiones** porque es asumido por AP de manera total o parcial en algunas comunidades como La Rioja.

Las **actividades comunitarias** que realizan los equipos de AP no vienen reflejadas en ninguna de las encuestas y fuentes de datos consultadas de manera reglada y comparada. Son actividades que se realizan de forma voluntarista y que, en ningún caso, son consideradas en los modelos de evaluación por los equipos directivos, salvo quizás algún caso excepcional o puntual.

Después de esta exposición sobre los servicios que ofrece la AP en España, sería importante conocer la opinión del usuario al que va dirigido el servicio sobre este tema. ¿Cuál es la visión del usuario ante este galimatías de mercado? La Encuesta Nacional de Salud¹⁴ hace una aproximación a la opinión que tienen los españoles sobre los distintos servicios de salud, preguntando a los encuestados sobre si las CCAA deberían ponerse de acuerdo a la hora de ofrecer nuevos servicios. Pues bien, entre un 76,2 y un 91,8% de los encuestados de las distintas comunidades afirman que este acuerdo debería de ser necesario. Puro sentido común.

En definitiva, sobre la ampliación de la cartera de servicios básicos en AP, resulta curioso observar el esfuerzo de unas y otras en mayor o menor medida por ofrecer servicios distintos. Sin embargo, el análisis exhaustivo de la oferta delata que siguen existiendo servicios básicos que no se ofrecen de manera unitaria y uniforme; este tema podría y debería ser tratado de manera cohesionada por las distintas CCAA.

Porque la implantación y generalización de uno y otro servicio se ve condicionada muchas veces por la influencia de los colectivos que se ven implicados en el mismo (leáse sociedades científicas, industria, sociedades de pacientes, etc.), por el avance en métodos diagnósticos y terapéuticos, etc., y a veces también por las

presiones políticas que priman la implantación de unos servicios sobre otros, siguiendo criterios ajenos a la verdadera efectividad y eficiencia de los mismos. Mención expresa merece, en este apartado, el próximo **servicio de prevención del virus papiloma humano**, aprobado en Consejo Interterritorial en septiembre de 2007 por unanimidad, y cuestionado en muchos sectores profesionales.

En cualquier caso, coincido con autores como Julios M¹⁵ en que es necesario desarrollar mecanismos de coordinación que favorezcan la cooperación entre los distintos servicios regionales de salud, tanto en materia de personal como en elaborar reformas legislativas estructurales.

Dejo también un elemento para la reflexión. La amplia oferta de servicios debe de estar acompañada de una estimación del tiempo necesario para llevarla a cabo con un mínimo de calidad.

5. Acceso a pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos por CCAA

Sería muy farragoso detallar todas las **pruebas diagnósticas** de indicación o prescripción en AP, y valorar su accesibilidad en función del elemento principal de análisis de este capítulo. Analizaré, pues, sólo las diferencias principales encontradas.

De nuevo, el Decreto de Cartera de Servicios Comunes al SNS¹⁰, nos habla de unas pruebas diagnósticas de mínimos (tabla 7) y, de nuevo, las posibilidades y opciones son distintas según dónde viva el usuario.

Hay determinadas pruebas diagnósticas básicas que, afortunadamente, están desde hace tiempo a disposición del médico de familia, de manera incluso más amplia de lo que dicta el Real Decreto. Los últimos datos

TABLA 7 Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos en AP

| |
|--|
| Anamnesia y exploración física |
| Espirometría, medición del flujo espiratorio máximo y pulsioximetría |
| Exploraciones cardiovasculares: electrocardiografía, oscilometría y/o Doppler |
| Exploraciones otorrinolaringológicas: otoscopia, laringoscopia indirecta y acumetría cualitativa |
| Medición de la agudeza visual y fondo de ojo |
| Determinaciones analíticas mediante técnica seca, incluyendo reflectometría |
| Obtención de muestras biológicas |
| Tests psicoafectivos y sociales, de morbilidad y de calidad de vida |
| Procedimientos diagnósticos con acceso desde AP, conforme a los protocolos establecidos y cuando la organización propia de cada servicio de salud lo haga posible: |
| • Pruebas de laboratorio |
| • Anatomía patológica |
| • Diagnóstico por imagen, entre otros, radiología general simple y de contraste, ecografía, mamografía y tomografía axial computarizada |
| • Endoscopia digestiva |

Fuente: Real Decreto 1030/2006¹⁰.

comparativos de los que se dispone así lo confirman, pero también detectan aspectos relevantes que considerar. Por ejemplo, las pruebas bioquímicas y analíticas que se pueden solicitar están muy generalizadas y son, en general, extensas y completas, si bien llama la atención que La Rioja ofrece muchas menos opciones de peticiones (p. ej., de hormonas o de anticuerpos) que el resto de comunidades. Igualmente resulta chocante que, al menos sobre el papel, los médicos de la Comunidad de Madrid tengan acceso a determinadas analíticas básicas elementales (como HDL u hormonas tiroideas, marcadores tumorales, análisis microbiológicos básicos o proteína C reactiva) sólo si se solicitan bajo protocolo; es chocante, por ejemplo, que la bilirrubina directa no se pueda solicitar en la Comunidad Foral de Navarra.

Aunque la realización del fondo de ojo es una prueba diagnóstica básica, en algunas zonas básicas de salud de Canarias fundamentalmente, e inicialmente en alguna otra comunidad, se ha implantado un proyecto de detección precoz de retinopatía diabética utilizando retinógrafos no midriáticos.

El acceso a pruebas diagnósticas como las resonancias está todavía muy limitado en todas las CCAA. La mamografía es de acceso más generalizado, pero en algunos lugares requiere protocolo, o es de uso exclusivo de la atención especializada. La cooximetría, la colonoscopia, la ecografía Doppler, que deberían ser de uso cotidiano y asimilado, todavía permanecen en la esfera de la arbitrariedad del gestor.

La determinación del índice normalizado internacional (INR) capilar para el control de los pacientes en anticoagulación parece generalizarse, pero en la fecha en la que se hizo esta comparación, todavía había siete CCAA en las cuales no se hacía esta determinación.

Sobre el test del aliento para la detección de *Helicobacter pylori*, todavía hay muchas CCAA que no lo incluyen en sus prestaciones de AP, siendo una prueba sencilla y de efectividad demostrada. Parece difícilmente creíble el dato aportado por el informe del ministerio¹¹ de que en algunas comunidades, los profesionales de AP no pueden solicitar espirometrías; por ejemplo, se utiliza, según este informe, de manera parcial y/o restringida en Andalucía, Castilla-La Mancha y Galicia. En Ceuta y Melilla, simplemente, no está «disponible».

Hay que analizar con reserva estas desigualdades actuales, puesto que los respectivos documentos de reforma que se están gestando en las CCAA evidencian un esfuerzo importante por ampliar la oferta de procedimientos diagnósticos que los médicos de familia pueden solicitar de manera directa. Se incluyen protocolos para facilitar el acceso a pruebas hasta ahora no permitidas, como la tomografía computarizada (TC) lumbar, cervical o torácica, las ecografías cardíacas o las ginecológicas. Esperemos que el tiempo confirme el desarrollo real de estas expectativas y que no se queden en papel mojado.

En cualquier caso, en ningún momento se ha observado ningún esfuerzo para que estos documentos de reforma de las distintas comunidades tengan unos míni-

mos criterios básicos de cohesión, al igual que ocurre con la oferta de servicios.

Es conclusión, hay unos procedimientos diagnósticos básicos comunes para todos los profesionales, con alguna desigualdad que debería revisarse inmediatamente. Pero también existe en la actualidad un buen número de pruebas diagnósticas de fácil acceso y de utilidad clara para el médico de familia que pueden ser utilizadas en algunas CCAA y en otras no. Estos criterios necesitan ser unificados para no aumentar las desigualdades en los diagnósticos y tratamientos de los usuarios del SNS.

Los **procedimientos terapéuticos** básicos (tabla 8) como inyectables, curas, sondaje vesical, retirada de puntos, vendajes funcionales, extracción de tapones, taponamiento nasal, etc. son comunes a todos los equipos de AP. La cirugía menor o las infiltraciones están habitualmente restringidas a algunos centros o para determinados casos. Puede decirse lo mismo de la fisioterapia, que en una comunidad como el País Vasco no se oferta como procedimiento terapéutico en AP, y en otras su acceso está restringido o protocolizado.

Hay diferencias en procedimientos terapéuticos, (tabla 9) incluso entre centros de un mismo servicio de salud, pues algunos de ellos se ponen en marcha o se realizan por iniciativa de los profesionales que acreditan tener competencia profesional y motivación para ello. Salvo excepciones puntuales y ocasionales, como en el caso de la cirugía menor y de la determinación capilar del INR, ambos casos implantados por la demanda de las expectativas y presiones de los ciudadanos, la evaluación de los procedimientos terapéuticos no se suelen incluir en los contratos de gestión de los equipos de AP.

Las vacunaciones básicas se administran en todas las comunidades, si bien en los últimos tiempos hay discrepancias, más de tipo político que de interés para la salud pública, sobre cierto tipo de nuevas vacunas, como se ha comentado anteriormente.

TABLA 8 Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos terapéuticos en AP

| | |
|---|---|
| Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos | Se incluye el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con atención especializada |
| Administración de tratamientos parenterales | |
| Curas, suturas y tratamientos de úlceras cutáneas | |
| Inmovilizaciones | |
| Infiltraciones | |
| Aplicación de aerosoles | |
| Taponamiento nasal | |
| Extracción de tapones auditivos | |
| Extracción de cuerpos extraños | |
| Cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales | |
| Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos | |
| Resucitación cardiopulmonar | |
| Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado | |
| Cirugía menor | |

Fuente: Decreto de Cartera de Servicios del SNS¹⁰.

TABLA 9 Algunas diferencias en procedimientos terapéuticos

| | INR capilar (Coagucheck) | Perfil lipídico | Eco Doppler | TA-MAPA (Monitor ambulatorio) | Cooxímetro | Espirometría | Peak-Flow |
|----------------------|-----------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|------------|--------------|-----------|
| Andalucía | + | + | R | R | R | R | R |
| Aragón | + | + | R | R | R | + | + |
| Asturias | + | + | + | + | + | + | + |
| Baleares | R | + | R | R | R | + | + |
| Canarias | - | - | R | R | - | R | + |
| Cantabria | + | + | - | - | + | + | + |
| Castilla y León | R | + | - | - | - | + | + |
| Castilla-La Mancha | + | + | R | R | R | R | R |
| Cataluña | + | + | + | + | + | + | + |
| Comunidad Valenciana | + | - | - | + | - | + | - |
| Extremadura | - | R | R | R | R | + | + |
| Galicia | + | R | - | R | + | R | R |
| Madrid | PR | + | R | R | R | + | R |
| Murcia | - | - | - | R | - | + | R |
| Navarra | + | - | + | + | - | + | + |
| País Vasco | + | + | + | + | - | + | + |
| La Rioja | R | - | R | R | + | + | + |
| Ceuta y Melilla | + | + | - | - | ND | ND | - |

R: utilizado de manera parcial (no todos los centros) y/o restringido a ciertos centros o para determinados casos; P: requieren protocolo establecido; ND, no disponible.
Fuente: modificado de SIAP¹¹.

6. Retribuciones comparadas. Cobro por incentivos

Los sueldos de los profesionales sanitarios ofrecen un amplio abanico de complementos y modalidades de retribución. Las **retribuciones fijas** son aquellas que son inherentes al puesto de trabajo, independientemente de otro tipo de consideraciones como la dedicación o el esfuerzo personal. Las retribuciones variables pretenden introducir diferencias en función de ciertos parámetros como la dedicación, docencia, rendimiento personal, compromiso con la organización, etc. Los distintos modelos de complementos, el pago por exclusividad, los distintos sistemas de incentivación, etc., son tan diversos que resulta tremendamente dificultoso obtener una visión panorámica que permita comparar las CCAA y los modelos retributivos que ofertan a sus profesionales. Los complementos más significativos son la productividad variable, la carrera profesional y los complementos específicos. En estos últimos se incluye el tradicional concepto de «exclusividad», que analizaré más adelante.

En el caso de los médicos, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, en su informe de 2006¹⁶, hace un análisis comparativo de las retribuciones de grupo A, que comento a continuación, y reflejo en la tabla 10. En ella, se observa que las retribuciones fijadas anuales brutas de un médico sin exclusividad oscilan entre 58.604 € en Baleares, siendo ésta la CA que más retribución fija oferta a sus trabajadores, y 34.867 € en Andalucía. Estos datos son cifras brutas que no tienen en cuenta otras peculiaridades, como la insularidad u otro tipo de complementos. Por ejemplo, aunque en Andalucía el sueldo fijo sea menor, la productividad variable es muchísimo mayor que en el resto de CCAA, llegando a los 7.952 € al año frente a, por ejemplo, la Comunidad

Foral de Navarra, que ofrece una media de 150 € de productividad variable al año.

Existen igualmente grandes diferencias en el pago por hora de la atención continuada de los profesionales. Por ejemplo, un médico puede cobrar en este concepto entre 11 y 25 € por hora de atención continuada, en función de donde ejerza su trabajo.

TABLA 10 Retribuciones fijas, con o sin complemento de exclusividad de los médicos de familia

| | Sin exclusividad (€) | Con complemento de exclusividad (€) |
|--------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Andalucía | 34.867,92 | 44.536,32 |
| Castilla y León | 47.176,48 | 47.176,48 |
| Canarias | 44.712,67 | 44.712,67 |
| Cataluña (ICS) | 36.759,14 | 38.759,14 |
| Galicia | 38.187,21 | 47.346,69 |
| Castilla-La Mancha | 36.362,74 | 45.689,14 |
| Ceuta-Melilla | 46.136,12 | 54.766,40 |
| Madrid | 46.843,18 | 46.843,18 |
| Extremadura | 37.859,28 | 47.577,72 |
| La Rioja | 46.162,53 | 50.770,67 |
| Baleares | 58.604,60 | 58.604,60 |
| Cantabria | 39.826,76 | 49.153,16 |
| Aragón | 45.686,76 | 47.946,48 |
| C. Valenciana* | 42.232,00 | 44.543,92 |
| Asturias | 38.095,30 | 47.254,66 |
| Navarra | 35.837,86 | 44.485,24 |
| Murcia | 49.678,59 | 49.678,59 |
| País Vasco | 37.177,72 | 47.143,31 |
| Cataluña (XHUP) | 38.730,45 | 38.730,45 |

* Existe un modelo a extinguir en las retribuciones fijas anuales brutas del médico de AP sin exclusividad: 35.255,44 €.

Fuente: Modificado de Informe sobre carrera profesional. Confederación Española de Sindicatos Médicos. 2006.

El concepto de **exclusividad**, que el antiguo Instituto Nacional de la Salud reguló mediante Decreto-Ley 3/87¹⁷, se generalizó como un medio para dignificar los sueldos y decantar a los trabajadores hacia uno u otro modelo de atención (pública o privada). En el momento actual, es un concepto que va perdiendo su identidad y va desapareciendo progresivamente de las CCAA, añadiéndose este plus económico a la retribución fija. Esto ocurre en Canarias, Baleares, Castilla y León, Madrid, Murcia, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Cataluña y La Rioja. En las comunidades donde persiste este complemento, la exclusividad beneficia a la práctica totalidad de los médicos de familia, pero su cuantía económica ha ido perdiendo peso proporcional. En Extremadura, tan sólo 19 médicos de AP tienen solicitada la compatibilidad.

En cualquier caso, ha sido una aventura infructuosa intentar averiguar cuántos profesionales están acogidos a los distintos complementos retributivos. Mayor es la dificultad, si cabe, en el intento de comparar las retribuciones de otros profesionales no médicos. Han sido pocas las comunidades que han respondido a esta cuestión. Las propias CCAA tienen la información tan parcelada que es difícil, incluso desde la propia administración, acceder a este tipo de datos.

Analizaré brevemente las **retribuciones variables**. Los incentivos pueden estar ligados a objetivos de:

1. Cumplimiento de objetivos del contrato programa.
2. Ahorro en gasto farmacéutico.
3. Participación activa en determinados programas, como calidad, cirugía, etc.
4. Docencia.
5. Investigación.

Nótese que en el apartado que evalúa la carrera profesional se repiten estos objetivos a los que se liga la consecución de un determinado nivel en el desarrollo profesional. Algunas comunidades plantearon inicialmente hacer incompatible el cobro por carrera profesional con el cobro de productividad variable ligada a los mismos objetivos que la carrera.

El tipo de incentivo puede ser económico (productividad variable), días de libre disposición, días de formación, u otros (v. pregunta 13).

Los datos aportados en la tabla 10 son concluyentes: donde hay acuerdo en todas las CCAA es en el incentivo económico, en forma de productividad variable ligada al cumplimiento de objetivos del contrato programa. La única comunidad que liga objetivos de la docencia e investigación al contrato programa es Baleares. Hay algunas comunidades que incentivan económicamente objetivos ligados a docencia e investigación, como en el caso de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha o Cataluña.

Algunas CCAA no contemplan los días de libre disposición como incentivo para ninguno de los objetivos. Tan sólo Baleares y Castilla-La Mancha lo hacen y constituye un incentivo más, ligado a cualquiera de los objetivos. Lo mismo ocurre con los días de formación.

En conclusión, de nuevo la variabilidad es la norma, siendo el tipo de incentivo más utilizado el económico, fundamentalmente ligado a los objetivos del contrato programa y al ahorro en gasto farmacéutico. Otro tipo de objetivos parecen tener menor consideración, como la participación activa en determinados programas y, por supuesto, a la docencia y a la investigación. No se vislumbra en las respectivas gerencias consultadas, ningún tipo de acuerdo o consenso con los profesionales sanitarios sobre el tipo de incentivo que les parece más adecuado y en qué concepto debería ser aplicado.

Sin que estén claros los motivos por los cuales una organización sanitaria propone unos u otros modelos de retribución e incentivación, no hay evidencias suficientes en la bibliografía sobre los logros de unos y otros. Hay algunos análisis serios sobre el papel de los incentivos económicos en la calidad de vida profesional y la satisfacción final de los usuarios¹⁸, que ofrecen también algunas reflexiones interesantes: por ejemplo, que los incentivos económicos influyen más y afectan más a los profesionales poco motivados, y que la motivación intrínseca de los profesionales apenas se modifica con la productividad variable.

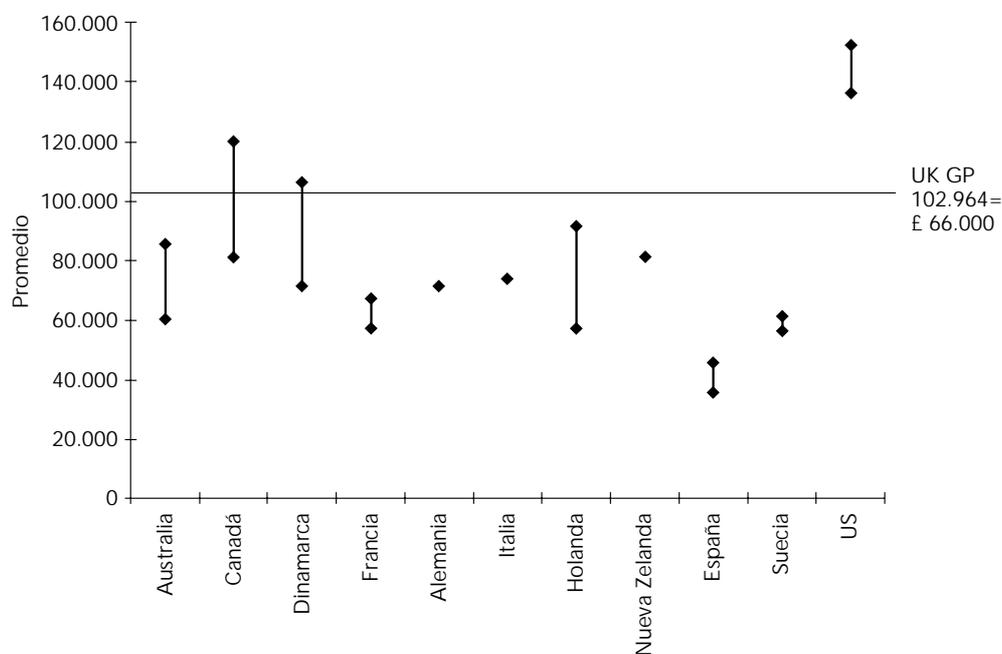
Coincido con Matas Aguilera¹⁹ en que los incrementos salariales que se están produciendo en todos los servicios de salud eran realmente necesarios y todavía no se ajustan a las medias europeas, tal como expresa la figura 1²⁰, pero no hay una política de coordinación clara tendente a homologar los salarios y los diferentes conceptos de cobro (complemento específico, trienios, productividad variable, complementos por tarjetas, dispersión geográfica, transporte). Éste es uno de los elementos de desigualdad que más preocupan a los profesionales.

Y quizás el horizonte en el que nos estemos moviendo sea estrecho y nos tengamos que empezar a posicionar en torno a otro tipo de incentivos²¹ como indicadores de resultados finales de control de enfermedades crónicas, o en su defecto, indicadores de resultados intermedios ajustados, que se describen en otro capítulo de este libro.

7. Carrera profesional

La carrera profesional, como la define el artículo 41 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud²², supone el derecho de los profesionales a progresar de manera individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, labor asistencial, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización. El desarrollo de una auténtica carrera profesional con toda la filosofía que el concepto incluye es una de las líneas estratégicas del documento AP^{23,24} y ha sido elemento de negociación y tanteo con las sociedades científicas, sindicatos, etc., que han aportado sus puntos de vista.

Ha sido una reivindicación ya lejana en el tiempo, pero puesta en el candelero de manera relativamente reciente, y que se ha ido poniendo en marcha de manera paulatina en todas las comunidades, con diferentes fechas de incorporación y de desarrollo en función de



Fuente: Real Decreto-ley 3/1987¹⁷.

FIGURA 1 Media europea de retribuciones de los médicos de familia. Año de referencia: 2002.

los acuerdos alcanzados con los distintos interlocutores. Dadas estas circunstancias poco homologables, es difícil hacer una evaluación sobre la carrera profesional en el momento actual en las distintas autonomías.

Se ha buscado, no obstante, algunos puntos claves sobre los que discutir y comparar, la mayoría basados en los requerimientos de la normativa marco vigente:

- Año de la firma.
- Criterio de reversibilidad.
- Niveles establecidos. Mínimo de permanencia entre niveles.
- Criterios de incorporación.
- Compatibilidad con incentivos variables.
- Cuantía económica. Los datos disponibles son para el grupo A, en la mayoría de ocasiones. En aquellas comunidades en las que la carrera se dirige también a otros grupos profesionales, se establece un porcentaje de entre un 60 y un 90 % para el grupo B.
- Profesionales a los que va dirigida.

Se planteó, en un principio, valorar el establecimiento de un tope de acceso periódico a los distintos niveles (*numerus clausus*), pero es un elemento que algunas carreras todavía no tienen definido. Ha sido imposible evaluar en el momento actual el número de profesionales incluidos en carrera profesional.

Como en otros indicadores de este estudio, la búsqueda ha sido costosa, pero hay algunos esfuerzos de

síntesis sobre los que me he apoyado²⁵. Me he basado igualmente en los datos aportados por nuestra encuesta y sobre todo en informadores claves en cada comunidad. No se dispone de datos de Ceuta y Melilla.

A la vista del esquema ofrecido en la tabla 11, que ha intentado ser lo más esclarecedor posible, así como del desarrollo de las entrevistas mantenidas con informadores claves sobre los aspectos de implantación, se pueden hacer algunas consideraciones.

La carrera no ha seguido una evolución uniforme. Su implantación se ha consolidado más, en general, con alguna excepción, en aquellas autonomías en las que las transferencias sanitarias fueron más precoces. Comunidades como Navarra firmaron su acuerdo de carrera profesional en 2001 y otras, como Aragón o Asturias, acaban de firmar sus acuerdos casi entrando el 2008; si bien es cierto que estas comunidades más retrasadas han ido pactando con los sindicatos anticipos económicos a cuenta de la carrera profesional que se vienen abonando ya desde el 2005 o 2006.

Se encuentra práctica unanimidad en que es voluntaria, tal como recoge la esencia de la carrera. Todas establecen unos períodos excepcionales de acoplamiento a determinados niveles acreditando solamente la antigüedad, que en algunas comunidades alcanzan hasta el nivel máximo. Es decir, un profesional con 23 años de servicios prestados se acoplará directamente en el máximo nivel cuando se inicie la carrera profesional en Galicia (hay varios ejemplos similares), sin necesidad de que le sean evaluados otros aspectos profesionales,

TABLA 11 Comparación de carreras profesionales de las distintas CCAA, en función de algunos parámetros

| CCAA (año de firma) | Niveles, reversibilidad, criterios de evaluación. Importe (médicos), mínimo en cada nivel | Profesionales afectados |
|---|---|---|
| 1. ASTURIAS Sin firmar (acuerdo de 2006 con sindicatos) | Voluntaria. Cuatro niveles de promoción (5, 10, 15 y 20 años). Irreversible, se consolida nivel Evaluación: se accede automáticamente al nivel 1 por antigüedad. Acceso extraordinario inicial por antigüedad a cualquier nivel. El resto, además de antigüedad, hay que acreditar actividad asistencial e implicación y compromiso con la organización, la competencia profesional, docencia y la participación en investigación Cuantía entre 3.000-12.000 € | Licenciados y diplomados licenciados y diplomados sanitarios |
| 2. BALEARES 2007 | Voluntaria. Cuatro niveles (5, 10, 15 y 20 años) Se accede al nivel 1 por antigüedad Irreversible, con consolidación de nivel que se implantará progresivamente de 2007 a 2010 Compatible con productividad Cuantía entre 3.000 y 12.000 € | A médicos y diplomados de enfermería |
| 3. CANARIAS 2003. MÉDICOS 2006. DIPLOMADOS | Voluntaria, cuatro niveles (5, 10, 16 y 23 años) Incompatible con productividad variable Irreversible Evaluación: se puede acceder a cualquier nivel por antigüedad. Para pasar al nivel superior hay que acreditar, además, actividad, formación, docencia, investigación y compromiso Remuneración: entre 3.000 y 8.000 € (en 2003) | Licenciados y diplomados sanitarios |
| 4. CANTABRIA 2006 | Voluntaria. Cuatro niveles (5, 10, 15 y 22 años) Consolidable y actualizable Incompatible con productividad variable Período transitorio de encuadramiento inicial (hasta 2009) fecha a partir de la cual se inicia el período normalizado Remuneración: entre 3.000 y 12.000 € para facultativos | A licenciados, diplomados sanitarios, estatutarios fijos, en activo o con reserva de plaza |
| 5. CASTILLA- LA MANCHA 2006 | Voluntaria Cuatro niveles (5, 10, 16 y 23 años) Irreversible Compatible con productividad variable Evaluación: automático nivel 1 con antigüedad. Acceso inicial extraordinario con antigüedad para nivel I, II y III (con 7,13 y 18 años, respectivamente) Evaluación: formación, docencia, investigación y compromiso. Valoración económica para grupo A de 3.000 a 12.000 €. En el B, con un 70% del A | Licenciados y diplomados |
| 6. CASTILLA Y LEÓN 2007 | Voluntaria. Irreversible Cuatro niveles (5, 10, 16 y 23 años) Evaluación: acceso extraordinario automático al nivel 1 con 7 años y al nivel 2 con 15 años de antigüedad en 2007. Acceso ordinario a partir de enero 2008: antigüedad más actividad, formación, docencia, investigación y compromiso Productividad variable Remuneración: entre 3.000 y 12.000 € para licenciados | Profesionales estatutarios, sanitarios y no sanitarios, fijos y funcionarios que voluntariamente quieran estatutarse Aspecto diferencial interesante de nuestro modelo son los créditos opcionales, que permiten desarrollos de perfiles diferentes para un mismo grado |
| 7. CATALUÑA 2002 | Voluntaria, irreversible Cuatro niveles (5, 11, 18 y 25 años) Compatible con productividad variable Evaluación: nivel 1 y 2 automático inicialmente con antigüedad. Resto, además acreditar actividad, formación, docencia, investigación y compromiso. Mínimo de 5 años en cada nivel Entre 3.500 y 12.500 € | Todas las categorías profesionales fijas |

(Continúa)

TABLA 11 (Continuación)

| CCAA (año de firma) | Niveles, reversibilidad, criterios de evaluación. Importe (médicos), mínimo en cada nivel | Profesionales afectados |
|------------------------------------|--|---|
| 8. COMUNIDAD VALENCIANA 2006 | Cinco niveles (5, 11, 18 y 25 años) No se exige dedicación exclusiva Criterios de evaluación: asistencia, docencia, formación, compromiso con la organización Acoplamiento inicial extraordinario por antigüedad a todos los niveles Cuantía entre 3.000 y 12.000 €. Implantación progresiva hasta 2010 | Licenciados y diplomados |
| 9. EXTREMADURA 2005 | Voluntaria. Irreversible Cuatro niveles (5, 12, 20 y 25 años) Entre 2.400 y 9.500 € Productividad variable Evaluación: acceso extraordinario a cualquier nivel por antigüedad. Nivel 1 sólo antigüedad, resto además acreditar actividad, formación, docencia, investigación y compromiso Mínimo entre niveles: 5 años | A los grupos A y B sanitarios |
| 10. GALICIA 2005 | Voluntaria, irreversible Cuatro niveles (5, 12, 18 y 23 años) Entre 3.000 y 12.000 € Sin <i>numerus clausus</i> Evaluación: encuadramiento inicial a cualquier nivel por antigüedad Cuantía: se ha recibido ya un 50% a cuenta, sin evaluación | Facultativos y personal de enfermería En elaboración, matronas, PSX y otras categorías profesionales |
| 11. MADRID 2006 | Voluntaria, irreversible, sin <i>numerus clausus</i> Cinco niveles, nivel 0 no retribuido (5, 10, 15 y 20 años) Evaluación: acceso automático por antigüedad extraordinario a todos los niveles Después criterios de evaluación: actividad, formación, docencia, investigación y compromiso Mínimo entre niveles: 5 años Cuantía entre 4.100 y 13.500 € Anticipo a cuenta desde noviembre de 2005 | Personal estatutario fijo, licenciados en ciencias de la salud, médicos funcionarios de asistencia pública domiciliaria. Funcionarios, previa estatutarización Diplomados |
| 12. NAVARRA 2000 | Irreversible, voluntaria Cinco niveles (0, 5, 12, 19 y 25 años) Evaluación: antigüedad más actividad, formación, docencia, investigación y compromiso Acceso automático inicial a nivel 1 por antigüedad Nivel 1 sin remuneración. Tras 5 años, entre 2.900 y 11.656 € Compatible con productividad variable | Personal facultativo con plaza en propiedad, licenciado en medicina y cirugía, farmacia, veterinaria, biología, psicología, física, química, odontología |
| 13. LA RIOJA 2006 | Irreversible, salvo el nivel 4 con carácter excepcional Voluntaria Incompatible con productividad fija y variable Cuatro niveles, más un nivel 0 de acceso con la titularidad de la plaza (5, 11, 17 y 23 años) ¿Mínimo entre niveles? Cuantía entre 3.000 y 12.000 € licenciados Evaluación: asistencia más participación en gestión, investigación, docencia, compromiso y acreditación de competencias Acceso automático extraordinario a nivel 3 por antigüedad | Licenciados y diplomados En el resto de grupos se denomina desarrollo profesional |

(Continúa)

TABLA 11 (Continuación)

| CCAA (año de firma) | Niveles, reversibilidad, criterios de evaluación. Importe (médicos), mínimo en cada nivel | Profesionales afectados |
|----------------------------|---|---|
| 14. MURCIA 2006 | No reversible, voluntaria ¿Incompatible con productividad fija y variable? Cuatro niveles (5, 10, 15 y 20 años) Mínimo de permanencia entre niveles 5 años, tras el encuadramiento inicial Cuantía: entre 3.300 y 13.000 € Evaluación Encuadramiento inicial extraordinario por antigüedad a todos los niveles. 2007 nivel 2, 2008 nivel 3 y 2009 nivel 4 | Dirigido a licenciados |
| 15. ANDALUCÍA 2006 | Irreversible, voluntaria Incompatible con productividad fija y variable Cuatro niveles Mínimo entre niveles: 5 años Cuantía: 3.300 y 12.300 € Evaluación: acreditación por parte de la Agencia de Acreditación de Andalucía Acceso automático a nivel 3 por antigüedad | Titulares fijos de todas las categorías de personal sanitario estatutario |
| 16. ARAGÓN (sin firmar) | Irreversible para niveles 1 y 2. Voluntaria Incompatible con productividad fija y variable Cuatro niveles (5, 10, 16 y 23 años) Cuantía: 3.300 y 12.300 € Evaluación: asistencia, compromiso, formación, docencia e investigación Acceso automático a nivel 2 por antigüedad Anticipos a cuenta desde julio de 2005 | Dirigido a licenciados y diplomados |
| 17. PAÍS VASCO 2005 | Irreversible, voluntaria Incompatible con productividad fija y variable Cuatro niveles (5, 11, 18 y 25 años). Nivel 0 de acceso previo Mínimo entre niveles: ¿5 años? Cuantía: 3.000 y 11.000 €. Nivel de acceso sin remuneración Evaluación: acceso automático extraordinario a niveles 1 y 2 por antigüedad de 16 años a fecha 1 de enero de 2005 Acceso ordinario: antigüedad más acreditar asistencia, formación, docencia y compromiso con la organización | Dirigido a licenciados y diplomados sanitarios |

Fuente: Elaboración propia.

como la docencia, investigación o compromiso con los objetivos de la organización.

El proceso de negociación, no visible en la exposición de la tabla, ha sido determinante para que, finalmente, se hayan establecido unos u otros criterios. Es decir, las orientaciones iniciales formuladas por la administración se han visto modificadas por la presión, opinión o criterio de los interlocutores con los que ha negociado los distintos borradores de los documentos antes de su acuerdo definitivo. Es el ejemplo de la intención inicial de algunas carreras de que los niveles fueran reversibles y reacreditables cada cierto tiempo. Finalmente, en la mayoría de ellas se consolida nivel y esta consolidación es irreversible, con la excepción del último nivel en algunas de ellas.

El sentido filosófico de lo que supone la implantación de una carrera profesional en una profesión sanita-

ria es el de disponer de mecanismos reglados que incentiven al profesional que acredita una serie de condiciones de excelencia o de buen hacer dentro del sistema y al que no está obligado. Y en este sentido, una carrera profesional bien planteada ayudaría a discriminar a los profesionales en su motivación y dedicación a su profesión. La obligatoriedad que une al profesional con la empresa es, básicamente, el cumplimiento de una serie de objetivos asistenciales, lo que se llama actividad asistencial, que el profesional va desarrollando a lo largo del tiempo generando una antigüedad que ya es reconocida en forma de trienios u otros sistemas de compensación por los años dedicados a la empresa.

La carrera profesional debería ir más allá de este reconocimiento, en forma de «trienios ilustrados», término que ya empieza a generalizarse para referirse a la carrera profesional. La actividad docente, investigadora

y el compromiso con la organización en sus diversas expresiones están reflejados utilizando estos términos u otros parecidos en todos los documentos de carrera revisados, siguiendo el proyecto marco de carrera. Sin embargo, el peso específico que estos valores profesionales tienen en el establecimiento de los baremos es, en muchas de ellas, una cuestión de «fachada» y no tienen el valor discriminativo que se les debe suponer y que daría un valor real y meritorio al desarrollo de cada profesional.

Y aunque los conceptos de desarrollo profesional continuo y carrera profesional no son equiparables en su totalidad, el estímulo para el desarrollo profesional es y debe ser el objetivo prioritario claro de la carrera. Sin embargo, nos encontramos ante el inicio de una nueva forma de desarrollo profesional que nace con una finalidad teórica clara, pero con unos medios y criterios desvirtuados y poco consistentes con el objetivo que se pretende. Este objetivo no es más que el reconocimiento de la labor especial de algunos profesionales que se quieren someter libremente a una acreditación constante y periódica de su actividad profesional excelente; medida ésta con unos criterios claros, objetivos y transparentes, no camuflados o supeditados a la finalidad encubierta del reconocimiento de trienios.

El anuncio de la creación de un Observatorio de Carrera Profesional realizado por el Ministerio de Sanidad²⁶ llega cuando ya se han firmado prácticamente todas las carreras y poco se puede hacer por reconducirlas hacia la finalidad para la que se desarrolla el concepto de carrera profesional.

Satisfacción profesional

Sobre satisfacción profesional no hay absolutamente ningún estudio que compare los distintos niveles de satisfacción entre los profesionales de las CCAA. Sí que hay inquietudes particulares a este respecto detalladas en un buen número de artículos en revistas científicas que describen niveles de insatisfacción más o menos altos en determinadas zonas, equipos o áreas de nuestra geografía^{27,28,29}.

No es una cuestión baladí, ya que todas las administraciones sanitarias presumen en sus modelos de ges-

tión y de calidad de evaluar de manera periódica la satisfacción de los profesionales. La mayoría de las veces estos informes no tienen el feedback correspondiente, y ni siquiera llegan a ver la luz. Y no es más que un exponente de la poca consideración que, en la práctica, dan los distintos servicios regionales de salud a la opinión y al clima laboral de sus profesionales. Además de que la evaluación y satisfacción de los trabajadores de los distintos servicios es un excelente indicador de evaluación de la buena o mala gestión sanitaria.

La Encuesta Nacional de Salud analiza la satisfacción del usuario, motivo de análisis en otro capítulo de este libro, pero no la satisfacción del profesional. Lo mismo ocurre con el Sistema de Información en AP.

Y parece que a tenor de lo publicado en la bibliografía, la satisfacción de nuestros médicos, enfermeras y demás profesionales de nuestros centros de salud deja mucho que desear. Estudios focalizados en determinadas áreas de salud^{30,31} muestran un moderado grado de insatisfacción motivado, fundamentalmente, por la elevada presión asistencial que desvirtúa algunos aspectos claves e intrínsecos del trabajo en AP. Otros análisis más exhaustivos sobre expectativas de los profesionales³² apuntan opiniones respecto a nuestro sistema de salud vigente con un alto grado de consenso y que deberían ser tenidas en cuenta por las administraciones sanitarias.

Pero el desencuentro entre aquéllos y éstas es claro y, aquí sí, uniforme en todo el territorio español. Los profesionales son la figura clave y fundamental de todo sistema sanitario, pues su papel, al contrario que el de los gestores, es insustituible y posibilita que se desarrolle la actividad asistencial. Y no es posible hacer una buena política de personal sin contar con los profesionales.

Una de las mayores causas de insatisfacción es la inestabilidad laboral, además del modelo retributivo ya descrito previamente. Los distintos tipos de modalidades de contratación, las jornadas sin descanso, la creciente falta de sustitutos, la atención continuada mal retribuida, la elevadísima presión asistencial y el modelo organizativo que requiere una revisión urgente son los principales elementos que contribuyen a un clima laboral desasosegado.

Recomendaciones

- Los límites de la solidaridad entre regiones, al menos para los servicios sanitarios, se deben definir en términos de mantenimiento de niveles semejantes de provisión de servicios. El sistema de cohesión del SNS debería incorporar a su plan de trabajo el seguimiento y la superación de estas desigualdades. Es necesario desarrollar políticas comunes en materia de retribuciones, y acometer reformas legislativas de carácter estructural.
- Hay indicadores cuya búsqueda para un análisis comparativo ha resultado infructuosa, pero que deberían incorporarse a la recogida periódica de las administraciones autonómicas y a las fuentes y sistemas de compilación general de datos. Es necesario elaborar una serie de indicadores y estándares comunes para la recogida y el tratamiento de la información sanitaria en todo el SNS, que se proponen en el capítulo. La implementación de más oferta de servicios por parte de la AP debe ir acompañado de una valoración del tiempo estimado para su realización.
- La carrera profesional debe ser un instrumento que evalúe verdaderamente el compromiso del profesional con la docencia, investigación y objetivos asistenciales y de compromiso con la organización. El prometido observatorio de Carrera Profesional tendría que reconducir esta mala situación de partida.
- La política de personal no debe estar basada exclusivamente en el incentivo retributivo, sino que hay que permitir que los protagonistas del sistema, además de los usuarios, que son los profesionales, tengan voz y voto real en las políticas sanitarias que les incumben directamente y sobre las que, generalmente, son los más expertos. La gestión sanitaria debe ser profesionalizada.

Bibliografía

1. Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984.
2. Anexo 1. Universidad Pompeu Fabra. Encuesta del Equipo de Investigación sobre Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas (2006-2007). Barcelona. 2007.
3. Instituto Nacional de Estadística. Informe del Instituto Nacional de Estadística: España en cifras. 2007.
4. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y en la Unión Europea. 2007.
5. Martínez Oviedo A. Propuestas de mejora de la atención primaria española, análisis comparado con la europea. Diploma de Estudios Avanzados. Facultad de Medicina de Zaragoza. Junio de 2006.
6. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Health Equity Research Group de la OCDE. Can Med J. 2006; 174 (2).
7. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Grupo de investigación en economía de la salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Marzo 2007.
8. Ortiz C. Luces y sombras en la informatización de los servicios de salud autonómicos. El Médico. 2007;1031:16-46.
9. Grupo de Bioética. La confidencialidad de la historia clínica. Sociedad Valenciana de Medicina de Familia. 2003.
10. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información en Atención Primaria (SIAP). 2006.
12. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre de 2004.
13. PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria. Disponible en: www.semfc.es.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. 13 de marzo de 2008.
15. Julios Beyes MM. Propuestas para un pacto social por la sanidad en España: financiación y algo más. Rev. Adm. Sanit. 2005;3(4):549-51.
16. Elizalde M, Sánchez de la Nava JC, Mena Mur MA. Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España. Confederación estatal de sindicatos médicos. 2006.
17. Real Decreto-ley 3/1987, de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud. B.O.E. núm. 219, de 12 de setiembre de 1987.
18. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom L, Aguado-Menguy F, Cabezas Peña C, Gallo de Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. Health Policy. 2006; mar 16.
19. Matas Aguilera V. Retribuciones de tres tipos de médico rural en España. Año 2005. Vocalía de Medicina Rural. Colegio Oficial de Médicos de Granada. 2006.
20. National Economic Research Associates. Comparing physicians' earnings: current knowledge and challenges. 2004. Disponible en: www.nera.com.
21. Ortun Rubio V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. Rev. Calidad Asistencial, 2007;22.1: 1-6.
22. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. núm. 128, de 29 de mayo de 2003.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI. 2006.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención Primaria en el Insalud: 17 años de experiencia. Instituto Nacional de la Salud. Madrid. 2002.
25. Organización Médica Colegial. La carrera profesional: diferentes visiones. 2005.

26. El Médico. Entrevista a Bernat Soria, publicada el 30 de octubre de 2007.
27. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Situación de Salud y de los Servicios Sanitarios de las CCAA. Diciembre de 2006.
28. Magallón Botaya MR, Tolosana Lasheras T. Evaluación de las necesidades y expectativas de los equipos de Atención Primaria: satisfacción del cliente interno. Diplomatura en Sanidad. Escuela Nacional de Sanidad. Junio de 2002.
29. Rodríguez JF, Blanco Ramos MA, Issa Pérez F, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(8):442-7.
30. Fernández San Martín MI, Moineiro Camporro A, Villanueva Guerra A, Andrade Rosa C, Rivera Tejido M, Gémez Ocaña JM, Parrilla Ulloa O. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*. mar/abr. 2000;74 n.º 2.
31. Sos Tena P, Sobreques Soriano J, Segura Bernal J. *Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona*. Medifam. (online) 2002;12,10:17-25. Consulta realizada el 14/8/2007.
32. Artells JJ, director. Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo «Delphi». Cuadernos de Gestión. 1999;5 (Supl 1); 89.

Bibliografía complementaria

- Blanco Moreno A. El análisis del gasto sanitario en el ámbito de la conferencia de presidentes. *Rev Admin Sanit*. 2005;3 (4):595-615.
- CCOO. Informe sobre situación de los refuerzos en el Sistema Nacional de Salud. 2004.
- Fundación La Caixa. Anuario Social de España. 2006.
- Fundación Laín Entrago. La Sanidad en la Comunidad Autónoma de Madrid. 2006.
- González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gac Sanit*. 2006; 20 (supl 1):103-9.
- Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe para el análisis del gasto sanitario. Instituto de Estudios Fiscales. Julio 2005.
- Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit*. 2006;20(5):352-9.
- Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.
- Sanchez Bayle M. Informe sobre la situación de la salud y de los servicios sanitarios de las CCAA. *Salud 2000*. Set. 2006; n.º 108.
- Sevilla Pérez F. Financiación sanitaria y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Rev Admin Sanit*. 2005;3(4): 567-80.

7. Gasto y financiación en Atención Primaria

Marta Espasa Queralt

Puntos clave

- En España, el gasto público en Atención Primaria (AP) por habitante se sitúa tan sólo en el 37% de la media de la UE-15, tendencia muy distinta a la seguida por la economía española que en términos de PIB se sitúa alrededor del 90% de la media comunitaria.
- La evolución del gasto público en AP constata una pérdida de peso considerable, que se manifiesta especialmente a partir del año 1993. En concreto, ha pasado de representar el 16,7% del gasto público sanitario en 1991 a ser el 15,1% en el 2005, el valor más bajo de todo el período.
- En el año 2002 se completó el traspaso de las competencias sanitarias a todas las comunidades autónomas (CCAA). Actualmente éstas gestionan el 82% del gasto en AP, pero ello no ha supuesto un cambio significativo en relación al gasto en AP, ya que continúa perdiendo peso relativo.
- El análisis por CCAA evidencia que existe un comportamiento muy dispar entre ellas. Así, mientras en unas sus gobiernos priorizan este ámbito sanitario, en otras le prestan muy poca atención. Entre las primeras destacan Extremadura, Andalucía, Castilla y León, y Navarra y, entre las segundas, se sitúan Madrid, Baleares, C. Valenciana, Cantabria y Canarias.
- El nuevo sistema de financiación para las comunidades de régimen común que entró en vigor a partir del 2002 supuso integrar el gasto sanitario en el modelo general de financiación, por la que éste debe sufragarse a través de la recaudación de los impuestos cedidos a las CCAA y de las transferencias que el Estado otorga a dichas administraciones.
- En cambio, las comunidades forales, dado que gozan del concierto económico, financian el gasto sanitario a través de sus recursos propios.
- El sistema diseñado ha resultado ser muy poco eficaz, ya que generó una insuficiencia financiera gravísima en tres años que comportó un acuerdo del consejo de Política Fiscal y financiera en 2005. Dicho acuerdo prácticamente es sólo de carácter financiero y supuso un aumento de casi 4.400 millones de euros adicionales para las CCAA, pero no resolvió los problemas de fondo.
- Dichos problemas residen en el hecho de que los recursos de que disponen las CCAA no crecen al mismo ritmo que lo hace el gasto sanitario, ya que éste depende de factores exógenos como el incremento de la población y el envejecimiento, junto a factores endógenos como el nivel tecnológico, la mejora en la calidad de los servicios, etc.

Introducción

Uno de los debates más actuales que se está produciendo en España hace referencia al gasto y la financiación de la sanidad pública y, en concreto, de la Atención Primaria (AP). Este debate surge a raíz de los importantes cambios que se han ido sucediendo de manera simultánea en los últimos años: incremento de la población, aumento del número de inmigrantes, envejecimiento de la población, incremento de la demanda de servicios, traspaso de competencias a todas las comunidades autónomas (CCAA) y cambio en el modelo de financiación.

En este sentido, el propósito del presente capítulo es doble. En primer lugar, analizar la evolución del gasto público en AP realizado por las distintas administraciones públicas en el conjunto del Estado español y por CCAA. Y, en segundo lugar, analizar el sistema de financiación de la sanidad en España, haciendo especial hincapié en el modelo actual.

Para ello, el siguiente capítulo se va a estructurar en siete apartados, siendo el primero esta breve introducción. El segundo apartado tiene un carácter metodológico, en el que se detallan las fuentes estadísticas utilizadas. El tercer apartado, tiene por objetivo contextualizar el gasto sanitario en España en relación a los países de la Unión Europea-15. El cuarto apartado se centra en analizar en detalle el gasto actual en AP en el Estado español y su evolución desde 1990 hasta el 2005. En el quinto apartado se realiza el mismo tipo de análisis pero analizando el gasto territorializado por CCAA. El sexto apartado se dedica a analizar la financiación de la atención sanitaria en España. Finalmente, en el séptimo y último apartado se recogen las principales conclusiones del capítulo.

Metodología

Los datos utilizados en el presente capítulo se han obtenido de varias fuentes. En primer lugar, para el análisis comparativo a nivel internacional, los datos proceden de Eurostat. En concreto, se obtienen de la metodología SEEPROS (Sistema Europeo de Estadísticas integradas de Protección Social). El SEEPROS es un instrumento ideado por EUROSTAT para describir de forma homogénea las características de la protección social, intentando soslayar las importantes diferencias existentes entre los sistemas de cada país. A pesar de que el éxito en este empeño es relativo, esta estadística constituye la experiencia que ha aportado los resultados más fiables sobre los flujos económicos explícitos de la protección social y, de hecho, constituye la referencia hegemónica para el gasto de los países en este concepto¹. Dicha base ofrece información para los países que configuran la Unión Europea (UE) hasta el 2004.

La información utilizada para determinar el gasto público en AP para el conjunto del Estado español proceden de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) que desde 1987 realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las CCAA. La información utilizada corresponde al avance de la EGSP de 2005. En cambio, para el análisis del gasto en AP por CCAA se ha tenido de recurrir a la EGSP del 2004, en la que se ofrecen datos territorializados de dicho gasto. En este sentido, hay que tener presente que existe una parte del gasto que no está territorializada, por lo que no coincide el total del gasto a nivel del conjunto del Estado español con la agregación del gasto realizado en las distintas CCAA. Esta publicación ofrece datos consolidados del gasto sanitario tanto por sectores como por funciones².

Los datos referentes a la financiación de la sanidad se han obtenido del Ministerio de Economía y Hacienda.

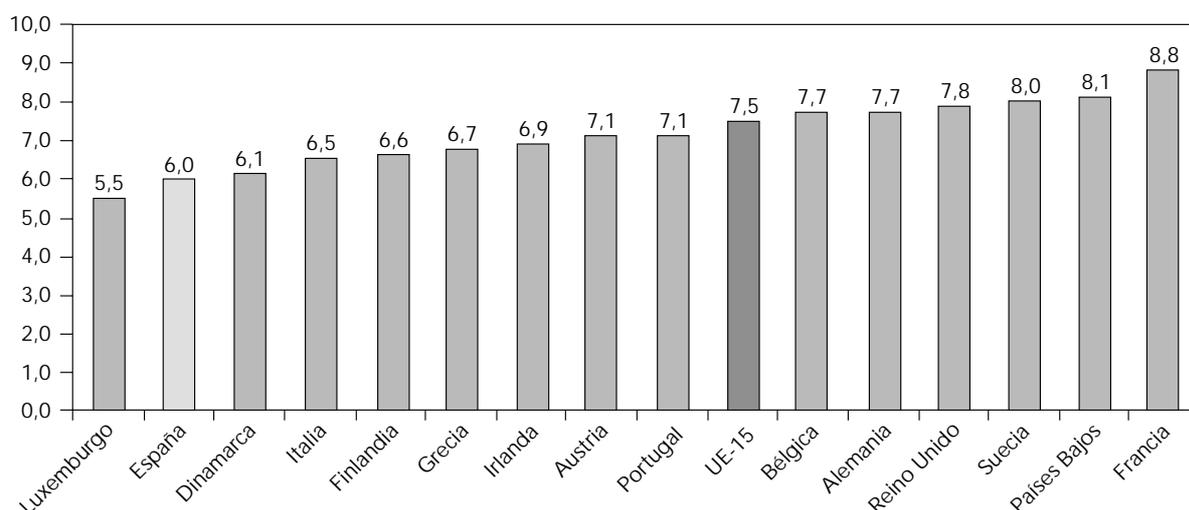
Las variables utilizadas para referenciar el gasto sanitario proceden del Instituto Nacional de Estadística. Hay que señalar que en algunos casos, dado que los datos utilizados procedían de metodologías distintas se ha tenido que llevar a cabo un encabalgamiento de las series.

Por último, señalar que tanto los datos referidos al gasto como a los recursos destinados a la financiación de la sanidad proceden de la liquidación de los presupuestos.

Análisis del gasto sanitario en España en el contexto de la UE-15

Según los últimos datos que ofrece Eurostat correspondientes al año 2004, el gasto público sanitario en España se sitúa por debajo de la media de los quince países que integran la UE-15, tanto en términos de porcentaje respecto al PIB como en términos de gasto por habitante. En concreto, si se analiza el gasto sanitario público en relación al PIB, España ocupa la posición número 14 en la lista, al presentar un valor de 6,0% frente a una media de la UE-15 del 7,5%. Sólo Luxemburgo (por tener un PIB extremadamente elevado) se sitúa por debajo de España con el 5,5%. El resto de países, incluso los que presentan un nivel de desarrollo económico inferior a España se sitúan por encima. Así, en Grecia el gasto público sanitario representa el 6,7% de su PIB y en Portugal el 7,1%. Los países en los que la sanidad tiene un mayor peso económico son Francia, donde representan el 8,8% de su PIB, Países Bajos (8,1%) y Suecia (8,0%) (figura 1).

Si la comparación se realiza en términos de euros por habitante, expresados en paridad de poder de compra



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 1 Porcentaje del gasto sanitario público/PIB en los países de la UE-15, 2004.

(PPC), se observa como España se sitúa, con 1.329 euros, en el puesto número 13, sólo se sitúan por debajo Grecia y Portugal (figura 2a).

Así pues, el gasto público sanitario español se sitúa en el 67% de la media de la UE-15 expresado en euros per cápita en PPC. En cambio, el PIB per cápita expresado en PPC de España en relación a la media de la UE-15 se situaba en el año 2004 en el 90%. De ello se desprende que la convergencia en materia de sanidad pública no ha seguido la misma tendencia que la convergencia económica. De hecho, España, es el país que, después de Luxemburgo y Dinamarca, presenta una mayor diferencia entre su convergencia económica y su convergencia sanitaria (figura 2b).

En referencia a la evolución que ha experimentado el gasto sanitario se constata que España siempre se ha situado por debajo de la media de los países de la UE-15, acrecentándose la diferencia desde 1994 hasta la actualidad.

Así, en los primeros años noventa, el diferencial del gasto público sanitario de España respecto la UE-15 se mantiene más o menos constante, pero a partir de 1994 esta diferencia se hace mucho más intensa y no para de aumentar hasta nuestros días (figura 3).

Esta tendencia se hace mucho más evidente cuando la variable considerada es el gasto sanitario por habitante expresado como índice respecto a la media UE-15. En este caso, se comprueba que hasta 1993 hubo una tendencia de aproximación importante a la media comunitaria, al pasar del 63% en el año 1990 al 69% en el año 1993. A partir de este momento, cambia la tendencia y se inicia un proceso intenso y rápido de divergencia que hace que en 1995, el gasto sanitario per cápita español represente sólo el 62% de la media UE-15. La trayectoria hasta el año 2004 ha sido de lenta conver-

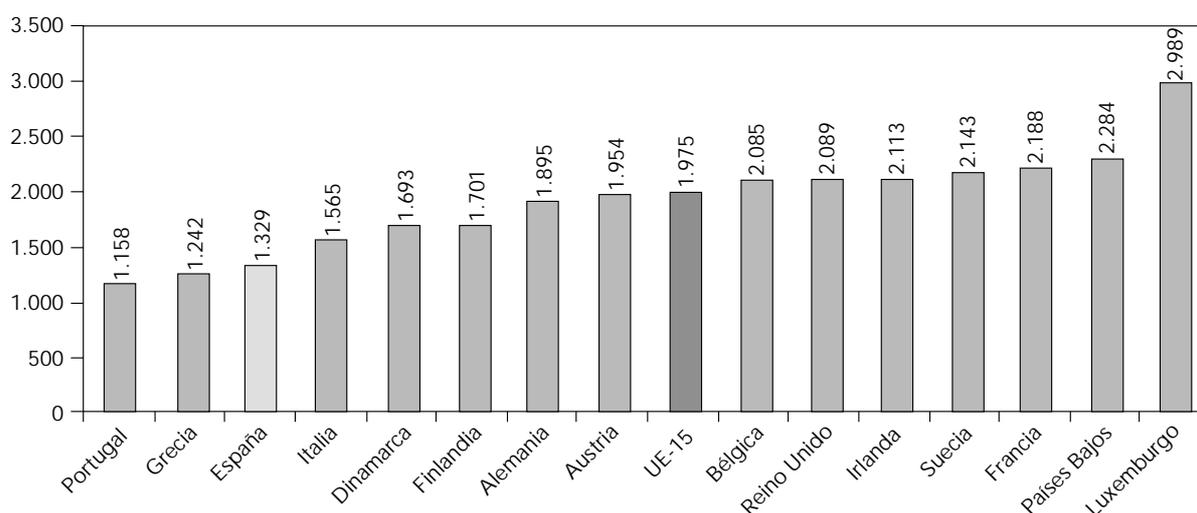
gencia, con ligeros vaivenes, pero es preciso señalar que en el año 2004 (con el 67%) todavía no se han alcanzado los valores del año 1993 (figura 4).

La principal causa de este importante retroceso en el gasto sanitario público a partir de 1993 se deriva de las fuertes restricciones presupuestarias que supusieron la aplicación de los criterios de convergencia para poder acceder a la tercera fase de la Unión Monetaria en 1999. La política de saneamiento de las finanzas públicas supuso un importante recorte al gasto público, especialmente en el de carácter social³.

Si el análisis se centra en el gasto público en atención sanitaria ambulatoria, concepto que puede ser asimilado al de Atención Primaria, se observa que el diferencial de España con la media de la UE-15 es todavía mayor. En concreto, la trayectoria de dicho gasto es idéntica a la del gasto sanitario, pero en todos los años el nivel alcanzado es menor. Así el gasto público en atención sanitaria ambulatoria en España representaba el 53% de la media UE-15 en 1990, esta variable tuvo un importante crecimiento hasta 1993, donde alcanzó el 58% y a partir de este momento cayó hasta el 52% en 1995. Es a partir de este momento cuando se inicia una senda creciente representando en el 2004 el 60% de la media UE-15 (figura 5).

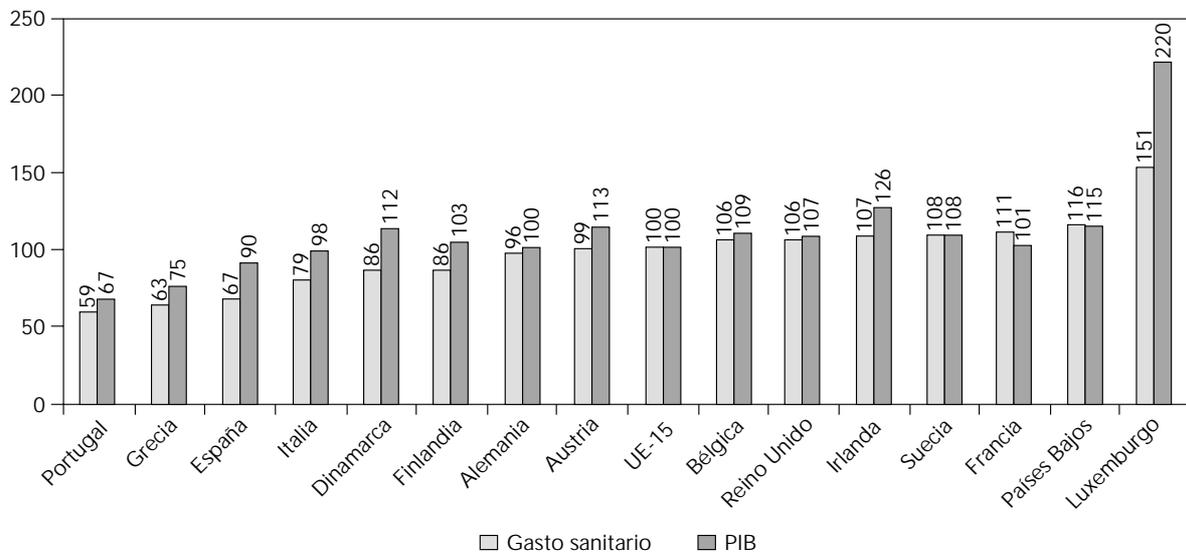
Si se da un paso más y se excluye del gasto en atención sanitaria ambulatoria el gasto farmacéutico, los resultados son todavía más graves. La distancia entre España y la UE-15 se amplía de manera que en el año 2004, el gasto per cápita en España se sitúa tan sólo en el 37% de la media de la UE-15 (figura 6).

En definitiva, si bien España ha seguido un proceso de convergencia económica hacia la Unión Europea, y ha conseguido situarse a unos niveles de PIB per cápita entorno al 90% de la media UE-15, no puede decirse lo



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 2a Gasto público en sanidad per cápita, 2004 (en euros expresados en PPC).



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 2b Gasto público en sanidad per cápita y PIB per cápita, 2004 (en índice UE-15=100).

mismo en referencia al gasto público sanitario, donde las distancias entre España y la media de la UE-15 son muy considerables. Además, esta distancia, o déficit de prestación pública sanitaria, se amplía de manera espectacular cuando se analiza el gasto público en atención ambulatoria excluyendo el gasto farmacéutico.

Evolución del gasto público en Atención Primaria en España

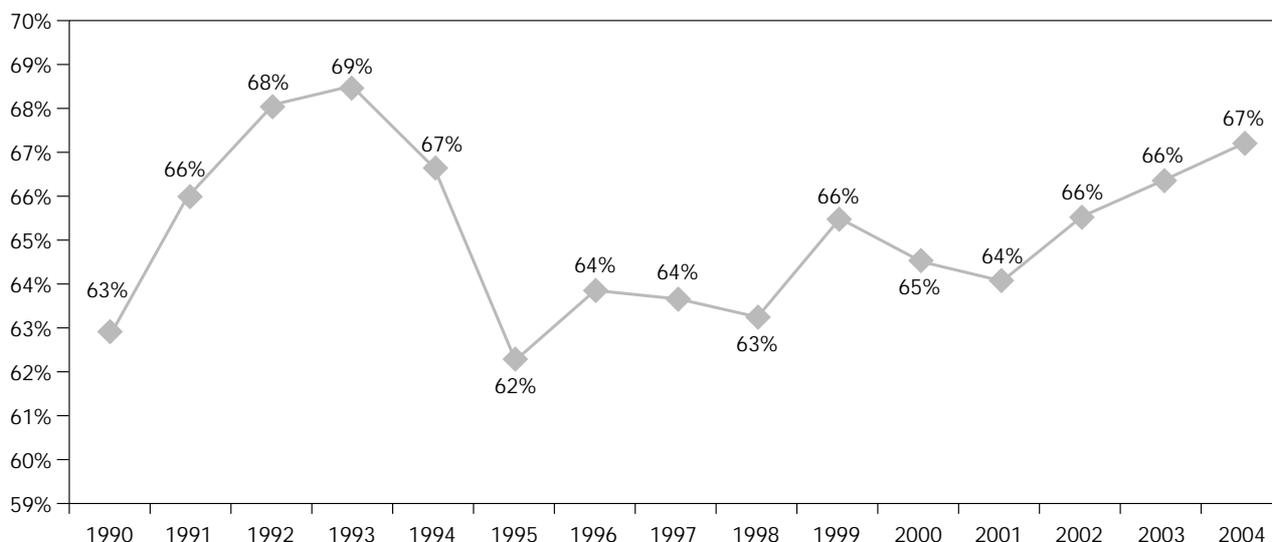
El gasto en Atención Primaria

En el año 2005, el gasto público en AP en España se estima en 7.687,8 millones de euros, cifra que supone un



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 3 Evolución del gasto público sanitario per cápita (euros expresados en PPC).



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

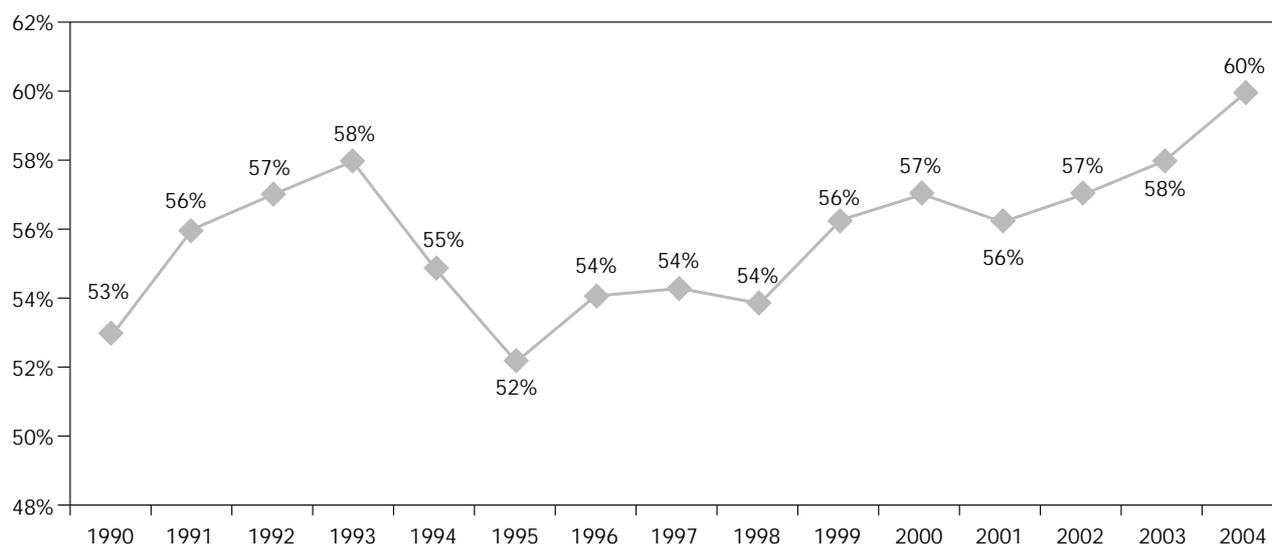
FIGURA 4 Evolución del gasto sanitario per cápita (euros expresados en PPC índice UE15=100).

incremento nominal del 7,5% respecto al año 2004 (siendo el crecimiento real del 3,9%) y el 15,1% del gasto público en sanidad.

El análisis de su evolución constata que dicho gasto ha aumentado considerablemente en los últimos quince años en valores absolutos. Su ritmo de crecimiento anual durante el período 1990-2005 ha sido de media del 7,3%, con unos picos al principio del período (en 1991 el

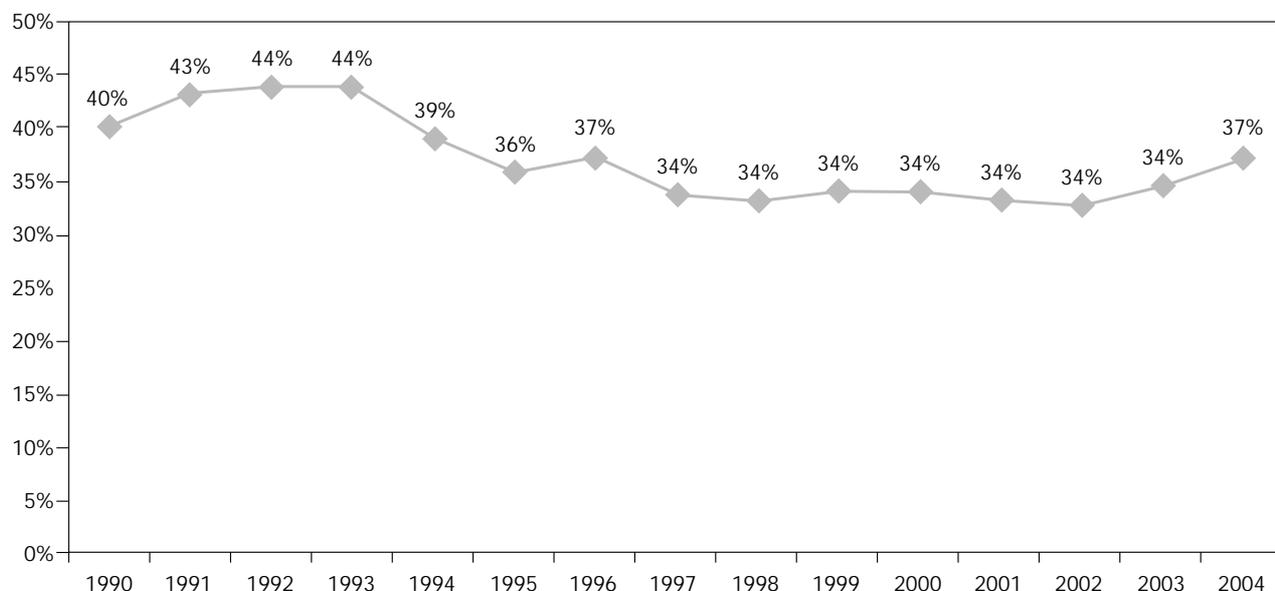
incremento interanual fue del 14,0% y en 1992 del 12,6%) y en el año 2003 que alcanzó el 11,9% (tabla 1).

Sin embargo, cuando el gasto en AP se relativiza respecto al PIB o respecto al total del gasto sanitario público se evidencia una pérdida de peso considerable. En concreto, el gasto en servicios primarios de salud ha pasado de representar el 0,91% del PIB en el 1992 al 0,85% en el 2005. Por lo que se refiere a su peso sobre el total del gas-



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 5 Gasto en atención sanitaria ambulatoria per cápita (euros expresados en PPC índice UE-15=100).



Fuente: EUROSTAT. Extracción online 30 de noviembre de 2007.

FIGURA 6 Gasto en atención sanitaria ambulatoria (excluido gasto farmacéutico) per cápita (euros expresados en PPC índice UE-15=100).

to sanitario, la reducción ha sido más intensa, al pasar de suponer el 16,3% al principio del período al 15,1% al final.

Si se analizan con mayor detalle todas estas variables se evidencia que, durante el período 1990-2005, la variación anual del gasto en AP, tanto en términos nominales como reales, muestra una espectacular caída en el año 1993, luego se recupera muy lentamente has-

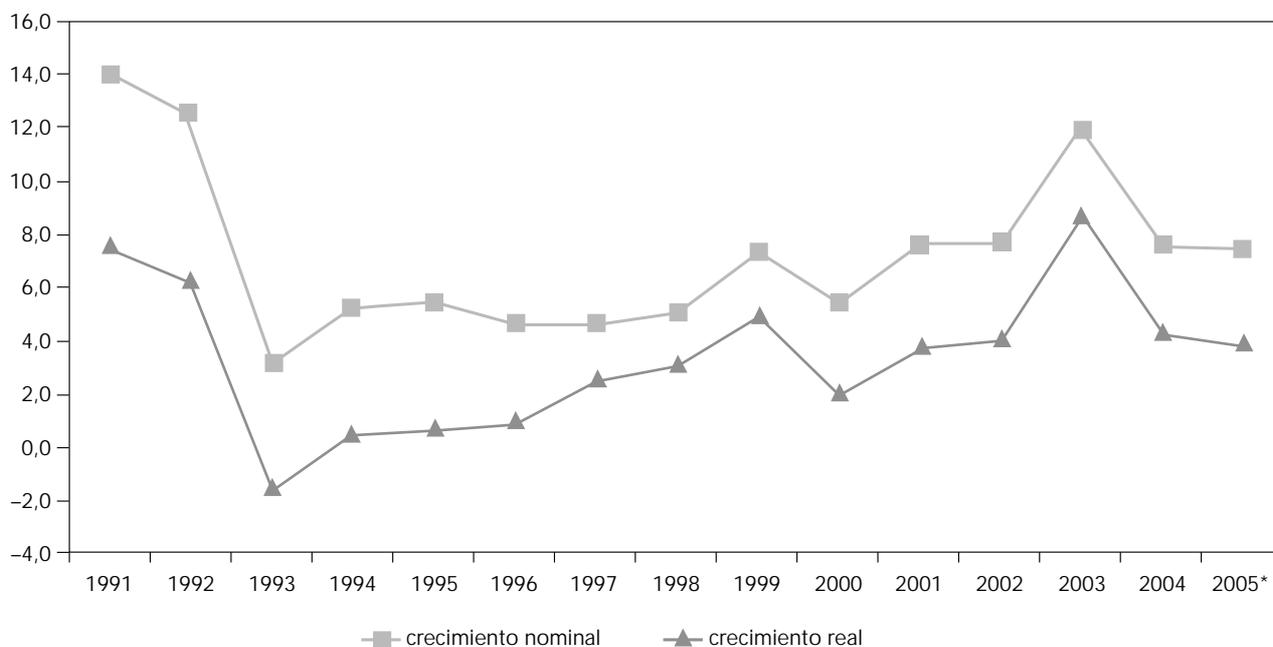
ta el año 1999. En el 2000, el ritmo de crecimiento del gasto en AP cae considerablemente para volverse a recuperar en el 2001. En el 2002 se mantiene y en el 2003 se produce un gran aumento, cifrado en un 11,9%, el mayor de los últimos diez años, para volver a situarse en el 2004 y 2005 en valores próximos a los de los años 2001 y 2002 (figura 7).

TABLA 1 Evolución del gasto público en AP en España

| | Miles € corrientes | Millones € corrientes | Millones € constantes | Crecimiento nominal | Crecimiento real | Porcentaje s/PIB | Euros/hab euros'05 | Euros/pob protegida euros'05 | Porcentaje s/gasto sanitario |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 1990 | 2.680.910 | 2.680,9 | 4.614,2 | | | 0,83 | 119 | | 16,3 |
| 1991 | 3.056.985 | 3.057,0 | 4.968,4 | 14,0 | 7,7 | 0,87 | 128 | | 16,7 |
| 1992 | 3.441.849 | 3.441,8 | 5.282,2 | 12,6 | 6,3 | 0,91 | 136 | | 16,6 |
| 1993 | 3.552.068 | 3.552,1 | 5.211,6 | 3,2 | -1,3 | 0,91 | 133 | | 16,0 |
| 1994 | 3.737.315 | 3.737,3 | 5.237,3 | 5,2 | 0,5 | 0,90 | 134 | | 16,3 |
| 1995 | 3.939.894 | 3.939,9 | 5.273,3 | 5,4 | 0,7 | 0,88 | 134 | | 16,3 |
| 1996 | 4.123.958 | 4.124,0 | 5.327,9 | 4,7 | 1,0 | 0,87 | 134 | | 16,1 |
| 1997 | 4.313.271 | 4.313,3 | 5.463,2 | 4,6 | 2,5 | 0,86 | 137 | | 16,0 |
| 1998 | 4.531.050 | 4.531,0 | 5.637,5 | 5,0 | 3,2 | 0,84 | 141 | | 15,8 |
| 1999 | 4.863.383 | 4.863,4 | 5.915,0 | 7,3 | 4,9 | 0,84 | 147 | 156 | 15,9 |
| 2000 | 5.125.910 | 5.125,9 | 6.029,3 | 5,4 | 1,9 | 0,81 | 149 | 157 | 15,7 |
| 2001 | 5.515.541 | 5.515,5 | 6.262,2 | 7,6 | 3,9 | 0,81 | 152 | 161 | 15,7 |
| 2002 | 5.940.137 | 5.940,1 | 6.516,2 | 7,7 | 4,1 | 0,81 | 156 | 164 | 15,6 |
| 2003 | 6.648.825 | 6.648,8 | 7.081,1 | 11,9 | 8,7 | 0,85 | 166 | 175 | 16,1 |
| 2004 | 7.153.124 | 7.153,1 | 7.396,3 | 7,6 | 4,5 | 0,85 | 171 | 180 | 15,5 |
| 2005* | 7.687.821 | 7.687,8 | 7.687,8 | 7,5 | 3,9 | 0,85 | 174 | 183 | 15,1 |
| Media del período € ctes. '05 | | | 5.869,0 | 7,3 | 3,5 | 0,86 | 145 | 168 | 16,0 |

*Cifras provisionales sujetas a revisión. Tiene carácter provisional la liquidación de Corporaciones Locales, Ministerio de Administraciones Públicas y gasto en Instituciones Penitenciarias en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP)².



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 1.

FIGURA 7 Evolución del gasto público en servicios primarios de salud (variación anual).

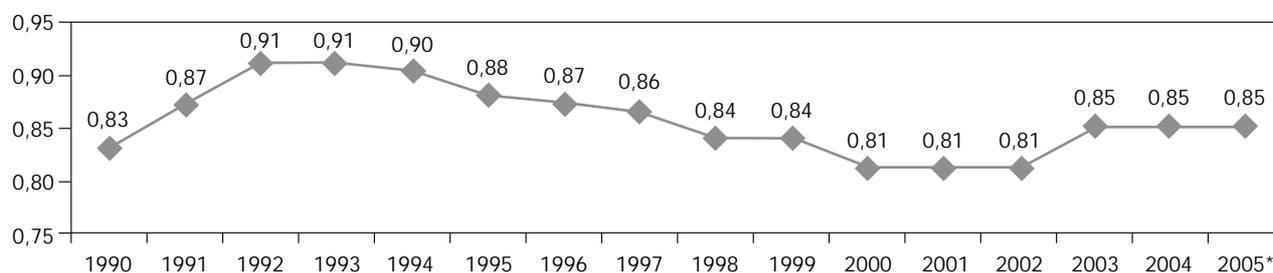
Las causas de este comportamiento son, por un lado, las condiciones de restricción presupuestaria que supusieron los criterios de convergencia para poder acceder a la adopción de la moneda única en 1999. Por otro, el importante aumento del año 2003 es consecuencia del comportamiento del gasto autonómico, ya que a partir del 2002 todas las comunidades tienen ya asumidas las competencias en sanidad, al tiempo que se establece el actual modelo de financiación.

El análisis del gasto público en AP respecto al PIB, muestra como este gasto ganó peso específico los primeros años de la década de los noventa hasta 1993, año a partir del cual se inicia una trayectoria decreciente, alcanzando un mínimo en 2000, 2001 y 2002 con un valor de tan sólo el 0,81 %. En el 2003, fruto de la política expansiva del gasto sanitario autonómico, el gasto en AP se recupera, situándose en el 0,85 % del PIB, porcentaje

que se mantiene en los años 2004 y 2005. Tal y como se puede observar, a pesar de este aumento, todavía hoy se está lejos de alcanzar los niveles de los años 1992 y 93, donde el gasto en AP se situaba en el 0,91 % del PIB (figura 8).

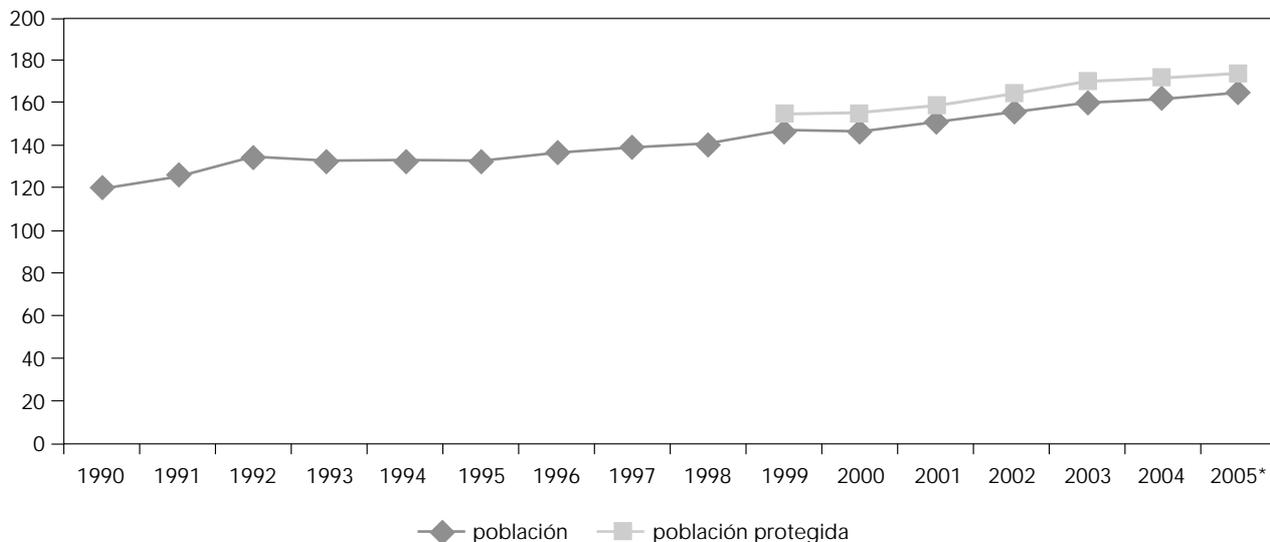
Esta pérdida de peso relativo no se reproduce cuando la variable analizada es el gasto por habitante, en valores constantes de 2005. En concreto, se observa una muy ligera tendencia alcista a lo largo de todo el periodo, al pasar de un gasto de 119 euros por habitante en el año 1990 a 174 euros el 2005, y de 156 euros por persona protegida en 1999 a 183 euros en el 2005 (figura 9).

Sin embargo, cuando se observa el peso específico del gasto en AP respecto al gasto total sanitario, se vuelve a observar un importante retroceso de dicho gasto. Tal y como puede comprobarse en este caso, excepto en el año 2003, donde hubo un repunte considerable del va-



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 1.

FIGURA 8 Evolución del gasto público en servicios primarios de salud (% s/PIB).



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 1.

FIGURA 9 Evolución del gasto público en servicios primarios de salud (euros'05 por habitante).

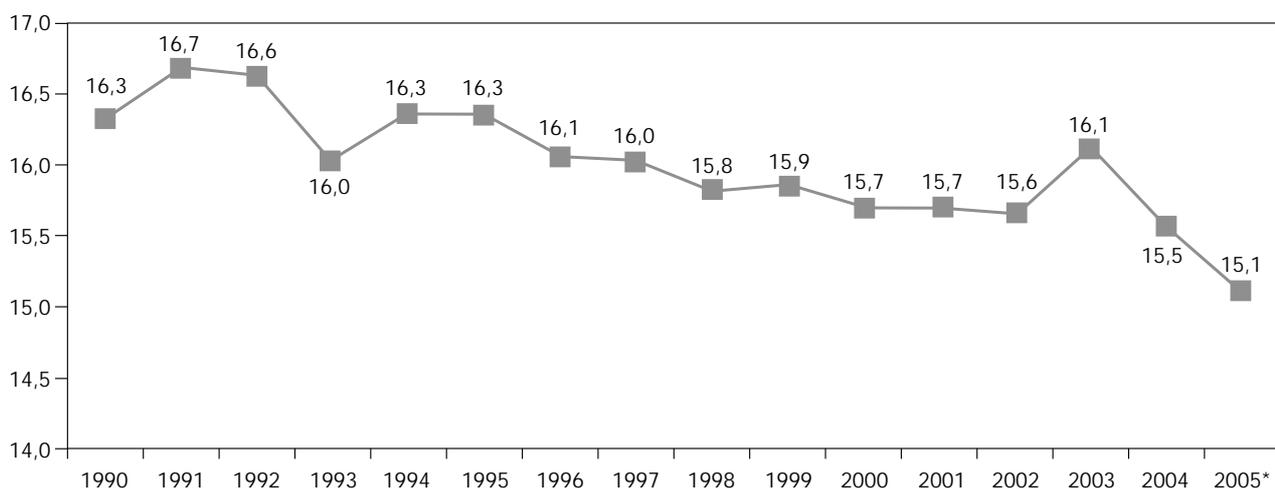
lor de esta variable (se situó en el 16,1%), en el resto del periodo la tendencia experimentada desde 1991 es decreciente, acelerándose esta reducción de manera muy notoria en los últimos dos años del período analizado, alcanzando en el 2005 el 15,1%, el valor más bajo de todo el período (figura 10).

En definitiva, pese a la gran incidencia que tiene la AP en la mejora de la salud de la población, el gasto público destinado a este ámbito ha ido perdiendo peso específico en los últimos 15 años. La principal causa de este comportamiento es el aumento que ha tenido el gas-

to en servicios hospitalarios y especializados que en los últimos dos años ha experimentado crecimientos reales superiores al 10%, lo que comporta una ampliación de la brecha de la relación atención hospitalaria/primaria que ha pasado de ser 3 a 1 en el 1995, a ser de 4 a 1 en el 2005 (figura 11).

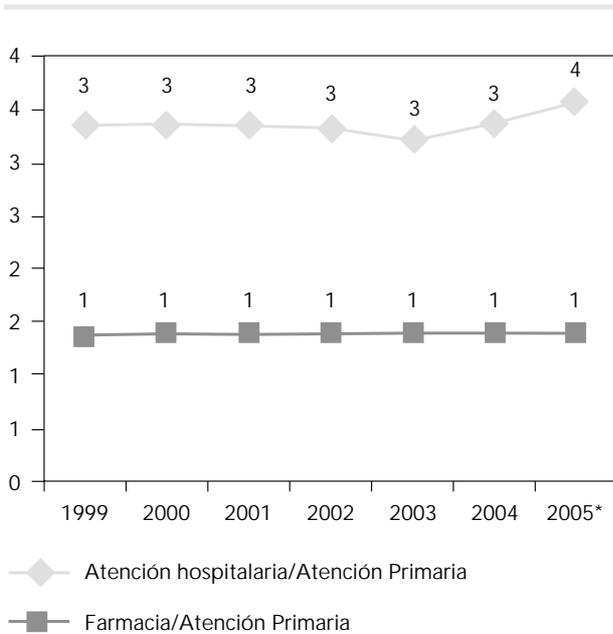
Estructura económica del gasto en Atención Primaria

Para analizar la estructura económica del gasto en AP recurre a las cuentas satélites correspondientes al 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 1.

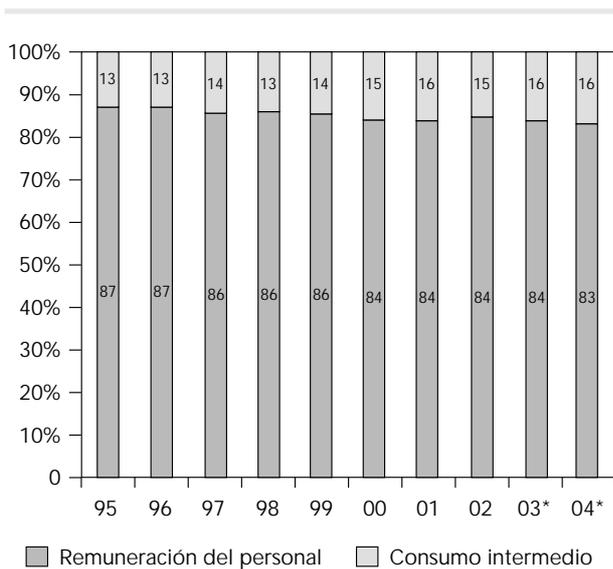
FIGURA 10 Peso relativo del gasto en servicios primarios de salud sobre el gasto sanitario.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP).²

FIGURA 11 Peso relativo del gasto en Atención Primaria

Tal y como se puede observar en la figura 12, la principal partida de coste del gasto en AP es la remuneración del personal, que representa en el año 2004 el 83% del total del gasto en servicios primarios de salud, el restante 16% corresponde al gasto derivado del consumo intermedio.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP).²

FIGURA 12 Estructura económica del gasto en servicios primarios de salud (% s/total).

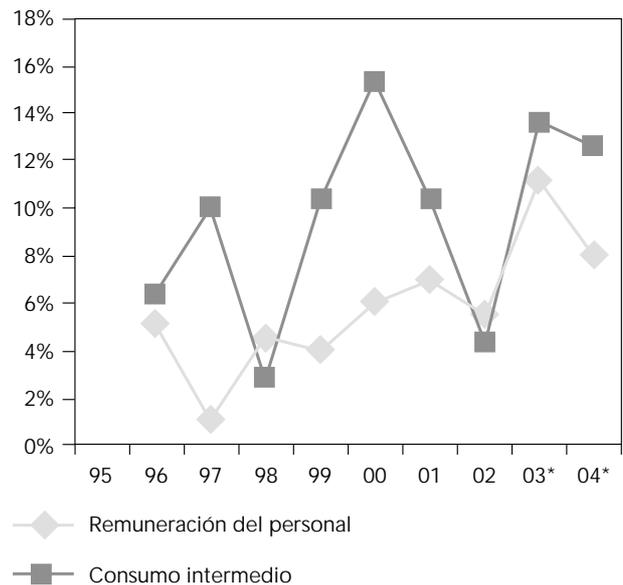
En términos evolutivos se constata como a lo largo del período analizado el peso del coste del personal se ha ido reduciendo de manera continuada. Así, mientras que en 1995 este concepto de gasto representaba el 87% del total del gasto, en el año 2004 se había reducido al 83%, es decir, se ha reducido en cinco puntos porcentuales.

Las causas pueden ser varias, pero a la vista del comportamiento del crecimiento interanual de estos dos conceptos de coste, todo hace suponer que ha habido un aumento del consumo intermedio mucho más intenso que el aumento que ha experimentado la remuneración del personal. Tal y como se puede apreciar en la figura 13, el gasto de AP en consumo intermedio tiene un comportamiento muy errático con unos máximos y mínimos muy extremos, aunque, en general, se puede afirmar que la tendencia experimentada ha sido alcista, puesto que en promedio, la tasa de variación interanual de este tipo de coste ha sido de un 10%.

En cambio, el comportamiento del coste de personal, si bien ha experimentado una tendencia más estable en el tiempo, y con una pendiente positiva, su tasa de crecimiento media a lo largo del período ha sido más bajo, situándose en el 6%.

El gasto en Atención Primaria por administraciones

En el año 2004, el 82% del total del gasto en AP fue realizado por las comunidades autónomas, por lo que son estas administraciones las que condicionan plenamente el comportamiento de dicho gasto. El sistema de la seguridad social realizó el 9,1%, las corporaciones locales



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP).²

FIGURA 13 Variación interanual de los conceptos de costes.

el 4,5% y las mutualidades de funcionarios el 3,0%. El resto de administraciones tiene una participación insignificante en dicho gasto (figura 14).

Como es obvio esta es la distribución del gasto en AP que se observa desde el 2002, año en el que todas las comunidades asumieron las competencias sanitarias. En el anterior período y, concretamente, en 1995 la distribución del gasto público en AP era bastante distinta. Así, las CCAA de gestión transferida eran también las administraciones que gestionaban la mayor parte de dicho gasto (el 50%), les seguía la seguridad social (36%) y, a mayor distancia se situaban las corporaciones locales (6%) y las comunidades de gestión transferida (5%).

Un aspecto importante a destacar es el peso que tiene el gasto en AP sobre el total del gasto sanitario para cada una de las administraciones y su evolución. Según datos del 2004, el gasto de las comunidades de gestión no transferida (es decir, Ceuta y Melilla) destinan un 91% a la AP. El gasto en AP también tiene un peso importante en la seguridad social al representar el 45% de su gasto sanitario y en las corporaciones locales donde este porcentaje alcanza el 37%. En cambio, en las CCAA de gestión transferida sólo supone el 14,2%.

En términos evolutivos se constatan varios hechos. En primer lugar, que tal y como se ha comentado anteriormente, el peso del gasto en AP sobre el total del gasto sanitario se ha reducido al pasar del 16,3% en 1995 al 15,5% en el 2004. En segundo lugar, ello se debe, fundamentalmente, al comportamiento de las comunidades

de gestión transferida, ya que el peso de su gasto en AP ha pasado de representar el 15,0% en 1995 al 14,2% en el 2004. En tercer lugar, el peso del gasto en AP de la seguridad social tiene una tendencia decreciente hasta el 2001, año en el que el peso es del 16,5% y, a partir del 2002, dado el traspaso de competencias hacia las comunidades, cambia la tendencia de manera muy intensa y dicho gasto pasa a representar el 45% en el 2004.

Evolución del gasto público en Atención Primaria por comunidades autónomas

El gasto en Atención Primaria por comunidades autónomas en el año 2004

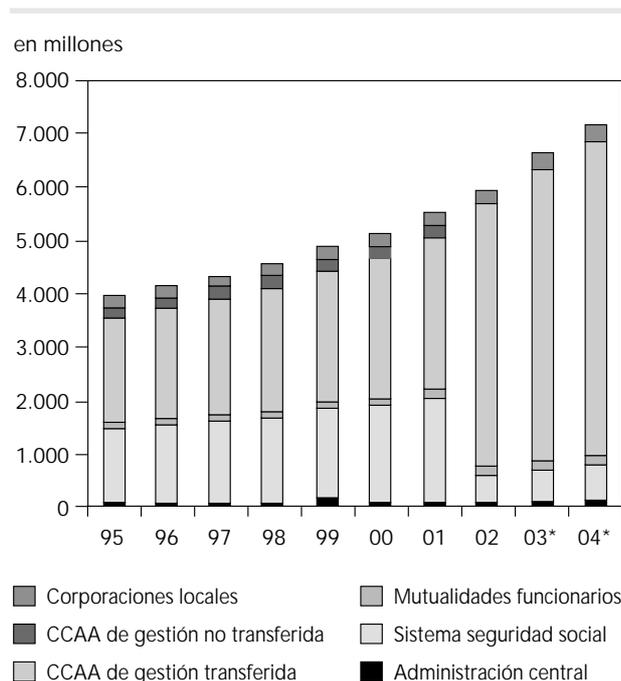
Los datos que proporciona el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el gasto público en sanidad territorializados por CCAA hacen referencia sólo a los gastos consolidados del sector CCAA, que incluyen los gastos realizados por las CCAA, los gastos territorializados del sistema de la seguridad social y los gastos de las corporaciones locales. Ello implica que no coincidan los datos agregados para el conjunto del Estado español con la suma de los gastos asignados a las comunidades y ciudades autónomas.

En el año 2004, último año para el que el Ministerio ofrece datos territorializados, las comunidades que en términos absolutos destinan un mayor volumen de recursos al gasto en AP son las de mayor población, es decir, Andalucía y Cataluña, con un gasto de más de un millón de euros. A mayor distancia les siguen Madrid y Valencia, con más de medio millón de euros. En sentido opuesto se sitúan las comunidades con menor número de habitantes. En concreto, Ceuta y Melilla, La Rioja y Cantabria con menos de 100 millones de euros (tabla 2 y figura 15).

La comparación homogénea entre comunidades obliga a relativizar dicho gasto en función de distintas variables. Así, si se considera el gasto en AP en relación al PIB regional, se observa que son las comunidades más pobres las que presentan un gasto en AP más elevado y viceversa. En concreto, lideran la lista Extremadura, donde el gasto en AP representa el 1,47% de su PIB, Ceuta y Melilla (1,23%) y Andalucía (0,99%). Les siguen Castilla y León (0,86%), Castilla-La Mancha (0,84%) y Asturias (0,82%). En cambio, las últimas posiciones son ocupadas por Madrid (0,40%), Baleares (0,55%), País Vasco (0,65%), C. Valenciana (0,66%) y Cataluña (0,66%) (figura 16).

Este resultado está en la línea de los obtenidos en otros estudios que demuestran que las variables de gasto en AP se correlacionan negativamente con la renta⁴.

Otra variable que permite comparar el gasto en AP entre comunidades es el gasto por habitante. En este caso, la ordenación sufre algunas variaciones importantes. Así, dejando a un lado el caso de Ceuta y Melilla que tienen un gasto de 208 euros por habitante, se sitúan en las primeras posiciones las comunidades de



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas del Gasto Sanitario Público (EGSP).²

FIGURA 14 Gasto en Atención Primaria por administraciones.

TABLA 2 Gasto en AP por CCAA, 2004

| | Miles de euros | Porcentaje s/total | Variación interanual | Porcentaje s/PIB | Euros por habitante | Euros por persona protegida | Porcentaje s/gasto público sanitario |
|----------------------|------------------|--------------------|----------------------|------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Andalucía | 1.139.237 | 19,4 | 6,8 | 0,99 | 148 | 158 | 16,4 |
| Aragón | 185.955 | 3,2 | 4,5 | 0,72 | 149 | 159 | 14,4 |
| Asturias | 148.329 | 2,5 | 12,1 | 0,82 | 138 | 143 | 12,7 |
| Baleares | 116.444 | 2,0 | 10,0 | 0,55 | 122 | 127 | 13,3 |
| Canarias | 231.988 | 3,9 | 7,4 | 0,68 | 121 | 127 | 11,2 |
| Cantabria | 71.698 | 1,2 | 10,4 | 0,68 | 129 | 135 | 11,0 |
| Castilla y León | 394.519 | 6,7 | 8,5 | 0,86 | 158 | 170 | 16,2 |
| Castilla-La Mancha | 238.988 | 4,1 | 10,0 | 0,84 | 129 | 136 | 14,1 |
| Cataluña | 1.038.021 | 17,6 | 8,1 | 0,66 | 152 | 156 | 15,1 |
| Comunidad Valenciana | 535.354 | 9,1 | 2,8 | 0,66 | 118 | 123 | 12,7 |
| Extremadura | 205.186 | 3,5 | 6,3 | 1,47 | 191 | 204 | 18,8 |
| Galicia | 316.220 | 5,4 | 6,9 | 0,74 | 115 | 122 | 11,9 |
| Madrid | 595.677 | 10,1 | 9,5 | 0,40 | 103 | 111 | 11,7 |
| Murcia | 158.464 | 2,7 | 6,1 | 0,75 | 122 | 131 | 12,3 |
| Navarra | 101.509 | 1,7 | -0,4 | 0,71 | 174 | 178 | 15,3 |
| País Vasco | 333.871 | 5,7 | 6,3 | 0,65 | 158 | 162 | 14,5 |
| Rioja (La) | 42.217 | 0,7 | 12,5 | 0,68 | 144 | 151 | 13,5 |
| Ceuta y Melilla | 29.694 | 0,5 | 9,7 | 1,23 | 208 | 264 | 22,0 |
| Total CCAA | 5.883.380 | 100,0 | 7,2 | 0,70 | 136 | 144 | 14,1 |

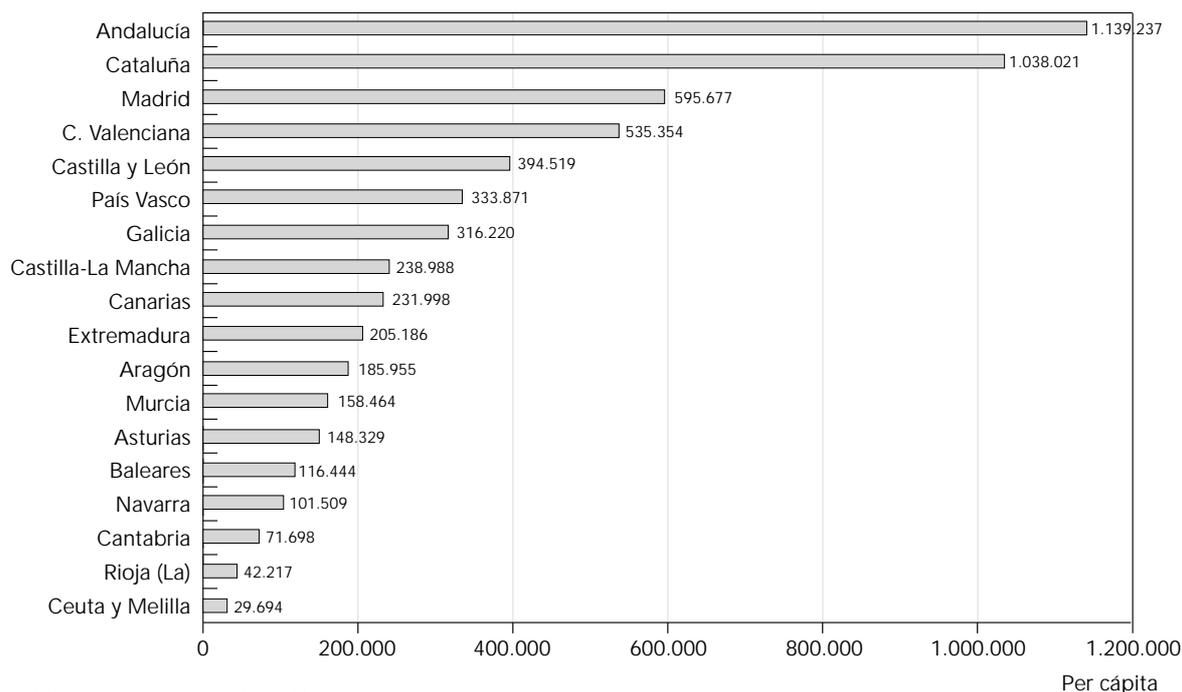
Fuente: Estadísticas EGSP: Tablas Gasto Sanitario Público Territorizado.

Extremadura (191 euros) y Navarra (174). Les siguen Castilla y León (158 euros), País Vasco (158 euros), Cataluña (152), Aragón (149), Andalucía (148), La Rioja (144) y Asturias (138).

En sentido opuesto se encuentran Madrid (103 euros), Galicia (115) y la C. Valenciana (118). Les siguen con

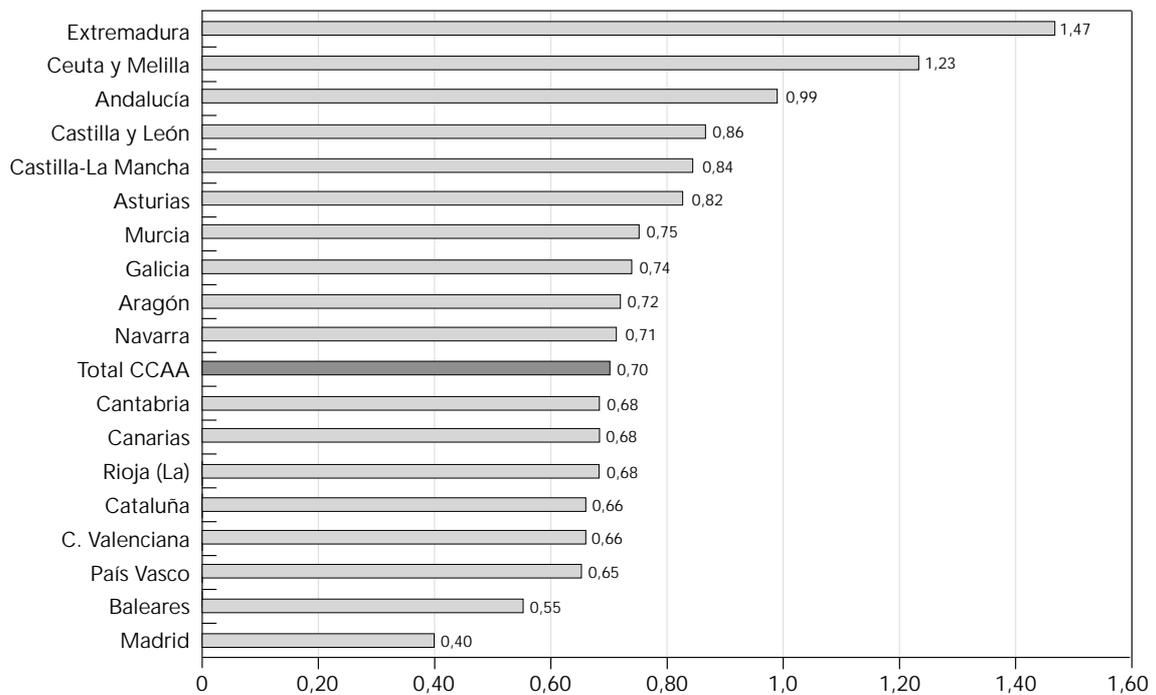
un gasto superior a los 120 euros por habitante, Canarias (121), Baleares (122) y Murcia (122). Por debajo de la media también se encuentran Cantabria (129) y Castilla-La Mancha (129) (figura 17).

El mismo cálculo puede realizarse teniendo en cuenta la población protegida, es decir, descontando del total



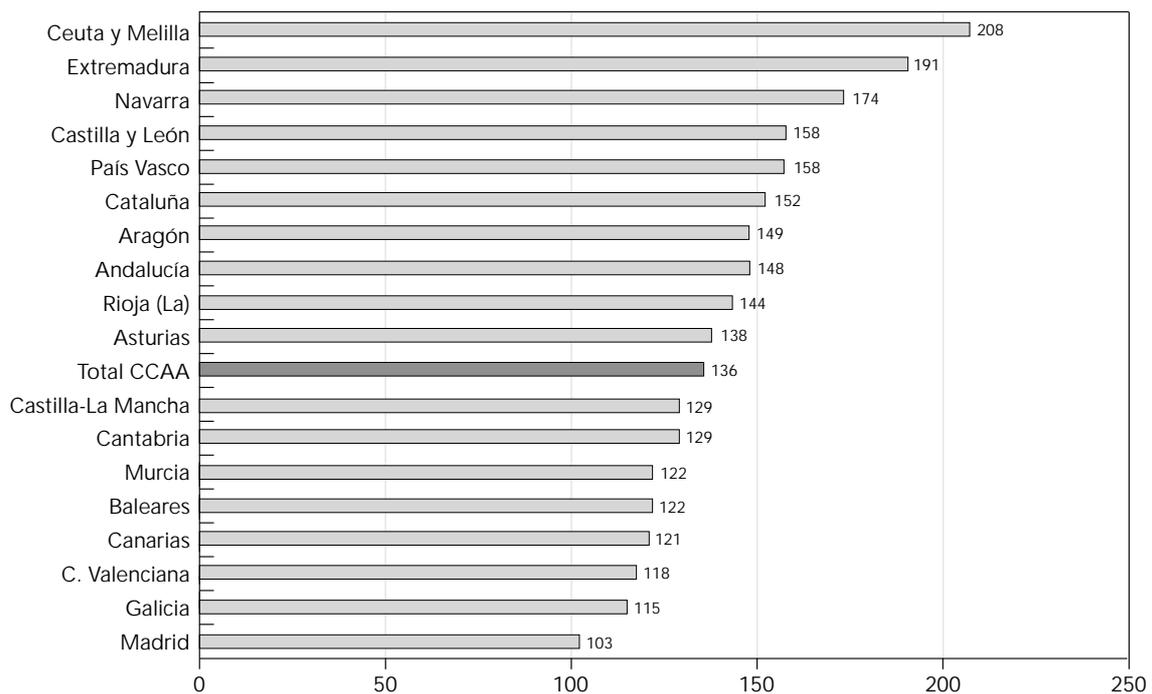
Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 15 Gasto público en Atención Primaria, 2004 (en miles de euros corrientes).



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 16 Porcentaje del gasto en atención primaria/PIB, 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 17 Gasto en Atención Primaria por habitante, 2004.

de población el colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios civiles y militares que han optado por ser atendidos a través de una entidad de seguro sanitario privado. Los resultados son casi idénticos, si bien el nivel de gasto por persona protegida es superior al de gasto por habitante al reducirse el denominador. Las CCAA que cambian de posición son Cataluña que pasa a situarse por detrás de Aragón y Andalucía (figura 18).

Otra variable que permite contrastar la importancia que se le otorga a la AP es el cociente entre el gasto destinado a este ámbito y el gasto total en sanidad. Las comunidades que destinan una mayor proporción de gasto sanitario al gasto en AP son a parte de Ceuta y Melilla donde el porcentaje es del 22,0%, Extremadura (18,8%), Andalucía (16,4%) y Castilla y León (16,2%). También se encuentran por encima de la media que se estima en un 14,1%, Navarra (15,3%), Cataluña (15,1%), País Vasco (14,5%), Aragón (14,4%), y Castilla-La Mancha (14,1%).

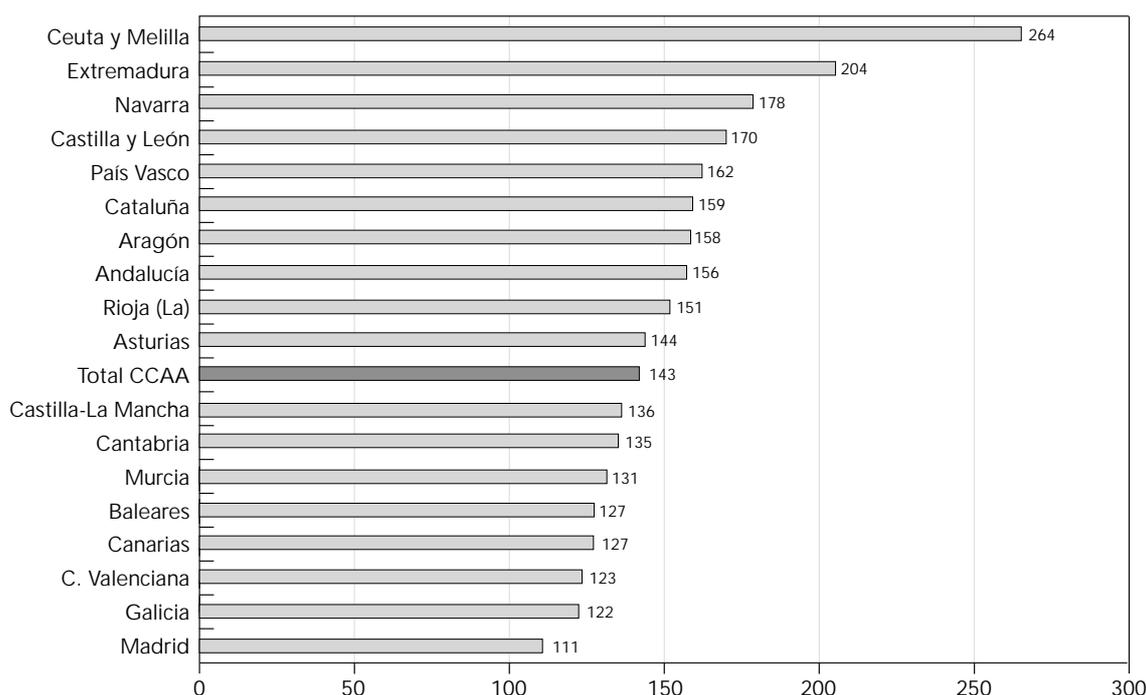
En cambio, las comunidades donde el peso del gasto en AP sobre el gasto sanitario es más bajo son Cantabria (11,0%), Canarias (11,2%), Madrid (11,7%) y Galicia (11,9%) (figura 19).

Del análisis anterior se puede llevar a cabo una agrupación de comunidades autónomas en base a la importancia que sus gobiernos otorgan a la AP. En concreto, se pueden distinguir tres grupos:

- El primero, integrado por Extremadura, Andalucía, Castilla y León, Navarra y Aragón, se caracteri-

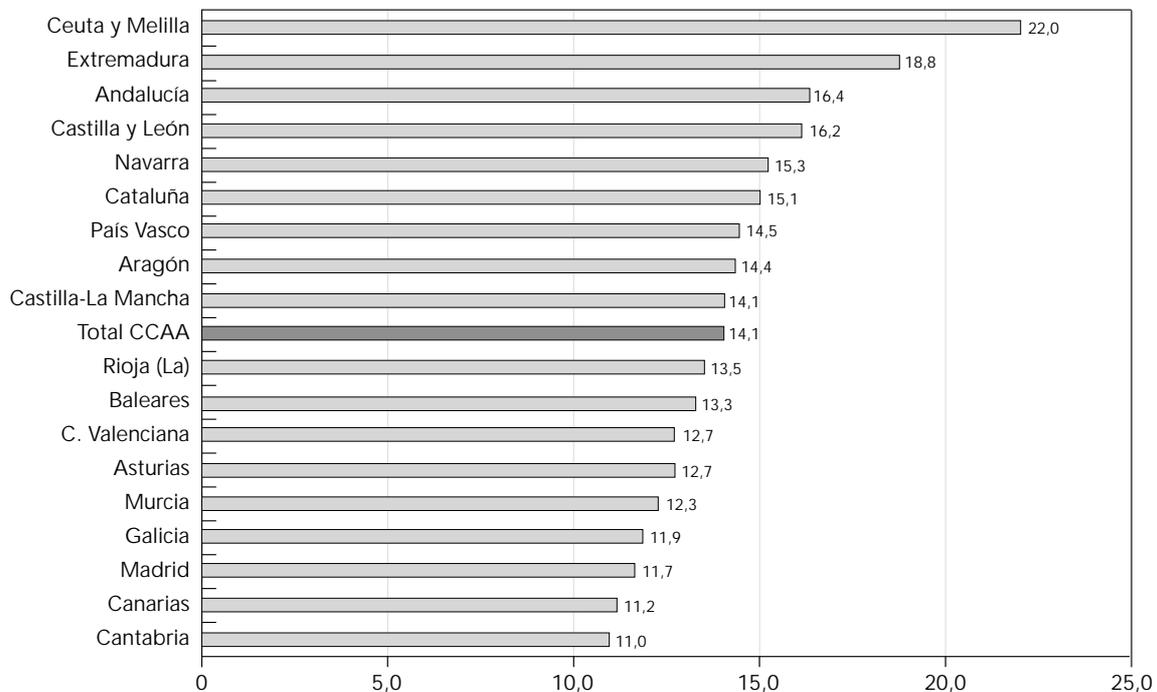
za porque todas estas comunidades priorizan de manera muy importante la AP. Ello lo confirma el hecho de que presentan unos valores de gasto por habitante, porcentaje respecto al PIB y peso relativo de la AP en relación al total del gasto sanitario muy por encima de la media de las comunidades autónomas.

- El segundo grupo lo forman Madrid, Baleares, C. Valenciana, Cantabria y Canarias. Su principal rasgo común es que son comunidades que prestan muy poca atención a la asistencia primaria, como lo demuestra el hecho de que en todos los indicadores analizados siempre se sitúan en la parte inferior de la lista.
- Un tercer grupo de comunidades se caracterizan por presentar un gasto por habitante y un peso específico de la AP sobre el total del gasto sanitario por encima de la media del conjunto de las CCAA, mientras que en términos de gasto en proporción al PIB se encuentran por debajo. Se trata, normalmente de comunidades ricas como son Cataluña, el País Vasco y La Rioja.
- El cuarto grupo está configurado por comunidades que presentan unas características inversas al grupo anterior. Presentan un porcentaje de gasto en AP por encima de la media del conjunto de CCAA, pero tanto en términos de gasto por habitante como de peso relativo de la AP en relación al total del gasto sanitario se sitúan por debajo de la



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 18 Gasto en Atención Primaria por persona protegida, 2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 19 Peso específico del gasto en Atención Primaria (Porcentaje gasto en Atención Primaria/gasto sanitario).

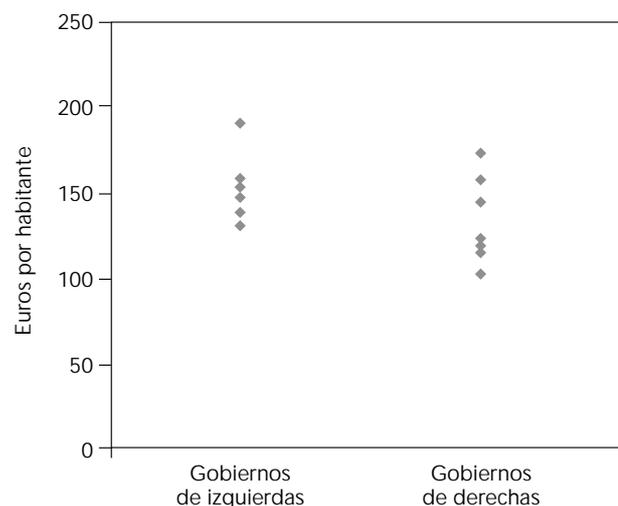
media. En este grupo se encuentran las comunidades de Asturias, Murcia, Galicia y Castilla-La Mancha, aunque en este último caso el peso relativo de la AP se sitúa por encima de la media.

Una posible explicación a esas agrupaciones reside en la existencia de un comportamiento político de índole ideológico. Así, en términos generales, se observa que, mayoritariamente, son las comunidades autónomas con gobiernos de izquierda las que priorizan en sus presupuestos el gasto en AP, mientras que los gobiernos de derechas son los que, en términos generales prestan una menor atención a la asistencia primaria (figura 20).

Cabe señalar, por último, que no existe una cierta relación muy exacta entre el gasto en AP por comunidades y el hecho de haber implantado el denominado «céntimo sanitario». El céntimo sanitario es impuesto sobre los hidrocarburos para financiar la sanidad pública de la comunidad. Este impuesto ha sido introducido en Galicia (2002), Madrid (2002), Cataluña (2004), Asturias (2004), Castilla-La Mancha (2006) y C. Valenciana (2006). Tal y como se puede comprobar, las comunidades que prestan una mayor atención a la asistencia primaria, ninguna de ellas ha aplicado dicho céntimo sanitario. En cambio dos de las comunidades que menos gasto destinan a la AP si han introducido el céntimo sanitario. Se trata de Madrid y la C. Valenciana. El resto de comunidades que han aplicado dicho impuesto se sitúan en posiciones intermedias.

Evolución del gasto en Atención Primaria por comunidades autónomas en los últimos años

Hasta aquí se ha llevado a cabo un análisis estático, pero una de las preocupaciones de las CCAA es la variación que ha tenido el gasto sanitario en los últimos



Fuente: Elaboración propia a partir de la tabla 2.

FIGURA 20 Gasto per cápita en Atención Primaria según el color político de los gobiernos autonómicos, 2004.

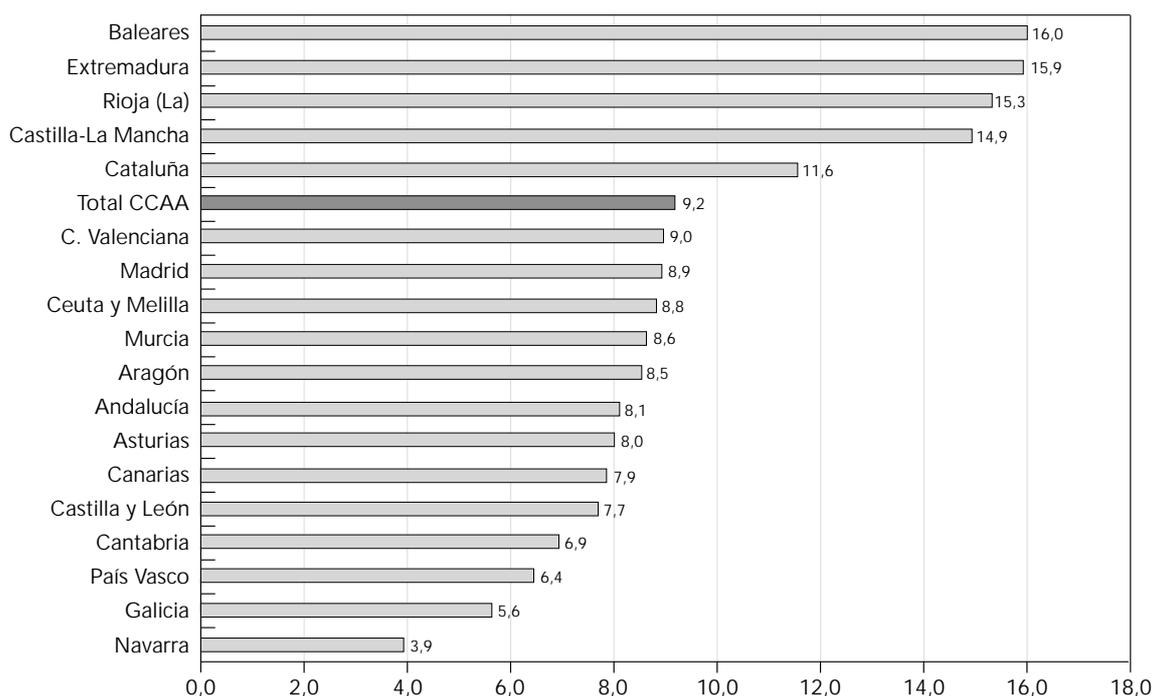
años. En este sentido, si se considera la tasa de crecimiento anual acumulativa del gasto en AP entre los años 2002-04, por ser el período en que todas las comunidades tienen asumidas las competencias sanitarias, se observa que las comunidades donde esta tasa ha sido más elevada son Baleares (16,0%), Extremadura (15,9%), La Rioja (15,3%), Castilla-La Mancha (14,9%) y Cataluña (11,6%). El resto de comunidades se sitúa por debajo de la media que se cifra en 9,2%. Las comunidades donde el gasto en AP ha tenido una menor tasa de crecimiento son Navarra (3,9%), Galicia (5,6%), País Vasco (6,4%) y Cantabria (6,9%). Tal y como puede comprobarse las tres comunidades con mayores tasas de crecimiento del gasto en servicios primarios de salud fueron comunidades a las que se les traspasaron las competencias sanitarias en 2002, mientras que las tres con menor crecimiento han sido comunidades que ya tenían traspasadas estas competencias desde un inicio (figura 21).

Si el análisis se lleva a cabo para un período más largo de tiempo, 1995-2004, y se diferencian las comunidades en función de si tenían traspasadas las competencias sanitarias en el año 2002 o no, se observa un comportamiento distinto. Así, las comunidades que desde un inicio asumieron las competencias en materia sanitaria presentan unas tasas de crecimiento anual en términos reales mucho más estables que el resto de comunidades. No obstante, a partir del 2002 las tasas de crecimiento amplían su magnitud. Se observa que Andalucía y Canarias tuvieron un incremento real muy importante el año 2002

y a partir de este momento frenaron el ritmo de crecimiento. El mismo comportamiento presentan Cataluña y la C. Valenciana, pero retardado un año. En cambio Galicia muestra un comportamiento inverso. Por su parte Navarra y El País Vasco presentan una tendencia muy estable a lo largo de todo el período (figura 22).

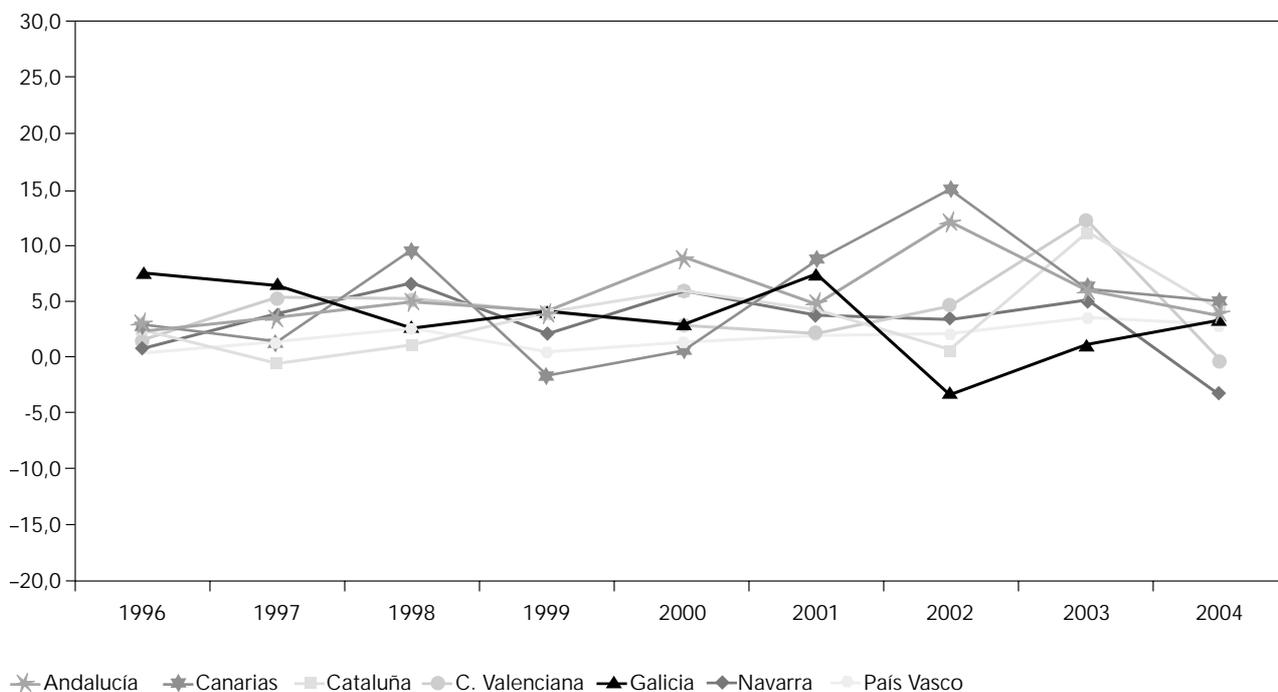
Las comunidades que a partir del 1 de enero del 2002 asumieron las funciones y servicios del INS, tuvieron un crecimiento real mucho más errático a partir de este año. Es decir, mientras la gestión sanitaria la llevaba a cabo el INSALUD las tasas de crecimiento del gasto en AP por CCAA eran bastante estables. A partir de que dichos servicios fueron traspasados, las comunidades haciendo uso de su autonomía cambiaron la tendencia y las tasas de crecimiento fueron mucho más intensas fundamentalmente en sentido positivo en los años 2002 y 2003, aunque en alguna comunidad también en sentido negativo. Los datos para el año 2004 muestran una convergencia de tasas de crecimiento real que se mueven entre el 0 y 10% (figura 23).

De ello se desprende que a partir del 2002, el comportamiento del gasto público en AP deja de ser tan estable como venía siéndolo a lo largo del período 1995-2001, para presentar unos picos de crecimiento, en algunas comunidades en el año 2002 y en otras en el 2003 que hicieron dar un salto al nivel de recursos de la AP. Las causas de este importante aumento ocurrido en estos dos años pueden ser varias. En primer lugar, el cambio en el sistema de financiación pudo permitir a



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 21 Tasa de crecimiento anual acumulativa del gasto en Atención Primaria, 2002-2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 22 Tasa de crecimiento real interanual de las comunidades que en 1995 tenían traspasadas las competencias en sanidad.

las comunidades que ya tenían asumidas las competencias sanitarias aumentar el gasto en sanidad y, especialmente, en el ámbito de la AP, ya que se preveía que el sistema de financiación sería mejor que el existente hasta en aquel momento. Por otro lado, las comunidades que asumieron las competencias en el 2002 utilizaron su autonomía de gestión para incrementar el gasto en dicho ámbito.

Otra cuestión a considerar es la contrastación de si la pérdida de peso específico que, en general, ha sufrido el gasto en AP respecto al gasto total sanitario se ha distribuido de manera homogénea entre las distintas CCAA o, si por el contrario, se observan comportamientos muy dispares.

Para ello analizo la diferencia en términos absolutos del peso que tenía dicha variable en el año 2004 respecto al que tenía en el 1995. Los datos muestran que salvo en Ceuta y Melilla, Andalucía y Cantabria en el resto de comunidades la AP ha reducido su participación en el total del gasto sanitario. Las comunidades donde esta pérdida ha sido más importante son Castilla-La Mancha y Castilla y León, al perder más de cuatro puntos porcentuales, les siguen Aragón, Murcia, Baleares y el País Vasco con una pérdida de entre 2 y 4 puntos. Por encima de la media de las comunidades se sitúan también Madrid, Canarias, Cataluña y Navarra, mientras que por debajo de la media se encuentran Extremadura, La Rioja, Asturias y Galicia (figura 24).

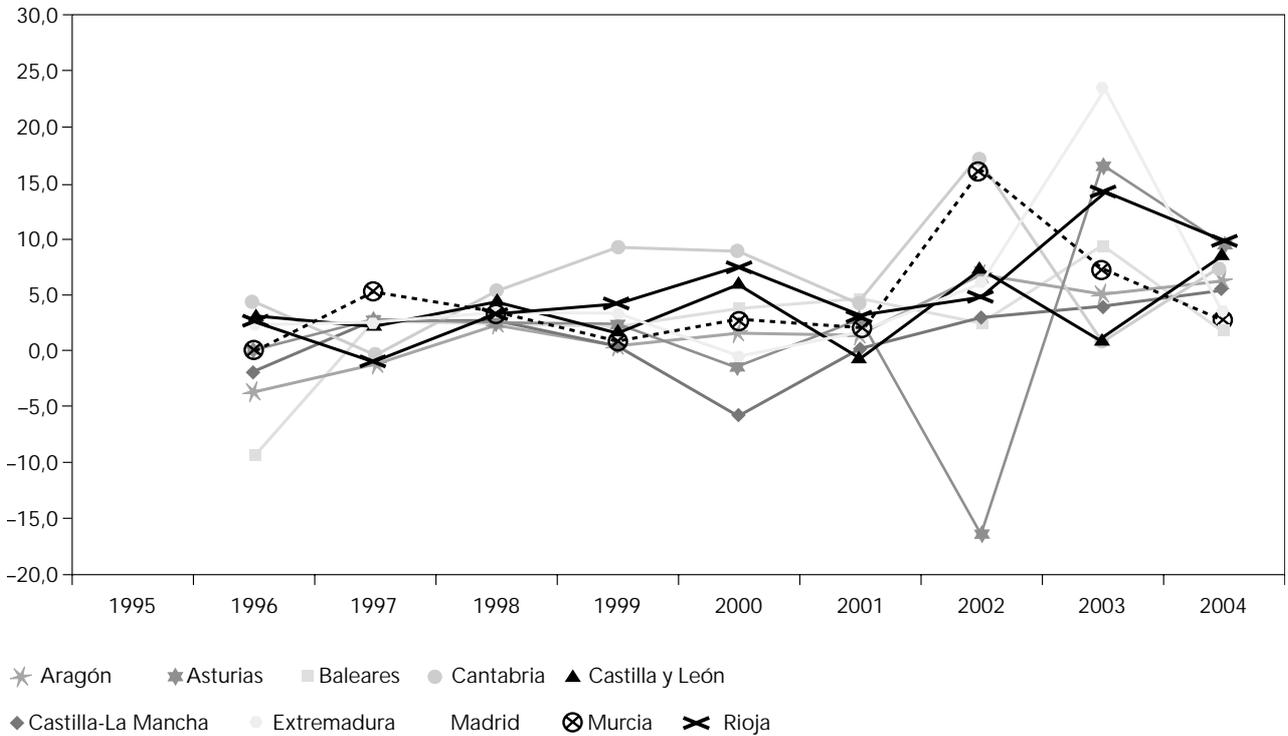
Finalmente, se va a analizar el incremento real en valores absolutos del gasto en AP per cápita desde el

2002 al 2004. Se observan varios comportamientos distintos. Por un lado, el importante incremento del gasto por habitante realizado por Extremadura, cifrado en 43 euros por persona. Después, hay un primer grupo de comunidades donde se encuentran La Rioja, Ceuta y Melilla, Baleares y Castilla-La Mancha con unos incrementos que van desde los 22 a los 25 euros por persona. Un segundo grupo de comunidades lo configuran aquellas que han tenido un incremento por encima de la media, entre los 12 y los 16 euros por persona. En este grupo se encuentran Cataluña, Castilla y León, Asturias y Aragón (figura 25).

Un tercer grupo lo configuran aquellas comunidades que se sitúan inmediatamente por debajo de la media no reduciendo el gasto por habitante sino que lo aumentan entre 5 y 10 euros por habitante. Finalmente, Navarra presenta un comportamiento muy peculiar y específico al reducir en términos reales el gasto por habitante en dos euros.

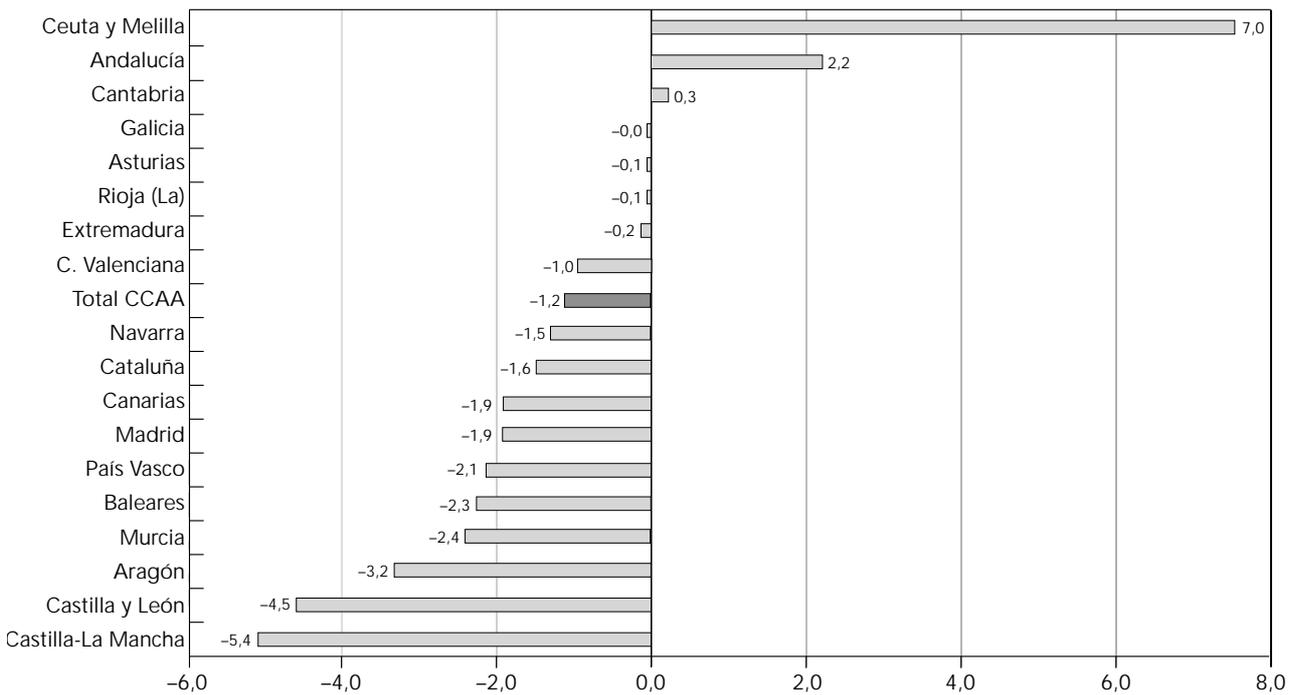
Si este mismo análisis se aplica a la población protegida el resultado es bastante similar (figura 26).

Si el análisis se amplía a un periodo más amplio de tiempo, se vislumbran algunas diferencias en relación al análisis anterior. Así por ejemplo, dejando aparte Ceuta y Melilla que han aumentado el gasto por habitante en términos constantes 108 euros. La comunidad que ha experimentado un mayor aumento del gasto en AP es Extremadura con 69 euros por habitante. Le sigue un grupo de comunidades (Andalucía, Cantabria, La Rioja y Asturias) que han aumentado entre 40 y 55 eu-



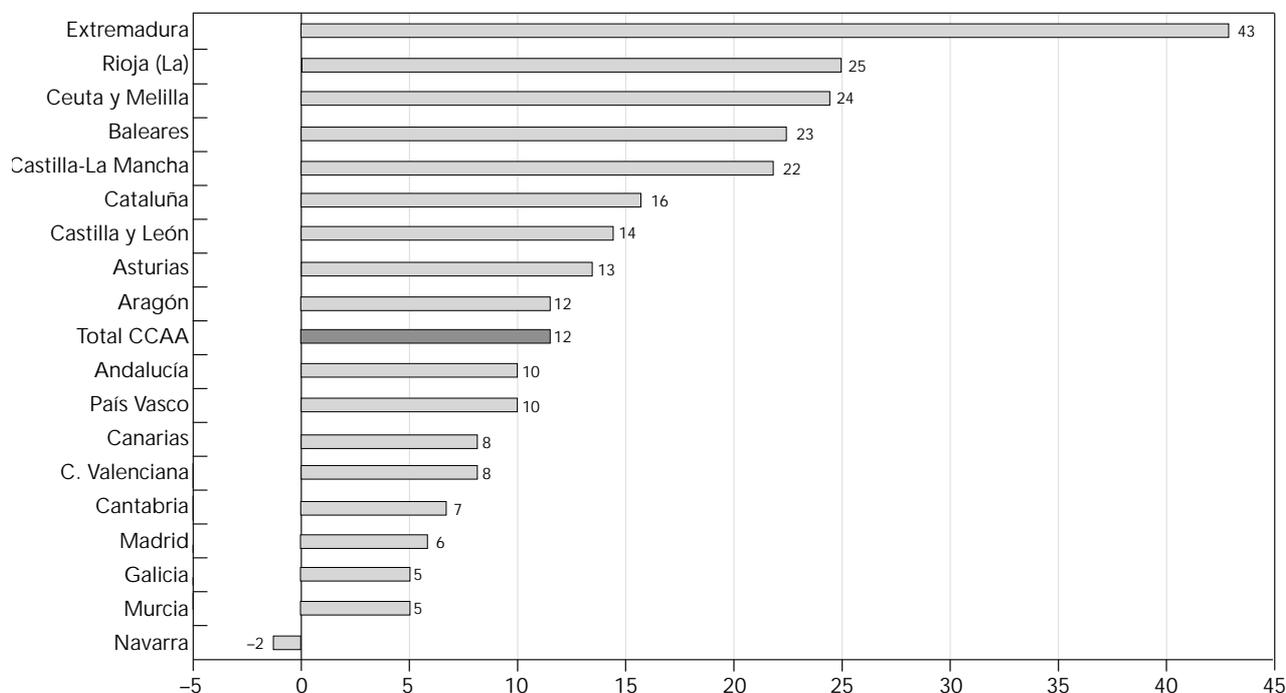
Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 23 Tasa de crecimiento real interanual de las comunidades que se les traspasó sanidad en el 2002.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.

FIGURA 24 Variación del peso específico del gasto en Atención Primaria 1995-2004 (% gasto Atención Primaria/gasto sanitario 2004-% gasto atención primaria/gasto sanitario 1995).



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 25 Incremento del gasto per cápita, 2002-2004 (euros ctes. '05).

ros por habitante. Seguidamente se sitúan todo un conjunto de comunidades con unos incrementos alrededor de la media, que se sitúan entre los 25 y los 33 euros per cápita. En este segundo grupo se encuentran Galicia, Cataluña, Canarias, Baleares, C. Valenciana, Navarra, País Vasco y Murcia. En una situación más alejada Aragón y Castilla y León con 19 y 20 euros de incremento. Finalmente, el último lugar es ocupado por Madrid y Castilla-La Mancha, comunidades que sólo han incrementado su gasto en AP en 6 y 8 euros, respectivamente (figura 27).

La financiación de la Atención Primaria

Una vez analizado el gasto público en servicios primarios de salud, en el presente apartado se va a analizar la financiación de dicho gasto. Cabe señalar que no existe un sistema de financiación específico para la AP, sino que la financiación de la sanidad es única y global.

La universalización de la asistencia sanitaria provocó la transformación del Sistema de Seguridad Social al actual SNS. Este cambio, supuso entre otras cuestiones, la desaparición de las cotizaciones sociales como instrumentos de financiación de la sanidad. Desde 1999 hasta 2002 la asistencia sanitaria se financiaba a través de una aportación del Estado al INSALUD. El INSALUD otorgaba transferencias específicas a las comunidades

autónomas de régimen común que tenían traspasados los servicios sanitarios y financiaba el coste de la prestación del servicio en aquellas comunidades que no lo tenían traspasado. A partir del 2002, al entrar en vigor el nuevo modelo de financiación autonómica, la sanidad pasa a integrarse dentro del modelo de financiación general de las CCAA de régimen común y, por tanto, se sufraga a través de la recaudación de los impuestos cedidos a las CCAA y del Fondo de Suficiencia que el Estado otorga a dichas administraciones.

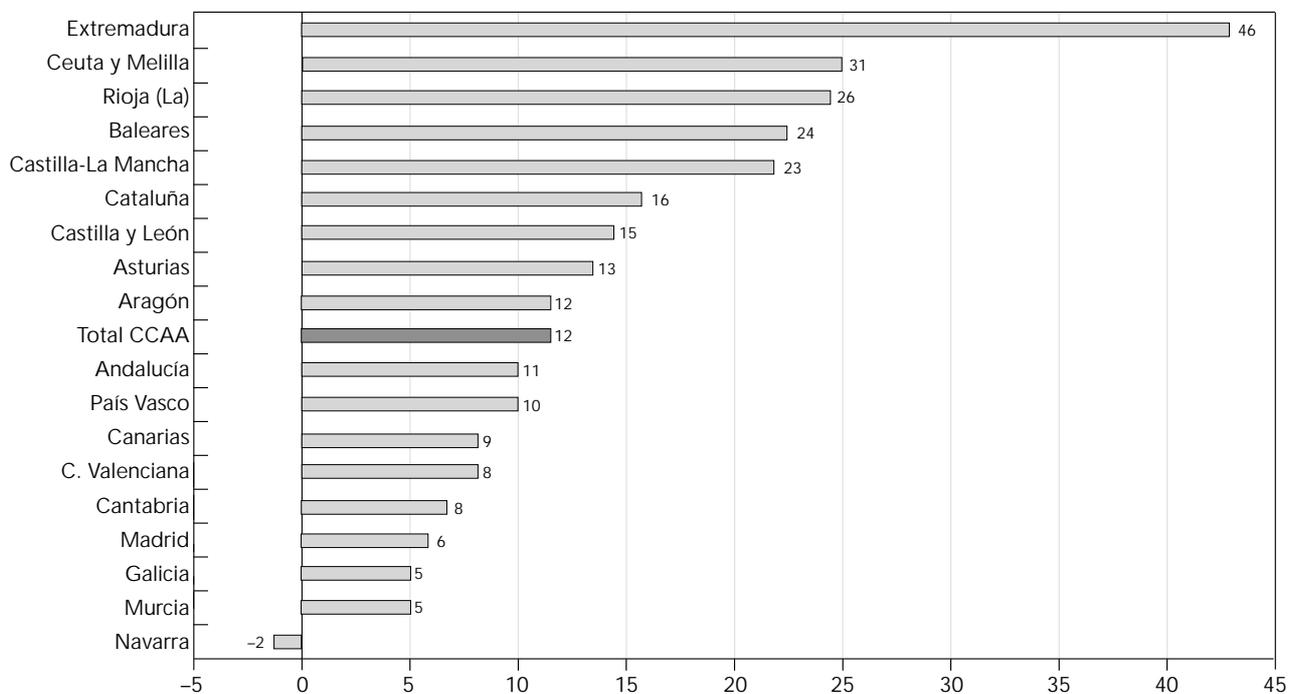
Por su parte, las comunidades de régimen foral, desde el momento en que se les traspasaron los servicios de asistencia sanitaria^a, financian el gasto sanitario a través de sus recursos propios. Ello es debido a que el régimen foral otorga a los Territorios Históricos del País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra la potestad para gestionar, liquidar, recaudar e inspeccionar la mayoría de los impuestos estatales^b. Así, estas comunidades^c recaudan todos los impuestos y dan una transferencia al Estado para contribuir al coste de los servicios que éste continúa prestando a estos territorios. Esta transferencia se denomina «cupo» en el caso del País Vasco y «aportación» en el caso de Navarra.

Por lo que se refiere a las comunidades de régimen común, el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Finan-

a. Al País Vasco en 1980 y a Navarra en 1985.

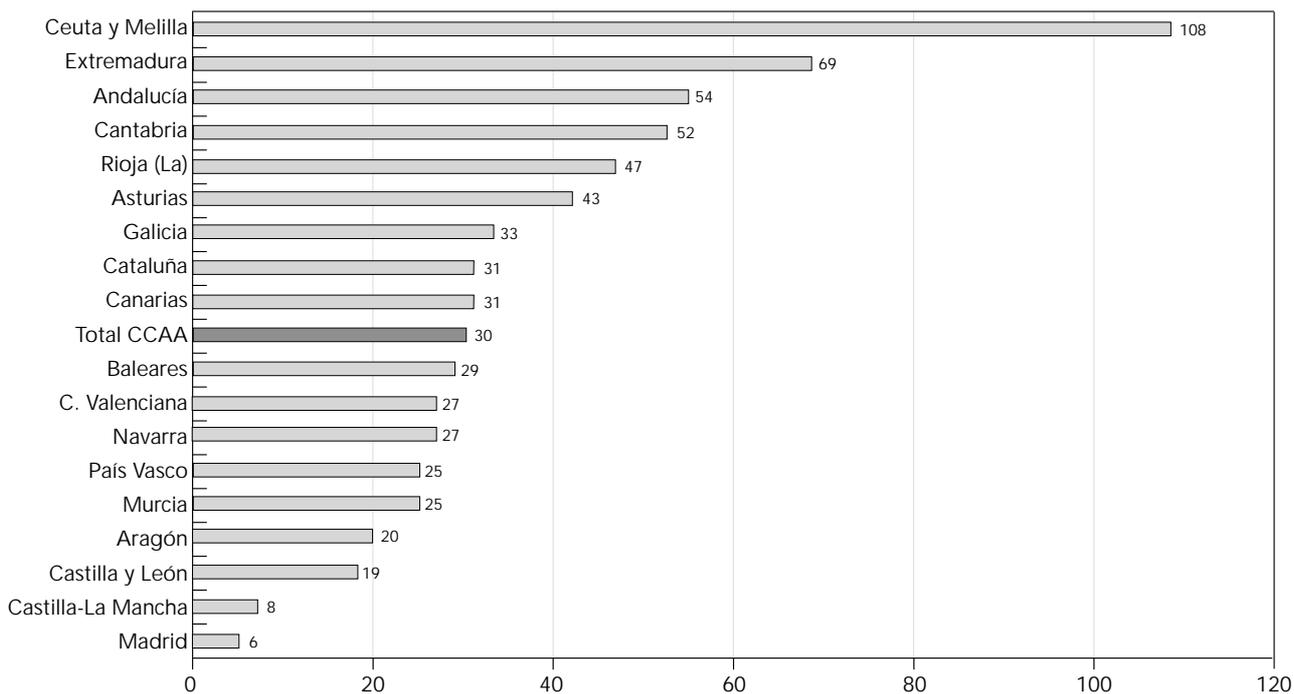
b. Actualmente todos, excepto los derechos de importación y los gravámenes a la importación en los Impuestos Especiales y en el Impuesto sobre el Valor Añadido.

c. En el caso del País Vasco son las Diputaciones las que tienen otorgadas estas competencias tributarias.



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 26 Incremento del gasto por persona protegida, 2002-2004 (euros ctes.'05).



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad y Consumo: Estadísticas de gasto sanitario público.²

FIGURA 27 Incremento del gasto per cápita, 1995-2004 (euros ctes.'05).

ciera de 27 de julio de 2001 estableció las bases del sistema de financiación de dichas comunidades que regiría a partir del año 2002. Las características más importantes del nuevo modelo son, la integración de la sanidad dentro del marco general de financiación (por lo que ésta deja de tener el trato específico que había tenido hasta entonces); y el aumento de la capacidad normativa y del peso de los impuestos en los recursos de las CCAA de régimen común.

El modelo de financiación sanitaria autonómica

El nuevo modelo de financiación autonómico pretende cubrir el coste de los servicios traspasados a las CCAA. Para ello se determinan, en primer lugar, las necesidades de gasto de cada comunidad. En segundo lugar, se calculan los ingresos propios que tienen las comunidades y, en tercer lugar, se determina la diferencia entre estas dos variables. Si esta diferencia es positiva, es decir, las necesidades son superiores a los ingresos, el Estado a través del Fondo de Suficiencia otorga unos recursos para sufragar el coste de los servicios y garantizar la suficiencia financiera. En el caso de que las necesidades sean inferiores a los ingresos, las comunidades deberán aportar al Estado la diferencia mediante una aportación negativa al Fondo de suficiencia.

Determinación de las necesidades de gasto autonómicas

El primer paso para establecer los recursos que han de recibir las CCAA es determinar las necesidades de gasto. Se establecen tres áreas de gasto: competencias comunes, competencias sanitarias y competencias en servicios sociales.

Cogiendo como año base de cálculo el 1999, a cada bloque de competencias se les asignan unos recursos, que es el resultado de agregar la financiación que para cada bloque tenía cada comunidad autónoma en el año base. La suma de estos tres bloques representa el volumen total de recursos garantizados por el sistema, ya que se garantiza que cada Comunidad Autónoma reciba, como mínimo, una cuantía de recursos igual a la que recibía con el sistema anterior.

En el caso de la sanidad, los recursos asignados se obtienen por la agregación del gasto sanitario liquidado (incluyendo el fondo de incapacidad laboral) correspondiente al año 1999, de las CCAA con competencias asumidas y del realizado por el «INSALUD gestión directa» al resto de CCAA. El importe total es de 24.801,3 millones de euros.

Una vez determinada la cuantía total, ésta se reparte entre todas las CCAA y ciudades autónomas en base a las siguientes variables: la población protegida (75%), la población mayor de 65 años (24,5%) y la insularidad (0,5%).

El Sistema garantiza que la financiación asignada a cada CCAA, sea al menos igual a la que venían recibiendo por estas competencias el año base (1999), es decir,

se garantiza el *statu quo*. Ello supuso que el Estado aumentase los recursos totales hasta los 25.196,6 millones de euros.

Una vez encontrada la cuantía correspondiente a cada comunidad se sustrae de cada una el importe que le corresponde al Fondo por incapacidad temporal. Los recursos asignados a este fondo (240,4 millones de euros) se distribuyen entre las CCAA en base a la población protegida. Este Fondo se sustrae, porque se otorga a las comunidades en una fase posterior.

Una vez excluido el fondo de incapacidad laboral, se obtienen las necesidades de financiación del gasto sanitario de cada comunidad, garantizando el *status quo*. Finalmente, señalar que se tiene también en cuenta el coste efectivo del traspaso de sanidad establecido en los Reales Decretos de traspaso para las diez comunidades que asumieron la sanidad en el 2002. En el caso de que dicho coste sea superior al calculado por el método anterior, las necesidades de financiación del bloque de sanidad consideran dicho coste efectivo. En la tabla 3 se presentan el reparto de recursos siguiendo todo el procedimiento descrito.

Los recursos del nuevo modelo de financiación autonómico

Para cubrir el conjunto de necesidades de gasto estimadas (generales, sanitarias y sociales), el nuevo modelo establece los siguientes recursos financieros para las CCAA:

- a) Cesta de impuestos: formada por los siguientes tributos:
 - Impuesto sobre sucesiones y donaciones.
 - Impuesto sobre el patrimonio.
 - Impuesto sobre transmisiones patrimoniales.
 - Impuesto sobre actos jurídicos documentados
 - Tramo autonómico del IRPF del 33%.
 - 35% del IVA.
 - 40% impuesto especial sobre los hidrocarburos.
 - 40% impuesto especial sobre el tabaco.
 - 40% impuesto especial sobre alcohol .
 - Impuesto sobre la electricidad.
 - Impuesto sobre determinados medios de transporte.
 - Impuesto sobre ventas minoristas de hidrocarburos.
 - Tasa sobre el juego.
- b) Fondo de suficiencia: tiene la consideración de mecanismo de cierre del sistema de financiación, y es una transferencia del Estado a las comunidades. Se obtiene por diferencia entre las necesidades de gasto y los ingresos proporcionados por la cesta de impuestos. Este fondo de suficiencia se calcula para el año base (1999) y, a partir de este momento, se actualiza anualmente para cada comunidad en función de los ingresos tributarios del Estado (ITE^d).

d. El ITE está constituido por la recaudación estatal, excluida la susceptible de cesión a las Comunidades Autónomas, por IRPF, IVA e Impuestos Especiales de Fabricación sobre la Cerveza, sobre el Vino y Bebidas Fermentadas, sobre Productos Intermedios, sobre Alcoholes y Bebidas Derivadas, sobre Hidrocarburos y sobre Labores del Tabaco.

TABLA 3 Bloque de competencias de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social. Determinación de las necesidades de financiación. Datos año base

| | Restricción inicial con Fondo IT | | Distribución por variables | | | | Total | Statu quo (6)=(1)-(5) si (1)>(5) | Total necesidades de financiación con statu quo (7)=(5)+(6) | Fondo IT (8) | Total necesidades de financiación con statu quo y sin Fondo IT (9)=(7)-(8) | Coste efectivo según Decretos de traspaso (10) | Total necesidades de financiación del bloque de sanidad sin Fondo IT (11) |
|--------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------------------------|--|---------------------|---|---|--|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5)=(2)+(3)+(4) | | | | | | | | |
| Cataluña | 4.013.854,48 | 2.937.731,43 | 965.034,69 | 0 | 3.902.766,12 | 111.088,36 | 4.013.854,48 | 37.968,17 | 3.975.886,31 | 0 | 3.975.886,31 | | |
| Galicia | 1.709.110,57 | 1.261.703,68 | 490.269,21 | 0 | 1.751.972,89 | 0 | 1.751.972,89 | 16.306,66 | 1.735.666,23 | 0 | 1.735.666,23 | | |
| Andalucía | 4.445.665,98 | 3.341.531,76 | 937.718,32 | 0 | 4.279.250,08 | 166.415,90 | 4.445.665,98 | 43.187,02 | 4.402.478,97 | 0 | 4.402.478,97 | | |
| Asturias | 732.350,97 | 510.552,47 | 206.519,06 | 0 | 717.071,54 | 15.279,43 | 732.350,97 | 6.598,54 | 725.752,42 | 744.004,91 | 744.004,91 | | |
| Cantabria | 363.799,29 | 246.596,03 | 89.632,45 | 0 | 336.228,84 | 27.570,81 | 363.799,29 | 3.187,09 | 360.612,20 | 399.677,86 | 399.677,86 | | |
| La Rioja | 158.121,47 | 122.778,04 | 46.268,69 | 0 | 169.046,72 | 0 | 169.046,72 | 1.586,82 | 167.459,90 | 202.829,57 | 202.829,57 | | |
| Murcia | 680.736,58 | 515.601,83 | 146.580,47 | 0 | 662.182,30 | 18.554,28 | 680.736,58 | 6.663,80 | 674.072,77 | 674.072,34 | 674.072,34 | | |
| C. Valenciana | 2.499.576,61 | 1.898.870,25 | 601.137,71 | 0 | 2.500.007,96 | 0 | 2.500.007,96 | 24.541,60 | 2.475.466,36 | 0 | 2.475.466,36 | | |
| Aragón | 795.820,07 | 546.458,34 | 228.830,71 | 0 | 775.289,05 | 20.531,02 | 795.820,07 | 7.062,60 | 788.757,47 | 809.792,89 | 809.792,89 | | |
| Castilla-La Mancha | 1.016.997,68 | 796.791,60 | 307.603,51 | 0 | 1.104.395,11 | 0 | 1.104.395,11 | 10.297,99 | 1.094.097,13 | 1.094.097,46 | 1.094.097,46 | | |
| Canarias | 992.825,30 | 773.343,83 | 175.139,23 | 95.916,29 | 1.044.399,35 | 0 | 1.044.399,35 | 9.994,94 | 1.034.404,40 | 0 | 1.034.404,40 | | |
| Extremadura | 662.556,72 | 489.284,91 | 179.011,56 | 0 | 668.296,47 | 0 | 668.296,47 | 6.323,67 | 661.972,79 | 692.023,38 | 692.023,38 | | |
| Baleares | 432.277,49 | 382.359,44 | 111.302,16 | 28.090,18 | 521.751,78 | 0 | 521.751,78 | 4.941,73 | 516.810,05 | 516.810,32 | 516.810,32 | | |
| Madrid | 3.017.020,69 | 2.339.303,35 | 680.327,95 | 0 | 3.019.631,30 | 0 | 3.019.631,30 | 30.233,90 | 2.989.397,40 | 2.989.397,55 | 2.989.397,55 | | |
| Castilla y León | 1.530.668,46 | 1.132.340,20 | 491.703,64 | 0 | 1.624.043,85 | 0 | 1.624.043,85 | 14.634,72 | 1.609.409,12 | 1.609.409,45 | 1.609.409,45 | | |
| Total CCAA | 23.051.382,35 | 17.295.247,15 | 5.657.079,39 | 124.006,47 | 23.076.333,01 | 359.439,80 | 23.435.772,81 | 223.529,27 | 23.212.243,54 | 9.732.115,73 | 23.356.018,00 | | |
| Rég. común | 1.337.495,34 | 997.890,86 | 318.875,19 | 0 | 1.316.766,05 | 20.729,29 | 1.337.495,34 | 12.896,80 | 1.324.598,54 | 0 | 1.324.598,54 | | |
| País Vasco | 330.760,40 | 254.025,70 | 87.608,38 | 0 | 341.634,09 | 0 | 341.634,09 | 3.283,04 | 338.351,04 | 0 | 338.351,04 | | |
| Total CCAA | 1.668.255,74 | 1.251.916,57 | 406.483,57 | 0,00 | 1.658.400,14 | 20.729,29 | 1.679.129,43 | 16.179,84 | 1.662.949,59 | 0,00 | 1.662.949,59 | | |
| Rég. Foral | 81.655,16 | 53.806,22 | 12.753,89 | 0 | 66.560,11 | 15.095,05 | 81.655,16 | 695,39 | 80.959,77 | 0 | 80.959,77 | | |
| Ceuta y Melilla | 24.801.293,25 | 18.600.969,94 | 6.076.316,85 | 124.006,47 | 24.801.293,26 | 395.264,14 | 25.196.557,40 | 240.400,00 | 24.956.152,89 | 9.732.115,73 | 25.099.927,35 | | |

Nota: Fondo IT: Fondo de Incapacidad Temporal.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda: Datos años base.

c) Otras subvenciones:

- Fondo de compensación interterritorial.
- Fondo de cohesión sanitaria.
- Fondo del «Programa de ahorro en incapacidad temporal».
- Fondo para la garantía en la prestación de los servicios públicos fundamentales.

El Fondo «Programa de ahorro en incapacidad temporal» financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social. Tal y como se ha comentado anteriormente, la dotación de este Fondo, es de 240,40 millones de euros, que se incrementará anualmente según se determine en las leyes de Presupuestos Generales del Estado, y se distribuye entre las CCAA de acuerdo con la población protegida.

El «Fondo de cohesión sanitaria» tiene por finalidad garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca, y será gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Así pues, se parte de las necesidades de gasto y de los recursos que cada comunidad tiene en el año base (1999) y se calcula el Fondo de suficiencia. A partir de este momento, las necesidades de gasto y los recursos evolucionan a su ritmo, y sólo el Fondo de suficiencia que corresponde a cada comunidad se actualiza en base al crecimiento de los ingresos tributarios del Estado (ITE).

De hecho, el nuevo modelo de financiación no establece ningún sistema general de garantía que haga referencia a la suficiencia dinámica autonómica, salvo en el caso de los servicios sanitarios. En este caso, el Estado garantiza durante los primeros tres años de vigencia del sistema de financiación (2002 a 2004) que los recursos destinados a sanidad en cada comunidad autónoma tendrán como mínimo el crecimiento del índice de evolución del PIB nacional nominal a precios de mercado.

Cabe señalar que la LOFCA (1980) establece unas asignaciones de nivelación para garantizar a todos los ciudadanos el acceso a un nivel similar de servicios públicos, fundamentales, educación y sanidad, que son de aplicación cuando haya variaciones regionales en la población que excedan en un 3% a las que se produzcan en el conjunto del país, supuesto muy improbable.

La aplicación de la garantía sanitaria finalizó, en consecuencia, en el año 2004. Sin embargo, la insuficiencia financiera que ha provocado este sistema de financiación, especialmente por lo que se refiere a la sanidad, provocó que en la II Conferencia de Presidentes,

se adoptaran una serie de medidas para solucionar los graves problemas financieros que conlleva la prestación universal de la sanidad, que fueron aprobadas por el Consejo de Política Fiscal y Financiera del 13 de septiembre de 2005.

Valoración del nuevo modelo de financiación sanitaria

Una primera valoración del sistema de financiación sanitaria es que ha sido muy poco eficaz en sus objetivos ya que pretendía ser un sistema estable en el tiempo y a los tres años ya se ha tenido que revisar al generarse graves insuficiencias financieras.

La causa de este importante déficit financiero radica en el desequilibrio existente entre la evolución de los recursos de que disponen las CCAA y las necesidades de gasto sanitario a las que tienen que hacer frente.

En cuanto a los recursos, hay que señalar que, según el principio de afectación, las CCAA vienen obligadas a dotar a sanidad, como mínimo, la cantidad que resulte de la aplicación de los índices de necesidad e incrementar la cada año en una cuantía igual a la que se incrementen los Ingresos Tributarios del Estado (ITE nacional). El análisis de la evolución de la financiación total del sistema entre el año de referencia 1999 y 2005 muestra un incremento de las cantidades de recursos canalizadas a través del modelo de financiación (56,54%), superior al ITE nacional (50,46%) y al crecimiento del PIB (52,93%). Sin embargo, la evolución del gasto sanitario público en dicho período ha sido mucho mayor (65,98%), crecimiento superior al del PIB, por lo que la suficiencia no ha estado garantizada con los ingresos previstos.

Por lo que se refiere a las necesidades de gasto, éstas han aumentado, fundamentalmente, por el incremento significativo de la población (procedente básicamente de la inmigración), por el importante envejecimiento de la población, por la mejora de la calidad (tiempos de espera, tratamientos específicos garantizados, seguridad en las intervenciones, etc.), por el incremento de la dotación tecnológica, por la renovación de infraestructuras, por la aplicación de nuevos tratamientos y por la mayor utilización de los servicios.

Dentro de la evolución demográfica es preciso destacar dos hechos significativos: el aumento del número de usuarios (especialmente inmigrantes y turistas) y el envejecimiento. Por lo que respecta al aumento de inmigrantes, en 1999 el número de extranjeros residentes en España era de 748.954, cuantía que suponía el 1,86% del total de la población residente en España, mientras que en el año 2005 esta cifra asciende a 3.730.610, lo que supone el 8,46% de la población y un incremento del 398,1%. Este aumento, ha tenido una repercusión directa en el incremento de la población residente en España que entre 1999 y 2005 se ha incrementado en un 9,7%.

En cuanto al envejecimiento, estudios empíricos demuestran que es el factor más importante en la explicación del volumen de gasto público sanitario⁵. Pues bien, en

España, la esperanza de vida al nacer en 1999 era de 78,78 años (75,35 los varones y 82,22 las mujeres) y en el 2005 es de 80,23 (76,96 para los varones y 83,48 las mujeres).

Estos datos muestran que el gasto sanitario tiene un comportamiento estructuralmente expansivo, y aunque se implanten medidas de racionalización del gasto como mejoras en la gestión, es difícil que las comunidades autónomas puedan hacer frente a esta expansión con unos ingresos que no crecen al mismo ritmo y sobre cuya evolución tienen muy poca capacidad de actuación, lo que acaba provocando inevitablemente fuertes tensiones presupuestarias⁶.

Medidas adoptadas en septiembre del 2005

Con el propósito de paliar los problemas financieros más acuciantes y de sentar las bases para la revisión en 2007 del modelo vigente, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, en su reunión de septiembre de 2005, aprobó las medidas de mejora de la financiación sanitaria consensuadas en la II Conferencia de Presidentes, y que supondrán una mejora de los recursos que reciben las CCAA con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de 1.677 millones de euros cada año, más otros 1.365 millones de euros que recibirán, con dos años de antelación, de la liquidación del Sistema de Financiación, ya a partir de 2005. Ello supone que las CCAA tendrán casi 4.400 millones de euros adicionales en los 15 meses siguientes al acuerdo.

Este aumento de recursos procedentes del Estado, podría incrementarse si las comunidades hacen uso de su capacidad normativa, que, de nuevo, se ve ampliada en los siguientes términos:

- Posibilidad de duplicar el tipo impositivo del Impuesto sobre ventas minoristas de determinados hidrocarburos, de los 24 € por mil litros actuales hasta los 48 € por mil litros.
- Posibilidad de establecer un recargo de hasta 2 puntos en el Impuesto sobre la Electricidad, cuyo tipo pasaría del 4,864 al 6,864 %.

En conclusión, se trata de un acuerdo meramente financiero donde el Estado aumenta los recursos mediante aportaciones finalistas que pretenden resolver algunos problemas concretos de la financiación de la asistencia sanitaria, pero que no se incide en el problema de fondo^{7,8}.

Dicho problema tiene varios componentes. En primer lugar, el modelo parte de una cuantía inicial que se corresponde con la liquidación de los presupuestos del año 1999, si éstos eran bajos, obviamente, se perpetúa su nivel. Pero además, es fácil entrever que lo que pretendía el gobierno central era hacer mínimo el presupuesto adicional necesario para cerrar el modelo. Sólo se incrementó la cantidad necesaria para garantizar el «statu quo» a las comunidades que salían perdiendo.

En segundo lugar, las variables de distribución de las necesidades de gasto y su ponderación no responden a

un estudio previo de necesidades de gasto sanitario, por lo que pueden resultar arbitrarias.

En tercer lugar, el modelo no prevé la revisión de las necesidades estimadas en 1999, pudiendo estar actualmente muy desfasadas, teniendo en cuenta que la población ha aumentado entre 1999 y 2005 un 10%, y que este incremento no se ha distribuido de manera homogénea a lo largo del territorio español.

En cuarto lugar, el establecimiento de los mínimos de garantía y de una serie de modulaciones ha provocado que la financiación sanitaria sea bastante heterogénea entre las distintas comunidades de régimen común y, más aún, entre éstas y las de régimen foral.

En definitiva, para atacar el problema de la sanidad, es necesario en primer lugar, establecer un pacto entre el gobierno central y las CCAA en el que se defina claramente el nivel de prestación sanitaria que se quiere ofrecer, es decir, establecer el horizonte que habría que alcanzar por lo que se refiere al gasto sanitario. Y, en segundo lugar, establecer fórmulas de financiación de dicho gasto, que básicamente pasan por incrementar los recursos públicos destinados a sanidad, bien mediante un incremento de impuestos autonómicos (básicamente a través de aumentos en la cesión de la recaudación y capacidad normativa de los actuales impuestos cedidos), bien modificando las prioridades presupuestarias de las distintas políticas de gasto, por establecer fórmulas que hagan recaer una parte del coste de la sanidad a los usuarios y por mejorar la gestión.

Conclusiones

A partir de todo el análisis realizado se constata que España está a la cola de la Unión Europea-15 en relación al gasto sanitario y, muy en particular, en relación al gasto en AP por habitante. En este caso, si bien es verdad que al principio de los noventa existía una tendencia a la convergencia, esta se derrumbó a partir de 1993 con la aplicación de los criterios de convergencia, y sólo en el último año parece haber un muy ligero cambio de tendencia. Con todo, el gasto en AP en España por habitante se sitúa en el 37% de la media UE-15, lo que denota la existencia de un déficit estructural e histórico muy importante. Por tanto, es necesario y urgente cambiar esta situación destinando más recursos a la sanidad pública y, de manera muy especial a la AP, ya que es el primer eslabón de la cadena, y la que tiene mayor incidencia en la prevención y en reducción de la mortalidad.

El traspaso de las competencias sanitarias a todas las CCAA ha supuesto un importante paso a favor de la prestación del servicio porque se supone que al ser una administración más próxima al ciudadano es capaz de reaccionar mejor ante los problemas sanitarios. En relación al gasto por habitante, se observa una gran dispersión destacando dos casos extremos. Por un lado, Extremadura por ser la comunidad que más prioriza la AP y por otro Madrid, por comportarse de manera totalmente inversa. El análisis muestra que existe un cierto componente ideológico que influye directamente sobre esta política de gasto. En este caso, es muy importante que los ciudada-

nos tengan información y puedan valorar y comparar la acción de su gobierno autónomo en relación a otros gobiernos, de manera que consigan presionar a sus gobernantes para que modifiquen su comportamiento.

Junto a ello, es necesario establecer un buen sistema de financiación de la sanidad, que parta de un estudio de las necesidades reales de gasto de cada comunidad y que

proporcione a dichas administraciones los instrumentos financieros necesarios para poder sufragarlos. Además, es imprescindible introducir mejoras en la gestión que permitan alcanzar mayores cotas de eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de dichos servicios. Sólo de este modo nos podremos aproximar a Europa, de lo contrario el déficit será cada día mayor.

Recomendaciones

- Es imprescindible aumentar el gasto en AP en España para poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se han generado en los últimos años y acercarnos decididamente a la media comunitaria.
- En los últimos años el aumento del gasto público sanitario se ha centrado en la atención hospitalaria y en el gasto farmacéutico, es necesario invertir esta tendencia y aumentar el gasto en AP, ya que ello puede comportar un aumento de la eficiencia del conjunto de la sanidad.
- El traspaso de las competencias sanitarias a todas las CCAA lleva consigo un aumento de las disparidades en gasto en AP fruto de la aplicación del principio de autonomía de los gobiernos autonómicos. En este sentido, es muy recomendable que aumente el nivel de información para que los ciudadanos puedan comparar y decidir con base a datos estadísticos qué tipo de sanidad prefieren.
- Es imprescindible reconsiderar el sistema de financiación sanitaria ya que se ha demostrado inestable y necesitado de revisiones frecuentes para corregir las insuficiencias financieras.
- Es necesario establecer un buen sistema de financiación de la sanidad, que parta de un estudio de las necesidades reales de gasto de cada comunidad y que proporcione a dichas administraciones los instrumentos financieros necesarios para poder sufragar el coste de la prestación de los servicios sanitarios.
- Es imprescindible introducir mejoras en la gestión que permitan alcanzar mayores cotas de eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de dichos servicios. Sólo de este modo nos podremos aproximar a Europa, de lo contrario el déficit será cada día mayor.

Bibliografía

1. Orriols, P. El Seepros como instrumento de análisis social. *Revista de Fuentes Estadísticas*, n.º 63. Disponible en: <http://www.fuentesestadisticas.com/>
2. Para conocer con detalle la metodología utilizada en la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
3. Navarro, V. *El Estado de Bienestar en España*, Navarro, V. (dir.). La situación social de España. Madrid: Biblioteca Nueva, 2005.
4. Simó Miñana, J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. *La Atención Primaria*, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. *Atención Primaria*. 2007;39(3):127-32.
5. Cantarero, D. Descentralización y gasto sanitario: evidencia en las regiones españolas. *Presupuesto y Gasto Público*, 2004;36(3):99-123.
6. Castells, A. La financiación de la sanidad en España. *Economistas*, 2005;23:175-7.
7. Cabasés, JM. La financiación de la sanidad pública. Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud. 2006.
8. Cabasés JM (coord.). *Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica del subsistema sanitario*. Fundación BBVA. Madrid. 2006.

8. Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria

Pilar Regato Pajares, Julia Domínguez Bidagor, Maite Sancho Castiello

Puntos clave

- El médico de familia puede detectar la mayor parte de las situaciones de dependencia y debe estar informado para poder orientar a sus pacientes.
- Además de la atención a la dependencia establecida, debemos considerar con el mismo énfasis los aspectos de prevención, modificación de la evolución de la dependencia y la reversibilidad de ésta.
- Es necesario revisar la atención a personas mayores, al anciano frágil, a inmovilizados y a terminales reconvirtiendo dichos servicios a los de prevención y atención a las personas en situación de dependencia, incluyendo además todo tipo de persona en esta situación. Ofertar carteras de servicios efectivas y eficientes, basadas en la evidencia científica, y con la mayor homogeneidad posible entre las diferentes comunidades autónomas.
- Para poder cumplir su papel en la atención a la dependencia, la Atención Primaria (AP) debe mejorar su oferta de servicios, sobre todo en la atención domiciliaria; ser dotada de los recursos necesarios y que haya una adecuada coordinación sociosanitaria e interniveles asistenciales.
- Los profesionales debemos formarnos y capacitarnos en la atención a la dependencia. Hay que asegurar un correcto desarrollo de esta área en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria proporcionando formación continuada y medios para capacitar para ello a los médicos, enfermeras y resto de personal sanitario.
- Conviene recordar que la legislación de todas las comunidades obliga al desarrollo de las acciones comunitarias y de la educación para la salud.
- El abordaje comunitario debe empezar en el marco de la consulta explorando siempre el ámbito laboral, familiar y el grupo social al que pertenece la persona así como sus recursos y habilidades sociales, personales y de afrontamiento.
- Importa desarrollar la competencia de los profesionales en promoción de la salud, acción social, desarrollo comunitario y soslayar la competición entre administraciones.
- La información sobre cómo llevar a cabo los proyectos, de acuerdo a criterios que favorezcan la efectividad, está disponible en múltiples páginas web de la administración pública y de sociedades y asociaciones científicas.
- Es factible, realizar un mínimo de proyectos educativos y/o comunitarios, incluso en las peores condiciones de organización de un Equipo de Atención Primaria cuando éste dedica la mayoría de su tiempo a la asistencia directa en consulta individual.
- La participación de los ciudadanos, usuarios y pacientes, está por desarrollar. Apenas existen enlaces o apartados específicos para la comunicación directa con los mismos desde el ámbito salud y, sobre todo, desde AP.

Introducción

Tanto la coordinación sociosanitaria como el abordaje comunitario y la educación para la salud si bien se consideraron elementos clave en el desarrollo del modelo de Reforma de la Atención Primaria (AP) en nuestro país, se puede decir que han sido poco relevantes pues aunque se ha hablado mucho de ellos, su desarrollo se ha visto plagado de obstáculos, resistencias por parte de los profesionales, pero sobre todo no ha sido priorizado por los políticos.

Aun así se pueden señalar avances en estos años y además su importancia va a ir in crescendo.

Los problemas de salud de la población cada vez son más complejos con un componente psicosocial, imposible de separar de los aspectos puramente orgánicos, la población cada vez es más exigente con el sistema y reclama su participación, los sistemas sanitarios públicos proclaman como eje central del mismo la atención centrada en el cliente o usuario y además la reciente aprobada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, va a llevar otra vez a la primera línea del debate la necesidad de coordinar, complementar y si fuera posible integrar las actuaciones de los servicios sociales con los sanitarios.

El carácter múltiple de los factores que condicionan y determinan la salud de las personas y las comunidades exige una respuesta desde todos los Sectores. Ello lleva a la necesaria definición de estrategias de salud intersectoriales, que se traduzcan en oportunidades de salud y calidad de vida, lo que implica trascender los límites de la simple coordinación y lograr sinergias que potencien los esfuerzos y recursos disponibles. Esto precisa de trabajo conjunto, colaboración y beneficio para todos los partícipes que, entre otros efectos, produzca mejoras en la salud. Por supuesto, requiere una voluntad expresa, actitud dispuesta y abierta y un marco formalizado de compromisos y responsabilidades compartidas¹.

El Equipo de Atención Primaria (EAP) desarrolla sus objetivos de salud en una comunidad, formando parte integrante de la misma y aportando su papel en la protección y atención a la salud.

Teniendo en cuenta que las personas con necesidades de distinta índole no pueden ser atendidas en su totalidad por los servicios sanitarios, sino que intervienen en ella otros sistemas, es cuando el término de coordinación sociosanitaria y trabajo en equipo son conceptos clave. La relación que el EAP establece con el resto de los servicios y recursos es fundamental. La calidad de esta relación ayudará al desarrollo de sus objetivos de forma más eficiente y eficaz.

Los esfuerzos destinados a reducir la prevalencia y efectos nocivos, de los principales problemas de salud, han alcanzado un óptimo grado de eficacia, debido a diferentes factores: mayor y mejor conocimiento sobre las causas y factores de riesgo asociados a los problemas de salud; eficacia de los tratamientos; aplicación de políticas de mejora del acceso a los programas de atención y prevención; así como la definición y aplicación de estrategias eficaces de promoción de salud orientadas a fomentar conductas y hábitos saludables.

También existe un mejor conocimiento y comprensión de los enfoques e instrumentos que permiten modificar los factores que condicionan la salud –tanto los estructurales como las conductas– y evidencia científica sobre cómo las estrategias de promoción de la salud –específicamente las intervenciones de educación para la salud– sirven para mejorar y mantener la salud individual y colectiva (sirva de ejemplo la enfermedad coronaria, la influencia de la dieta en algunos cánceres, etc.).

La implicación de los ciudadanos favorece la efectividad de las Intervenciones en salud. Para ello se debe conseguir, en primera instancia, que las personas se sientan protagonistas y responsables de las decisiones que afectan a su salud. Así mismo, debe fomentarse el acceso a la información sobre los problemas y riesgos, sus consecuencias y las acciones posibles –individuales y colectivas– para evitarlos o reducirlos. Del mismo modo, el Sistema Sanitario Público debe potenciar la capacidad de elección de los ciudadanos y el respeto de las opciones personales. Las nuevas tecnologías pueden suponer una revolución en este aspecto, democratizando el acceso a la información sanitaria y modificando la relación sanitario-paciente. Su uso adecuado puede ser de extraordinaria ayuda para profesionales y usuarios del sistema sanitario.

En materia de salud es especialmente relevante la participación colectiva a través de las organizaciones sociales: consumidores, madres y padres de alumnos, autoayuda y grupos de afectados, así como las distintas formas de voluntariado.

El impulso inicial hacia la participación comunitaria de grupos de autoayuda y de afectados y familiares, 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. Otros factores que han impulsado la atención a la comunidad han sido: la propia implantación del modelo reformado de AP 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 comunitarias².

Justificación

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, la Acción intersectorial, la Coordinación sociosanitaria, la Educación para la salud (EPS) así como la Participación Comunitaria (PS), se convierten en elementos imprescindibles para la consecución de sus objetivos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, forman parte de la atención de aquellos problemas de salud que presentan una mayor complejidad, garantizan la continuidad de los cuidados y potencian la autonomía, el *empowerment* y el autocuidado de los individuos y de las poblaciones en relación con su salud. Por ello es importante conocer el desarrollo de estas acciones a lo largo de estos años en las distintas comunidades autónomas (CCAA), intentando cuantificarlas y por tanto visibilizarlas así como realizar propuestas de indicadores comunes para monitorizar su desarrollo futuro y recomendaciones de mejora.

Objetivos

- Conocer la situación de la AP en las CCAA respecto a la coordinación/integración con los servicios

sociales en relación con la atención de la población dependiente y en riesgo de exclusión social en el ámbito de la AP.

- Conocer la situación de las CCAA respecto a las actividades de EPS y participación comunitaria que se realizan desde la AP.
- Proponer y recoger indicadores en relación a estos aspectos que permitan realizar comparaciones interautonómicas.
- Analizar la información obtenida.
- Elaborar recomendaciones y aspectos claves que permitan la mejora de la situación respecto a estos temas.

Metodología

La información se ha recogido a través de una encuesta elaborada expresamente por todos los investigadores (Anexo 1), así como a través de la revisión de las fuentes bibliográficas y de búsquedas exhaustivas relacionadas con estos temas. Posteriormente se ha analizado la información obtenida comparando entre (CCAA) en los

casos en que ha sido posible, realizando recomendaciones para que en el futuro se pueda conocer, seguir y evaluar la situación.

Coordinación socio sanitaria y/o atención socio sanitaria

Análisis previo de la situación

Si hablamos de coordinación socio sanitaria en AP debemos hacerlo a dos niveles a un nivel micro, de base, es decir el día a día del trabajo en los EAP y a nivel macro que serían los planes, acuerdos o políticas estatales o autonómicas respecto a la coordinación socio sanitaria y/o atención socio sanitaria. Antes de empezar aclaremos conceptos y modelos.

Modelos de coordinación. Cuestiones conceptuales

Hasta el día de hoy, se ha generalizado la utilización a veces indiscriminada de varias denominaciones y asignaciones de lo socio sanitario que, si bien son utilizadas indistintamente, encubren diferentes propuestas y modelos que implican fórmulas distintas, cuando no divergentes, de reorganización de los sistemas sanitario y social y de sus métodos de gestión y financiación de los servicios. Las iniciativas y propuestas formuladas hasta el momento, se pueden agrupar en dos grandes bloques de alternativas: coordinación socio sanitaria y red de atención socio sanitaria.

Coordinación socio sanitaria

Se puede definir como un «conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención socio sanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia»³.

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención socio sanitaria que se realice.

En resumen, la coordinación socio sanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a la intervención.

Red de Atención socio sanitaria

Entendida como un conjunto de recursos destinados de forma específica a la atención socio sanitaria de las personas en situación de dependencia. Su objetivo es la

creación de un nuevo espacio de atención del que forman parte algunos de los recursos del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema de Servicios Sociales, así como nuevos servicios específicos para la atención socio sanitaria. Se trata por tanto de una estrategia de reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de atención socio sanitaria⁴.

La coordinación con los Servicios Sociales desde Atención Primaria.

La coordinación entre AP y los Servicios Sociales, suele producirse a través del trabajador social del centro de salud, de hecho, en la Encuesta realizada a médicos de AP⁵ Geriatría XXI⁶, el 78,1% refería disponer de un trabajador social en su entorno de trabajo. Por tanto, en la mayoría de los centros de salud, el/la trabajador/a social evalúa los casos a demanda del profesional médico o de enfermería y solicita, en el supuesto que lo precise, el correspondiente servicio social institucional o comunitario.

El Trabajador Social de Atención Primaria se planteó pues como un profesional de enlace formado para impulsar e iniciar la coordinación socio sanitaria, así como desarrollar, junto al resto del EAP, la relación con las distintas entidades y asociaciones de la comunidad.

El conocimiento actualizado de los Sistemas Educativo, Sanitario y de Servicios Sociales, así como los Recursos Sociales de distinta titularidad, es lo que debía permitir a este profesional impulsar la coordinación para beneficio de los usuarios, del EAP y del Sistema Sanitario.

La incorporación del Trabajador/a Social en los EAP fue una realidad desde 1985, aunque ha tenido una evolución lenta y desigual, tanto en el desarrollo de sus funciones como en su presencia. Se concibió como la figura que aportaría la visión de lo psicosocial a los equipos favoreciendo la atención integral, que haría de enlace con la comunidad y que lideraría el trabajo comunitario. Sin embargo a lo largo de estos años, su papel no se ha acabado de definir ni de consolidar, las plantillas no han crecido apenas, en muchos casos han pasado de estar asignados a uno o dos equipos de AP a convertirse en unidades de apoyo y las funciones a realizar han variado en relación con las necesidades de las gerencias, debiendo realizar entre otras, tareas burocráticas como el visado de recetas o trámites relacionados con la tarjeta sanitaria en el caso de personas sin recursos.

Otras dificultades en el desarrollo de su papel han sido:

- La tradición que sigue existiendo de asistencia individualizada, medicalizada, biologicista y de satisfacción de demandas puntuales que no ha facilitado la visión integral y comunitaria de la salud.
- La no existencia de un marco normativo que regulara las funciones de este profesional.

- En la Cartera de Servicios no se han contemplado los servicios ni normas técnicas mínimas relacionadas con el papel de los/as trabajadores/as sociales por lo que no ha existido planificación ni evaluación de su actividad.
- La heterogeneidad del trabajo entre los distintos profesionales de Trabajo Social de los EAP, no estando definida su metodología de intervención ni integrada de manera formal en el EAP su actividad.
- El número reducido de este profesional, unido a la dispersión de su ubicación, no ha favorecido el establecimiento de líneas de actuación homogéneas ni ha favorecido el trabajo conjunto en el colectivo.
- La coincidencia con la implantación de los Servicios Sociales y el desconocimiento de los sanitarios del papel de este profesional en Atención Primaria de Salud, ha llevado a confusión sobre las funciones del TS. Los recursos sociales son en general de las corporaciones locales o autonómicos, no pueden ser asignados por los trabajadores sociales de AP y esto ha dado lugar a derivaciones, múltiples valoraciones por parte de profesionales de las distintas instituciones o empresas de servicios, burocracia, y viajes para el usuario y en definitiva bastante ineficacia.
- La ausencia de formación específica de Trabajo Social en Atención Primaria de Salud, no teniendo un marco de referencia, salvo la larga trayectoria de la profesión en el Campo de la salud en el nivel hospitalario.

Podemos decir pues que existe una cierta coordinación sociosanitaria entre AP y los servicios sociales de base, liderada por el trabajador social, pero que en estos años no ha avanzado apenas y sigue dependiendo del voluntarismo y del buen quehacer profesional.

Las funciones por tanto del Trabajador/a Social en el área de Coordinación Sociosanitaria deberían ser:

1. Conocer y analizar los recursos y las redes de la zona de salud.
2. Formar parte activa de la Comisión Sociosanitaria, programando y protocolizando las acciones que se determinen en dicha Comisión.
3. Impulsar con el Director de Zona, el área de coordinación sociosanitaria.
4. Elaborar y actualizar la Guía de Recursos Sociales y Sanitarios de la zona básica de salud para informar y asesorar al resto del equipo de los recursos existentes en la zona.
5. Ser el gestor de casos en los grupos de riesgo social o problemática social, que incluye: problemática o dificultades socioeconómicas, problemas vinculados a la vivienda o entorno, aislamiento social y geográfico, problemas de conflictividad o disfunción familiar que afecte a la persona disca-

pacitada, problemas con los cuidados sociales, sospecha o evidencia de malos tratos en la unidad familiar.

Implicando esto:

- Valoración social.
- Plan de intervención y responsabilidades de los distintos profesionales.
- Determinación de los recursos y servicios a los que puede acceder.
- Fomento de creación de circuitos de intervención/derivación/atención⁶.

Coordinación entre servicios sociales y sanitarios

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios para hacer frente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, ha generado desde hace años, la necesidad de reformular los sistemas de financiación, gestión y distribución de recursos destinados a este colectivo. En este contexto, las diferentes fórmulas de abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y, ponen de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, integración, colaboración y quizás el más preciso, complementariedad, que aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc.

El concepto de **coordinación sociosanitaria** pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados entre servicios.

No es este un problema que se circunscriba solamente al territorio español, sino que en la actualidad ocupa el primer plano de los debates sobre la atención a las personas dependientes en toda Europa. De hecho, la necesidad de derribar esa especie de «muro de Berlín» entre los sistemas social y sanitario ha llevado a países con larga y modélica tradición en la atención a las personas en situación de dependencia a plantearse una revisión en profundidad de sus sistemas de atención. Es el caso, entre otros, del Reino Unido que en 1998 creó la Royal Commission Long Term Care y que ha emitido recomendaciones inequívocas al respecto, o de Francia, que como consecuencia de los desastrosos efectos de la canícula de 2003 ha reformulado todo su sistema de protección a la dependencia, incidiendo especialmente en el reforzamiento del modelo sanitario de atención geriátrica y de la creación de dispositivos estables de coordinación. Otros países, como Países Bajos o Dinamarca y Suecia, con sólidos sistemas de atención a la dependencia están actualmente abordando reformas en profundidad, dirigidas a distribuir de forma más racional las responsabilidades de los sistemas social y sanitario en el abordaje de las situaciones de dependencia.

Análisis de las iniciativas y programas sociosanitarios

En España no ha existido un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de Servicios sanitarios y sociales. Tampoco han existido verdaderos sistemas de provisión integrada de estos servicios. La coordinación debería realizarse a varios niveles:

- Entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- Entre los diversos servicios de un mismo sistema.
- Entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal.
- Entre las diferentes administraciones públicas: general del Estado, autonómico y local.

Frente a la aparición del problema de la dependencia, la respuesta de las Administraciones Públicas no se hizo esperar. Así nos encontramos que a nivel de la Administración General del Estado entre los años 1991 y 1999 se produjeron iniciativas relacionadas directamente con el problema de la dependencia como son^{7,8}.

En el ámbito Estatal: La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). El Plan Gerontológico Nacional (1992), recientemente evaluado. El Acuerdo Marco y Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales (1993). Los Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria de las Personas Mayores (INSALUD, 1995). El Plan Estratégico del INSALUD (1999). El Programa de Atención a las Personas Mayores (INSALUD 1999). El Proyecto de Plan de Acción para Personas Mayores (2000-2005). El Plan de Atención a los Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (1999-2005).

A nivel Autonómico: Cataluña en 1986 puso en marcha el programa *Vida Als Anys*, interdepartamental, que permitió la creación de una red de servicios de media y larga estancia, así como otros servicios como hospitales de día, equipos de valoración y soporte de geriatría a domicilio y equipos de valoración y soporte en el hospital. Este programa posteriormente consolidado en la red llamada sociosanitaria tiene aspectos importantes de coordinación como la financiación mixta de los servicios de larga estancia o el importante elemento de coordinación que representan los equipos de soporte tanto en la comunidad como en el hospital. Podemos afirmar que en este momento la coordinación entre los recursos propiamente sanitarios (hospitales de agudos, media y larga estancia, AP) es bastante satisfactoria en la práctica diaria. Para el acceso a los servicios de larga estancia existen comisiones mixtas sociosanitarias con base territorial. Sin embargo, este modelo no ha resuelto la coordinación entre el sistema sanitario y el social que se mantienen con sistemas de acceso y modelos de financiación distintos. Posteriormente nos encontramos que a partir del Programa *Vida Als Anys* de

Atención Sociosanitaria de Cataluña (1986)¹¹, se desarrollaron otros como son: Programa PALET de la CCAA de Valencia (1995) y Plan de Calidad Asistencial Gerontológica (1998-2003) de la misma Comunidad Autónoma, el Plan de Servicios Sociales de Andalucía (1993-1996) y el Plan de Atención Integral a los Mayores Andaluces, El Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón (1995), Plan Gerontológico del Principado de Asturias (1997), Plan Integral de las Personas Mayores de Baleares (1998), Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor de Cantabria (1999-2000), Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha (1998-2002), Plan de Atención Sociosanitario de Castilla y León (1998), Programa de Atención Sociosanitaria de Galicia (1997), Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid (1998), Plan Gerontológico de La Rioja (1994), Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000) y el Plan Gerontológico de Euskadi (1994).

Posteriormente y a partir de los años 2000 nos encontramos:

A nivel Estatal: el Plan Estatal de Voluntariado (2005-2009), el Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007), el III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social y por último en el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado, es imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación sociosanitaria como «la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social». Dicha Ley, establece las actuaciones que desde el ámbito sanitario se han de asumir:

Cuidados sanitarios de larga duración.

Atención sanitaria de convalecencia.

Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable

A nivel Autonómico: en Andalucía la ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, el decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas con el plan de apoyo a las familias andaluzas, el III plan andaluz de salud con el plan integral de atención a la dependencia (2004-2008), en las Islas Baleares, el Plan estratégico de las personas mayores, en Canarias el III Plan Canario de Prevención de los Efectos de las Elevadas Temperaturas (Ola de calor) y el Plan General de Servicios Sociales, Sección Mayores, en Cataluña el Libro blanco de las personas mayores con dependencia, el Libro blanco de las personas mayores activas y el Plan Ola de Calor (2006), en Galicia el I Plan Gallego de Inclusión Social (2001-2006) y el Plan Gallego para personas mayores (2001-2006); en Castilla y León, el II Plan Sociosanitario (2003); trata de potenciar la coor-

dinación a través de la creación de comisiones socio-sanitarias con base territorial (provincia) que tiene funciones de gestión de casos y promueve sistemas de información compartidos. La AP debe jugar un papel importante conjuntamente con los servicios sociales a la hora de orientar el uso de recursos. También han puesto en marcha el Plan de Atención Geriátrica (2005-2007).

En Asturias existen 11 Consejos de Salud en distintas zonas básicas estructurados en su funcionamiento por representantes de distintos sectores (colegios asociaciones de padres, vecinos, etc.) donde participan conjuntamente los Servicios Sociales y los profesionales de AP.

En Extremadura, en 2003, se creó dentro del Servicio Extremeño de Salud, la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud que asumió junto con la de Servicios Sociales de Bienestar Social, la tarea de definir un modelo de atención sanitaria de la dependencia. Además, el Plan de Atención para las Personas Mayores de Extremadura (2001-2005). En el País Vasco se ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, como el órgano superior de coordinación de los sistemas sanitario y social. Las funciones del Consejo consisten en elaborar el Plan Estratégico de Atención Sociosanitaria, garantizar la prestación de servicios, delimitar competencias, promover programas comunes y coordinar mecanismos de evaluación.

En la Región de Murcia, el Libro blanco de bases para el Plan de Acción de las Personas Mayores (2003) y el Plan de Acción Social para las Personas Mayores de la Región de Murcia (2005-2007).

En Navarra, El Decreto Foral 284/2000 crea la figura de Coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, dependiente funcionalmente del Departamento de Salud.

En general, todas las comunidades han demostrado su interés por desarrollar estructuras de coordinación a nivel de la administración. Otras comunidades refieren la coordinación entre sus servicios sin crear estructuras nuevas en la Administración.

También el propio Ministerio de Sanidad y el de Trabajo y Asuntos sociales en sus sucesivos planes han incorporado el concepto de coordinación sociosanitaria. Sin embargo, las estructuras coordinadoras como las comisiones sociosanitarias de área han adolecido, en general, de escaso poder ejecutivo.

En definitiva, durante este período de tiempo se ha generado todo un discurso profesional y político, el sociosanitario, cuyos efectos hasta el momento no pueden ser evaluados con rigor, dado que las realizaciones al respecto son muy escasas.

Así, la atención a los mayores en situación de dependencia, independientemente de la comunidad autónoma que se considere, sigue llevándose a cabo mediante dos dispositivos que actúan con escasa conexión entre sí: por un lado, respecto a los problemas sanitarios, los servicios regionales de salud son los encargados de pro-

porcionar la asistencia necesaria sobre unas bases de accesibilidad universal; por otro lado, en relación a la problemática que acompaña al fenómeno de la dependencia, los ayuntamientos o los gobiernos autonómicos, según sea el servicio social de que se trate, regulan mediante pruebas de medios tanto el acceso a los servicios como la cuantía de los copagos por parte de los individuos. Así mismo, además de las barreras anteriores de carácter institucional y financiero, es probable que la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, centrado en la curación el primero y en el cuidado el segundo, también haya jugado en contra de una mayor articulación sociosanitaria⁹.

Si hablamos del sector sanitario, según datos de un estudio comparativo realizado en el año 2002, en ese momento 10 CCAA no tenían un plan sociosanitario, 6 CCAA sí habían formulado un programa sociosanitario que recogía las políticas sobre envejecimiento y estaba orientado a las personas mayores, además de a otros colectivos con dependencia y susceptibles de atención sociosanitaria, y Canarias tenía un programa para las personas mayores pero exclusivamente dirigido a AP.

El análisis comparativo de dichos planes autonómicos sociosanitarios mostraba una gran variabilidad en cuanto al número y orientación de las intervenciones propuestas¹⁰. Sin embargo la dependencia debe ser abordada necesariamente desde un modelo que integre la atención sanitaria y la social

Situación actual: la ley de dependencia

El día 1 de enero de 2007 entró en vigor La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD¹¹). Esta ley supone un avance histórico en la consecución de la protección de los derechos del estado de bienestar como lo fueron en su día el reconocimiento del derecho a la salud, la educación y las pensiones.

Conceptos

Antes de seguir, aclararemos algunos conceptos:

Autonomía

El artículo 2.1. de la LAAD define autonomía como «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria».

Dependencia

La recomendación del Consejo de Europa aprobada en septiembre de 1998, define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o in-

telectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal».

Esta definición, ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia:

En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda medir la salud en las personas mayores en términos de función, y más concretamente en términos de pérdida de función. Las personas mayores presentarán un mejor o peor nivel de salud en relación con la situación funcional, es decir, con el mayor o menor grado de discapacidad o de dependencia. Uno de los principales objetivos de salud en la persona mayor debería de ser el aumento de los años de vida libre de discapacidad.

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible reducir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y, con ello, la dependencia, mediante tres acciones fundamentales, que son:

- Prevención y promoción de la salud.
- Prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Servicios sanitarios y sociales eficientes para las personas mayores.

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la aparición de la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.

La ley: cuestiones relevantes

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹¹.

¿Cuál es el objeto de la Ley de Dependencia?

Reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetivo y perfecto: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (artículo 1).

¿Cuáles son los principios fundamentales que inspiran la Ley?

Detallados en el artículo 3 de la LAAD, como más significativos, los siguientes:

- El carácter universal y público de las prestaciones.
- El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación.
- La participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

¿Cómo se configura el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)?

El SAAD se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. El SAAD, además, se configurará como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados (artículo 6). Finalmente se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema y en el que participan la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales (artículos 8 a 12).

¿Cuáles son los requisitos básicos para ser titular de los derechos establecidos en la Ley?

Detallados en el artículo 5, los siguientes:

- Ser español (o tener residencia legal en España). Cualquier edad, pero con peculiaridades para los menores de 3 años.
- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la LAAD.
- Residir en territorio español (especificidad para los nacionales de la UE) y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años, el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.

¿Qué prestaciones de atención a la dependencia contempla la Ley?

Como prestaciones de atención a la dependencia, el artículo 14 contempla tanto prestaciones económicas como servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas CCAA mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. (Las prestaciones económicas y los servicios son incompatibles entre sí, salvo la teleasistencia de los no residenciados).

¿Cuáles son los servicios de atención que prevé el SAAD?

El Catálogo de Servicios del Sistema, recogido en el artículo 15, es el siguiente:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a domicilio:
 - Atención de las necesidades del hogar.
 - Cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - Centro de Día para mayores.
 - Centro de Día para menores de 65 años.
 - Centro de Día de atención especializada.
 - Centro de Noche.
- Servicio de Atención Residencial:
 - Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

¿Qué prestaciones económicas de atención a la dependencia contempla la Ley?

La Ley de Dependencia contempla tres nuevas prestaciones económicas:

- Prestación económica vinculada al servicio (artículo 17).
- Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18).
- Prestación económica de asistencia personal (artículo 19).

¿Qué ayudas económicas contempla la Ley para facilitar la autonomía personal?

Bajo la forma de subvención estas ayudas irán destinadas a:

- A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- A facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.

¿Qué grados de dependencia contempla la Ley?

El artículo 26 contempla tres grados de dependencia:

- Grado I de dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II de dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o

tres veces al día pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- Grado III de gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos grados se clasificará, a su vez, en dos niveles.

¿Cómo se valora la situación de dependencia?

El artículo 27 de la Ley establece la existencia de un único baremo en todo el Estado español, aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto, para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

Las distintas CCAA determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir.

Dichos órganos de valoración tendrán en cuenta, además, los informes sobre la salud y entorno en el que viva el solicitante, así como aquellas ayudas técnicas, ortesis y prótesis que, en su caso, le hayan sido prescritas.

El reconocimiento de la situación de dependencia tendrá validez en todo el territorio del Estado.

¿Cómo se reconoce la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema?

Realizada la valoración del solicitante descrita en el apartado 6, la Administración Autonómica o Dirección Territorial del IMSERSO emitirá resolución en la que se determinará el grado y nivel de dependencia y los servicios o prestaciones económicas que correspondan al solicitante en atención a su grado y nivel de dependencia; en el marco de este procedimiento se establecerá el correspondiente Programa Individual de Atención (artículo 28).

¿Cómo se financia el SAAD?

Las Administraciones Públicas implicadas en la gestión del SAAD contribuirán a su financiación de la siguiente manera:

- La Administración General del Estado financiará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios (artículo 9). No obstante, se contempla la suscripción de Convenios anuales o plurianuales con las CCAA al objeto de incrementar este nivel mínimo (artículo 10).
- Las CCAA aportarán cada año, al menos una cantidad igual a la de la Administración General del

Estado en su territorio (artículo 32). Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia también participarán en la financiación de las mismas.

¿Cómo participan los beneficiarios en la financiación del Sistema?

Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas según el tipo de servicio y en función de su capacidad económica (artículo 33), atendiendo a su capacidad económica personal. Esta capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. No obstante, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos (artículo 33).

La Ley entró en vigor el día 1 de enero de 2007.

¿Cuándo se hacen efectivos los derechos a las prestaciones de dependencia previstas en la Ley?

La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia se realizará progresiva y gradualmente a partir del 2007 de acuerdo al siguiente calendario:

- 2007, personas valoradas con un Grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1.
- 2008-2009, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 2.
- 2009-2010, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 1.
- 2011-2012, personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 2.
- 2013-2014, personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 1.

Tras la aprobación de la ley, diversas CCAA han comenzado a realizar Planes Integrales de Atención a la Dependencia, como Andalucía, Galicia, Aragón, Cataluña, Cantabria, Extremadura, que deberían abordar el tema desde la coordinación sociosanitaria y desde los ámbitos sanitarios y social conjuntamente aunque así no haya sido desarrollado en la Ley, que sólo hace una leve mención en su artículo 21 a la prevención de la dependencia y a la coordinación sociosanitaria.

Se puede encontrar toda la información actualizada respecto a estos temas en el marco de salud, de envejecimiento y dependencia, en el Portal de Mayores del IMSERSO; y ahora también en el Portal del Sistema de Atención, Autonomía y Dependencia (SAAD).

El papel de los profesionales de Atención Primaria

Los profesionales de AP necesitan conocer la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia para poder informar a sus pacientes. Su papel es clave en la detección y prevención de situaciones de dependencia y la prestación de unos servicios sanitarios de calidad. Para ello se

necesita una adecuación de los recursos y de la coordinación sociosanitaria.

La aprobación y puesta en marcha de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia va a suponer un hito en el desarrollo del Estado de Bienestar Español con el nuevo reconocimiento del derecho a la atención a las personas en situación de dependencia y el fomento de su autonomía personal.

Si bien la ley nace con muchos interrogantes, como su financiación a partir del año 2015, las posibles desigualdades territoriales, la escasa participación del sistema sanitario, el no desarrollo de la prevención de las situaciones de dependencia y de la coordinación sociosanitaria, creemos que sobre todo va a suponer, aparte del reconocimiento del derecho subjetivo, un aumento y una profesionalización de los servicios sociales, que en nuestro país estaban a la cola de Europa, recayendo todos esos cuidados sobre las cuidadoras familiares hijas y esposas. Y ello beneficiará a nuestros pacientes en situación de dependencia, favorecerá su permanencia en su domicilio, que es lo que desean, y aliviará la carga de los cuidadores mejorando su salud.

Ante esta nueva situación nuestro papel va a ser:

- Informarnos para poder informar a nuestra población. En general no ha existido apenas información dirigida a los profesionales sanitarios, ni a la población. Esto está generando idas y venidas por parte de los usuarios.
- Detectar las situaciones de dependencia en la población que atendemos.
- Valorar la parte que nos han dejado del informe de salud, lo más correcta y actualizadamente posible. En muchos casos habrá que visitar a los pacientes inmovilizados y reevaluar. Aunque nos hayan dado un papel menor, no hay que olvidar que la principal causa de dependencia es la enfermedad y que en este caso, a diferencia de tantos otros informes que debemos hacer, se juega la valoración del grado de dependencia y la asignación de recursos sociales y económicos.
- Prevenir de forma activa la dependencia y promover la autonomía en situaciones de dependencia establecida.
- Atender a las personas en situación de dependencia, participando en la coordinación sociosanitaria y tratando de mejorar la salud de sus cuidadores.

La valoración de la situación de dependencia

La LAAD contempla los grados de dependencia en función de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD).

El SAAD ha establecido a través de la ley un instrumento único como baremo de valoración de la Dependencia (BVD) que combina la valoración de actividades básicas de la vida diaria con instrumentales, lo que uni-

do al informe de Salud y a una evaluación del entorno social permitirá clasificar a las personas según su grado de dependencia. En AP estamos habituados a valorar la capacidad funcional de nuestros pacientes, es nuestro trabajo diario, conocemos su capacidad de autocuidado y su situación de salud. Somos los más cercanos y, sin embargo, no se ha contado con nosotros. Cada CCAA debe organizar equipos de evaluadores para dichas valoraciones, que en algunos casos sabemos que serán profesionales sociosanitarios como trabajadores sociales o fisioterapeutas, pero en otros serán simplemente encuestadores entrenados. Hemos perdido una oportunidad.

La promoción del envejecimiento activo y la prevención de la dependencia

Se debe evitar la dependencia, pero también abordarla cuando es reciente y potencialmente reversible, ya que de esta manera nuestras intervenciones son más eficaces que cuando está claramente establecida.

El objetivo de los profesionales de AP debe ser prevenir la dependencia y promover la autonomía de los pacientes. Para ello se pueden desarrollar las siguientes estrategias:

- Intervención sobre factores de riesgo, como pueden ser los accidentes, las caídas en las personas mayores y las inmovilizaciones prolongadas.
- Asegurar la atención precoz a problemas de salud que pueden llevar a una situación de dependencia, especialmente buscando una recuperación funcional lo más temprana posible.
- Abordar las situaciones de dependencia cuando estas son recientes y reversibles; una intervención en ese nivel es más efectiva que en situaciones de dependencia claramente establecidas.
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) recogen la capacidad de la persona para llevar una vida independiente. Incluye actividades como hacer las tareas domésticas, la compra, el manejo de los medicamentos, la gestión económica, la utilización de transportes y la capacidad de hablar por teléfono. Aunque su alteración no implica una situación de dependencia, sí indica la posibilidad de un problema inicial, que puede necesitar una intervención precoz.
- La promoción del envejecimiento activo trata de conseguir que las personas mayores sigan cumpliendo años con una buena calidad de vida, autonomía, adecuada autoestima y satisfacción personal. A esta situación se puede llegar promoviendo estilos de vida saludables, trabajando los funcionamientos cognitivo y físico y con una actitud positiva ante la vida.
- Con el mantenimiento de la salud y la capacidad funcional a través de la promoción de estilos de vida saludables, no sólo en edades avanzadas, sino incorporando estos hábitos a la vida de los individuos desde su inicio.

- Trabajando el funcionamiento cognitivo con la promoción de la lectura, la escritura, trabajos de cálculo, talleres de memoria, aulas para los mayores.
- Promocionando el ejercicio físico a través del consejo en la consulta, especificando cuál es el más adecuado si la persona mayor tiene algún problema de salud.
- Logrando que se mantenga una actitud positiva ante la vida y que no se viva el envejecimiento como una suma de pérdidas, sino como cambios en la vida a los que es posible adaptarse.
- Desde AP podemos abordar estos aspectos a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, de la semFYC, que incluye las actividades recomendadas para cada grupo de edad, basándose en las que han demostrado efectividad. También a través de la realización de actividades educativas individuales o grupales con mayores sanos dirigidas a la promoción del envejecimiento saludable y aconsejando a los mayores la utilización de todos los servicios deportivos, educativos, culturales y de ocio que existan en nuestra zona dirigidos a ese grupo de población (11, 12, 13, 14).

La atención a las personas en situación de dependencia. Los cuidados de larga duración. La coordinación sociosanitaria

Desde AP debemos ofertar carteras de servicios efectivas y eficientes, basadas en la evidencia científica, y con la mayor homogeneidad posible entre las diferentes CCAA. Estos servicios tienen que incluir sistemas de evaluación y mejora de calidad, que proporcionen dinamismo y posibiliten su ajuste a las progresivas necesidades y modificaciones del conocimiento. Es necesario revisar la atención a personas mayores, al anciano frágil, a inmovilizados y a terminales reconvirtiendo dichos servicios a los de prevención y atención a las personas en situación de dependencia, incluyendo además todo tipo de persona en esta situación.

A nuestros pacientes debemos ofertarles:

- Cuidados domiciliarios.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Apoyo a las cuidadoras.
- Sistemas protésicos y ortoprotésicos de apoyo en domicilio.

Los cuidados deben ser personalizados en función de las necesidades, expectativas y del apoyo social que tenga cada persona. Además, deben tratar de promover la participación social, evitando el aislamiento. A las cuidadoras se les debe facilitar la incorporación al trabajo, el descanso y evitar la sobrecarga.

Los profesionales debemos formarnos y capacitarnos en la atención a la dependencia. Hay que asegurar un correcto desarrollo de esta área en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, proporcionando formación continuada y medios para capaci-

tar para ello a los médicos, enfermeras y resto de personal sanitario. Los centros de salud necesitan contar con los recursos humanos, materiales, económicos y formativos, que respondan a la realidad asistencial actual. Se debe potenciar el papel de la enfermería y del trabajador social. Debería estar ajustada la estructura, funcionamiento y organización de los centros de salud a la atención de este sector de población y progresar en las directrices del «aged friendly primary health care» de la OMS¹²⁻¹⁵.

También debemos contar con estructuras y mecanismos de apoyo por parte de la atención geriátrica, rehabilitación y fisioterapia a domicilio y el resto de las especialidades, con especial énfasis en los servicios de urgencias.

Es indispensable la coordinación con los servicios sociales, de manera que se una la asistencia sanitaria con el apoyo social para fomentar la autonomía, el autocuidado y las medidas de ayuda para la cuidadora principal. Esto requiere un aumento de recursos sociales.

Estructuras o mecanismos de coordinación formal sociosanitaria

Parece claro que tras la aprobación de la ley de dependencia la necesidad de la coordinación sociosanitaria va a ser incuestionable y, por tanto, se necesitarán estructuras o profesionales dedicados a la coordinación. Ante el vacío de la ley a este respecto, existen y van surgiendo distintas estructuras y modelos que tratan de dar solución a esta necesidad. En algunas CCAA, sobre todo las del antiguo territorio INSALUD, sobreviven las comisiones sociosanitarias que se pusieron en marcha tras el acuerdo interministerial 1993, que si bien adolecieron de poder ejecutivo sí podríamos decir que avanzaron en la metodología de la intervención en cuanto a la definición de circuitos de coordinación, responsables y procedimientos comunes; en Cataluña existen las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanitarias (UFISS); también pueden ser considerados los Programas de Atención Domiciliaria, Equipos de Soporte (PADES) o los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) o equipos de soporte, etc. También pueden existir Planes Sociosanitarios, o Comisión Sociosanitaria provincial o comisiones de Cuidados de área en algunas CCAA; o una Dirección General Sociosanitaria, dependiente de salud o de servicios sociales.

Además, dado que parece necesaria que existan estructuras de coordinación a los niveles micro y macro, están surgiendo figuras como la enfermera de enlace en Cataluña, Canarias, Aragón y Andalucía, entre cuyas funciones está la gestión de casos y la coordinación sociosanitaria. Éste es un tema muy controvertido que habrá que revisar y desarrollar.

Discusión

En España, a pesar de la insistencia con que aparece la cuestión en el debate sanitario, lo cierto es que la articulación sociosanitaria constituye más un deseo que una realidad.

Convergencias y divergencias en los modelos de atención sociosanitaria

No vamos a entrar en análisis detallados de los modelos y documentos citados, dada la complejidad de esta tarea, la variedad de programas y políticas que los sustentan y la disparidad que se observa entre las diferentes CCAA. En unos casos los proyectos o modelos proceden de sus respectivos planes gerontológicos, en otros se han realizado programas sociosanitarios específicos y en algún caso se han incluido en sus Planes de Salud. Asimismo, la diferente denominación de unos y otros, como red sociosanitaria, sistema de coordinación o espacio sociosanitario, revela distintas formas de entender la organización del sistema de atención y diferentes tradiciones en el peso de los sectores implicados, sociales o sanitarios. La elaboración desde la SEGG y la AMG del Informe del Defensor del Pueblo (2000) sobre este tema, supuso un importante esfuerzo de sistematización de las iniciativas existentes hasta ese momento. En consecuencia, no se pretende en esta ocasión reiterar el esquema conceptual, ni los principios de la atención sociosanitaria. Sólo se comentarán algunos aspectos puntuales, fruto de la observación de las últimas iniciativas en este tema.

Si tuviésemos que destacar algún acuerdo indiscutible en estos años, sería precisamente el de la generalización del adjetivo sociosanitario, el reconocimiento de la urgencia de ofrecer respuestas integrales o cuidados de larga duración a las personas que necesitan ayuda social y sanitaria de forma simultánea y duradera. Seguramente, si profundizamos un poco más en el desarrollo del concepto, empezarían a surgir discrepancias, a veces irresolubles entre los sistemas sanitario y social, entre los diferentes profesionales, propuestas de intervención, sistemas de evaluación, modelos de gestión de los servicios y, sobre todo, propuestas de financiación de la atención sociosanitaria, ausentes en la mayoría de las programaciones citadas. Otro de los aspectos de consenso es el reconocimiento de que la atención sociosanitaria, cualquiera que sea su modelo, requiere coordinación en múltiples aspectos y desde los diferentes sistemas que tienen responsabilidades en este campo⁴.

La reivindicación sostenida de lo «sociosanitario», sumada a lo complejo y costoso de su implementación y, por lo tanto, a su prácticamente nula puesta en práctica, ha «gastado» el término en cierto modo sin prácticamente haberlo estrenado.

Pero no por ello se ha de renunciar al fortalecimiento de unos servicios sociales que complementen a los amplios servicios sanitarios existentes, extraordinariamente valiosos y muy bien valorados por los mayores.

Dicho fortalecimiento complementaria y reforzaría al mismo tiempo al sistema sanitario, pues lo descargaría de todos aquellos problemas derivados de cuestiones sociales que lo sobrecargan. A ello se ha de añadir que resultaría muy desafortunado pretender que sea la población mayor en una situación de dependencia la que dividiera sus necesidades en sociales y sanitarias. Debe ser el sistema de protección a la dependencia el

que también ha de entender que la respuesta debe ser sociosanitaria, integrando las soluciones de ambas naturalezas y usando las riquezas ya existentes —como la red sanitaria primaria—, sin pretender que sea la población mayor la que tenga que peregrinar en busca de soluciones parciales. Se presenta una gran oportunidad para ofrecer una respuesta sociosanitaria a un problema que es, como pocos otros, sociosanitario¹⁶.

En Europa

En un documento elaborado en el seno de una red de investigación Internacional, coordinada por el Doctor Leichsenring (Centro Europeo de Investigación en Política Social) y cofinanciada por el Quinto Programa Marco de la Unión Europea, se exponían varias experiencias pertenecientes a nueve países europeos (lo que supone, en la práctica, casi 50 modelos de trabajo distintos), poniendo de relieve algunas fortalezas y debilidades de los sistemas de atención a las personas dependientes en territorio europeo¹⁷.

La coordinación en todos los ámbitos donde se puede producir, la prestación integrada de servicios y la complementariedad entre los recursos sociales y sanitarios y las iniciativas que se generan en el ámbito privado para hacer frente a la dependencia, constituyen el objetivo central de esta red de experiencias innovadoras.

Sus resultados confirman algunas tendencias ya indiscutibles, como la del intento de facilitar a las personas mayores la posibilidad de permanecer en sus viviendas, o al menos en su entorno cercano, el máximo tiempo posible. Sobre todo, destaca la imperiosa necesidad de coordinación en la prestación asistencial y la necesidad de buscar fórmulas de integración de lo social y lo sanitario en los cuidados de larga duración, y la urgencia de poner en práctica la evaluación pluridimensional. De todo ello se deduce la necesidad de estimular la innovación en este campo.

Hasta la fecha, las políticas supuestamente unánimes de Europa en relación con los cuidados de larga duración carecen de estrategias coherentes.

Desde luego, no hay un documento normativo de interés que deje de subrayar que las personas con necesidades de asistencia deben ser ayudadas lo más posible a vivir en su domicilio: las residencias deben reducirse, hay que respaldar a las diferentes clases de proveedores y servicios (asistencia diurna, asistencia de corta duración), tienen que desarrollarse nuevos servicios, debe garantizarse la inclusión social y hay que ampliar los servicios preventivos y la orientación y el asesoramiento dirigidos a la persona.

Además, es preciso robustecer la asistencia familiar y no profesional, y debe «coordinarse» todo el sistema de proveedores.

Las reformas para integrar los servicios sanitarios y de asistencia social tienen que fundamentarse en la integración de los sistemas de financiación y en la superación de las barreras institucionales, en especial entre la asistencia ambulatoria y hospitalaria, entre los servi-

cios sanitarios y de asistencia social, y entre la asistencia profesional y no profesional.

El reconocimiento geriátrico y la evaluación pluridimensional forman parte de la modernización del sistema en muchos países (p. ej., Alemania, Italia, Francia, los Países Bajos, el Reino Unido y Dinamarca), pueden incorporarse a la práctica sin demasiada dificultad, cuentan con un alto grado de aceptación, y ayudan a implicar a diferentes clases de profesiones y a mejorar la comunicación entre ellas.

Abordaje comunitario

Análisis de situación del abordaje comunitario y educación para la salud (EpS) grupal

La promoción de la salud, participación comunitaria y educación para la salud en España. Introducción

Como se dice en la introducción de este apartado, «el carácter múltiple de los factores que condicionan y determinan la salud de las personas y las comunidades, exige una respuesta desde todos los sectores (...)» y «La implicación de los ciudadanos favorece la efectividad de las intervenciones en Salud (...)». En consecuencia, para poder acercarnos a esto, es fundamental hacer un breve comentario sobre la legislación que en nuestro país rige las acciones sobre Promoción de Salud.

En la Constitución Española de 1978: se reconoce el derecho a la participación ciudadana en la gestión del Estado, dándole el mismo grado de protección que a los derechos fundamentales.

En 1986, con la Ley General de Sanidad nos encontramos con que se reconoce el derecho de los ciudadanos a participar comunitariamente de las decisiones sobre «salud», abriendo todas las posibilidades de colaborar, intervenir, opinar y participar.

Ley de Bases de Régimen Local (Ley 7/1985/2): define los municipios como entidades básicas de organización territorial y como cauces inmediatos de participación ciudadana en los asuntos públicos.

Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios de 26/19 julio de 1984: el derecho a la participación está recogido en su capítulo VI (artículos 20, 21 y 22).

En el desarrollo posterior de las diferentes autonomías, al completar el funcionamiento de las Consejerías de Salud con las respectivas leyes de ordenación del sistema sanitario, se establece claramente el abordaje comunitario de la salud y se hace mención expresa al derecho de los ciudadanos a participar en la gestión del sistema sanitario.

Además, a lo largo de esta última década, también encontramos el reconocimiento del papel de los ciudadanos en la Ley de Autonomía del Paciente de 2002; Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 y, por supuesto, en el REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud¹⁸.

Pero además, lo comunitario incluye la formación, la necesaria coordinación entre niveles, la planificación en los Servicios de Salud y en los propios EAP, la relación estrecha entre asistencia y salud pública, y, finalmente, la visión de que se trabaja para los ciudadanos, con lo que ello supone de participación.

A este respecto, nos encontramos con autonomías como Castilla y León, que desarrollan normativamente en sus leyes de ordenación sanitaria, sistemas de participación como son los Consejos de Salud¹⁹; y otras, como la de Madrid, que establece que la participación de los ciudadanos tendrá un carácter consultivo y de asesoramiento²⁰.

Está claro, que en todos los casos se posibilita la participación, sin embargo el grado de implicación de los ciudadanos no es igual, y además dependerá de las decisiones de los políticos y de gestores más o menos técnicos, administradores o burócratas, etc.

- En relación a esto, independientemente de las posibilidades de desarrollo de lo comunitario bajo el marco legislativo, un hecho interesante es la opinión de profesionales de reconocido prestigio, recogidas en el informe *Veinte años de Reforma de la Atención Primaria en España*²¹, en el que manifiestan que la promoción de la salud fue una declaración de intenciones, un parte filosófica de la AP que se abandonó a las «primeras de cambio».
- Estamos asistiendo, sin embargo y a pesar de lo dicho hasta este momento, a un resurgir de lo comunitario en el ámbito salud, a un intento de detectar acciones, posibilidades de desarrollo, a través de profesionales concretos del ámbito de la Salud Pública de las distintas Consejerías que han tomado las riendas de la promoción de la salud y la participación comunitaria, impulsando proyectos que parecían abocados al fracaso o, al menos, a la indiferencia, por su falta de difusión o apoyo explícito, como es, por ejemplo, el Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud (SIPES), que viene siendo desarrollado desde hace años por el Ministerio de Sanidad, a través del Consejo Interterritorial.

Además, nos encontramos con que, en vez de desaparecer de la Cartera de Servicios de los Servicios de Salud, como hemos indicado, queda más concreto y más establecida la necesidad de potenciar el consejo individual de salud, las recomendaciones sobre hábitos de vida, la identificación de las peculiaridades de las etapas vitales de las personas, el reconocimiento de los factores de riesgo a los que se enfrentan las personas en determinadas situaciones de vulnerabilidad (emigración, climaterio, adolescencia, etc.), e igualmente, los beneficios de potenciar la educación grupal, ya sea con ciudadanos, ya sea con los propios profesionales, etc. No

se trata sólo de comunicar, se trata sobre todo de aprender a vivir mejor.

- Pero no sólo se trata de los organismos oficiales. Las sociedades científicas, así como los Colegios profesionales o las asociaciones de pacientes, ciudadanos, vecinos, y organizaciones no gubernamentales, también están ejerciendo una presión constante sobre el sistema, con el objeto de recobrar la visión integral de la atención. Una visión que tenga en cuenta distintas necesidades y también distintas oportunidades.

En este sentido, existen redes de información públicas, que han desarrollado sistemas de recogida no sólo de demandas, sino que también son referentes en proyectos de promoción de salud, comunitarios y de EpS, que son posibles conocer y llevar a cabo, como son Aragón, Navarra, Andalucía, Cataluña (Anexo 5).

- Por último en esta introducción no queremos dejar de señalar las líneas establecidas fuera de nuestro país, por entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS), la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPHE), la Comisión Europea-Dirección de Salud y Protección al Consumidor, el Grupo europeo de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos mentales (IMHPA), etc.²²⁻²⁵, que marcan las líneas estratégicas que se intenta sigan los distintos países, así como las organizaciones profesionales y ciudadanas, desarrollando documentos de referencia, promoviendo líneas de investigación en evidencia²⁶, favoreciendo la existencia de grupos de presión (*lobbys*) que trabajen por la integración de esta actuación en la cotidianeidad personal y profesional, apoyando decididamente las campañas de difusión que sirvan para modificar las percepciones de la gente en lo que se refiere a la salud y la participación responsable en las acciones que se emprendan, etc.

Situación actual del abordaje comunitario y EpS grupal

Actividades comunitarias/educación para la salud grupal contenidas en las bases de datos. Las redes

Tal como hemos mencionado más arriba, queremos resaltar la existencia de múltiples bases de datos sobre Promoción y Prevención de la salud, en castellano, y hacer algún comentario sobre las mismas.

Y para empezar, comentar que existen más bases de proyectos de lo que, en general, gestores y mandos intermedios creen que existe y, por extensión, los profesionales de los EAP.

E insistiendo en esta ignorancia, subrayar que no sólo es posible encontrar bases de datos con proyectos que

pueden ser solicitados, usados o desarrollados, sino que es posible contactar con profesionales, con entidades, con grupos, etc. Y toda esta información está, en general, muy disponible, puesto que los proyectos están desarrollados por sistemas públicos de salud o entidades orientadas al ciudadano.

¿Qué fuentes de información?

Ministerio de Sanidad

Hemos mencionado anteriormente el SIPES. Merece la pena señalar que está disponible su acceso y que en todas las comunidades existe un referente para poder llegar a la información de manera fiable. Todas las Comunidades han dispuesto de información en este sistema, ya sea informando sobre sus organizaciones, ya sea sobre sus actuaciones en Promoción de la Salud y también vertiendo la información sobre documentos de interés.

Sin embargo, con este Sistema ha pasado algo muy curioso, y es que siendo el más serio intento de recopilar toda la información existente en España, y aun reconociendo que se trata de una base de datos que exige unos requerimientos de manejo y mantenimiento avanzados y complejos, no se ha realizado la difusión que merece, siendo, hoy por hoy, bastante desconocida por los profesionales y objeto de numerosas trabas y de bastantes argumentos sobre la dificultad de uso.

Nunca un sistema desarrollado para facilitar el trabajo de los EAP, de forma muy directa, con una mínima complejidad reconocida, había sido el blanco de tanta indiferencia y *ninguneo*.

Dispone de un apartado dirigido al ciudadano y otro al profesional, previa alta del referente de la Comunidad en la que se trabaje. Dispone de un *tesaurus* muy amplio, y en el mismo podemos encontrar, por supuesto, la Participación Comunitaria.

Otras redes/bases de datos de Organismos públicos

Aun cuando son las propias comunidades las que alimentan el SIPES, éstas están, sin embargo, compitiendo con el mismo.

a) Consejería de Salud

Todas las CCAA disponen en su WEB, en el portal correspondiente a Salud, un espacio destinado a proyectos institucionales, en su mayoría, o a la recogida y organización de proyectos de los Centros de Salud.

Ahora bien, podemos distinguir fundamentalmente, Aragón, como el único que tiene en la WEB la RAPPS, *Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud*, que se nutre de proyectos de las tres provincias de la comunidad. Y estos proyectos, responden a unos criterios de calidad, también accesibles desde la WEB. Los temas sobre los que existe documentación: alimentación, autoestima/salud mental, desarrollo de habilidades para la vida, actividad física, autocuidados y ayuda mutua, problemas crónicos de salud, afectividad y sexualidad, convivencia y

racismos, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, ocio y tiempo libre, desarrollo sostenible, entornos saludables, antropología y sociología de la salud, etapas vulnerables, equidad y desigualdades sociales y comunicación.

En el resto de Comunidades, podremos encontrar proyectos relacionados con:

- Áreas de intervención (accidentes, violencia, alimentación, tabaco, sexualidad, etc.).
- Población (inmigrantes, adolescentes, mujer en el climaterio, etc.).
- Enfermedades (crónicas, recomendaciones autocuidados, etc.).
- Y, además, deberemos distinguir si se trata de: Programas y Protocolos de actuación en los que se incluyen anexos con acciones planificadas; proyectos de salud, que siguen criterios de buena práctica; proyectos de investigación relacionados con lo comunitario; o hasta proyectos relacionados con la formación de formadores, etc.

En consecuencia, recomendamos darse «un paseo» por la red y descubrir la cantidad ingente de información que las comunidades manejan o, al menos, hacen visible.

Sin embargo, un hecho que dificulta poder manejarse fácilmente por estas páginas, es saber quién elabora, distribuye, organiza la información dentro de las Consejerías de Salud. En la mayoría de los casos, se puede encontrar en Salud Pública; pero también podemos encontrarla, dependiendo de los organigramas, en otras Direcciones generales como puede ser la de Calidad.

b) Otras Consejerías y otros Ministerios

Podríamos decir que con indagar por la vereda de la salud, sería suficiente..., pero no es así.

Si tenemos en cuenta que, como muy bien define la OMS, la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, nos encontraremos secciones y apartados orientados a la salud y a la colaboración entre profesionales y/o ciudadanos, fundamentalmente en áreas relativas a situaciones de vulnerabilidad o etapas vitales, en:

- Educación (escuelas promotoras de salud, etc.).
- Interior (tráfico, inmigración).
- Servicios Sociales (mujeres, violencia, personas mayores, dependencia, etc.).
- Trabajo (salud laboral, salud medioambiental, etc.).
- Turismo (ocio, etc.).

En consecuencia, recomendamos que siempre que se aborde un tema relacionado con estas áreas, no se dejen de visitar las páginas correspondientes de las Consejerías o Ministerios, sin olvidar que en las mismas nos encontramos también con organismos autónomos como son el Instituto de la juventud, la Agencia antidroga, el Instituto de la mujer, etc.

Sociedades Científicas

a) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

La más conocida sobre el ámbito de la participación comunitaria, es la *Red de Actividades Comunitarias (RAC)*, correspondiente al Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP)²⁷.

Esta red, que se intenta actualizar anualmente, es de las más sencillas, tanto por accesibilidad, manejo y por muestra de datos básicos relativos a proyectos realizados por los EAP, ya sea en el ámbito de la EpS grupal, ya sea en el entorno de actuaciones comunitarias como impulsores o como participantes (consejos de salud, planes comunitarios, etc.).

Incluye actividades de 14 Comunidades, no existiendo en la actualidad información en esta red de Baleares, Navarra, La Rioja, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

Igualmente, los temas por los que agrupa los proyectos, 283 actualmente, son: adolescentes y jóvenes (27), mujeres (62), personas mayores (23), población adulta (82), población específica (14), población infantil y escolar (14), población total (48) y profesionales (9)

b) Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

Se trata del Grupo de Trabajo de Atención Primaria Orientado a la Comunidad, que también se incluye en el PACAP.

c) Red Actuando Unidos por la Salud (AUPA)

Es una red catalana que incluye proyectos comunitarios específicamente. En estos momentos incluye proyectos de 16 centros.

Otras entidades

- De ninguna manera pretendemos ser exhaustivos, así que sólo mencionaremos a título de entidades públicas o privadas, a la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Asociación de Educación para la Salud, la Asociación de Promoción de la Salud, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, el Instituto de Salud Carlos III, la Escuela Andaluza de Salud Pública, etc.
- Tampoco podemos dejar de incluir en esta revisión, programas como el de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), también de la semFYC; o las bases de datos en las que encontrar resúmenes de proyectos valorados: *biblioteca Cochrane, Medline*, etc.
- Y de ninguna manera podemos dejar de mencionar la información que se puede encontrar en las fuentes de información de las asociaciones de pacientes, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de vecinos, de usuarios, etc., que incluyen no sólo contenidos relativos a Educación para la Salud, sino que, en algunos casos, tratan de

desarrollar aspectos de participación comunitaria y acción social en salud.

En definitiva, es fácil, muy fácil, acceder a la información que actualmente publican las organizaciones y entidades señaladas. Ahora bien, la pregunta actual es: ¿cómo manejamos tanta información?, ¿de acuerdo a cuáles criterios? Y algo muy importante, ¿quién? ¿Qué profesionales van a realizar las labores de búsqueda de la información, la elaboración, la puesta en marcha? Y ¿cómo se organiza el tiempo para poder llevar a cabo acciones de educación o de desarrollo comunitario con la población?

Cómo se lleva a cabo la promoción de la salud. ¿Qué y quién?

Veamos ahora otros datos. Hasta ahora hemos tratado de averiguar dónde estaba la información, pero ahora veamos en base a qué se organiza o cómo se considera.

Criterios para la elaboración de proyectos

Muy someramente señalamos criterios relacionados con:

- La Calidad.
- La Planificación, ordenación y coordinación.
- La Investigación-Acción.
- La Salud Pública.
- La definición de Promoción de Salud (Educación para la Salud y Participación Comunitaria).
 - En la encuesta realiza para este estudio encontramos que: 10 Comunidades encuadran las intervenciones y acciones de PS, en el ámbito de Salud Pública. 3, mencionan explícitamente la promoción y la educación para la salud. Y 4, junto con las ciudades autónomas, las incluyen en el ámbito de las prestaciones sanitarias, la organización, la coordinación.
 - Por lo que podemos observar, sólo las comunidades aragonesas y navarras, explicitan los criterios en los que han de basarse los proyectos²⁸.
 - Y de igual manera, es el PACAP el único que tiene establecidos criterios para aplicar a Proyectos que se consideren de Participación Comunitaria.

¿Qué tiempo se dedica a las actividades de Atención Primaria?

Se suponía, según del RD de funciones de los EAP, que debía incluirse en el 10% del tiempo total, que incluía actividades docentes (actividad diaria)²⁹.

- Hoy, la presión asistencial, así como el burn-out de los profesionales, la no incorporación en las Carteras de servicio, la ausencia de líneas estratégicas sobre promoción de salud, así como la ausencia de políticas dirigidas abiertamente a los estilos de vida, casi nos hace asegurar que no ocuparán más allá del 1% del tiempo de los profesionales.

¿Qué profesionales las realizan?

Se trata de una competencia de todos los profesionales de AP, desde la Dirección-Gerencia, incluyéndolo en los objetivos del Área, hasta el profesional auxiliar administrativo que participa en la organización de los grupos, incluye dinamización de los grupos e información del sistema sanitario.

Por tanto cabe distinguir de quién es competencia (de todos) a quién la realiza; que en la actualidad, se lleva a cabo fundamentalmente por enfermería, seguido de médicos de familia y trabajadores sociales.

- Parece existir la tendencia de ser una actividad de los profesionales de enfermería con el apoyo del resto de profesionales. En la medida que incluyen en la definición de su actividad el «cuidado», han considerado que es una competencia suya. Sin embargo, la definición de Promoción de Salud, va más allá del cuidado, por tanto, se trata de una acción o intervención que, realizándola todos, debe volver a ser el centro de la profesionalidad de todos^{30,31}.

¿Cómo se organizan las Comunidades Autónomas?

De la encuesta realizada y respondida por Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, La Rioja, (Tabla 1), extraemos la información siguiente:

Parece difícil que las CCAA favorezcan el desarrollo de la Salud comunitaria, cuando no se incluye la atención social, o se entiende la participación de los usuarios en la medición de satisfacción con el servicio y no en la gestión o la inclusión de servicios de promoción y prevención de la salud de forma concreta y específica.

Escasa capacidad de gestión de los profesionales, coordinadores en el desarrollo clínico y/o de colaboración con los usuarios. Seguramente la tienen, pero no son conscientes. Sólo se fijan en aquello que su administración-dirección les indica: farmacia, gestión de suplencias, suministros, etc.

¿Qué entienden las CCAA por «planes de salud»? Consideran que en sus contratos programa se incluye los objetivos de aquéllos y, sin embargo, comentan que incluyen objetivos relacionados con: infraestructuras, dotaciones, indicadores asistenciales, funcionamiento servicios, nuevas tecnologías, etc.

Todas indican que existen documentos públicos que establecen estrategias y objetivos de la gestión-clínico-asistencial. Ahora bien, no se incluye ninguna observación referida a la estrategia de trabajar con o para la comunidad.

Finalmente, la gestión se centra sólo en el propio sistema y no en lo que, supuestamente, todas las organizaciones declaran como su fin primero y último: el ciudadano.

Un aspecto siempre a tener en cuenta, es la proporción de personal fijo, interino, estatutario y funcionario. Se produce una convivencia de profesionales con diferentes contratos, que conllevan diferentes derechos-beneficios, aun cuando las obligaciones y deberes son para todos igual. Las administraciones lo tienen en cuenta por la precariedad laboral y el desarrollo científico-tecnológico de sus organizaciones, pero la cuestión está en saber si lo tienen en cuenta como desarrollo o pérdida de la gestión del conocimiento y de las capacidades-competencias del sistema³³.

Se han unificado los criterios de carrera profesional este último año en todo el territorio español, que siendo un paso en el mantenimiento y mejora de la competen-

TABLA 1 La información de las Comunidades

| | Andalucía | Asturias | Baleares | Canarias | Cantabria | Castilla-La Mancha | Castilla y León | Cataluña | Comunidad Valenciana | Extremadura | Galicia | Madrid | Navarra | La Rioja |
|--|-----------|----------|----------|----------|-----------|--------------------|-----------------|----------|----------------------|-------------|---------|--------|---------|----------|
| Salud Pública (1) | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | - | - | Nd | ✓ |
| Salud Comunitaria (1) | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Nd | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Nd | ✓ |
| Atención Social (1) | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | Nd | ✓ |
| Atención Drogodependientes (1) | ✓ | - | - | - | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | - | - | - | ✓ |
| Atención Sociosanitaria (1) | ✓ | - | - | - | ✓ | - | ✓ | Nd | ✓ | Nd | - | ✓ | Nd | ✓ |
| Participación Profesionales en la Gestión (4) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ |
| Participación Otras Administraciones en AP (5) | ✓ | - | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | ✓ |
| Participación Usuarios en la Gestión de AP (6) | ✓ | ✓ | ✓ | - | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | ✓ |
| Participación AP en otros ámbitos/niveles administración (7) | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | Nd | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Objetivos del Plan de Salud en contratos programa (9) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ |
| Experiencia innovadora Gerencia Única (21) | ✓ | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | - | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | - | ✓ | ✓ |

X: Sí existe / -: No existe / Nd: No datos / (): N.º pregunta encuesta.

Fuente: Elaboración propia con los datos de: Universitat Pompeu Fabra (UPF) (2007)³².

cia en asistencia, investigación, formación, gestión, deja abierto a la evolución futura, cómo afectará esta carrera al interés para trabajar *hacia* los ciudadanos y no *sobre* los ciudadanos. La tendencia a situarnos en la distancia, dificulta la implicación y reconocimiento de las personas objeto de la actividad en AP.

Discusión: abordaje comunitario y Educación para la Salud (EpS) grupal

¿Qué futuro existe para el abordaje comunitario?

1. Conviene recordar que la legislación de todas las comunidades obliga al desarrollo de las acciones comunitarias y de la educación para la salud.
2. Importa desarrollar la competencia de los profesionales en promoción de la salud, acción social, desarrollo comunitario y soslayar la *competición* entre administraciones.
3. La Cartera de Servicios incluye intervenciones de tipo individual y grupal, y promueve directamente la participación comunitaria.
4. La información sobre cómo llevar a cabo los proyectos, de acuerdo a criterios que favorezcan la efectividad, está disponible en múltiples páginas web de la administración pública y de sociedades y asociaciones científicas. Es fundamental hallar la forma de disminuir la dispersión de la información y la multiplicidad de criterios de organización de la misma. También sería de desear homogeneizar el lenguaje, identificar dos o tres metodologías de trabajo y consensuar las áreas prioritarias de trabajo.
5. La red más potente sobre la que es posible verter la información y también recuperarla, está más asequible de lo que se cree: <http://sipes.msc.es>. Aunque convendría hacerla más *amigable*.
6. La investigación sobre promoción de la salud no se ha dejado de llevar a cabo en las últimas dos décadas^{34,35,36}. Ver, cuanto menos, los proyectos FIS, impulsados desde Instituto de Salud

Carlos III y desde las Agencias de formación de salud, así como otras organizaciones dedicadas a la revisión de proyectos e investigaciones³⁷. De todas formas, sí hay que reconocer que hacen falta más proyectos multicéntricos, multi-profesionales y coordinados con los ciudadanos organizados.

7. La participación de los ciudadanos, usuarios y pacientes, está por desarrollar. Apenas existen enlaces o apartados específicos para la comunicación directa con los mismos desde el ámbito salud y, sobre todo, desde AP. Se trata del área más débil y una de las limitaciones que favorecen el escepticismo profesional, si no que se mueven en el ámbito de entidades organizadas y/o públicas³⁸.
8. Es factible realizar un mínimo de proyectos educativos y/o comunitarios, incluso en las peores condiciones de organización de un EAP cuando éste dedica la mayoría de su tiempo a la asistencia directa en consulta individual.
9. Sociedades científicas, profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) y también de la educación (maestros, pedagogos, etc.) y del campo de la investigación (sociólogos, etc.), españoles y europeos, son conscientes de la necesidad de identificar a las personas interesadas y formadas en PS, así como homogeneizar lenguajes y criterios. Ahora mismo, en nuestro país, existe un Foro de Promoción de Salud, abierto a todo tipo de profesionales y se están proponiendo desde la creación de una Sociedad científica de Promoción de Salud, hasta un Programa de Promoción de Salud, tipo PAPPS o PACAP, que integren todas estas actuaciones y que le permitan ocupar el espacio y el poder que, no sólo se merecen, sino que tienen.
10. Lo comunitario no requiere ser inventado, sólo retomado, porque no habrá salud sin la comunidad.

Recomendaciones

- Conviene recordar que la legislación de todas las comunidades obliga al desarrollo de las acciones comunitarias y de la educación para la salud.
- Importa desarrollar la competencia de los profesionales en promoción de la salud, acción social, desarrollo comunitario y soslayar la «competición» entre administraciones.
- La Cartera de Servicios incluye intervenciones de tipo individual y grupal, y promueve directamente la participación comunitaria.
- La información sobre cómo llevar a cabo los proyectos, de acuerdo a criterios que favorezcan la efectividad, está disponible en múltiples páginas web de la administración pública y de sociedades y asociaciones científicas. Es fundamental hallar la forma de disminuir la dispersión de la información y la multiplicidad de criterios de organización de la misma. También sería de desear homogeneizar el lenguaje, identificar dos o tres metodologías de trabajo y consensuar las áreas prioritarias de trabajo.
- La red más potente sobre la que es posible verter la información y también recuperarla, está más asequible de lo que se cree: <http://sipes.msc.es>. Aunque convendría hacerla más «amigable».
- La investigación sobre promoción de la salud no se ha dejado de llevar a cabo en las últimas dos décadas. Ver, cuanto menos, los proyectos FIS, impulsados desde Instituto de Salud Carlos III y desde las Agencias de formación de salud, así como otras organizaciones dedicadas a la revisión de proyectos e investigaciones. De todas formas, sí hay que reconocer que hacen falta más proyectos multicéntricos, multiprofesionales y coordinados con los ciudadanos organizados.
- La participación de los ciudadanos, usuarios y pacientes, está por desarrollar. Apenas existen enlaces o apartados específicos para la comunicación directa con los mismos desde el ámbito salud y, sobre todo, desde Atención Primaria. Se trata del área más débil y una de las limitaciones que favorecen el escepticismo profesional, si no se mueven en el ámbito de entidades organizadas y/o públicas.
- Es factible realizar un mínimo de proyectos educativos y/o comunitarios, incluso en las peores condiciones de organización de un EAP cuando éste dedica la mayoría de su tiempo a la asistencia directa en consulta individual.
- Sociedades científicas, profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales) y también de la educación (maestros, pedagogos, etc.) y del campo de la investigación (sociólogos, etc.), españoles y europeos, son conscientes de la necesidad de identificar a las personas interesadas y formadas en PS, así como homogeneizar lenguajes y criterios. Ahora mismo, en nuestro país, existe un Foro de Promoción de Salud, abierto a todo tipo de profesionales y se están proponiendo desde la creación de una Sociedad científica de Promoción de Salud, hasta un Programa de Promoción de Salud, tipo PAPPS o PACAP, que integren todas estas actuaciones y que le permitan ocupar el espacio y el poder que, no sólo se merecen, sino que tienen.
- Lo comunitario no requiere ser inventado, sólo retomado, porque no habrá salud sin la comunidad.
- La aprobación, en 2007, de La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) y la creación del Sistema Nacional de Dependencia, deberá hacer posible avanzar en la clarificación y homogeneización de principios, criterios y acciones de coordinación entre los dos sistemas, que garanticen el derecho de los ciudadanos a recibir una atención integral adecuada y suficiente de sus necesidades, sean éstas sociales o sanitarias.
- Es necesario innovar y avanzar en experiencias de coordinación y/o integración de servicios sociales y sanitarios.

Bibliografía

1. Consejería de Salud. 3^{er} Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Junta de Andalucía. Sevilla. 2003.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto de Atención Primaria, Siglo XXI. Octubre 2006.
3. Sancho Castiello, M. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del Defensor del Pueblo e informes de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. ED. Defensor del Pueblo: Informes, Estudios y Documentos. Madrid. 2000.
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Coordinación sociosanitaria» En: *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid. 2005; cap. 7: p. 467-502.
5. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000.
6. Servicio Canario de Salud. Rol de la Trabajadora Social en Atención Primaria de Salud. 2004.
7. Ensenyat i Sacristán C. *Ponencia 13: Legislación y planes de atención a la dependencia en las comunidades autónomas españolas*. VI Congreso Nacional de Organización de Mayores. Valladolid 19-21. Octubre 2003.
8. Rodríguez Cabrero, G. Dependencia y Atención sociosanitaria. Boletín sobre envejecimiento Perfiles y Tendencias; 2000; 2:1-6.

9. Casado-Martín, D. La atención a la dependencia en España. *Rev. Gac. Sanit.*, 2006;20(Supl 1):135-42.
10. Zafra, E., Peiró, R., Álvarez-Dardet, N. R. C., Borrell, C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. *Rev. Gac. Sanit.*, 2006; 20(04):295-302.
11. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. B.O.E. núm. 299; p. 44142-44156.
12. Regato P. Envejecer en España y la atención a la dependencia. En: Grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. *Atención a las Personas Mayores desde la Atención Primaria*. Barcelona: semFYC ediciones; 2004, p. 23-38.
13. Martín Lesende, I. Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en Atención Primaria. Madrid, Informes Portal Mayores, 2005, núm. 44. (Fecha de publicación: 25-01-2006). Disponible en: <http://www.imserso mayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>.
14. Martín Resende, I., Dependencia: ¡por fin una ley! *AMF*; 2007;3 (2): 59-60.
15. Gómez Pavon, J, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. En: I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid 15 y 16 de junio de 2007.
16. Puga, D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público, *Rev. Esp. Salud Pública*; 2005;79:327-330.
17. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias Proporcionar una asistencia sanitaria y social integrada a las personas mayores: perspectiva europea. Abril 2006; núm. 15.
18. 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. B.O.E. núm. 222, 16 de septiembre de 2006.
19. Decreto 48/2003 de 24 de abril. Órganos de dirección y participación del Sistema de Salud de Castilla y León. Consejería Sanidad de Castilla y León (2003), Modificado por el Decreto 139/2003, de 4 de diciembre.
20. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2001), B.O.C.M. de 26 de diciembre de 2001.
21. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de Reforma de la Atención Primaria en España. La valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: www.msc.es
22. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.
23. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. Ginebra, 1991.
24. World Health Organization, Promoting Mental Health. Concepts. Emerging evidence. Practice. Ginebra, 2004.
25. Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud 21 - El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid, 1999.
26. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPE). Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. 2 vols. Madrid, 2000.
27. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC). Programa de Actividades Comunitarias de Atención Primaria (PACAP). Criterios de Valoración de Actividades Comunitarias. Barcelona, 2000. Disponible en: www.pacap.net
28. Pérez Jarauta MJ, Echauri M., Instrumentos de promoción de salud. *Dimensión Humana*; 1998;5:35-44.
29. Domínguez Bidagor J. Propuestas Organizativas para los Profesionales de los Equipos de Atención Primaria sobre promoción de salud. Área 11. Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, 2007.
30. Ruiz-Giménez Aguilar JL. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. *Comunidad*. 2005;8:62-72.
31. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38(8):421-4.
32. Anexo 1. Universitat Pompeu Fabra (UPF) (2007), Encuesta del Equipo de Investigación sobre La Atención Primaria de Salud en España y sus Comunidades Autónomas. Barcelona, 2007.
33. Aguilar Idañez MJ. Balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. *Comunidad*, 2006;9:66-81
34. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, núm. 36, Madrid. Diciembre 2002.
35. Cabezas C. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. *El Médico interactivo*. Diario Electrónico de la Sanidad. Formación acreditada On-Line. Mayo 2005-mayo 2006. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com/formación_acre2005/temas/tema21-22/ev.htm
36. Domínguez Bidagor J. Evidencia de la Efectividad de la Promoción de salud. Una aproximación. Sesión 20 de abril de 2007. Madrid. Área 11. Atención Primaria, 2007.
37. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria (FIS). Madrid. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/Fondo_lineas.jsp
38. Domínguez Bidagor J. La participación, ¿qué participación? y ¿a qué coste? *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. Vol. 6. MonoGráfico 2. Diciembre 2005.

9. La gestión de la calidad en Atención Primaria

J. M. Bueno Ortiz, J. M. Turón Alcaine, J. Ferrándiz Santos

Puntos clave

- La evolución de la asistencia sanitaria en España se ha acompañado de la incorporación progresiva de la gestión de la calidad como un condicionante relevante y estratégico de la política y planificación sanitaria. La finalidad de la mejora continua de la calidad resulta de la integración de diferentes iniciativas en el seno del Sistema Nacional de Salud (SNS), las comunidades autónomas (CCAA) y los servicios de salud correspondientes.
- Los modelos de gestión de la calidad vigentes en el entorno de servicios y adaptados al marco europeo se presentan bajo diferentes formatos de aplicación (calidad total, gestión por procesos, acreditación sanitaria, sistemas de certificación) coexistiendo de forma pragmática.
- No obstante, la indudable preocupación por la calidad no ha mostrado una suficiente homogeneidad en el conjunto del Estado sobre las prioridades y la sistematización de la evaluación y monitorización. Se reconocen, sin embargo, interesantes y coherentes proyectos en los servicios de salud de acuerdo a las competencias sanitarias autonómicas atribuidas.
- Los Informes del SNS advierten de que la información de las CCAA concede más importancia a la descripción de los planes y sus instrumentos organizativos que a los resultados obtenidos. En concreto, resulta interesante la reflexión sobre los condicionantes más comunes en Atención Primaria (AP): el enfoque (predominio del concepto estructuralista de la calidad, con una visión poco crítica de la organización) y la estrategia de implantación (relevancia dominante del proceso frente al resultado, con limitaciones habituales en el despliegue).
- Una visión global de conjunto de intervenciones en las diferentes comunidades ofrece evidencias del ajuste entre la acción estratégica y el despliegue operativo en términos de gestión de la calidad.
- Se observan diferentes limitaciones para concluir que existe una orientación plena de los sistemas de gestión de la calidad con una sólida implantación organizativa. Esencialmente, las diferentes CCAA han comunicado como ejes de referencia para la mejora continua las acciones sobre la planificación de la calidad e infraestructuras y áreas de soporte relacionadas, contenidos y sistemas organizativos, la seguridad y la atención centrada en el ciudadano.
- Los resultados del Barómetro sanitario, hasta la fecha, muestran que la satisfacción con el funcionamiento general del sistema sanitario ha aumentado considerablemente durante el último quinquenio, siendo la AP el nivel más valorado, señalándose reiteradamente a lo largo del tiempo problemas en las dimensiones de accesibilidad.
- Los niveles de utilización del sector público, cercanos al 90 % en AP, al 80 % en hospitalaria y al 70 % en especializada, reflejan el afianzamiento del SNS como principal agente del sector.

Introducción

La asistencia sanitaria en España ha logrado notables avances en términos de evolución científica y tecnológica, expectativas de salud, calidad de las prestaciones y derechos y deberes de los ciudadanos. La gestión de la calidad asistencial muestra diferentes tipos de modelos en su aplicación, esencialmente basados en los sistemas de certificación (Normas ISO, *International Standardization Organization*), la acreditación sanitaria (sea por aplicación de estándares derivados de la *Joint Commission International [JCI]* o adaptaciones específicas según el servicio de salud autonómico), y la orientación hacia la gestión de la calidad total en torno al modelo europeo de excelencia EFQM (*European Foundation Quality Management*). Sin embargo, el paradigma de uso es la complementariedad en función de las políticas de salud y planificación sanitaria atribuidas a los diferentes servicios sanitarios. Considerando el concepto más descriptivo del término calidad («propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor») resulta factible su comprensión como norma de comparabilidad. Sin embargo, debe asumirse la distancia que los grupos de interés y principales actores implicados tienen sobre las diferentes dimensiones de la calidad en función de sus necesidades y expectativas.

Ciertamente, el sistema de salud debe afrontar los problemas de salud prevalentes y emergentes, la esperanza de vida y el crecimiento demográfico, la complejidad del entorno sanitario, la adecuación tecnológica y la eficiencia presupuestaria. Su abordaje efectivo resulta una prioridad institucional, sea con formatos de gestión de la calidad frente a la calidad de la gestión, en un diseño orientado hacia la mejora continua de la propia organización.

Las transferencias sanitarias han conducido a las respectivas comunidades autónomas (CCAA) a disponer de sus propias reglamentaciones y legislación en el marco de la ordenación sanitaria y modelos de calidad. Para el conjunto del Estado español, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹, promulgada en 2003, establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (tabla 1).

Con carácter estatal, el Plan de Calidad 2006 para el SNS², en respuesta a las directrices de la II Conferencia de Presidentes, tiene la finalidad básica de mejorar la calidad del SNS, asegurando el acceso a sus prestaciones en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. Ofrece seis grandes áreas de actuación (protección, promoción de la salud y prevención; fomento de la equidad; apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud; fomento de la excelencia clínica; utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos; aumento de la transparencia) desplegándose en 2007³ mediante 12 estrategias, 40 objetivos y 197 proyectos de acción. De tal modo, los datos relativos al diseño, planificación y uso de la gestión de la calidad en el conjunto del SNS se basan en las informaciones aportadas por los diferentes servicios de salud de las CCAA. La misma fortaleza se convierte en debilidad al ponerse de relieve la asimetría en la disponibilidad de fuentes válidas y actualizadas de información, debiendo recurrir en numerosas ocasiones a fuentes indirectas para su revisión. Y no es menos determinante comprobar que el foco de dicha información oscila habitualmente entre la macrogestión y la mesogestión de la calidad, siendo anecdóticas las referencias a la microgestión para el conjunto del Estado.

Por otro lado, resulta habitual comprobar que el despliegue y la mejora de la calidad en Atención Primaria (AP) ha seguido un patrón similar al entorno occidental,

observándose una amplia diversidad de sistemas de gestión y una rápida adopción de formatos, incluso del entorno no sanitario⁴. En algunas ocasiones, puede advertirse un cierto mimetismo con las intervenciones desarrolladas en otros niveles asistenciales, no acomodando el diseño y enfoque hacia las características de AP de salud con las condiciones asistenciales que en la actualidad viven los profesionales y los ciudadanos. En este sentido, es factible considerar que las intervenciones en nuestro ámbito puedan adolecer de falta de sistematización e integración en la planificación asistencial, respondiendo en numerosas ocasiones al cumplimiento de fórmulas contractuales de gestión (contratos, programas, planes, objetivos de los centros con sus respectivas gerencias o servicios de salud). Siguiendo esta reflexión, resulta sugerente la afirmación de que la idoneidad de las acciones desplegadas en el ámbito de AP sufren de dos limitaciones esenciales: el enfoque (con la hegemonía del concepto estructuralista de la calidad, manteniendo una visión poco crítica de la organización que frecuentemente no contempla el desarrollo de la organización de los centros) y la estrategia de implantación (con predominio del cumplimiento técnico del proceso sobre los resultados en el paciente)^{5,6}.

Tomando como referencia el Informe del SNS^{7,8}, orientado explícitamente hacia la actividad y realidad del sistema sanitario, se menciona que el marco de actuación en la identificación de las políticas de salud y los servicios sanitarios en el ámbito de cada CA debe ser el Plan de Salud correspondiente (tabla 2)⁹. Y por tanto, dicho perímetro de planificación y despliegue suele citarse en las líneas estratégicas en cada comunidad.

Reflexiones de calidad asistencial en las comunidades autónomas

Una visión global sobre la planificación y despliegue de la calidad en el territorio de las diferentes CCAA, común

TABLA 1 Ley de Cohesión y Calidad del SNS y acciones en materia de calidad

- Infraestructura de la calidad: normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y práctica asistencial, registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos
- Agencia de Calidad del SNS: elaboración de la infraestructura de la calidad, sin perjuicio de las actuaciones en este orden de las CCAA
- Elaboración periódica de planes de calidad del SNS sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios
- Fomento de la auditoría externa periódica de los centros y servicios sanitarios, en garantía de su seguridad y de la calidad de dichos servicios
- Observatorio del SNS: análisis permanente del sistema, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las CCAA en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y los resultados

TABLA 2 Planes de Salud de las comunidades autónomas

| Comunidad Autónoma | Planes de Salud |
|--------------------|--|
| Andalucía | 1993, 1998, 2003-2008 |
| Aragón | 2003-2007 |
| Asturias | 1995, 2004-2007 |
| Canarias | 1997-2001, 2004-2008 |
| Cantabria | 1996-2000 |
| Castilla-La Mancha | 1995-2000, 2001-2010 |
| Castilla y León | 1991-2000, 1998-2007 |
| Cataluña | 1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005 |
| Extremadura | 1997-2000, 2001-2004 |
| Galicia | 1993-1997, 1998-2001, 2002-2005 |
| Islas Baleares | 1998, 2003-2007 |
| La Rioja | 1998 |
| Madrid | 1995-2004 |
| Murcia | 1993-1996, 1998-2000, 2003-2007 |
| Navarra | 1991-2000, 2001-2005, 2006-2012 |
| País Vasco | 1988, 1994-2000, 2002-2010 |
| Valencia | 1992-1995, 2001-2004 |

para todo el conjunto del servicio de salud y sin una explícita desagregación por nivel asistencial, puede interpretarse de la información disponible con carácter centralizado⁷ de los respectivos informes del SNS. En concreto, las reflexiones sobre la calidad del Informe SNS 2005 (capítulo 4) aportan una discreta visión del recorrido real de la gestión de la calidad por CCAA (tabla 3), de modo que en este capítulo se aporta adicionalmente la documentación disponible de los diferentes servicios autonómicos en sus páginas corporativas.

Una visión global del conjunto de intervenciones en las diferentes CCAA nos ofrece certezas sobre la acomodación del ajuste entre la acción política y la acción directiva en términos de gestión de la calidad. Bien es cierto que al atribuir una orientación plena en favor de sistemas con sólida implantación organizativa puede discutirse si derivan de la convicción o la conveniencia. En todo caso, ninguno elude la responsabilidad de fijar el punto de atención sobre la planificación de la calidad e infraestructuras y áreas de soporte relacionadas, contenidos y sistemas organizativos, la atención centrada en el ciudadano y la seguridad, como ejes de referencia en la mejora continua. No obstante, permanecen como áreas escasamente atendidas para el conjunto de las CCAA la efectividad clínica y la continuidad asistencial. Probablemente, la reflexión incluida en el Informe SESPAS 2002 («no se puede afirmar que la filosofía de la calidad haya impregnado nuestro sistema de salud, y el desarrollo sistemático de actividades relacionado con la calidad no es ni mucho menos generalizada»)¹⁰, sigue vigente en términos generales. Debe subrayarse el fructífero camino recorrido hasta la fecha en diferentes instancias para generar un entorno favorable, cuando menos de carácter organizacional. Si bien el juicio debe

ser generoso al analizar los hitos en mejora de la calidad obtenidos en estos últimos años, no por ello puede evitarse la valoración crítica y objetiva del alcance y los resultados obtenidos con su despliegue. Queda un notable camino por andar.

En la atención centrada en la persona, como principal medida identificada en este bloque, de 14 CCAA que reportan acciones en este sentido, 10 señalan la utilización de encuestas de satisfacción específicas que cubren una amplia diversidad de ámbitos (AP, hospitalización, consultas externas, urgencias, etc.).

Respecto del atributo accesibilidad, en términos muy genéricos, se muestra información en 10 CCAA, esencialmente en cuanto a las listas de espera y demoras en exploraciones complementarias, así como una miscelánea sobre acceso a determinadas prestaciones, condiciones de las instalaciones y medios de contacto con el sistema.

Por el contrario, la continuidad de la atención tan sólo se menciona en cuatro CCAA, básicamente aquellas en las que se abordan procesos transversales entre niveles asistenciales o aquellas sujetas a la integración de AP y especializada.

Sobre la efectividad de la práctica, las seis CCAA que citan alguna actividad en este sentido señalan estrategias centradas en la revisión y diseño de indicadores relacionados con el impacto en salud de las intervenciones, así como la utilización de vías clínicas o la creación de unidades especializadas. En este aspecto, puede completarse la información mediante herramientas que den soporte a la toma de decisiones. La proliferación de guías de práctica clínica (GPC) en nuestro entorno y su calidad dispar son atributos bien conocidos. Las experiencias de evaluación de las GPC se centran en

TABLA 3 Gestión de la calidad por comunidades autónomas

| | Andalucía | Aragón | Asturias | Canarias | Cantabria | Castilla-La Mancha | Castilla y León | Cataluña | Ceuta y Melilla | Extremadura | Galicia | Islas Baleares | La Rioja | Madrid | Murcia | Navarra | País Vasco | Valencia | |
|----------------------------------|-----------|--------|----------|----------|-----------|--------------------|-----------------|----------|-----------------|-------------|---------|----------------|----------|--------|--------|---------|------------|----------|---|
| Atención centrada en la persona | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Accesibilidad | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | |
| Continuidad de la atención | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | |
| Efectividad de la práctica | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | | |
| Seguridad | ✓ | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Uso adecuado de recursos | | ✓ | | | | | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | |
| Contenido y sistema organizativo | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Estructuras de calidad y soporte | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| Planificación de la calidad | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| Otras actividades | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | ✓ | |

Fuente: Informe SNS 2005⁷.

las estructuras de GuíaSalud y REDeguías, ofreciendo en el primer caso un catálogo de 46 guías (tras revisión de 375) teniendo descrita como ámbito la AP en 28; la iniciativa REDeguías, como parte de la red temática sobre medicina basada en la evidencia utiliza el criterio del instrumento AGREE, y de 61 GPC (1990-2002) sólo 10 obtuvieron la calificación de recomendable o muy recomendable.

El análisis sobre la implantación y la utilización de GPC en las diferentes CCAA ha sido evaluado por Guía-Salud mediante encuesta a informadores clave (2000 y 2003), mostrando las siguientes conclusiones:

1. Las sociedades científicas se valoran como las organizaciones más implicadas en la elaboración, disseminación, implantación y evaluación de GPC, siendo la principal fuente de información respecto a las mismas, por encima de los servicios de salud que se considera deben incrementar sus esfuerzos en este campo.
2. Las actividades de acreditación, evaluación de la calidad de las GPC o evaluación de la implantación son escasas en términos generales.
3. Sólo en seis CCAA se señala la existencia de programas de implantación y los entrevistados expresan un grado de confianza moderado en la efectividad de los distintos métodos. Se destaca la mínima confianza en los métodos que utilizan las instituciones y la mayor confianza en las publicaciones, revistas, cursos de formación e Internet.
4. Existe una gran controversia respecto a la utilidad de los incentivos vinculados a la utilización de GPC.
5. Las estrategias institucionales de implantación de GPC se consideran muy pobres.
6. El tiempo disponible y la accesibilidad a las GPC no son vistos como obstáculos de la magnitud de

otros (formación, actitudes, entorno profesional). Del conjunto de tablas y resultados ofrecidos en el Informe, puede señalarse en este punto la perspectiva entre CCAA sobre el nivel de uso y volumen de elaboración de GPC según el ámbito asistencial (tabla 4)¹¹.

La seguridad de los pacientes se ha situado en una de las prioridades de los sistemas sanitarios. En concreto, es una de las dimensiones de la calidad con mayor frecuencia citada, en 12 del total de servicios autonómicos, de los cuales al menos cinco citan específicamente la formalización de su propio Plan de Seguridad o de Gestión de riesgos sanitarios (2005), si bien resulta mayoritaria la referencia a la colaboración con las estrategias del Ministerio de Sanidad y Consumo y los estudios de investigación de campo efectuados (Estudio Nacional de Efectos Adversos, ENEAS). El uso adecuado de recursos se aporta en seis CCAA, básicamente en cuanto a programas de uso racional del medicamento, así como experiencias de procesos de gestión de costes, evaluación (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*) y aprovisionamiento. Precisamente en terrenos de gestión del gasto sanitario, otras fuentes aportan una visión esquemática de las iniciativas de racionalización por CCAA incluyendo acciones que afectan a diferentes dimensiones de la calidad (tabla 5)¹².

El apartado de contenidos y sistema organizativo puede identificarse en el total de CCAA y servicios de salud, tanto como la estructura de calidad y soporte relacionadas. La mayor parte de las CCAA están desarrollando un Plan de Calidad Plurianual (explícitamente puede identificarse en 12 CCAA), como parte de las líneas estratégicas de la política sanitaria, habiéndose ampliado en 2006 en otras CCAA (p. ej., La Rioja). Resulta común la mención a la vinculación de objetivos con los contratos y fórmulas de gestión que las diferentes organi-

TABLA 4 Análisis de la implantación de guías de práctica clínica en las comunidades autónomas (2003)

| | Aragón | Asturias | Canarias | Cantabria | Castilla-La Mancha | Castilla y León | Cataluña | Extremadura | Galicia | Islas Baleares | Madrid | Murcia | Navarra | País Vasco | Valencia |
|--|--------|----------|----------|-----------|--------------------|-----------------|----------|-------------|---------|----------------|--------|--------|---------|------------|----------|
| Nivel de utilización de Guías de Práctica Clínica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención Primaria | 3 | 6 | 3 | nc | 4 | 1 | 5 | 6 | 8 | 4 | 5 | 4 | 8 | 5 | 5 |
| Atención Especializada | 4 | 7 | 7 | nc | 6 | 4 | 5 | 2 | 7 | 6 | 8 | 5 | 2 | 5 | 8 |
| Volumen de elaboración de Guías de Práctica Clínica | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atención Primaria | 3 | 7 | 3 | 1 | 4 | 1 | 5 | 5 | 8 | 3 | 5 | 4 | 7 | 3 | 8 |
| Atención Especializada | 4 | 6 | 6 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 4 | 8 | 7 | 4 | 5 | 8 |

Puntuación de 1 (no uso) a 9 (gran uso)

Respuestas interpretadas como ordenación por CCAA, pero no entre CCAA

Fuente: Informe Guía Salud 2003¹¹.

TABLA 5 Medidas de racionalización del gasto sanitario y comunidades autónomas

| | | Andalucía | Aragón | Asturias | Canarias | Cantabria | Castilla-La Mancha | Castilla y León | Cataluña | Extremadura | Galicia | Islas Baleares | La Rioja | Madrid | Murcia | Navarra | País Vasco | Valencia |
|--|--|-----------|--------|----------|----------|-----------|--------------------|-----------------|----------|-------------|---------|----------------|----------|--------|--------|---------|------------|----------|
| Asegurar la calidad y uso racional del medicamento | Medidas genéricas | | ✓ | × | | ■ | × | × | | | ■ | | ✓ | ✓ | ✓ | | ■ | ✓ |
| | Gestión de recetas | ✓ | | | ✓ | ✓ | × | × | ■ | × | ✓ | | | × | ■ | | ✓ | ✓ |
| | Orientación en la prescripción | × | | | ✓ | ✓ | × | × | ✓ | × | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| | Atención farmacéutica/dispensación | × | | | | | × | × | ■ | | ✓ | ✓ | | × | ✓ | | | |
| Mecanismos que promueven demanda responsable y estilos de vida saludables | Demanda responsable | × | | | | ✓ | × | × | ■ | | | × | | | | | ■ | |
| | Estilos de vida saludables | × | | | ■ | ■ | ■ | × | ■ | × | ■ | | ■ | ■ | ■ | | ■ | ✓ |
| Acceso a mejor evidencia científica disponible y uso de tecnología diagnóstica terapéutica | Uso de tecnologías | ✓ | × | ✓ | | | × | × | ■ | | ✓ | ✓ | | × | ✓ | | | ✓ |
| | Acceso a evidencia científica | | | | | ✓ | | × | | | | | | × | ✓ | | × | ✓ |
| Implantar criterios racionales en gestión de compras | Centralización | | | ● | | × | | × | ● | | ● | ● | ● | ● | ● | | ● | ● |
| | Gestión | ✓ | ● | | ✓ | ✓ | ✓ | × | | × | ● | ● | ✓ | ● | | | | |
| | Catálogos | | | | ● | × | | | | × | | ● | | | ● | | | |
| Consolidar mecanismos de incentivos a profesionales sanitarios | | ✓ | | | ■ | × | × | ✓ | × | ■ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| Reforzar el papel de Agencias Evaluación Tecnologías Sanitarias | | × | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | × | ✓ | | × | ✓ | |
| Aumentar recursos y capacidad de gestión de AP | Aumentar los recursos de AP | | ✓ | | ■ | | × | × | ✓ | × | | | ✓ | ■ | ■ | | | |
| | Aumentar capacidad de resolución de AP | ✓ | | | ■ | ■ | × | × | | | ■ | ■ | | ■ | ■ | | ✓ | ✓ |
| Desarrollar el sistema de información del SNS | | × | ✓ | ✓ | ✓ | × | × | × | ✓ | × | | × | ■ | ✓ | ✓ | | × | ✓ |
| Otras medidas de racionalización | | ✓ | ✓ | ● | ✓ | | × | × | × | | ● | | ■ | | | | | ✓ |

● Contenido económico; ■ Contenido asistencial; ✓ Ambos contenidos; × No especificado

Fuente: Informe para el Análisis del Gasto Sanitario 2007¹².

zaciones tienen a su disposición (si bien no existe información suficiente para contrastar la vinculación entre el cumplimiento de objetivos y la aplicación de sistemas de incentivos). Hay una notable orientación hacia el soporte de sistemas de gestión de la calidad (normas ISO, modelos de acreditación y EFQM), la adopción de formatos basados en gestión de procesos, y la disponibilidad de agencias de calidad propias. Respecto del Plan de Calidad, puede extraerse, tanto del Informe SNS como de las páginas corporativas, que el Modelo Europeo de Excelencia EFQM es el referente prácticamente absoluto, citándose en más del 80% de los servicios de salud de forma explícita. De forma descriptiva, se aporta a continuación la planificación y estrategia de calidad asistencial por CCAA (Anexo 5).

Calidad percibida por el ciudadano sobre el Sistema Nacional de Salud (1995-2006)

Introducción

El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión anual iniciado en 1993 por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) con los siguientes objetivos:

- Conocer la percepción que tienen los ciudadanos de los servicios sanitarios públicos.
- Conocer la opinión de los ciudadanos sobre medidas vinculadas a objetivos de la política sanitaria.

- Conocer la penetración real de campañas informativas.
- Obtener información sobre el grado de conocimiento o las actitudes de los ciudadanos hacia problemas de salud específicos.
- Reevaluar y conocer la evolución de la opinión pública sobre aspectos analizados en el pasado¹³.

Las características principales del Barómetro Sanitario podemos verlas en la tabla 6.

En el análisis seguiremos el modelo utilizado por Rico¹⁴, si bien lo centraremos más en nuestro objetivo, que es la comparación entre las distintas CCAA en el ámbito de la AP.

En primer lugar, debemos destacar que cuando precisamos comparar entre CCAA, el tamaño muestral resulta demasiado pequeño para poder desagregar por cada una de ellas. Recordemos que el objetivo del Barómetro sanitario es obtener datos a nivel nacional.

Las muestras de cada una de las CCAA suponen errores de muestreo distintos en función del número de entrevistas (v. tabla 8). Como punto de referencia, se señala que en submuestras de 200 entrevistas el error de muestreo para un nivel de confianza del 95,5% en el supuesto de muestreo aleatorio simple es del ± 7 , en submuestras de 400 entrevistas es de ± 5 y en las de 800 entrevistas es de $\pm 3,5$.

Rico sólo realiza en su estudio comparaciones con las CCAA con más de 5 millones de habitantes (Andalucía, Cataluña y Madrid) debido a que el error muestral alcanza niveles aceptables (del $\pm 3,5$ aprox. al 95,5% de confianza), triplicando el nivel de error de la muestra nacional ($\pm 1,2$) y restando fiabilidad a los datos. Incluye también el País Vasco porque disponía de un estudio anterior al 2003 que le permitía realizar comparaciones.

Así mismo, advierte que «considerar la serie temporal en vez del dato aislado constituye una manera de compensar por el mayor error muestral. La fragilidad de los datos existentes hasta el momento no permiten extraer conclusiones fiables sobre la evolución autonómica, un tema que requeriría un estudio estadístico *ad-hoc*».

TABLA 6 Características principales del Barómetro Sanitario

| |
|--|
| Universo: Población de ambos sexos de 18 o más años |
| Ámbito: Territorio nacional, excepto Ceuta y Melilla |
| Trabajo de campo: 3 oleadas entre abril-noviembre. Centro de Investigaciones Sociológicas |
| Muestra: 6.801 entrevistas |
| Método de muestreo: Estratificado por comunidad autónoma (CA) y tamaño de hábitat |
| Afijación: No proporcional (150 entrevistas por CA y resto proporcional a población). Al menos 200 entrevistas por CA |
| Error: +1,2% para resultados generales con un nivel de confianza del 95,5% y un P=Q. |
| Tipo entrevista: Personal en domicilio del encuestado mediante cuestionario estructurado |
| Cuestionario: Parte fija: valoración del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, valoración del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, listas de espera, medidas de uso racional de los medicamentos, equidad en el acceso a los servicios y valoración de la descentralización de la gestión sanitaria. Incluye un conjunto de variables de clasificación: edad, género, nivel de estudios, actividad, tamaño del municipio de residencia, nivel de ingresos y CA de residencia. Parte variable: valoración de medidas adoptadas, impacto de campañas informativas, actitudes frente a diferentes aspectos relacionados con la salud |

Fuente: Elaboración propia.

Disponemos de la información sobre el Barómetro sanitario 2006, publicado el 22 de marzo de 2007 en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁵, que incluye las tablas por CCAA y la serie histórica 1995-2006 de las principales variables, pero en ellas no figuran los intervalos de confianza. Tampoco se ha publicado el tratamiento estadístico como lo fue en el Informe del Barómetro sanitario 2002¹³.

A pesar de ello, presentaremos algunas tablas con los datos desagregados por CCAA con la información más interesante (tabla 7).

TABLA 7 Cifras de población referidas al 01/01/2006. Real Decreto 1627/2006, de 29 de diciembre. Resumen por comunidades autónomas. Número de entrevistas por CCAA en el Barómetro Sanitario 2006. Ordenados por orden decreciente de población

| Comunidad | Población | Entrevistas | Comunidad | Población | Entrevistas |
|-----------------------|-----------|-------------|------------------------------|------------|-------------|
| Andalucía | 7.975.672 | 873 | Aragón | 1.277.471 | 282 |
| Cataluña | 7.134.697 | 822 | Extremadura | 1.086.373 | 255 |
| Madrid (Comunidad de) | 6.008.183 | 714 | Asturias (Principado de) | 1.076.896 | 276 |
| Comunidad Valenciana | 4.806.908 | 585 | Baleares (Islas) | 1.001.062 | 231 |
| Galicia | 2.767.524 | 435 | Navarra (Comunidad Foral de) | 601.874 | 210 |
| Castilla y León | 2.523.020 | 432 | Cantabria | 568.091 | 207 |
| País Vasco | 2.133.684 | 366 | Rioja (La) | 306.377 | 200 |
| Canarias | 1.995.833 | 309 | Ciudad autónoma de Ceuta | 75.861 | |
| Castilla-La Mancha | 1.932.261 | 333 | Ciudad autónoma de Melilla | 66.871 | |
| Murcia (Región de) | 1.370.306 | 270 | Total | 44.708.964 | 6.801 |

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Estadística proporcionado por el Observatorio Social de España y del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

Política sanitaria: el desempeño de las autoridades sanitarias

En esta primera sección se incluyen todos los indicadores orientados a evaluar el funcionamiento global del SNS y la orientación de la política sanitaria.

Prioridad política de la sanidad sobre otras políticas públicas

Sanidad es el área que más interés despierta en los ciudadanos (28,3%) seguida de vivienda (20%), educación (18,8%) seguridad ciudadana (13,1%) y pensiones (9,7%), aunque registra la puntuación más baja de los últimos 10 años (36,6% en 1995) (tabla 8).

Opinión sobre el funcionamiento global del sistema sanitario

La redacción original de esta pregunta fue realizada por el investigador R. Blendon y se usa desde hace años para estudios internacionales comparados. Existe una serie más larga (desde 1991) que la publicada en la web del MSC14.

En el 2006, más de la mitad de los encuestados consideran que el sistema sanitario funciona bien pero precisa algunos cambios, mientras que casi un 20% cree que funciona bastante bien. La cuarta parte de los encuestados cree que precisa cambios fundamentales aunque algunas cosas funcionen bien, y sólo algo más

de un 4% cree que está tan mal que es preciso rehacerlo todo.

Si agrupamos los dos primeros grupos (v. tabla 10), más de dos tercios de la muestra creen que el SNS funciona bien o sólo necesita cambios menores, mientras que menos de un tercio opina que necesita cambios fundamentales o rehacerse completamente. El índice de satisfacción (satisfechos menos insatisfechos) supera el 40%.

Si analizamos la serie temporal, podemos comprobar que el porcentaje que opina que funciona bastante bien, un 20%, no ha variado desde 1995, mientras de los que opinan que funciona bien aunque son necesarios cambios ha ido aumentando progresivamente (desde el 40% en 1995 hasta la mitad en la actualidad) en detrimento de los que opinan que se necesitan cambios fundamentales (del 28,1 al 25%) o los que piensan que está tan mal que es preciso rehacerlo (del 9,47 al 5,5%) (tabla 9).

En cuanto al índice de satisfacción, aumentó entre 1995 y 1999, sufrió un pequeño retroceso y volvió a aumentar llegando a superar el 40% (tabla 10 y figura 1).

En cuanto a su evolución histórica, Rico apunta que «se observa, pues, un aumento claro de la satisfacción en la década de 1990 —en 1991 los insatisfechos superaban en un 10% a los satisfechos— coincidiendo con el período de implantación de la reforma de la AP, y con la

TABLA 8 Porcentaje de encuestados que consideran la sanidad como área de más interés (1995-2006)

| Año | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 36,11 | 31,75 | 34,15 | 32,37 | 32,07 | 31,02 | 30,15 | 31,40 | 30,30 | 28,33 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

TABLA 9 Evolución de la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario y necesidad de cambios (1995-2006)

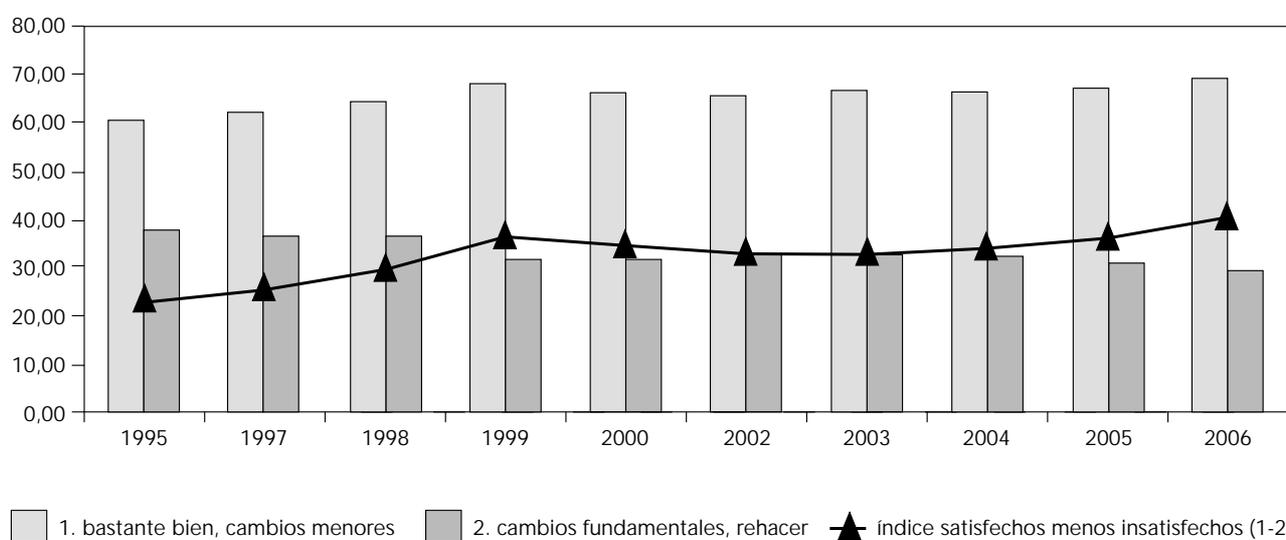
| Año | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bastante bien | 20,71 | 21,26 | 21,77 | 23,36 | 21,34 | 18,41 | 18,58 | 19,80 | 19,40 | 19,16 |
| Bien pero hacen falta cambios | 40,57 | 41,10 | 43,47 | 45,03 | 45,46 | 47,67 | 47,61 | 47,10 | 48,30 | 50,53 |
| Cambios fundamentales | 28,18 | 28,39 | 27,73 | 23,84 | 25,51 | 27,31 | 26,96 | 27,10 | 26,00 | 24,97 |
| Rehacerlo | 9,57 | 7,67 | 7,03 | 7,19 | 6,38 | 5,51 | 5,60 | 5,00 | 5,10 | 4,42 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

TABLA 10 Evolución de la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario y necesidad de cambios (1995-2006)

| | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Satisfecho | 61,28 | 62,36 | 65,24 | 68,39 | 66,80 | 66,07 | 66,19 | 66,90 | 67,70 | 69,69 |
| Insatisfecho | 37,75 | 36,06 | 34,76 | 31,03 | 31,89 | 32,82 | 32,56 | 32,10 | 31,10 | 29,39 |
| Índice satisf. | 23,53 | 26,30 | 30,48 | 37,36 | 34,91 | 33,26 | 33,63 | 34,80 | 36,60 | 40,31 |

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2006, MSC.



Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

FIGURA 1 Opinión sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la necesidad de cambios, 1995-2006.

puesta en marcha de esfuerzos importantes de reducción de listas de espera a partir de 1995».

Si lo analizamos por CCAA, se advierte una amplia variabilidad en los resultados, con un porcentaje global de ciudadanos satisfechos en 2006, que oscila de un 43,5 a un 94,5% (en el SNS es del 69,69%). Al observar las series temporales, se aprecia que este rango se ha ido ampliando con el tiempo (tabla 11).

Satisfacción global con el funcionamiento del sistema sanitario público

Cuando valoran de 1 a 10 su satisfacción global, obtenemos en 2006 un 6,23 y una desviación típica de 1,7. Con esta medida cuantitativa, el rango se estrecha bastante respecto a la impresión proporcionada por la pregunta Blendon, aunque se mantiene la impresión de las mejor y peor valoradas (tabla 12).

En cuanto a la evolución temporal, destaca el lento aumento constante, desde que se introdujo la pregunta en 2002, en la mayoría de las autonomías, con alguna excepción (tabla 12).

Equidad percibida del SNS

Los resultados de esta pregunta, introducida en 2002, ponen de manifiesto, 4 años después, que un 46% de los encuestados cree que no existe equidad entre zona rural y urbana, mientras que un 30% opina que no existe equidad entre CCAA. Cerca del 90% de la población cree que existe equidad en la sanidad pública independientemente del género, más de dos tercios de la población cree que existe equidad independientemente de la edad, el nivel social o económico y la nacionalidad, y algo más de la mitad cree que existe independientemente de si se reside legalmente o no (tabla 13).

En la serie temporal (tres de las categorías fueron introducidas en 2006), los porcentajes de encuestados que creen que existe equidad en cada una de las categorías en 2006 son superiores en al menos 7 puntos a los del 2002, con una subida hasta 2004, posterior descenso en 2005 y recuperación en 2006 (tabla 14).

Atención Sanitaria. El desempeño en la gestión y provisión de servicios

Desde su inicio, el barómetro sanitario incluía tres preguntas para valorar cuantitativamente la satisfacción sobre una serie de aspectos de la asistencia sanitaria pública, una por cada sector: primaria, especializada y hospitalaria. En 2002, cambiaron la escala de 1 a 7 por 1 a 10, lo que supuso una mejora pero las hizo técnicamente no comparables, a pesar de lo cual el MSC presenta los datos modificados. Siguiendo el análisis del MSC en 2002, lo hemos agrupado en dos apartados: accesibilidad y equipamientos, y cuidados médicos y de enfermería (tabla 15).

Accesibilidad y equipamientos

La cercanía de los centros, que constituye el aspecto mejor valorado y que fue uno de los objetivos prioritarios de la reforma¹⁴, varía poco entre 1994 y 2006 (tablas 15 y 16).

Dos de los problemas principales del modelo anterior (esperas para entrar en consulta, tiempo dedicado por el médico) siguen siendo las principales causas de insatisfacción en el 2006, 23 años después de iniciarse la reforma de este sector. En el 2005 se introdujo una nueva pregunta sobre accesibilidad (tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita) que también obtiene una valoración similar al resto de preguntas sobre

TABLA 11 Porcentaje de pacientes que declaran que el SNS funciona bastante bien o que precisa pequeños cambios según comunidades autónomas (1995-2006)

| | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Andalucía | 55,70 | 55,47 | 58,08 | 56,16 | 60,09 | 64,52 | 60,65 | 65,48 | 63,90 | 65,75 |
| Aragón | 65,26 | 66,31 | 71,68 | 81,91 | 78,52 | 70,82 | 74,30 | 70,07 | 76,40 | 82,05 |
| Asturias | 63,40 | 83,21 | 88,85 | 85,45 | 78,18 | 85,15 | 84,38 | 90,89 | 91,00 | 94,56 |
| Baleares | 52,00 | 53,48 | 56,58 | 64,07 | 64,63 | 58,08 | 53,92 | 61,03 | 59,20 | 75,22 |
| Canarias | 50,48 | 46,30 | 50,81 | 56,09 | 58,44 | 58,39 | 46,96 | 42,74 | 46,50 | 43,50 |
| Cantabria | 64,18 | 67,79 | 70,40 | 78,16 | 64,90 | 66,76 | 68,75 | 75,48 | 75,70 | 70,53 |
| Castilla-La Mancha | 65,26 | 61,74 | 63,47 | 70,57 | 71,00 | 71,07 | 77,72 | 77,62 | 79,50 | 74,63 |
| Castilla y León | 66,28 | 67,36 | 60,74 | 67,59 | 68,20 | 71,26 | 74,72 | 71,69 | 76,60 | 75,69 |
| Cataluña | 72,69 | 62,41 | 61,10 | 65,29 | 60,90 | 61,39 | 61,45 | 66,83 | 65,70 | 66,22 |
| Com. Valenciana | 61,72 | 60,89 | 66,07 | 71,12 | 71,07 | 71,81 | 68,57 | 66,54 | 70,50 | 65,98 |
| Extremadura | 68,20 | 59,62 | 65,91 | 70,83 | 65,02 | 59,25 | 66,40 | 66,39 | 64,80 | 70,21 |
| Galicia | 51,20 | 65,73 | 68,91 | 69,70 | 70,50 | 64,99 | 70,81 | 62,87 | 69,90 | 66,12 |
| Madrid | 47,89 | 50,07 | 55,40 | 57,39 | 61,61 | 54,72 | 56,76 | 56,54 | 58,10 | 71,18 |
| Murcia | 54,44 | 64,62 | 74,52 | 69,65 | 66,54 | 62,12 | 66,01 | 73,22 | 62,70 | 66,43 |
| Navarra | 78,36 | 82,13 | 82,35 | 86,12 | 87,38 | 84,13 | 86,94 | 87,72 | 87,40 | 83,13 |
| País Vasco | 71,85 | 80,32 | 80,90 | 82,64 | 87,70 | 86,24 | 86,82 | 80,83 | 80,90 | 83,61 |
| Rioja (La) | 68,34 | 74,36 | 74,11 | 79,90 | 86,00 | 82,92 | 76,76 | 78,88 | 75,40 | 82,00 |
| SNS | 61,28 | 62,36 | 65,24 | 68,39 | 66,80 | 66,07 | 66,19 | 66,90 | 67,70 | 69,69 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.**TABLA 12** Satisfacción global con el sistema sanitario público (2002-2006)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|------|------|------|------|------|
| Andalucía | 5,52 | 5,81 | 5,98 | 6,14 | 6,07 |
| Aragón | 6,40 | 6,51 | 6,23 | 6,41 | 6,72 |
| Asturias | 7,28 | 7,11 | 7,40 | 7,26 | 7,35 |
| Baleares | 5,98 | 5,79 | 6,05 | 5,83 | 6,59 |
| Canarias | 5,45 | 5,34 | 5,60 | 5,37 | 5,42 |
| Cantabria | 6,20 | 5,92 | 6,30 | 6,33 | 6,70 |
| Castilla-La Mancha | 6,14 | 6,21 | 6,62 | 6,61 | 6,29 |
| Castilla y León | 6,13 | 6,38 | 6,15 | 6,40 | 6,40 |
| Cataluña | 5,93 | 5,81 | 6,09 | 5,96 | 6,18 |
| Com. Valenciana | 6,15 | 6,27 | 6,06 | 6,12 | 6,18 |
| Extremadura | 5,68 | 5,90 | 6,16 | 6,30 | 6,15 |
| Galicia | 5,40 | 5,62 | 5,41 | 5,56 | 5,52 |
| Madrid | 5,79 | 5,81 | 5,92 | 6,10 | 6,29 |
| Murcia | 5,74 | 6,34 | 6,31 | 6,01 | 6,27 |
| Navarra | 6,97 | 7,19 | 7,20 | 6,71 | 6,59 |
| País Vasco | 6,81 | 7,15 | 6,80 | 6,51 | 6,83 |
| Rioja (La) | 6,58 | 6,48 | 6,76 | 6,56 | 6,97 |
| SNS | 5,94 | 6,05 | 6,12 | 6,14 | 6,23 |

Escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.**TABLA 13** Opinión sobre la equidad en el SNS (2006)

| 2006 | sí | no | ns | nc |
|---------------------------|-------|------|------|-----|
| Comunidad de residencia | 46,65 | 30,2 | 22,9 | 0,3 |
| Medio urbano o rural | 42,32 | 46,1 | 11,4 | 0,2 |
| Sea joven o anciano | 71,25 | 21,8 | 6,7 | 0,3 |
| Nivel social alto o bajo | 67,88 | 23,6 | 8,1 | 0,4 |
| Sea varón o mujer | 87,85 | 7,4 | 4,4 | 0,3 |
| Sea español o extranjero | 65,92 | 18,5 | 15,2 | 0,4 |
| Se resida legalmente o no | 54,97 | 20,6 | 23,9 | 0,5 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

esta dimensión. Sin embargo, los resultados son mejores que los que obtiene la atención especializada ambulatoria, lo que sugiere que los objetivos de la reforma en este campo parecen haberse cumplido, al menos en parte¹⁴. Son mejor valoradas todas las variables de accesibilidad, excepto el tiempo de espera hasta entrar en consulta. También la calidad de los equipamientos se valora menos en AP (tablas 15 y 16, figura 2).

Respecto al tercero de los problemas principales del modelo anterior, la derivación al especialista, su enunciado varió en 2003, no siendo comparable con el anterior. Globalmente la AP obtiene puntuaciones más altas que la especializada ambulatoria y la hospitalaria (tabla 17, figura 2)

Cuidados médicos y de enfermería

Los aspectos más valorados del SNS están directamente relacionados con la atención y los cuidados proporcionados por el personal sanitario (tablas 15-19 y figuras 2 y 3).

El trato recibido del personal sanitario y la confianza depositada en los médicos obtienen las máximas puntuaciones en los tres sectores (tablas 15-19, figura 3).

Tras una década de valoración creciente sobre la información recibida sobre su problema de salud y el co-

TABLA 14 Porcentaje de encuestados que creen que existe equidad respecto a diferentes categorías (2002-2006)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Comunidad de residencia | 39,47 | 43,41 | 49,60 | 44,50 | 46,65 |
| Medio urbano o rural | 35,92 | 39,82 | 46,40 | 41,70 | 42,32 |
| Sea joven o anciano | 60,06 | 64,26 | 70,50 | 66,20 | 71,25 |
| Un nivel social alto o bajo | 57,66 | 60,77 | 68,60 | 61,10 | 67,88 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

TABLA 15 Valoración sobre diferentes aspectos de la asistencia sanitaria pública que se presta en las consultas de Atención Primaria en 2006

| | Desviación | |
|---|------------|--------|
| | Media | típica |
| La cercanía de los centros | 7,68 | 1,97 |
| La confianza y seguridad que transmite el médico | 7,38 | 2,01 |
| El trato recibido del personal sanitario | 7,36 | 1,84 |
| Cuando lo necesita, el médico de familia le envía a un especialista | 7,2 | 2,07 |
| La información recibida sobre su problema de salud | 7,11 | 1,95 |
| El horario de atención | 7,1 | 2,03 |
| Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc. | 7 | 2,18 |
| El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario | 6,97 | 2,08 |
| La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería | 6,94 | 2,2 |
| El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros | 6,71 | 1,98 |
| La facilidad para conseguir cita | 6,63 | 2,38 |
| El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo | 6,49 | 2,2 |
| El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita | 6,44 | 2,25 |
| El tiempo de espera hasta entrar en consulta | 5,58 | 2,25 |

Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

Orden descendente según puntuación.

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

nocimiento de la historia y seguimiento de los problemas por el médico¹⁴, desde el año 2002 se observa un descenso en la valoración con tendencia a estabilizarse en los últimos 3 años (tabla 18).

Estos dos últimos aspectos constituyen los objetivos prioritarios de la reforma de la AP (junto con la cercanía de los centros) en los que parece haberse obtenido un mayor éxito de cara al reconocimiento de los ciudadanos¹⁴.

TABLA 16 Valoración sobre la accesibilidad y equipamientos de la asistencia sanitaria pública que se presta en las consultas de Atención Primaria (1995- 2006)

| | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| La cercanía de los centros | 7,94 | 7,99 | 7,93 | 7,90 | 8,00 | 7,39 | 7,36 | 7,80 | 7,62 | 7,68 |
| Cuando lo necesita, el médico de familia le envía a un especialista | 6,12 | 6,07 | 6,26 | 4,50 | 4,56 | 5,71 | 5,76 | 7,20 | 7,10 | 7,20 |
| El horario de atención | 7,47 | 7,45 | 7,41 | 7,41 | 7,44 | 6,82 | 6,78 | 7,20 | 7,10 | 7,10 |
| El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros | 6,92 | 6,99 | 7,11 | 7,12 | 7,08 | 6,27 | 6,42 | 6,70 | 6,48 | 6,71 |
| La facilidad para conseguir cita | 7,33 | 7,22 | 7,21 | 7,19 | 7,17 | 6,61 | 6,51 | 6,70 | 6,59 | 6,63 |
| El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo | 6,93 | 6,73 | 7,00 | 7,12 | 7,07 | 6,40 | 6,38 | 6,50 | 6,49 | 6,49 |
| El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita | | | | | | | | | 6,57 | 6,44 |
| El tiempo de espera hasta entrar en consulta | 6,10 | 5,90 | 6,11 | 6,02 | 6,00 | 5,42 | 5,31 | 5,60 | 5,59 | 5,58 |

Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

Orden descendente según puntuación en 2006.

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

La valoración de este apartado es similar en AP y especializada.

Satisfacción global por sectores

Valoración general por sectores

Si analizamos la valoración de la AP de la sanidad pública, más de un 80% de los encuestados creen que es buena o muy buena, un 13% regular y un 3% mala o muy mala (tabla 20). Si lo comparamos con especializada, podemos observar datos similares, tanto en la atención especializada como en los hospitales de la sanidad pública, si bien en hospitalaria hay un porcentaje más elevado que considera su atención como muy buena, 28,6% (tabla 21).

Una de las tres variables obtenidas del Barómetro Sanitario que utiliza la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) para su evaluación de la AP en las CCAA es el porcentaje de personas que consideran que la atención recibida en AP ha sido buena o muy buena¹⁶ (tabla 22).

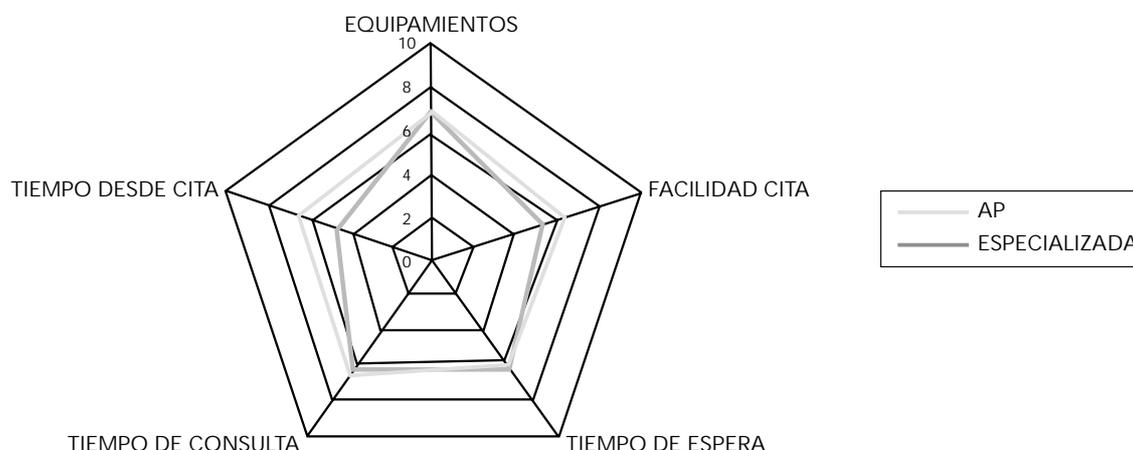
Al analizar por CCAA, el porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en AP, en 2006, presenta menos diferencias que en otras preguntas, con una diferencia de 13 puntos entre la mejor y peor valoración.

¿Cree que los servicios han mejorado en los últimos 5 años?

En 2006, algo menos de la mitad opinaban que la AP había mejorado, un 5% que había empeorado y casi 4 de cada 10 que seguía igual (tabla 23).

Al valorar la serie temporal, el porcentaje de encuestados que opinaba que había mejorado la AP ha sufrido un pequeño descenso, aunque menos acusado que en los otros dos sectores (tablas 24-26).

Respecto al porcentaje de encuestados que cree que la AP ha mejorado en los últimos 5 años —una de las tres variables obtenidas del Barómetro Sanitario que utiliza la FADSP para su evaluación de la Atención Primaria en



Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

FIGURA 2 Evaluación comparada Atención Primaria y especializada de la valoración de la accesibilidad y equipamientos en 2006.

las CCAA—, se observa que siendo valorado así por el 48% de los encuestados en el SNS, el porcentaje en las CCAA ha oscilado entre el 39% de Galicia y el 56% de Asturias, observándose una tendencia descendente en Navarra, que partía de unas valoraciones muy altas en años anteriores (tabla 27). En cualquier caso, hay que considerar que es difícil mejorar cuando se parte de niveles altos de satisfacción y hay que valorar en estos casos también su mantenimiento.

Si pudiera elegir, ¿optaría por los servicios públicos o privados?

Esta pregunta fue incluida en 2003. Tres años después elegirían la sanidad pública casi un 60% en AP y en ingreso hospitalario, y algo más en urgencias, siendo algo menos del 50% en especializada (tabla 28).

Si lo valoramos en el tiempo, la AP va cayendo respecto a 2003 al mismo ritmo que crece la privada, que entonces era algo más de un cuarto (tabla 29).

TABLA 17 Valoración sobre la accesibilidad y equipamientos del Sistema Nacional de Salud que se presta en las consultas de Atención Primaria y especializada (2006)

| Atención Primaria | Desviación | | Especializada | Desviación | |
|---|------------|--------|---|------------|--------|
| | Media | típica | | Media | típica |
| El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros | 6,71 | 1,98 | El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros | 7,2 | 1,78 |
| La facilidad para conseguir cita | 6,63 | 2,38 | La facilidad para conseguir cita | 5,27 | 2,44 |
| El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita | 6,44 | 2,25 | El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide cita | 4,68 | 2,34 |
| El tiempo de espera hasta entrar en consulta | 5,58 | 2,25 | El tiempo de espera hasta entrar en consulta | 6,23 | 2,06 |
| El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo | 6,49 | 2,2 | El tiempo dedicado por el médico a cada usuario | 6,23 | 2,07 |
| El horario de atención | 7,1 | 2,03 | El número de especialidades a las que se | 7,31 | 1,93 |
| La cercanía de los centros | 7,68 | 1,97 | El tiempo que se tarda con las pruebas diagnósticas | 4,73 | 2,31 |
| Cuando lo necesita, el médico de familia le envía a un especialista | 7,2 | 2,07 | | | |

Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
Orden descendente según puntuación en Atención Primaria.
Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 18 Valoración de la atención sanitaria en Atención Primaria (1995-2006)

| | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| La confianza y seguridad que transmite el médico | 7,61 | 7,53 | 7,64 | 7,72 | 7,74 | 7,10 | 7,15 | 7,40 | 7,40 | 7,38 |
| El trato recibido del personal sanitario | 7,99 | 7,86 | 7,77 | 7,87 | 7,82 | 7,22 | 7,23 | 7,40 | 7,38 | 7,36 |
| La información recibida sobre su problema de salud | 7,24 | 7,28 | 7,37 | 7,41 | 7,41 | 6,72 | 6,83 | 7,20 | 7,16 | 7,11 |
| Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol | | | | | | | 6,73 | 7,00 | 7,09 | 7,00 |
| El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario | 7,23 | 7,12 | 7,26 | 7,41 | 7,40 | 6,77 | 6,83 | 7,00 | 6,97 | 6,97 |
| La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería | 7,49 | 7,32 | 7,29 | 7,33 | 7,41 | 6,77 | 6,82 | 7,00 | 6,93 | 6,94 |

Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

Orden descendente según puntuación en 2006.

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

Si analizamos por CCAA, en 2006 y siempre teniendo en cuenta las precauciones referidas, Canarias, Cataluña y Baleares son las que es mayor el porcentaje de encuestados que, en caso de poder elegir, escogerían en AP exclusivamente un centro privado (tabla 30).

El porcentaje de personas que prefieren acudir a la sanidad pública para la atención del médico general o pediatra es una de las tres variables obtenidas del Barómetro Sanitario que utiliza la FADSP para su evaluación de la AP en las CCAA (tabla 30).

Utilización de servicios públicos y privados

En AP declaran usar la pública el 90%, estando establi-zadas estas cifras los últimos tres años. Si lo comparamos con los otros dos sectores, supera en 10 puntos a hospitalaria y en 20 puntos a especializada, siendo datos esperables pues, como señala Rico «la utilización de servicios privados se concentra en atención especializada ambulatoria (donde además sumaría otros 20 puntos si pudiesen elegir), como en la mayoría de

países donde los médicos de cabecera ejercen funciones de *gate-keeping*»¹⁴. En estos dos sectores las cifras permanecen también marcadamente estables el último trienio (tabla 31).

Respecto a la **utilización de las urgencias**, podemos observar que en 2006 lo que más se utiliza son las urgencias hospitalarias públicas (53,39%) a más de 20 puntos de distancia de los servicios de urgencias de AP (32,62%). Tres cuartas partes de los que acuden a urgencias hospitalarias lo deciden por sí mismos, sin pasar por primaria, alegando un 40% que no coincide el horario con el médico de cabecera, seguido muy de cerca por los que declaran que hay más medios en el hospital. Desde 2004 han permanecido estables los que señalan esta última y han aumentado en 6 puntos los que arguyen la primera (tabla 31).

Duran¹⁷ destaca como un indicador especialmente preocupante el alto porcentaje de pacientes que accede al sistema directamente por la puerta de urgencias del hospital, máxime cuando más de un tercio de los mis-

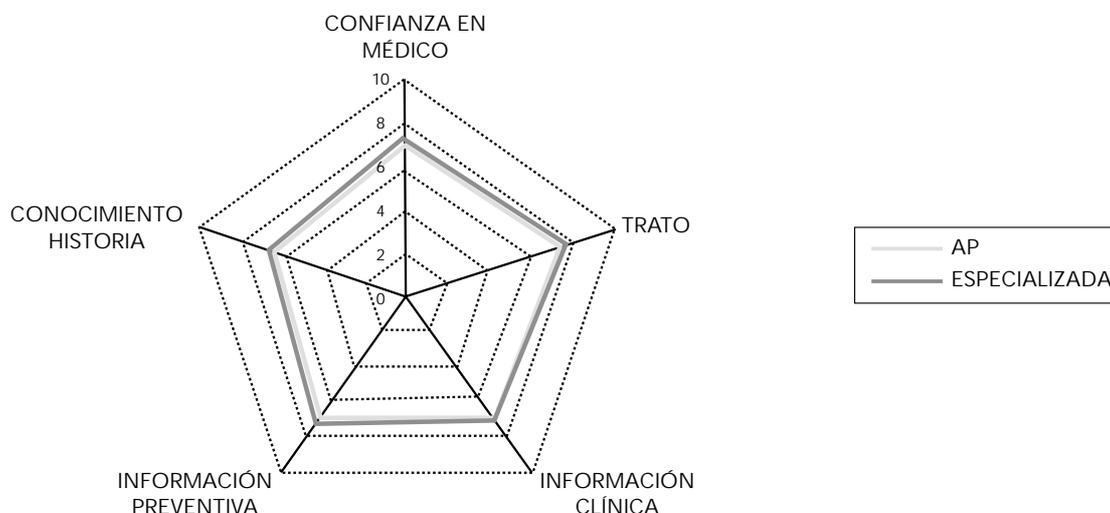
TABLA 19 Valoración sobre la atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud que se presta en Atención Primaria y en atención especializada (2006)

| Atención Primaria | Desviación | | Atención especializada | Desviación | |
|---|------------|--------|---|------------|--------|
| | Media | típica | | Media | típica |
| La confianza y seguridad que transmite el médico | 7,38 | 2,01 | La confianza y seguridad que transmite el médico | 6,9 | 2,02 |
| El trato recibido del personal sanitario | 7,36 | 1,84 | El trato recibido del personal sanitario | 7,11 | 1,76 |
| La información recibida sobre su problema de salud | 7,11 | 1,95 | La información recibida sobre su problema de salud | 6,94 | 1,92 |
| Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc. | 7 | 2,18 | Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc. | 6,78 | 2,14 |
| El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario | 6,97 | 2,08 | El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario | 6,41 | 2,08 |
| La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería | 6,94 | 2,2 | | | |

Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).

Orden descendente según puntuación de Atención Primaria.

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.



Escala de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio).
 Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

FIGURA 3 Evaluación comparada AP especializada de la valoración de la atención sanitaria en 2006.

mos suceden durante el horario de apertura de los centros de salud (tabla 32).

En resumen, la satisfacción con el funcionamiento general del sistema sanitario, medida a través de la prioridad concedida a distintas opciones de reforma (pregunta Blendon), muestra que el índice satisfechos-insatisfechos se ha ido incrementando paulatinamente hasta alcanzar el punto más alto (40%) en el 2006.

Si utilizamos preguntas más específicas sobre la calidad percibida de los servicios, si han mejorado o no en los últimos años, se mantiene la impresión de que aunque se han alcanzado niveles de satisfacción elevados, la evolución durante la última década ha sido de un cierto estancamiento en la apreciación de mejora del sistema. La valoración de la equidad entre rural-urbano y entre comunidades sigue obteniendo cifras moderadas, aunque se ha mejorado con respecto a 2002.

En general, los aspectos de accesibilidad son los peor valorados en la AP del SNS por los ciudadanos durante

todo el tiempo analizado y, aunque la AP obtiene puntuaciones más altas en estos apartados que la especializada ambulatoria, parece apuntarse una tendencia descendente. La satisfacción con el equipamiento apunta una tendencia descendente desde el año 2000, cuando había sido un aspecto cuya apreciación había mejorado tras la reforma.

Cuando se pregunta a los ciudadanos por qué optarían si pudieran elegir, advertimos que elegirían exclusivamente la sanidad pública casi un 60% en primaria y hospitalaria, siendo algo menos del 50% en especializada. Sin embargo, la opción de la privada para AP está aumentando en los últimos dos años aunque de momento no se traduce en un incremento de su utilización, ya que la gran mayoría de los encuestados declaran usar la AP pública, lo que supera la estimación de los niveles segundo y tercero, probablemente en función de la mayor repercusión de los problemas de accesibilidad a todos los niveles.

Los niveles de utilización del sector público, cercanos al 90% en primaria, al 80% en hospitalaria y al 70%

TABLA 20 Valoración de la atención recibida en cada uno de los sectores de la sanidad pública (2006)

| | AP | Especialista | Hospital |
|-----------|------|--------------|----------|
| Muy buena | 21,5 | 19,3 | 28,6 |
| Buena | 62,5 | 62,3 | 54,9 |
| Regular | 12,7 | 13 | 8,1 |
| Mala | 1,7 | 2,5 | 1,6 |
| Muy mala | 1 | 1,6 | 1,3 |
| Ns | 0,1 | 0,7 | 0 |
| Nc | 0,5 | 1,7 | 5,6 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 21 Valoración de la atención recibida en cada uno de los sectores de la sanidad pública (2006)

| | Primaria | Especialista | Hospital |
|-------------------|----------|--------------|----------|
| Muy buena o buena | 84 | 81,6 | 83,5 |
| Regular | 12,7 | 13 | 8,1 |
| Mala o muy mala | 14,4 | 15,5 | 9,7 |
| ns/nc | 0,6 | 2,4 | 5,6 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 22 Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena en Atención Primaria (serie 2003-2006)

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| Andalucía | 79,48 | 86,68 | 83,10 | 85,71 |
| Aragón | 93,42 | 92,48 | 89,10 | 90,38 |
| Asturias | 93,94 | 89,84 | 92,00 | 88,94 |
| Baleares | 83,45 | 83,57 | 77,30 | 87,68 |
| Canarias | 71,29 | 75,82 | 72,50 | 77,12 |
| Cantabria | 87,67 | 88,89 | 83,30 | 90,39 |
| Castilla-La Mancha | 87,00 | 85,14 | 90,40 | 85,87 |
| Castilla y León | 87,50 | 87,13 | 89,70 | 85,47 |
| Cataluña | 79,54 | 82,86 | 84,00 | 80,67 |
| Com. Valenciana | 83,37 | 82,39 | 81,50 | 79,25 |
| Extremadura | 83,51 | 82,72 | 85,80 | 84,42 |
| Galicia | 79,48 | 86,42 | 82,40 | 85,14 |
| Madrid | 78,82 | 77,85 | 80,10 | 83,74 |
| Murcia | 83,77 | 85,42 | 84,60 | 89,14 |
| Navarra | 89,99 | 92,15 | 89,30 | 82,49 |
| País Vasco | 92,95 | 91,96 | 85,80 | 87,87 |
| Rioja (La) | 85,84 | 86,19 | 87,00 | 86,16 |
| SNS | 82,57 | 84,40 | 83,60 | 84,01 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

en especializada, reflejan el afianzamiento del SNS como principal agente del sector.

Evaluación del desarrollo organizacional. Identificación de necesidades de información

En la primera sección de este capítulo se han mostrado los objetivos y estrategias de muchos de los servicios de salud, pero falta homogeneidad en los informes para poder comparar el grado de implantación de los sistemas de gestión de la calidad de las diferentes CCAA⁷: se precisan datos para poder medir el grado de desarrollo organizacional de los servicios de salud. Para analizar estas necesidades, adoptaremos tres asunciones esenciales sobre los sistemas sanitarios¹⁸:

- Los resultados a nivel macro dependen de los resultados a nivel micro.
- La calidad y la efectividad de los sistemas micro pueden ser variables.
- Los resultados de los sistemas macro no pueden ser mejores que los del micro que los componen.

Por ello, el foco de atención se va a centrar a un doble nivel: sistema y centro de salud (macro y micro).

TABLA 23 Valoración de la evolución de los sectores en los últimos 5 años (2006)

| | Ha mejorado | Ha empeorado | Sigue igual | ns | nc |
|------------------------|-------------|--------------|-------------|------|-----|
| Atención Primaria | 48,3 | 5,2 | 39,7 | 6,7 | 0,1 |
| Atención especializada | 40,6 | 6,5 | 41,4 | 11,3 | 0,3 |
| Atención hospitalaria | 43,2 | 5,3 | 39,1 | 12,1 | 0,3 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 24 Valoración de la evolución de la Atención Primaria en los últimos 5 años (2002-2005)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mejorado | 51,65 | 50,67 | 51,70 | 47,60 | 48,28 |
| Empeorado | 4,73 | 5,21 | 4,50 | 5,00 | 5,18 |
| Sigue igual | 36,97 | 37,64 | 36,40 | 40,20 | 39,70 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

- En cuanto al servicio de salud de las diferentes CCAA, reflexionaremos sobre las necesidades de información, admitiendo la hipótesis de la carencia de información sobre elementos estructurales en el despliegue de la planificación y estrategia para que ésta llegue a todos los niveles de la organización.
- En cuanto a los centros de salud, evaluaremos las necesidades de información a partir de los ítems de una experiencia de evaluación del desarrollo organizacional de la madurez de los centros de salud desarrollada en el Reino Unido, denominada Maturity Matrix¹⁹, que aprecia un alto grado de validez facial ya que recoge buena parte de los elementos principales del concepto de gestión clínica.

Necesidades de información en los servicios de salud

Estructura para la gestión de la calidad

Al revisar las páginas web y los documentos de las diferentes CCAA, es difícil llegar a conocer fielmente la estructura del sistema de calidad. Es importante conocer:

1. Las responsabilidades y atribuciones generadas, identificando la existencia de figuras de referencia, sean de orden jerárquico o funcional. Por tanto, identificar la presencia de coordinadores de calidad de AP, tanto a nivel servicio de salud, de las direcciones de AP (área, sector) como de los mismos centros de salud como tejido necesario para el despliegue de la calidad. También sería importante conocer su grado de dedicación (dedicación completa, liberación parcial), situación en el organigrama de las organizaciones y competencias asumidas.
2. Las estructuras a nivel operativo, mediante la identificación de Comisiones de Calidad de AP a nivel de Servicio de Salud, direcciones de AP (área, sector) como en los mismos centros de sa-

TABLA 25 Valoración de la evolución de la atención especializada en los últimos 5 años (2002-2006)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mejorado | 44,80 | 40,65 | 44,40 | 38,80 | 40,55 |
| Empeorado | 6,50 | 6,53 | 5,70 | 7,20 | 6,49 |
| Sigue igual | 38,87 | 42,30 | 38,20 | 42,00 | 41,39 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 26 Valoración de la evolución de la atención hospitalaria en los últimos 5 años (2002-2006)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mejorado | 48,02 | 44,05 | 47,00 | 41,60 | 43,18 |
| Empeorado | 5,56 | 5,70 | 4,80 | 6,00 | 5,25 |
| Sigue igual | 36,59 | 39,25 | 36,40 | 39,40 | 39,12 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

lud. De forma paralela, es absolutamente relevante identificar el alcance de su actividad, disponiendo de un registro de actividades en calidad, sea mediante agrupación de áreas de intervención, dimensiones de la calidad o temática común de proyectos de mejora continua. No menos importante sería disponer de un banco de proyectos o/y foros de contacto, donde experiencias completas de PDCA (Plan-Do-Check-Act) facilitasen un marco de intercambio y aprendizaje, como paso a un *benchmark* estructurado, así como indicadores de su operatividad (reuniones, memoria).

3. La existencia de comisiones de calidad a nivel de área o sector que integren al menos AP y especializada, así como indicadores de su operatividad.

Desarrollo de la informatización en AP

El grado de desarrollo de informatización en AP en el Estado español se describe en el capítulo 6 de esta obra (Condiciones de trabajo y satisfacción de los profesionales de la AP), existiendo zonas con menor desarrollo que el resto del estado, fundamentalmente rurales dispersas, como es el caso de Castilla y León o Aragón. Por otra parte, hay una enorme variabilidad en el *software* empleado²⁰.

TABLA 27 Porcentaje de encuestados que cree que la Atención Primaria ha mejorado en los últimos 5 años (2002-2006)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Andalucía | 48,27 | 48,68 | 56,04 | 48,70 | 50,64 |
| Aragón | 55,00 | 50,71 | 53,17 | 40,60 | 46,70 |
| Asturias | 74,99 | 68,00 | 53,71 | 43,10 | 56,88 |
| Baleares | 46,27 | 45,65 | 54,98 | 48,70 | 50,38 |
| Canarias | 50,67 | 48,54 | 57,62 | 45,70 | 45,11 |
| Cantabria | 63,99 | 64,90 | 55,77 | 56,40 | 55,54 |
| Castilla-La Mancha | 51,06 | 51,81 | 54,69 | 47,50 | 52,86 |
| Castilla y León | 54,71 | 55,86 | 55,14 | 56,50 | 49,08 |
| Cataluña | 47,08 | 49,49 | 50,06 | 44,40 | 48,33 |
| Com. Valenciana | 60,68 | 52,14 | 50,63 | 50,50 | 48,38 |
| Extremadura | 56,22 | 50,54 | 59,24 | 68,30 | 44,32 |
| Galicia | 39,77 | 42,96 | 44,74 | 46,30 | 39,61 |
| Madrid | 45,16 | 45,04 | 43,50 | 43,50 | 50,36 |
| Murcia | 63,72 | 46,71 | 52,28 | 40,80 | 41,00 |
| Navarra | 60,61 | 56,06 | 49,51 | 37,30 | 38,66 |
| País Vasco | 62,19 | 64,87 | 54,92 | 51,20 | 46,45 |
| Rioja (La) | 46,71 | 51,01 | 45,23 | 41,30 | 42,50 |
| SNS | 51,65 | 50,67 | 51,70 | 47,60 | 48,28 |

Fuente: Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.**TABLA 28** Porcentaje de encuestados que en caso de poder elegir acudiría a un centro público o privado (2006)

| | Público | Privado | Ambos | ns/nc |
|------------------------|---------|---------|-------|-------|
| Atención Primaria | 58,7 | 34,5 | 6,3 | 0,4 |
| Atención especializada | 46,2 | 45,6 | 7,6 | 0,4 |
| Ingreso en hospital | 59,5 | 33 | 6,7 | 0,8 |
| Urgencias | 62,1 | 30,5 | 6,6 | 0,8 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

Los requisitos básicos para el uso de información de evaluación por los médicos son²¹:

- Medicalización de la información:
 - Existencia de datos médicos estándar.
 - Disponibilidad de metodologías de agrupación útiles (p. ej., ACG [Adjusted Clinical Groups]).
- Capacidad de comparación de resultados entre pares mediante la:
 - Existencia de grandes bases de datos.
 - Disponibilidad de metodologías de análisis robustas que permitan realizar comparaciones ajustando por los factores diferenciales, tanto de las prácticas como de los pacientes.
 - Orientación a las necesidades de los profesionales: valoración de los aspectos clave de decisión en el proceso de cuidados.
 - Fácil acceso a la información por parte de los profesionales.
 - Simplicidad de uso e interpretación.

Es clave el aspecto de la comparabilidad con los resultados conseguidos en condiciones similares en el entorno. Los sistemas de información deben ofrecer indicadores útiles a todos los niveles puesto que los resultados a nivel micro condicionan el éxito del macro, por lo que es absolutamente determinante la retroalimentación de la información y resultados, tanto a centros como a profesionales, como origen de la oportunidad de mejora y elementos de comparación de los alcances²².

Se están comunicando experiencias sobre la evaluación de indicadores en AP que permiten realizar auditorías poblacionales²³⁻²⁴ que proporcionan a las áreas, centros y profesionales información sobre indicadores. Aunque se han descrito problemas de fiabilidad²⁵, suponen un punto y aparte con respecto a la situación previa. Así se recomendaba en AP XXI²⁶, donde se consideró prioritaria la obtención descentralizada de indicadores

TABLA 29 Porcentaje de pacientes que elegirían atención privada o pública para ser atendido en Atención Primaria si pudiesen elegir (2003-2006)

| | 2003 | 2004 | 2006 |
|---------|-------|-------|-------|
| Pública | 65,10 | 59,60 | 58,69 |
| Privada | 27,78 | 32,90 | 34,52 |
| Ambas | 6,43 | 6,70 | 6,35 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC¹⁵.

TABLA 30 Porcentaje de pacientes que elegirían atención privada o pública para ser atendidos en Atención Primaria si pudiesen elegir por CCAA (2006)

| | Pública | Privada | Ambas |
|--------------------|---------|---------|-------|
| Andalucía | 56,36 | 36,19 | 7,22 |
| Aragón | 59,63 | 34,62 | 3,63 |
| Asturias | 66,66 | 15,95 | 17,03 |
| Baleares | 47,43 | 46,90 | 5,22 |
| Canarias | 41,88 | 48,71 | 8,44 |
| Cantabria | 60,87 | 25,61 | 13,52 |
| Castilla-La Mancha | 66,78 | 27,49 | 3,92 |
| Castilla y León | 76,38 | 18,98 | 4,40 |
| Cataluña | 47,92 | 46,48 | 4,98 |
| Com. Valenciana | 61,19 | 32,49 | 6,15 |
| Extremadura | 56,86 | 36,47 | 6,67 |
| Galicia | 64,51 | 29,49 | 6,00 |
| Madrid | 62,37 | 34,35 | 3,13 |
| Murcia | 50,36 | 38,42 | 11,22 |
| Navarra | 55,56 | 31,91 | 10,59 |
| País Vasco | 67,20 | 23,78 | 8,48 |
| Rioja (La) | 56,54 | 23,47 | 19,99 |
| SNS | 58,69 | 34,52 | 6,35 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

de resultados, empleando los programas que estuvieran accesibles. Por otra parte, también se publican experiencias en la realización de informes de eficiencia mediante la incorporación de los Grupos de Cuidados Ambulatorios²⁷.

Sin embargo, en algunas CCAA el software que se ha instalado ha hecho énfasis en lo transaccional (sustitución del papel), sin dejar apenas funciones que permitan extraer información a los profesionales que puedan emplearse para detectar oportunidades de mejora.

Por tanto, se precisaría información para evaluar esta variabilidad sobre:

1. La proporción de consultas y centros de salud informatizados.
2. Las características del software en lo relativo a:
 - La posibilidad de presentar informes sobre indicadores de resultado final e intermedio a nivel de centro y de profesional (incluida la utilización de la metodología de agrupación).
 - La posibilidad de integración de las guías de práctica clínica, protocolos o procesos integrados, propias del servicio en dicho software, mediante recordatorios o protocolos electrónicos.

TABLA 31 Porcentaje de utilización de servicios públicos y privados en los tres sectores (2004-2006)

| | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Público % | Privado % | Público % | Privado % | Público % | Privado % |
| Atención Primaria | 91,45 | 8,54 | 92,03 | 7,96 | 91,51 | 8,48 |
| Especialista | 70,27 | 29,73 | 71,62 | 28,37 | 70,34 | 29,65 |
| Hospital | 82,09 | 17,91 | 86,66 | 13,33 | 80,00 | 20,00 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

TABLA 32 Razón principal por la que acudió a un servicio de urgencias de un hospital la última vez (2004-2006)

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------|-------|-------|
| No coincidía con el horario del médico de cabecera | 32,80 | 36,24 | 39,43 |
| Donde pasa consulta mi médico o pediatra no hay urgencias | 8,00 | 5,92 | 5,20 |
| No conozco las urgencias de Atención Primaria | 2,90 | 3,17 | 1,74 |
| En urgencias del hospital hay más medios | 37,30 | 37,58 | 37,91 |
| La cita para el especialista era muy tarde | 1,90 | 2,35 | 2,25 |
| Estaba fuera de mi residencia habitual | 4,10 | 2,84 | 2,62 |

Fuente: Modificado del Barómetro Sanitario 2006, MSC.

Medición de indicadores

Tradicionalmente, los sistemas de salud han utilizado indicadores más centrados en la productividad y en la eficiencia que en otras dimensiones de la calidad, habiéndose señalado que los indicadores del SNS retratan un sistema que cree no tener problemas en las dimensiones sanitarias de la calidad o de relación con el paciente mientras que sí los tendría de costes²². Sin embargo, en las comparaciones de costes con otros países, España sale muy bien parado, mientras que son numerosos los estudios que señalan problemas de calidad.

Actualmente, los sistemas de salud están desarrollando indicadores sobre las diferentes dimensiones de la calidad que suelen venir especificados en los acuerdos de gestión o incluirse en procesos priorizados como estrategia del servicio. Como cada servicio de salud planifica sus propios objetivos en función de los análisis de situación, es lógico que exista variabilidad en el establecimiento de indicadores.

Ante una situación similar a nivel europeo, la OCDE planteó el proyecto *The Health Care Quality Indicators Project*. Su objetivo es «formular definiciones internacionales de un número limitado de indicadores reconocidos de calidad, para los que ya se cuenta con datos de fácil obtención en varios países, proceder a la recopilación de la información y crear grupos de expertos que elaboren indicadores adicionales de calidad a fin de lograr un tratamiento más completo de la calidad de la asistencia sanitaria»²⁸.

Por el momento, sus resultados han proporcionado un conjunto de 17 indicadores que comparten la mayoría de los países participantes. En esta línea, la definición de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud incluida en el Plan de Calidad²⁹ permitirá conocer y comparar un conjunto de indicadores en las diferentes CCAA, aunque por el momento son pocos los indicadores específicos de calidad referidos a asistencia primaria, lo que, como en el proyecto OCDE deberá desarrollarse con el tiempo³⁰. Sería deseable conocer los indicadores de calidad más comunes en los diferentes servicios de salud y sus posibilidades de obtención con los sistemas de información vigentes, para conseguir el desarrollo de un conjunto de indicadores más global de

la AP. También habría que estar atentos al desarrollo de indicadores sintéticos e índices compuestos que permitan desenvolverse con un número creciente de indicadores.

Por otra parte, se están realizando numerosos trabajos de investigación sobre indicadores de resultado en España. Se están publicando experiencias con ACSC, aunque en los trabajos publicados se utilizan listados de ACSC diferentes, lo que dificulta una vez más la comparabilidad³¹. La Región de Murcia³² ha desarrollado el indicador y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha incluido las ACSC en su planificación estratégica (también incluido en los indicadores originales de la OCDE).

Entre tanto, la disponibilidad de sistemas informáticos adecuados marca las diferencias entre comunidades²⁰. Mientras en algunas áreas se dispone de información por centro y profesionales, en forma de estudios poblacionales, en otras se sigue desarrollando la auditoría por muestreo, lo que no está exento de algunos problemas, esencialmente sesgos de evaluación y participación, que condicionan los resultados obtenidos. Igualmente, se deriva otro problema potencial, ya que la medición puede no ir seguida de un análisis de datos y acciones de mejora, con lo cual la medición se convierte en un fin en sí mismo.

Sería conveniente conocer datos sobre la frecuencia de evaluación de los indicadores, el desarrollo de la auditoría de los contratos de gestión en los centros, la independencia de los evaluadores, los mecanismos de revisión, y la validez y fiabilidad del conjunto, para conocer, en definitiva, si se desarrollan y registran proyectos de mejora del servicio de salud relacionados con los criterios establecidos.

Certificaciones, acreditaciones

En los últimos años, se están produciendo en AP numerosas certificaciones ISO, acreditaciones JCAHO o específicas del servicio de salud de la CA correspondiente. Sin embargo, actualmente resulta difícil obtener un listado de organizaciones con reconocimiento de dicha certificación y/o acreditación con la periodicidad temporal adecuada.

El Registro Español de Certificación y Acreditación Sanitaria (RECCAS), de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) fue creado con este fin, pero no están registrados todos los centros que lo han conseguido

Satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es una de las dimensiones principales en los modelos de calidad de total, habiéndose desarrollado encuestas en las distintas CCAA. A este respecto, debe asumirse la reflexión del informe del SNS 2005⁷ sobre «el abanico de metodologías, cuestionarios y dimensiones exploradas en cada CCAA, así como su fiabilidad y sensibilidad, lo que dificulta en gran medida la utilización del *benchmarking* para comparar resultados e identificar mejores prácticas». Con frecuencia no se efectúan análisis de consistencia, fiabilidad o validez de las medidas, aunque en el informe del SNS

2006⁸ aprecian una tendencia generalizada a dar un mayor rigor metodológico, y tampoco existe constancia de que los resultados conlleven medidas derivadas en mejoras del servicio. Evitar que las herramientas sean una finalidad en sí mismas supone uno de los mayores retos.

El único estudio del que disponemos de base nacional que se realiza de forma regular es el Barómetro Sanitario, descrito previamente. En esta encuesta, la población estudio son los ciudadanos en general, por lo que incluye los clientes reales y los potenciales. Sería interesante disponer de una encuesta de base nacional sobre los usuarios reales para determinar la satisfacción de la atención percibida más que la imagen del sistema, e incluir preguntas tipo informe sobre aspectos concretos de la atención recibida, características que desarrollaba la encuesta del Ingesa³³.

El mismo informe señala que «se abren así mismo diversas vías de investigación necesarias para profundizar esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación de la percepción a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de patologías (expectativas muy distintas en AP, partos o pacientes terminales), ampliación de la captación en parientes, acompañantes y cuidadores, y en la búsqueda de un conjunto mínimo de resultados que permitan establecer un *benchmarking* creativo entre las organizaciones»⁷.

En cualquier caso, la satisfacción del usuario ha sido incluida como indicador clave del SNS (SI-SNS) (Grado de satisfacción de los ciudadanos con la atención recibida en AP y Grado de satisfacción del usuario con el conocimiento del historial y seguimiento de sus problemas de salud en el centro de AP)²⁹.

Otro punto que desarrollar es la utilización de los resultados de las encuestas, dada la tradición del sistema de considerar las herramientas de calidad como un fin en sí mismo. La difusión de los resultados a los profesionales y el desarrollo de estrategias de mejora a partir de las oportunidades de mejora detectadas es un punto clave sin el que todo este proceso carece de sentido. Es necesario comprobar que los sistemas de salud especifican objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas, y que se realiza un seguimiento del nivel de cumplimiento de estos objetivos o mejoras asistenciales, bien sea relacionándolo con contratos programa o con sistemas de incentivos.

Encuestas a profesionales

Ya se han descrito en otro capítulo, por lo que no vamos a insistir sobre ello.

Necesidades de información en los centros de salud

El desarrollo organizacional en los centros de salud se ve limitado por la carga laboral de los trabajadores que ha dado lugar a un incremento de la dedicación a la asistencia clínica directa en detrimento de otras actividades de la AP³⁴, entre las que se encuentra la gestión de

la calidad. La calidad del proceso clínico de atención es inherente a la prestación del servicio, no entendiéndose una sin la otra, pero es común que actividades «adicionales» en el ámbito asistencial, como la gestión de la calidad, sufran de un segundo plano de atención. Tiempo extra y personal dedicado a la calidad son las necesidades más comúnmente expresadas en una encuesta realizada en varios países incluida en un informe del observatorio europeo⁴.

Para desarrollar este punto, nos basaremos en algunas de las dimensiones de Matriz de Madurez de desarrollo organizacional (Maturity Matrix)¹⁹ que ha sido validada en el Reino Unido y cuya versión europea se encuentra en estos momentos en desarrollo. Consideramos importante conocer el grado de desarrollo de las siguientes dimensiones:

Acceso a la información clínica

El abanico de posibilidades de acceso a información clínica va desde su ausencia, a la disponibilidad de libros y revistas en algún punto del centro de salud (biblioteca), y al acceso *on line* de guías y bibliotecas médicas digitales en algún punto del centro o en la propia consulta. El grado de informatización es condicionante de esta dimensión, aunque conocemos la existencia de centros de salud informatizados con acceso restringido a Internet.

Registros

La calidad de los indicadores dependerá de la calidad de los registros, y más en un período de transición al registro informático. Sería conveniente evaluar indicadores de la calidad del registro.

Uso de guías

Es importante saber si las guías han sido revisadas a nivel local para su desarrollo a nivel del centro. También es importante conocer si las guías están incorporadas a los sistemas de información clínica. Por último, saber si su implementación se audita.

Reuniones de equipo

Se debería mantener un registro de reuniones formativas y organizativas en el seno de los equipos.

Informes de prescripción

En general, está bastante extendida la difusión a los centros y profesionales de indicadores de uso racional del medicamento. Sin embargo, hay que comprobar que existe un proceso detrás de la recepción de estos indicadores con fines de mejora, es decir, que estos datos se analizan regularmente y que se identifican oportuni-

des de mejora que den lugar al desarrollo de iniciativas que finalmente sean revaluadas.

Voz del paciente

Es importante saber si existe un circuito de quejas y reclamaciones que se analice con fines de identificación de oportunidades de mejora. Es necesario conocer si se puede disponer de información desagregada a nivel de centro de las encuestas de satisfacción del sistema o si el centro realiza su propia medición.

Por último, es preciso saber si las oportunidades de mejora que se identifican con este mecanismo dan lugar al desarrollo de intervenciones de mejora cuyo resultado se monitorice.

Audits clínicos

La realización de audits, de forma regular o irregular, sobre una o varias áreas clínicas y en particular sobre áreas clínicas clave de AP (EPOC, asma, HTA, preventivas, etc.) y sobre todo la realización de ciclos completos. Ya se ha descrito que la informatización facilita la generación de indicadores de calidad asistencial que permiten simplificar el proceso de *audit*. Como siempre, hay que comprobar que esos indicadores se utilizan con fines de mejora.

Por último, y aunque no lo incluye la matriz, incluimos la necesidad de conocer la existencia de **planes de formación** en calidad de los coordinadores y miembros de las unidades clínicas, sin los cuales cualquier estrategia está condenada al fracaso.

En las CCAA donde se ha podido contrastar, la realización de actividades de calidad en las unidades clínicas se suele recoger en los acuerdos de gestión, existiendo un registro de los proyectos de mejora. Sin embargo, no suele describirse el detalle del ciclo PDCA, quedando en ocasiones en la formulación de intenciones. En la Comunidad Foral de Navarra se detalla un procedimiento de acreditación y evaluación de los planes de mejora consistente en la especificación de unos criterios para acreditar los planes de mejora de los centros³⁵. Una vez acreditados, estos planes son evaluados por una comisión de evaluación que puntúa tanto la acreditación como la memoria de las actividades de mejora, siendo condición principal la de ofrecer resultados. Esta acreditación es clave para el sistema de incentivos y la carrera profesional.

Conocer cuántos centros formulan planes de mejora y, aún más, los centros que ofrecen resultados, es un punto clave para saber el grado de desarrollo de los sistemas de calidad en AP y por tanto, del propio Sistema de Salud.

Recomendaciones

- La calidad debe impregnar todos los niveles de la organización de la misma forma que lo ha hecho el control de costes.
- Debe estimularse el desarrollo organizacional de los centros con especial atención a la implantación y mejora de los servicios de soporte y una adecuada definición de los procesos, especialmente los no clínicos.
- Debe desarrollarse una estrategia de evaluación con indicadores básicos comunes para el conjunto del Estado, en el marco de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Es preciso atender con mayor profundidad en el contexto de las políticas de calidad aspectos como la efectividad clínica y la continuidad asistencial, escasamente abordados hasta el momento actual.
- Es imprescindible incrementar de forma significativa las actividades de acreditación y evaluación de la calidad y la implantación de las guías de práctica clínica.
- Es preciso que los datos provenientes del Barómetro sanitario tengan el tamaño muestral suficiente para permitir la desagregación y comparación entre las CCAA en todos los casos.
- Los sistemas de información deben ofrecer indicadores útiles tanto a nivel macro como micro para posibilitar la retroalimentación de resultados a los centros y profesionales.
- Sería conveniente disponer de datos sobre la frecuencia de evaluación de indicadores, el desarrollo de auditorías de los contratos de gestión de los centros, la independencia de los evaluadores y los mecanismos de revisión y validez y fiabilidad del conjunto, para conocer en definitiva si se desarrollan y registran proyectos de mejora de los servicios de salud, relacionados con los criterios establecidos.
- Debería desarrollarse un proceso estratégico de gestión de la calidad/calidad de la gestión que atraviesa las diferentes instituciones y/o unidades clínicas, con unos *inputs*/entradas coherentes a partir de los sistemas de información y *outputs*/salidas en términos de mejora continua que respondan adecuadamente a los criterios del Contrato de Gestión. Para ello, se precisaría la delimitación de figuras de responsabilidad/coordinación del proceso, con dedicación laboral específica según condiciones del sistema, y un Plan/Programa de implementación y evaluación de las actividades.

Bibliografía

1. Ley 26/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. n.º 128, 29 de mayo 2003.
2. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2006. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
3. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2007. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/planCalidad2007.pdf>
4. Baker R, Wensing M, Gibis B. Improving the quality and performance of primary care. En: Saltman RB, Rico A, Boerma WG, editores. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press; 2006.
5. Centro de salud del Coll d'en Rebassa. Implantación de un sistema de certificación de la calidad ISO 9001:2000 de la International Organization for Standardization en el Centro de Salud del Coll d'en Rebassa (Palma de Mallorca). 1.ª ed. Palma de Mallorca: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; 2007.
6. Palomer R. Calidad en atención primaria: diez años de errores de los que aprender (o sólo el que anda tropieza). Cuadernos de Gestión. 2000;1:1-3.
7. Informe Sistema Nacional de Salud 2005. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2005. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2005.htm>
8. Informe Sistema Nacional de Salud 2006. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006. (Informe provisional.) El Médico Interactivo [revista en Internet] 2007;1960:22-6. [Consulta realizada el 25 diciembre 2007] Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/isns.pdf>
9. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Servicio Navarro de Salud, Gobierno de Navarra. 2006.
10. Suñol R, Humet C. La Garantía de la Calidad y Acreditación en España. Informe SESPAS. 2002;99:481-94.
11. GuíaSalud. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Análisis del Cuestionario sobre «Implantación y utilización de Guías de Práctica Clínica: Instrumentos, Recursos y Redes». [Monografía en internet]. [Consulta realizada el 25 diciembre 2007.] Disponible en: http://www.guia.salud.es/saber.htm#ANALISIS_DEL_CUESTIONARIO
12. Informe para el Análisis del Gasto Sanitario 2007. Libro Blanco Estudios Fiscales. Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, Madrid. 2007.
13. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario 2002. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Madrid. MSC. 2003. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
14. Rico A. La opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud, 1994-2003. En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2004. p. 537-9. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/informeAnualAnexoVIII.pdf>
 15. Instituto de Información Sanitaria. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Barómetro Sanitario 2006. Madrid. MSC, 2007. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
 16. FADSP. Informe. Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Madrid. 2007. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc>
 17. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain: Health System review. *Health Systems in Transition*. 2006;8(4):1-208.
 18. Caminal J. El reto de evaluar la Atención Primaria de Salud y cómo los indicadores ofrecen información sobre los cuidados. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: http://foros.fcs.es/pdf/seminario_aps_texto_jch.pdf
 19. Elwyn G, Rhydderch M, Edwards A, Hutchings H, Marshall M, Myres P, Grol R. Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™. *Qual Saf Health Care*. 2004;13:287-94.
 20. Ortiz C. Luces y sombras en la informatización de los servicios de salud autonómicos. *El Médico Interactivo* [Revista en Internet]. [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=220
 21. Casas M. Evaluación de resultados de Servicios de Salud. Comunicación al XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona. 2007.
 22. Peiró S. Algunas reflexiones sobre la organización de la información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit*; 4(1):81-94; 2006.
 23. Mena JM, Sánchez L, Cañada A, Cárdenas J. Implantación y evaluación informática de un programa de mejora de la calidad asistencial en el área 4 de Atención Primaria de Madrid. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(5):238-46.
 24. Giménez-Guerrero C, Ruiz-Téllez A, Cassá-Parra D, Zuzuarregui M, González-González A, González-Posadas JA. ISIS READER. Acceso al 100% de información procesada y certificada sin esfuerzo. Comunicación al XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona. 2007.
 25. Ruiz-Téllez A, Alonso-López F, Fernández Vega JM, Valle-Poo A, Apezteguía-Urroz J, Ruiz de Ocenda M. Certificación de fiabilidad de la información sanitaria. Comunicación al XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Barcelona. 2007.
 26. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
 27. Serrat Tarrés J, Sicras Mainar A, Llopart López JR, Navarro Artieda R, Codes Marco J, González Ares JA. Estudio comparativo de la eficiencia, medida a partir de los Ambulatory Care Groups, entre 4 centros de salud. *Aten Primaria*. 2006;38:275-82.
 28. Marshall M, Leatherman S, Mattke S and the members of the OECD Health Promotion, Prevention and Primary Care Panel. Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries. *OECD health technical papers n.º 16*, 2004. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf>
 29. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/indicadoresClaveCISNS.pdf>
 30. Kelley E and Hurst J, Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report. *OECD health technical papers n.º 22*, 2006. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>
 31. 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;76:189-96.
 32. Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Más A. Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en la Región de Murcia. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:178-86.
 33. Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al. Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Primaria. Madrid. 2002. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007] Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/Completo.pdf>
 34. Gervás J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. [Monografía en Internet]. [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: www.diezminutos.org.
 35. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Memoria 2006. [Monografía en Internet] [Consulta realizada el 25 diciembre 2007]. Disponible en: http://www.cfnavarra.es/SALUD/publicaciones/SNSO/Memoria2006/pdfs2006/capitulo_02.pdf

10. Desigualdades sociales en el acceso a la Atención Primaria de Salud

M. Isabel Pasarín Rúa, Maica Rodríguez-Sanz, Montse Vergara Duarte, José Miguel Martínez Martínez, Joan Benach Rovira, Carme Borrell Thió

Puntos clave

- Según datos de la Encuesta nacional de salud del año 2003, hay prácticas preventivas, como la vacunación antigripal, que se realizaban más en las clases más aventajadas. En cambio, las personas ex fumadoras que declaraban que uno de los motivos para dejar de fumar había sido el consejo recibido por su médico pertenecían en mayor proporción a clases sociales desfavorecidas.
- Las clases sociales desfavorecidas utilizan en mayor proporción la Atención Primaria (AP) y los servicios de urgencia, y las clases más aventajadas son quienes más utilizan la atención especializada. Este patrón se da tanto en las personas que tienen cobertura sanitaria mixta como únicamente pública. En los que tienen cobertura mixta, la utilización del especialista —no ginecólogo— es más frecuente en las clases sociales aventajadas.
- Las visitas al dentista son más frecuentes en las clases sociales aventajadas, existiendo el patrón inverso de clase en la prevalencia de caries (más frecuente en las clases socioeconómicamente más deprimidas).
- Las comunidades autónomas (CCAA) que presentan un mayor riesgo de mortalidad por hipertensión y enfermedad cerebrovascular, junto con mayor variabilidad interna, son Murcia para el caso de los hombres y Extremadura, Murcia, Comunidad Valenciana y Andalucía en el caso de las mujeres. Las que presentan un mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón son Murcia y las Islas Canarias para las mujeres. En los hombres, destaca Canarias por presentar mayor variabilidad interna, medida de aproximación a la existencia de una mayor desigualdad. Las CCAA con un riesgo menor son La Rioja, Castilla y León, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña y Cantabria, éstas también presentan menor variabilidad. En cuanto a la mortalidad por cáncer de pulmón, en hombres se observa que las CCAA con menor riesgo son Castilla y León, Aragón, La Rioja, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, Murcia y Madrid, y con mayor riesgo las áreas de la zona sudoeste del país.

Introducción

Hay múltiples estudios que constatan la existencia de desigualdades sociales en la salud, siendo un patrón muy repetido el que los grupos sociales menos favorecidos presenten peor salud¹. También hay bibliografía que constata desigualdades en el acceso a la atención de las personas con problemas de salud, bajo el mismo patrón². Cabe decir que, en España, el sistema sanitario público, cuya cobertura abarca la casi totalidad de la población, garantiza en gran medida la equidad del sistema y se explica así la no existencia de barreras de acceso más clásicas en otros entornos, básicamente barreras económicas. Aun así, el sistema debería vigilar la producción de desigualdades ya que no está exento de producirlas. Desigualdades de género, de posicionamiento social, según origen étnico, territoriales, etc., son algunos de los tipos de desigualdades que se producen en salud, y aunque vienen dadas mayormente por las condiciones de vida (educación, trabajo, ocio, etc.), desde el sistema sanitario, el principal sistema en atender los problemas de salud, no deberían provocarse o perpetuarse situaciones de desigualdad.

La mayoría de estudios de desigualdad se han realizado con las dos fuentes poblacionales más comúnmente disponibles: las encuestas de salud y la mortalidad. En España se han realizado seis Encuestas nacionales de salud (ENSE), la primera en 1987 y la más reciente de la que se disponen datos, en 2003. En esta última se constataba que las poblaciones que expresaban con mayor frecuencia percibir un mal estado de salud eran: a) más las mujeres que los hombres (36,8 y 27%, respectivamente); b) más las clases sociales desfavorecidas, con un gradiente claro de mejor salud conforme mejora el posicionamiento social (49,8% de mujeres y 35,8% de hombres de clase social más desfavorecida frente al 17,8 y 12,4%, respectivamente de clase social más favorecida), y c) más las comunidades autónomas (CCAA) del sur y el noroeste (Canarias, Andalucía, Galicia, Extremadura y Castilla-La Mancha)³.

Las preguntas a las que pretenden responder los apartados del capítulo son:

1. ¿Existen desigualdades sociales en la recepción de prácticas preventivas, uno de los pilares de la Atención Primaria de Salud (APS)? Por la disponibilidad de información, esta pregunta se concretará en dos de las prácticas preventivas propias de la APS: la vacunación antigripal a uno de los más numerosos grupos de riesgo, las personas mayores de 60 años, así como la recepción de consejo médico antibacilo por parte de personas fumadoras.
2. ¿Existen desigualdades en la realización de visitas preventivas al dentista?, habiéndose de tener presente que esta atención es una de las que no está cubierta actualmente por el sistema público en la población adulta.
3. ¿Existen desigualdades en la utilización de servicios sanitarios, concretamente los servicios de APS, de atención especializada y de atención urgente?
4. Por último, se pretende hacer una aproximación al análisis del impacto de la atención sanitaria y por ello se presentará un análisis geográfico de las desigualdades sociales en algunas de las causas de mortalidad evitable. Se han escogido tres causas de mortalidad de enfermedades para las que la APS juega un papel en su prevención, diagnóstico y/o tratamiento, aunque se reconoce previamente que el impacto en la mortalidad de la intervención de la APS es limitado. Se contestarán dos preguntas: ¿alguna CCAA tiene más, o menos, riesgo de mortalidad? y ¿en qué CCAA hay más, y en cuáles menos, variabilidad en la mortalidad?, como una aproximación a la existencia de mayor y menor desigualdad.

Metodología

Fuentes de información

Para el análisis de las prácticas preventivas y de la utilización de servicios sanitarios se ha utilizado como fuente de información la Encuesta Nacional de Salud de España del año 2003 (ENSE 2003) y para el análisis geográfico de mortalidad la fuente de información ha sido la mortalidad aportada por el Instituto Nacional de Estadística, para los años 1990-2001. Para obtener los datos de población por área pequeña, sexo y edad se utilizaron los censos de población de 1991 y 2001.

Unidades territoriales

La ENSE se ha analizado para el conjunto de España y para las CCAA. El análisis descriptivo de la mortalidad se ha realizado a partir del uso de 2.218 zonas o áreas formadas por municipios o agregados de municipios de España. El análisis comparativo de la mortalidad se ha realizado por provincias, aunque no se ha podido disponer de los datos para Ceuta y Melilla en el momento del análisis.

Población de estudio

Para la ENSE 2003, la población de estudio estaba constituida por la población residente en España, de 16 o más años, no institucionalizada. El diseño muestral de la ENSE fue polietápico, estratificado por CCAA. En una primera etapa, se seleccionaron los municipios y en una segunda etapa, las secciones censales; en la etapa final, se seleccionan los individuos por cuotas de edad y sexo. El tamaño total de la muestra fue de 21.650 entrevistas.

Para el análisis de la mortalidad, la población de estudio fue la residente en España en el período 1990-2001, siendo necesario un período tan amplio porque la mortalidad es un fenómeno poco frecuente y se analizaba en áreas geográficas pequeñas.

Algunos de los indicadores utilizados

Clase social: para los análisis de la ENSE referidos al conjunto de España, se ha utilizado la clasificación en

cinco clases sociales (de la más privilegiada a la más desfavorecida [I a V]), obtenida a partir de la ocupación de la persona o del sustentador principal, codificada según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, siguiendo la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología⁴. Para categorizar la clase social en el análisis por CCAA, se han utilizado únicamente dos categorías: trabajadores manuales (clases IV y V) y trabajadores no manuales (clases I, II y III).

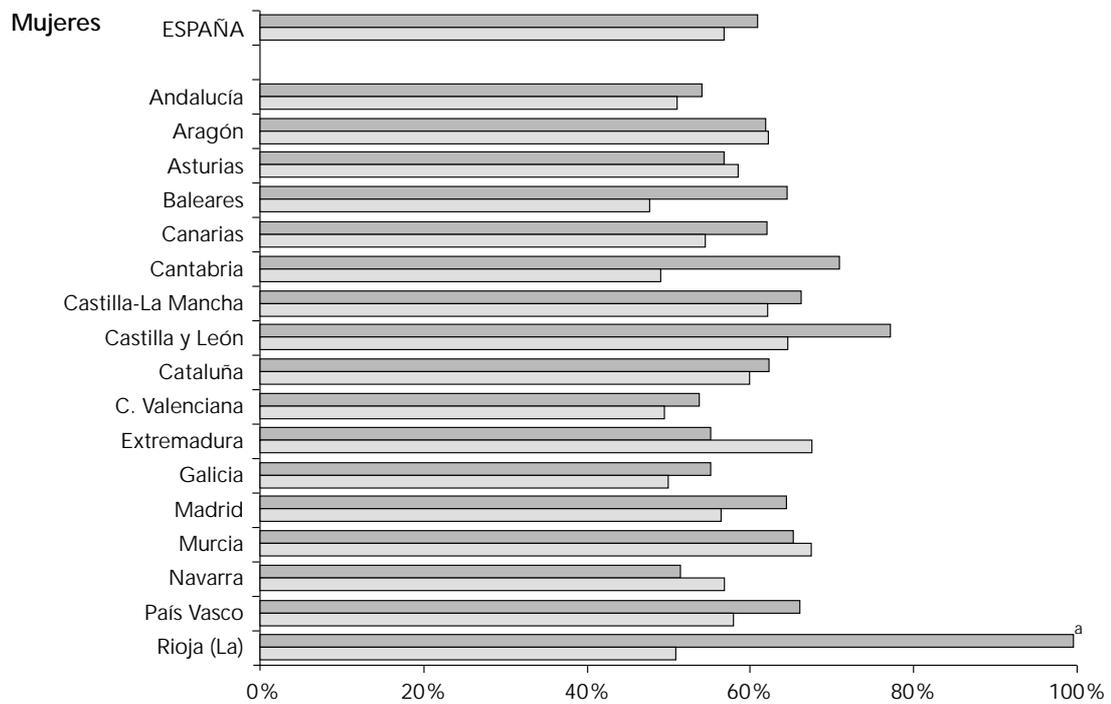
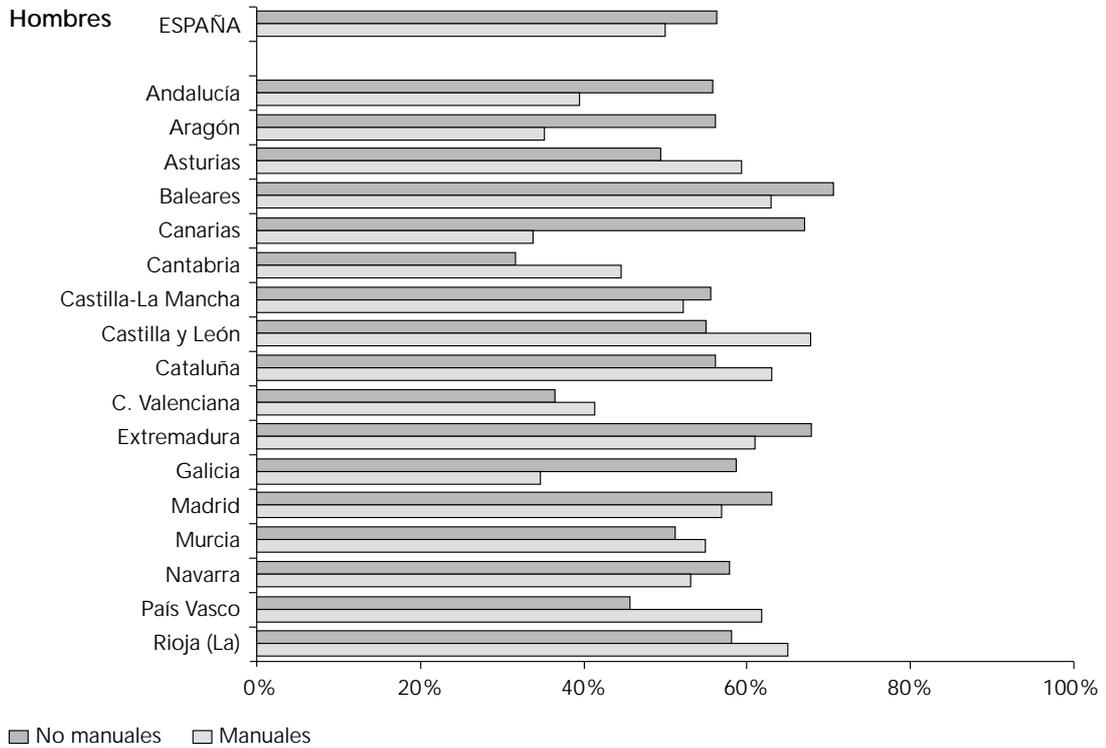
Con el fin de poder comparar las diferentes CCAA, de distinta estructura de edad, las prevalencias se estandarizaron por edad según el método directo, utilizando como población de referencia el total de la muestra de la ENSE 2001.

Para el análisis de la mortalidad, a partir de los riesgos relativos (RR) de cada área pequeña se calculó el RR mediano de mortalidad y el rango intercuartil (percentiles 25 y 75) para cada CA. El cálculo de los RR para cada una de las áreas se realizó a partir de la razón de mortalidad estandarizada (RME) por edad, considerando un modelo de Poisson de efectos aleatorios estimado mediante un enfoque bayesiano empírico^{5,6}.

Desigualdades sociales en la recepción de prácticas preventivas

Vacunación antigripal en mayores de 60 años

La vacunación antigripal anual es una de las actividades preventivas que recae casi exclusivamente en la APS, siendo las personas mayores de 60 años uno de los principales grupos de riesgo. Según la ENSE 2003, el 57,3% de las personas de 60 o más años declararon haberse vacunado en la última campaña, sin diferencias entre hombres y mujeres. Como se observa en la figura 1, en general las coberturas de vacunación antigripal son mayores en el grupo socioeconómico más aventajado (trabajadores no manuales), siendo este patrón estadísticamente significativo en las CCAA de Andalucía, Aragón, Canarias y Galicia, en el caso de los hombres, y en Cantabria



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al. (2005)³.

^aEn esta categoría hay un número muy bajo de efectivos, hecho que explica el valor tan extremo.

FIGURA 1 Prevalencia de recepción de la vacuna antigripal en las comunidades autónomas según la clase social. Hombres y mujeres mayores de 60 años, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

en el caso de las mujeres. Este patrón no se da en Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco y La Rioja, en el caso de los hombres, ni en Extremadura y Navarra para las mujeres, aunque en ninguno de estos casos se llega a la significación estadística.

Consejo antitabaco

Así como en los hombres la prevalencia de tabaquismo tiene un claro gradiente de desigualdad social de forma que el hábito es más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas, en las mujeres, en 2003, en España, no se observaban diferencias entre clases, aunque si se analizan dos grupos de edad por separado, en las mujeres de 15 a 44 años ya se presenta el mismo patrón de clase que en los hombres³.

Una de las intervenciones individuales que ha mostrado cierto nivel de efectividad para conseguir que personas fumadoras abandonen el hábito tabáquico es el consejo antitabaco realizado por los médicos de cabecera. En la ENSE 2003 se preguntaba a las personas que en aquel momento eran ex fumadoras cuáles eran los dos principales motivos que las llevaron a tomar la decisión.

El 25 % de los hombres y el 10,4 % de las mujeres mayores de 15 años se declaraban ex fumadores. En el abandono del hábito tabáquico también se observa un patrón de clase, y en este caso más pronunciado en las mujeres que en los hombres, de forma que son las personas de clases sociales más aventajadas las que en mayor medida abandonan el tabaco.

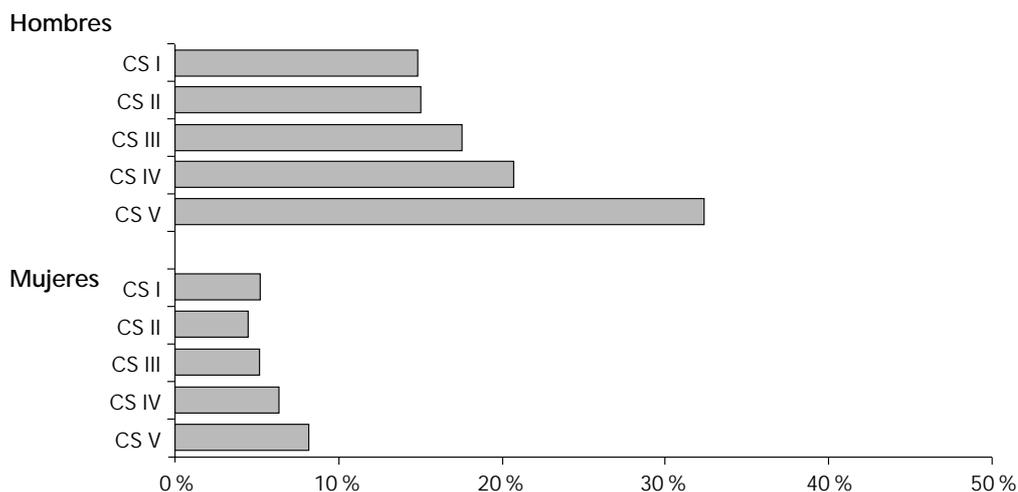
Del total de ex fumadores, el 20,2 % de los hombres y el 6 % de las mujeres declararon que uno de los dos prin-

cipales motivos para dejar de fumar había sido el consejo dado por el médico, presentando también un patrón de clase en el sentido de que las personas de clases socioeconómicas más desfavorecidas son las que lo declaran con mayor frecuencia, tanto en hombres como en mujeres (figura 2). Este patrón se da en todas las CCAA, con la excepción de Murcia en el caso de los hombres; para las mujeres, no es valorable dado el escaso número de ex fumadoras de la muestra por CCAA. Así, en el caso de los hombres, el consejo antitabaco ha sido un motivo para el abandono más frecuente en los de clases sociales más desfavorecidas (trabajadores manuales) en las CCAA de Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia, y de forma inversa, ha sido más frecuente en los trabajadores no manuales en Murcia (figura 3).

Desigualdades sociales en la realización de visitas preventivas al dentista

Según datos de la ENSE 2003, el 30,7 % de los hombres y el 28,8 % de las mujeres entre 16 y 40 años declaran que tienen caries, con un claro patrón socioeconómico, como se observa en la figura 4, siendo la frecuencia de caries mayor en las clases más desfavorecidas y con un claro gradiente, tanto en hombres como en mujeres.

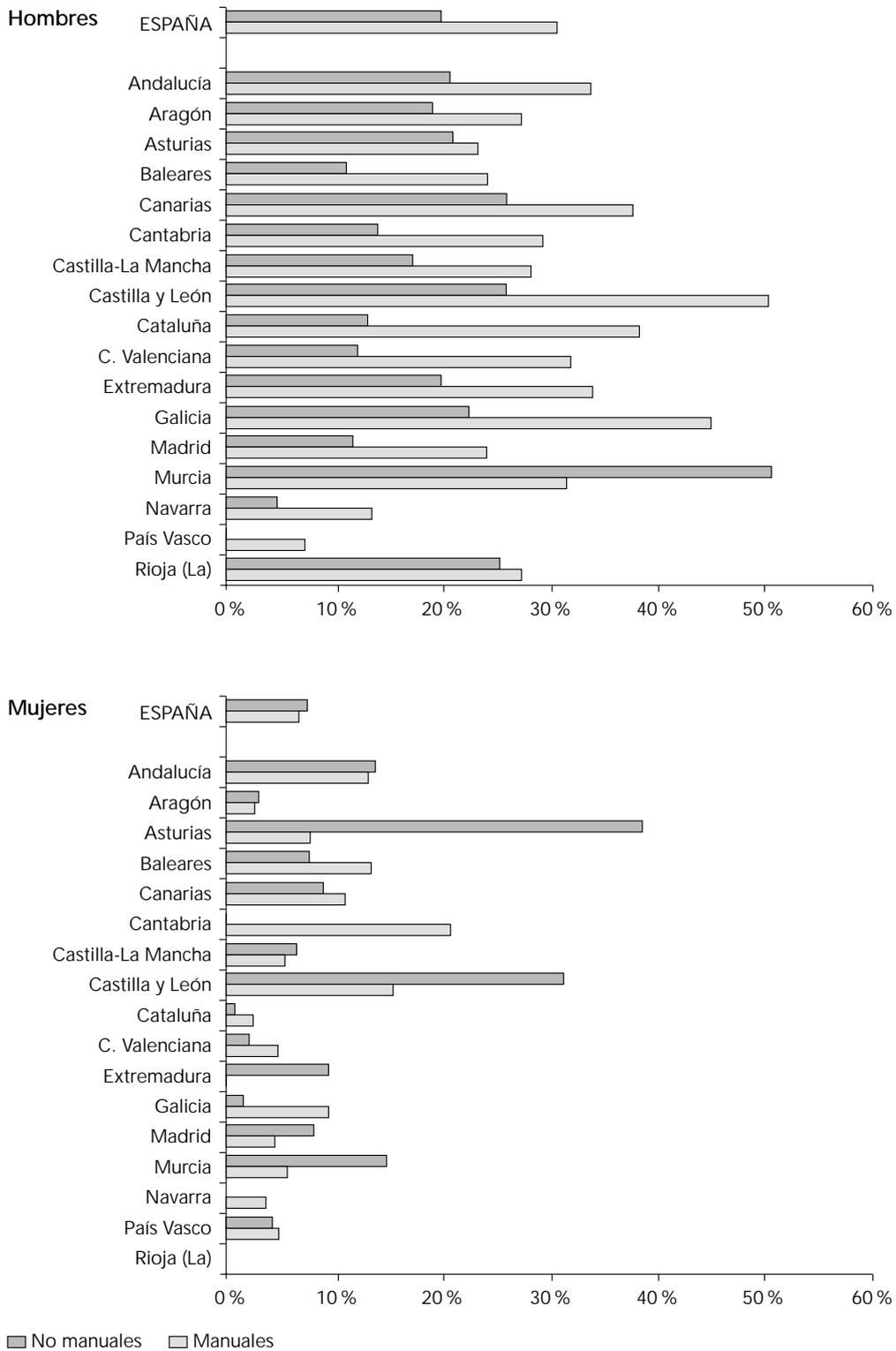
Es conocido que la cartera pública de servicios odontológicos en España es muy limitada, por lo que la mayoría de personas acuden a los servicios privados. El uso de los limitados recursos públicos es superior en las clases más desfavorecidas (figura 5).



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 2

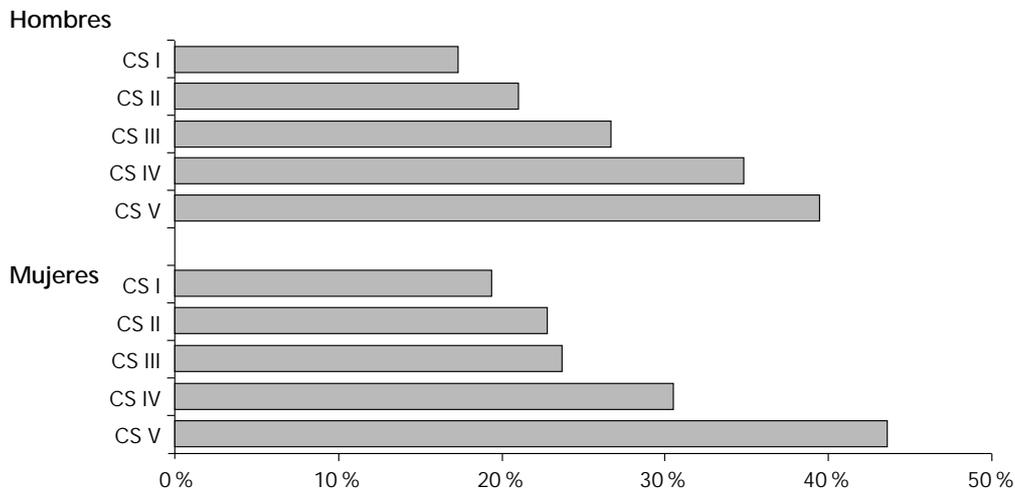
Prevalencia de personas ex fumadoras que declaran que uno de los motivos para abandonar el tabaquismo fue el consejo recibido por el médico, según la clase social. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

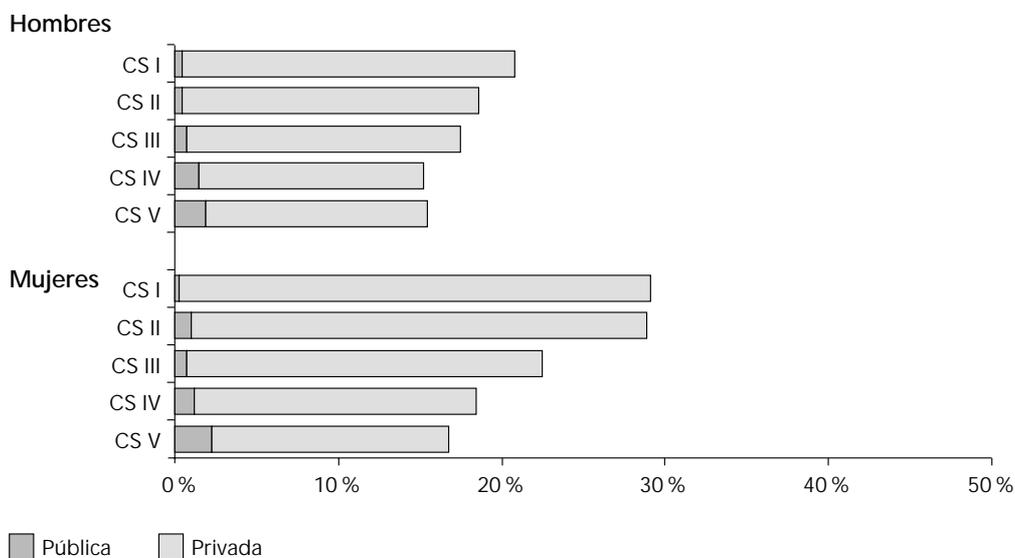
FIGURA 3

Prevalencia de personas ex fumadoras que declaran que uno de los motivos para abandonar el tabaquismo fue el consejo recibido por el médico, según la clase social y la CA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 4 Prevalencia de caries declarada en personas entre 16 y 40 años, según la clase social. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



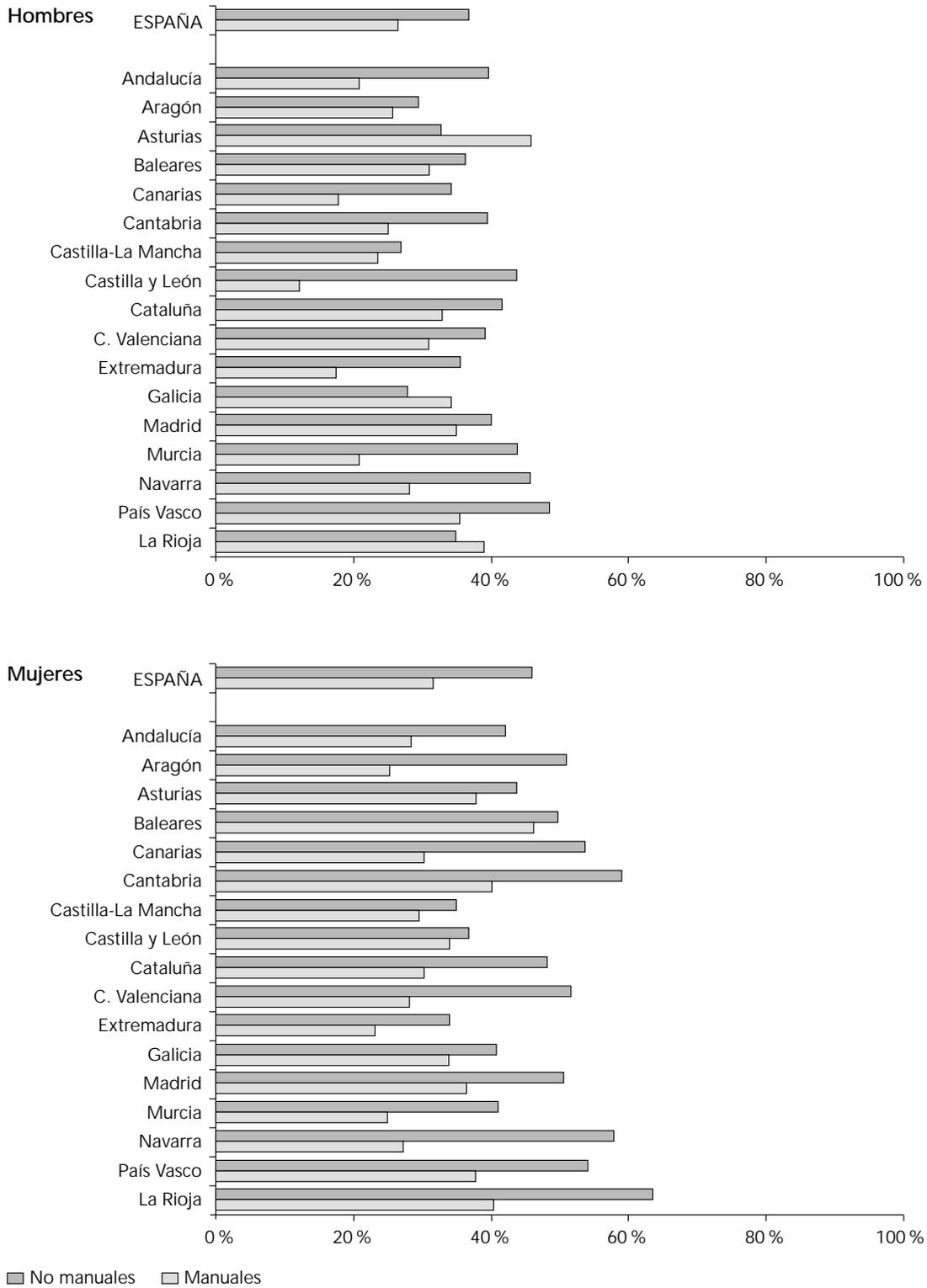
Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 5 Prevalencia de haber realizado alguna visita a un dentista en los 12 meses previos a la entrevista, según la clase social y la titularidad, pública o privada, del profesional. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

En todas las CCAA, excepto en Asturias y Galicia en el caso de los hombres, se da el patrón de mayor prevalencia de visitas al dentista en los grupos socioeconómicos más favorecidos (trabajadores no manuales), tanto para hombres como para mujeres (figura 6). En el caso de Asturias, para los hombres, es la única CA en la que las clases más desfavorecidas tienen mayor prevalencia de haber visitado al dentista en el último año, de forma estadísticamente significativa.

Desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios

Antes de entrar en este apartado sobre la utilización de servicios sanitarios, conviene puntualizar que, en España, a pesar de disponer de un sistema público universal, hay personas que contratan seguros privados, de forma que tienen una mayor capacidad de elección y la posibilidad de acceder a atenciones no cubiertas o cubiertas parcialmente por el sistema público. Así, en



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 6 Prevalencia de haber realizado alguna visita a un dentista en los 12 meses previos a la entrevista, según la clase social y la CA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

el año 2003, en España, un 10% de los hombres y un 12,7% de las mujeres declararon tener una cobertura sanitaria privada o mixta (pública y privada). Los que disponen en mayor medida de cobertura sanitaria privada, además de pública, son: a) personas de clases sociales bienestantes (el 32% frente a menos del 3% en las más desfavorecidas); b) los adultos de mediana edad —35 a 64 años—, y c) las CCAA de Cataluña, Madrid, Baleares y País Vasco, existiendo pocas diferencias entre sexos (el 12,7% en mujeres frente al 10,9% en hombres)³.

Visita al médico general

En la ENSE 2003, el 24,5% de las mujeres y el 17,7% de los hombres declararon haber visitado al médico general en las dos semanas previas a la entrevista. Esta diferencia de utilización de la APS puede deberse a varios factores, entre ellos la peor salud percibida por las mujeres y a que, en ocasiones, ellas acuden por problemas de salud de otros miembros de la familia. Respecto a la clase social, son las personas de clases sociales menos favorecidas las que más declaran haber visitado al médico de cabecera (el 33,3% de las mujeres y el 21,4% de los hombres de clase social V respecto al 11% de las mujeres y los hombres de clase I), y esto se observa tanto en aquellos que tienen únicamente cobertura sanitaria pública como en los que tienen cobertura mixta (figura 7). En la figura 8 se presenta la distribución por CCAA, y se observa que las que presentan mayor proporción de personas que han visitado al médico general son Galicia, Castilla-La Mancha y Canarias (más del 23%), y las que menos Cataluña, Cantabria y Madrid (menos del 15% de los hombres y del 19% de las mujeres). En casi todas las CCAA, son las clases manuales las que, en mayor proporción, han visitado al médico de cabecera (figura 9).

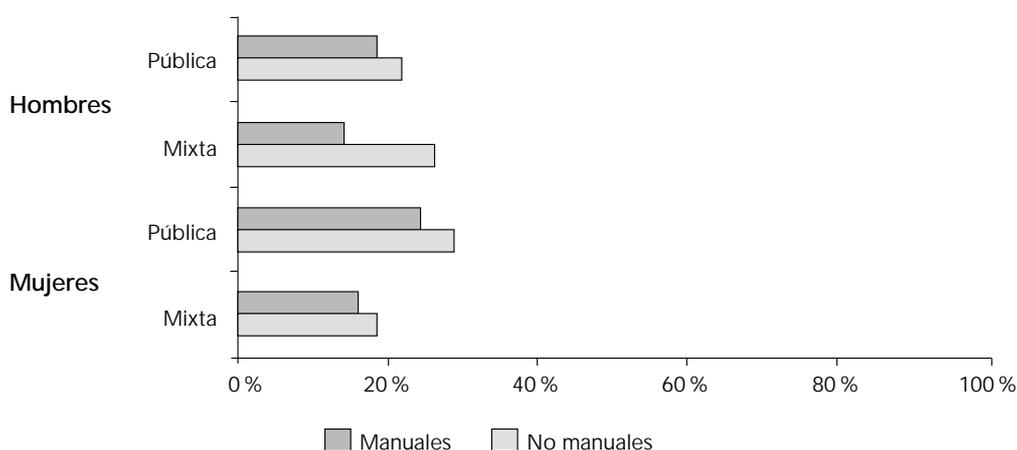
Visita al especialista

El 8% de las mujeres y el 6,2% de los hombres declararon haber acudido a un médico especialista en las dos semanas anteriores a la entrevista. En los mayores de 65 años, la prevalencia de visitas al especialista es mayor en los hombres (9,6%) que en las mujeres (8,2%). Entre las CCAA hay pocas variaciones, aunque han acudido al especialista más hombres (más del 7%) en Canarias, Cataluña, Asturias y Galicia y más mujeres (más del 10%) en Baleares, Canarias y Madrid (figura 10).

Respecto a la clase social, son las personas de clases más favorecidas las que más van al médico especialista (figura 11). Este patrón no se da en todas las CCAA, siendo claro en Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra y La Rioja en hombres, y en Cantabria, Castilla y León, Madrid y el País Vasco en las mujeres.

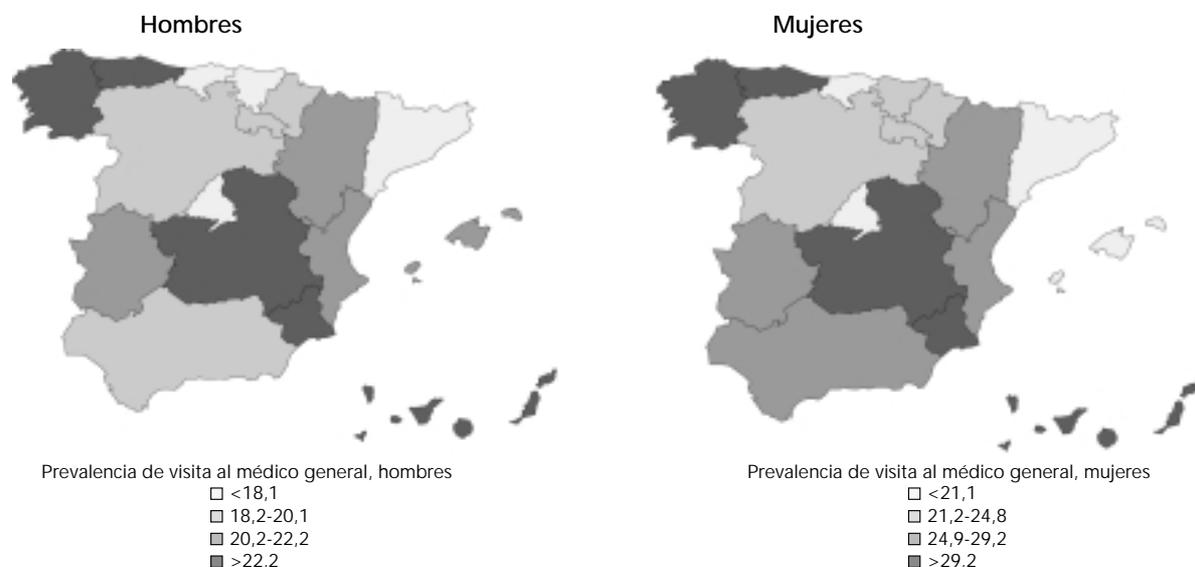
El tipo de cobertura sanitaria es un claro determinante del acceso a los servicios especializados. En la figura 12 se observa que, analizando según el tipo de cobertura sanitaria, tanto en hombres como en mujeres, acuden más al especialista aquellos con doble cobertura (y, por lo tanto, las personas de clase social favorecida). Vale la pena señalar que el mayor acceso a los especialistas privados por parte de las personas de niveles socioeconómicos elevados se ha mostrado que no está justificado por razones de salud⁸. Así mismo, también se debe señalar que una mayor utilización de la atención especializada no implica mayores beneficios en salud en la población. Todo al contrario, hay estudios que incluso muestran que el uso de la atención especializada, no derivada desde la APS, puede asociarse a una mayor frecuencia de uso innecesario de procedimientos, con los posibles efectos secundarios de éstos⁹.

Si se analiza la relación entre la proporción de personas que han visitado al médico de cabecera y la de las que han visitado al especialista, en el conjunto de Espa-



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷. Elaboración propia.

FIGURA 7 Visitas al médico general según el tipo de cobertura sanitaria. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 8 Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas al médico general por CCAA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

ña, esta relación es de alrededor de tres, es decir, la proporción de personas que han visitado al médico de cabecera es tres veces mayor que la que ha visitado al especialista (figura 13). Por CCAA, destacan Cantabria, País Vasco y Cataluña en hombres y Madrid, Baleares y Cataluña en mujeres, como las CCAA donde esta razón es más baja, inferior a dos. En el extremo opuesto, las CCAA en las que esta razón es mayor (superior a cinco) son Murcia, Castilla-La Mancha y Extremadura en el caso de los hombres y Andalucía, Murcia y Castilla-La Mancha en las mujeres.

Visita a ginecología

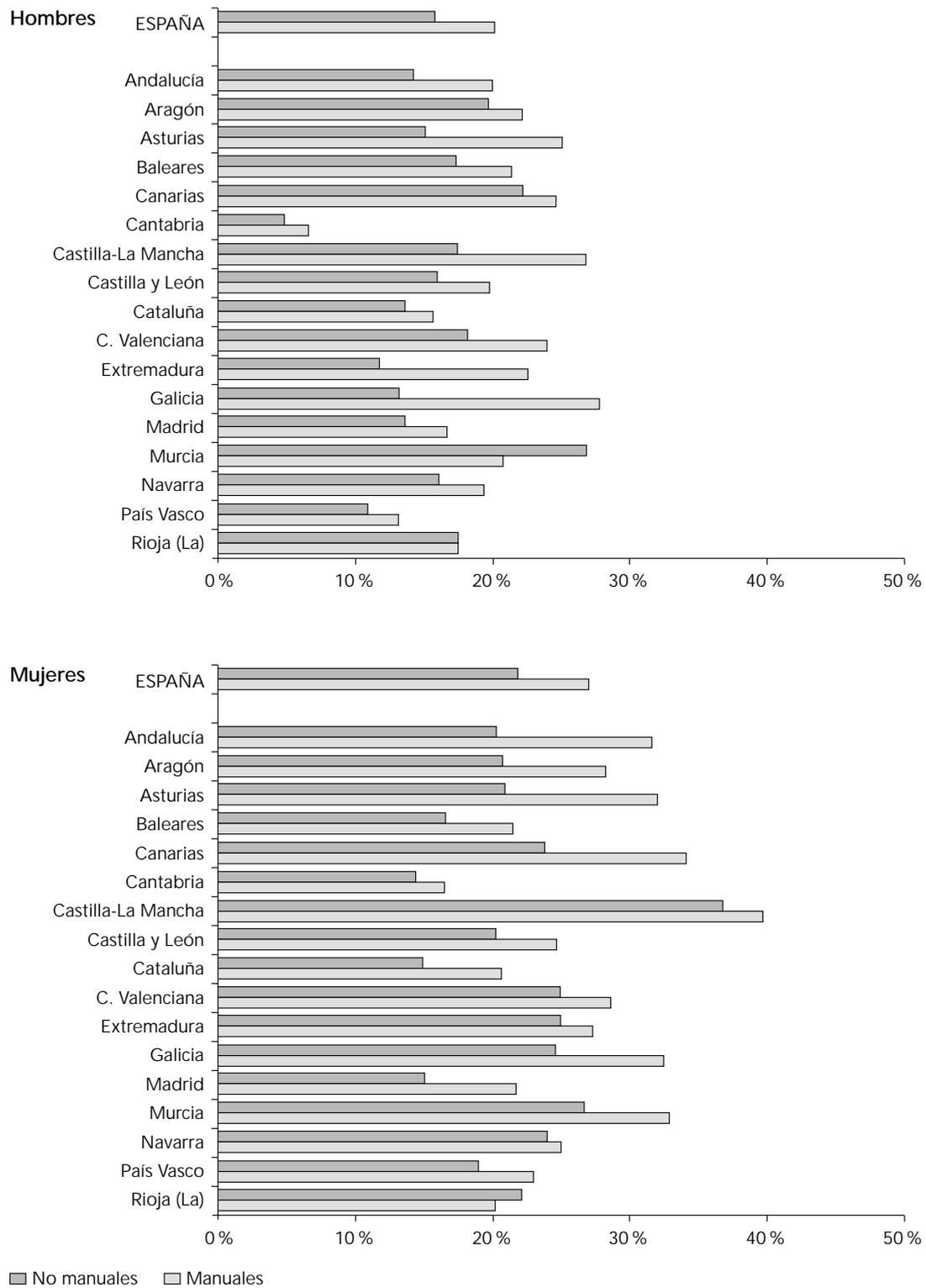
Una de las especialidades más próximas al primer nivel de atención es la ginecología. Excluyendo las visitas relacionadas con el embarazo y el parto, se observa un claro patrón, de forma que en las mujeres con cobertura mixta la prevalencia de visitas a este especialista es más alta que en las que exclusivamente tienen cobertura pública (figura 14). Por clase social, en el conjunto de España, el año 2003, el 49,7% de las mujeres entre 16 y 64 años de clases sociales no manuales habían realizado una visita a ginecología frente al 42,6% de las mujeres de clases manuales (figura 15). Las CCAA donde este patrón de desigualdad es más acentuado son Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia, País Vasco y La Rioja. En Cantabria, Aragón y Navarra, se observa el patrón inverso, son las mujeres de clases manuales las que más han acudido al ginecólogo en el último año (excluyendo parto y embarazo). Existen datos de que las mujeres de clases sociales más desfavorecidas realizan menos prácticas preventivas en el ámbito de la gineco-

logía, y son los grupos que presentan mayor mortalidad por cánceres ginecológicos¹⁰. Éste es un ejemplo de la existencia de la denominada «ley de cuidados inversos» (el acceso a la atención médica de calidad disminuye en relación inversa a las necesidades)¹¹.

Visita a servicios de urgencias

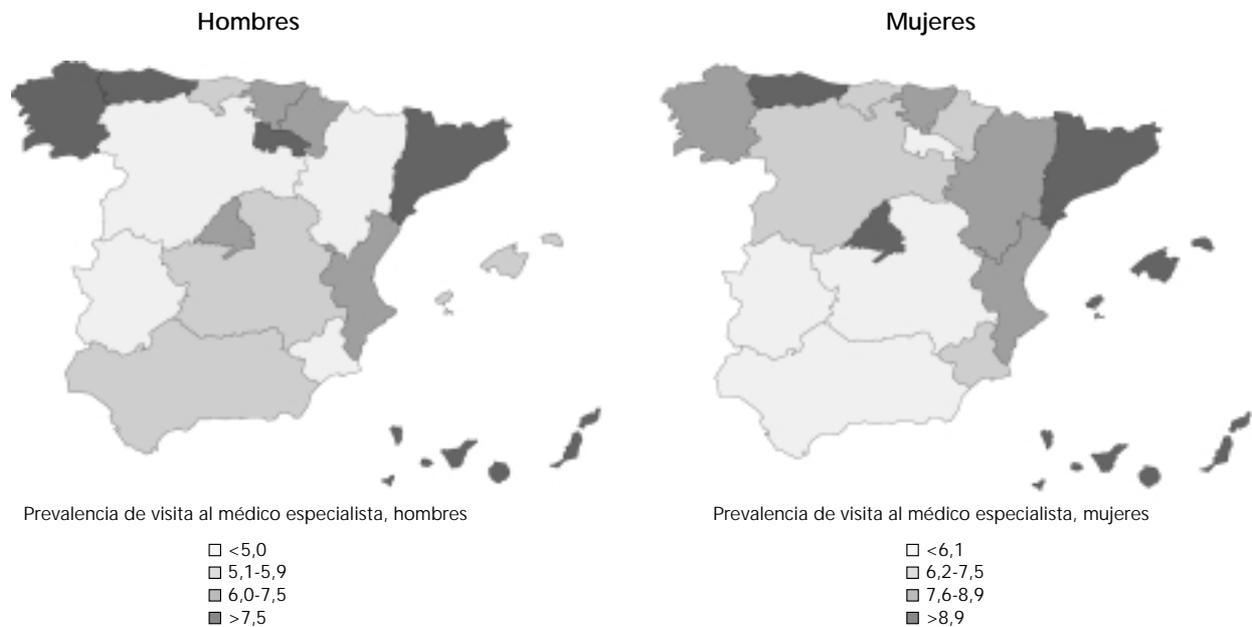
El año 2003, el 27,1% de las mujeres y el 26,1% de los hombres declararon haber utilizado algún servicio de urgencia en los 12 meses previos a la entrevista. Las personas de clases más favorecidas visitan urgencias en menor proporción (19,1 y 20,3% de las mujeres y hombres de clase I respecto al 32,8 y 29,3%, respectivamente, de la clase V). A pesar de que está poco estudiado el patrón de clase en el uso de servicios de urgencias, en un estudio cualitativo realizado para conocer las razones por las que se escogen los servicios de urgencia hospitalarios para la atención de problemas de salud de resolución extrahospitalaria, se evidenció que factores como el empleo precario y la sobrecarga de trabajo productivo y reproductivo hacen decidir a las personas por el uso de un servicio de urgencias en lugar del servicio de atención normalizada no urgente, principalmente por su mayor accesibilidad y menor tiempo de resolución de los procesos¹².

Las CCAA con mayor porcentaje de hombres que han utilizado los servicios de urgencia son Galicia y Baleares (más del 31%) y las que menos La Rioja y el País Vasco (menos del 22%). En las mujeres, son Murcia y Baleares, con más del 32%, y La Rioja, Castilla y León y el País Vasco, con menos del 23% (figura 16). En todas las CCAA, son las personas de clases manuales las que han



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 9 Distribución de las prevalencias de visitas al médico general según clase social, en las CCAA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 10 Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas al médico especialista, en las CCAA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

utilizado en mayor proporción este tipo de servicios (figura 17).

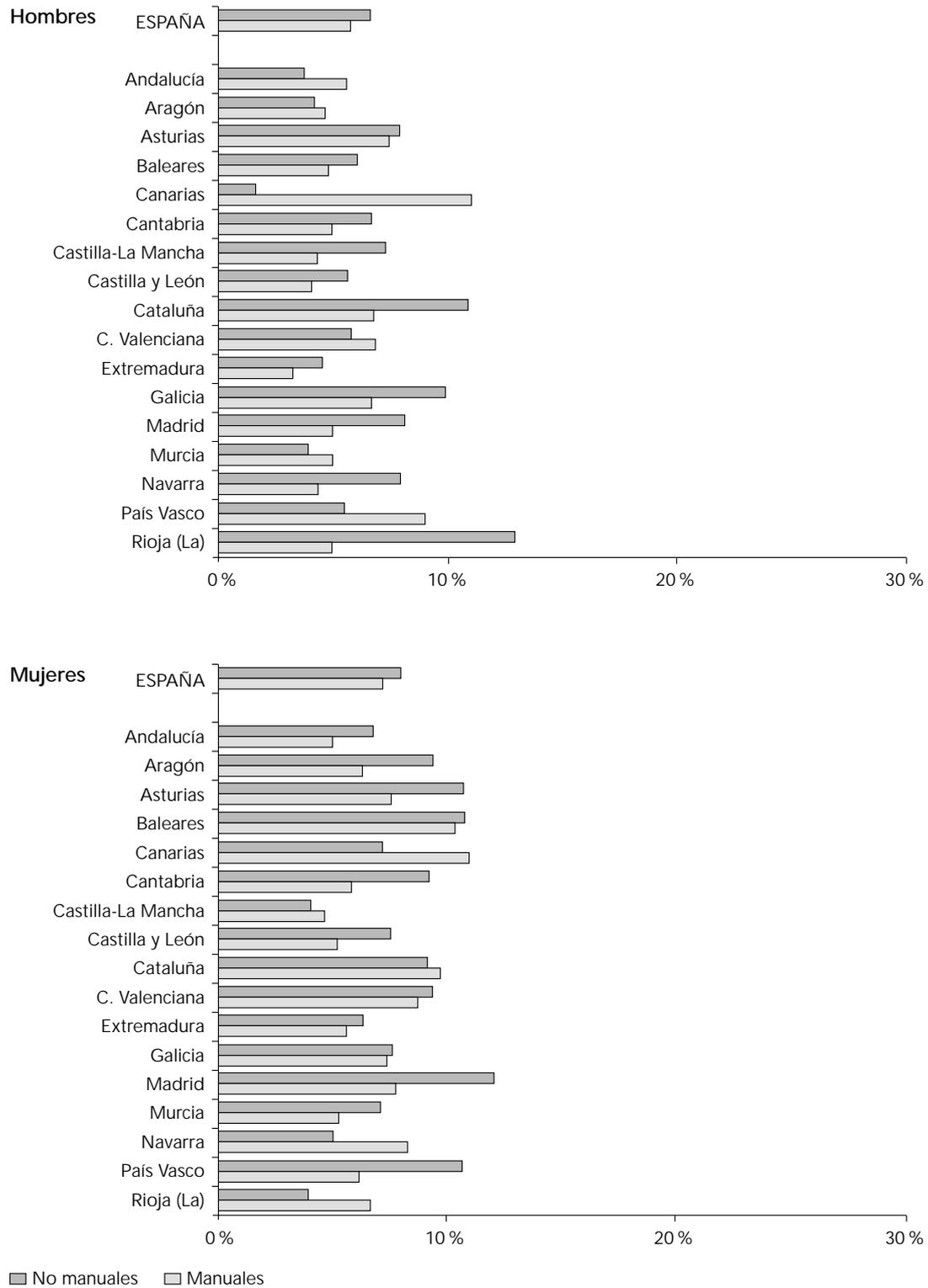
Desigualdades en algunas causas de mortalidad evitable

En 1976, Rutstein et al.¹³ introdujeron un indicador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios. Para definir este indicador, distinguieron entre aquellas enfermedades, discapacidades o muertes que podían ser prevenidas o tratadas. A partir de este indicador, otros autores, como Charlton et al.¹⁴, centrándose únicamente en el evento de mortalidad, introdujeron el concepto de mortalidad evitable. Desde entonces, el concepto ha ido evolucionando y se han publicado numerosos estudios que han realizado algunas modificaciones sobre el planteamiento inicial. Así pues, a pesar de que la definición más utilizada en la bibliografía científica es la de «mortalidad que se puede evitar mediante intervenciones médicas apropiadas», también se han propuesto definiciones que distinguen entre las causas de muerte que son prevenibles y tratables, desde el punto de vista médico, o a nivel más general, desde el punto de vista de políticas sanitarias intersectoriales o de salud pública. En este contexto, numerosos autores han utilizado el concepto de mortalidad evitable para analizar la posible variabilidad en la calidad de los servicios sanitarios, a nivel geográfico o temporal. No obstante, previamente a entrar en el análisis de la mortalidad, conviene hacer un apunte sobre las limitaciones de asociarla a la acción de los servicios sanitarios y todavía más a un nivel de estos servicios, concretamente la APS. En España, en

el año 2006, se publicó la lista, elaborada por Gispert y el grupo para el consenso sobre la mortalidad evitable en España¹⁵, que presenta ventajas para su utilización en el entorno español.

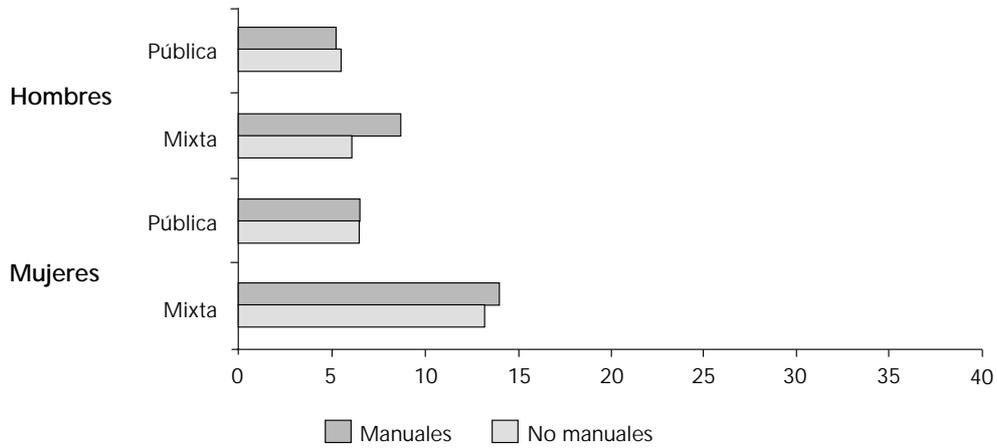
Los determinantes de los problemas de salud son múltiples, algunos individuales y otros del contexto en el que se desarrolla cada persona, y por lo tanto, aunque uno de los objetivos del sistema sanitario es la producción de salud, hay otros sistemas y factores que la determinan, en muchos casos en mayor medida que el propio sistema sanitario¹⁶.

La justificación de la inclusión de este apartado es que, aun y así, es conveniente aproximarse a la evaluación del impacto de las acciones del sistema^{17,18}. En este anuario sobre la APS, se han escogido dos causas de muerte para las que hay consenso que son susceptibles de intervención desde los servicios sanitarios: la hipertensión-enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón, y una tercera, el cáncer de pulmón, que aunque se la considera susceptible de intervención de políticas sanitarias intersectoriales, la APS tiene o puede tener influencia sobre uno de sus principales factores de riesgo, el hábito tabáquico. Desde los inicios de la reforma de la APS en la década de 1980, una de las áreas sobre las que impactaba la reforma era la priorización de la prevención, añadiendo las actividades preventivas a las clásicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Además, entre las actividades preventivas, algunas de las más importantes fueron las relacionadas con la hipertensión arterial (diagnóstico precoz y control), el tabaquismo (detección y consejo antitabáquico



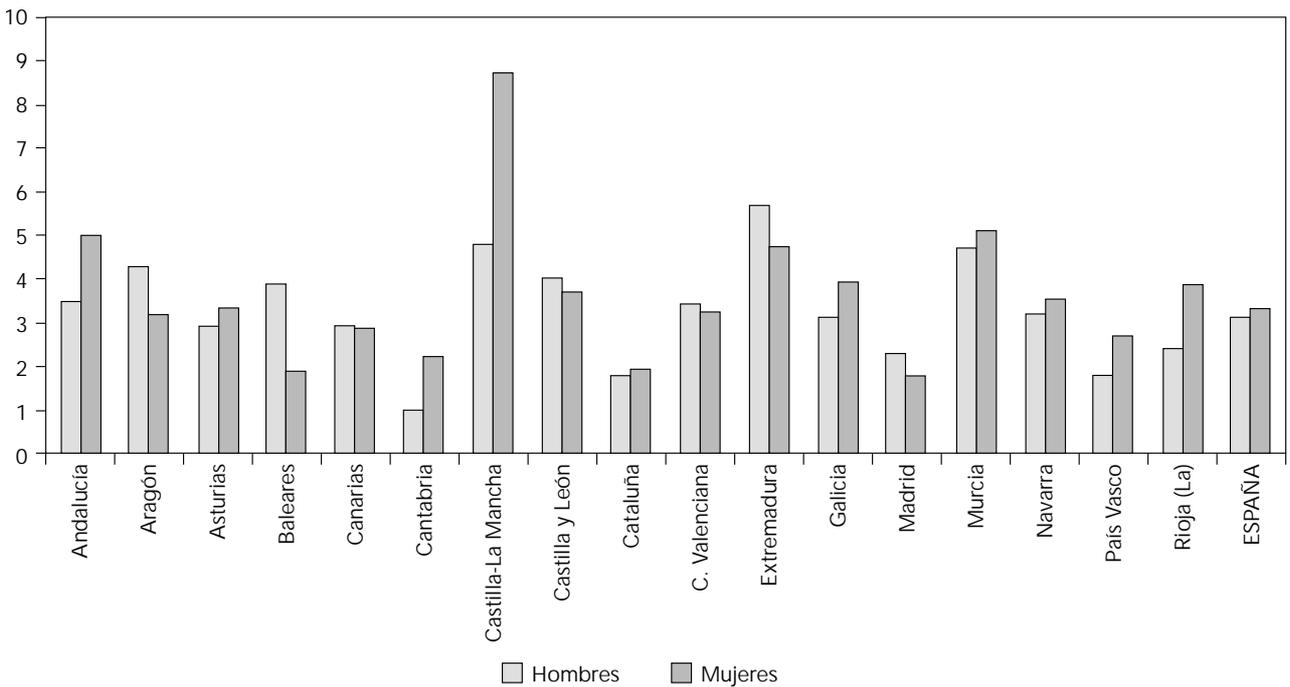
Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 11 Distribución de las prevalencias de visitas al médico especialista según la clase social, en las CCAA. Año 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



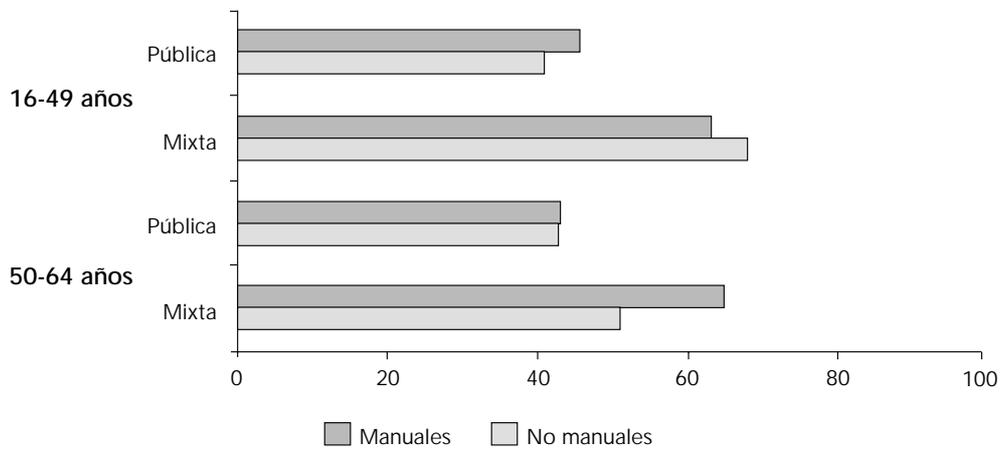
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷. Elaboración propia.

FIGURA 12 Visitas al médico especialista según el tipo de cobertura sanitaria. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



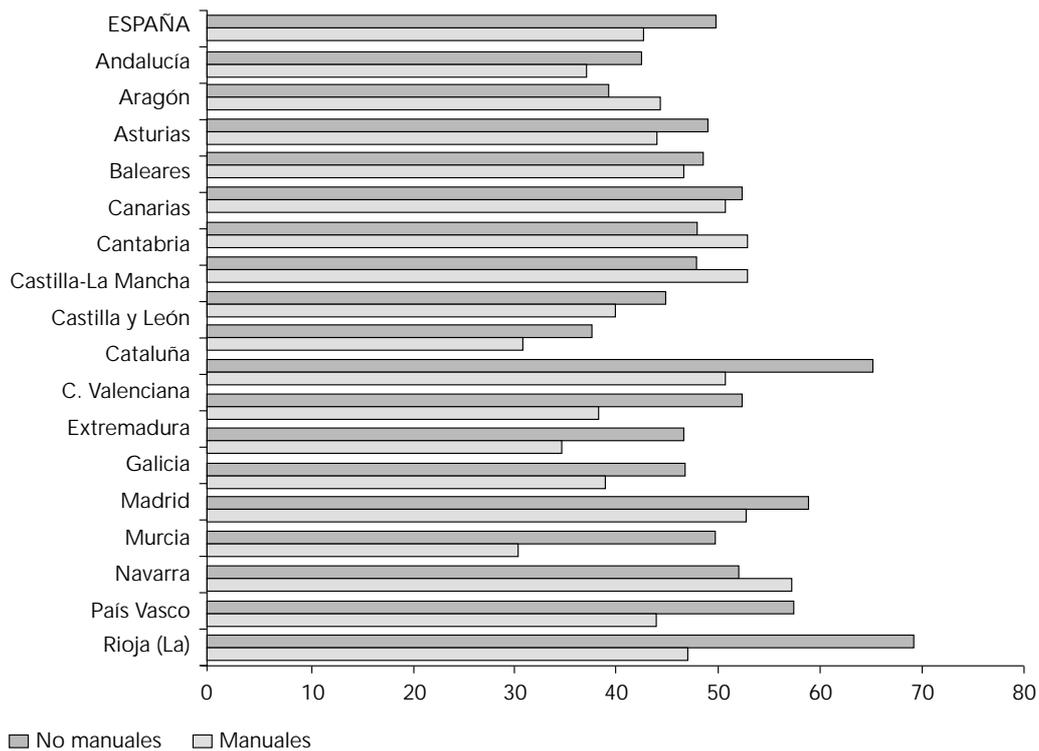
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷. Elaboración propia.

FIGURA 13 Razón entre las prevalencias de visitas al médico de cabecera y al médico especialista, por CCAA y por sexo. Hombres y mujeres, España 2003.



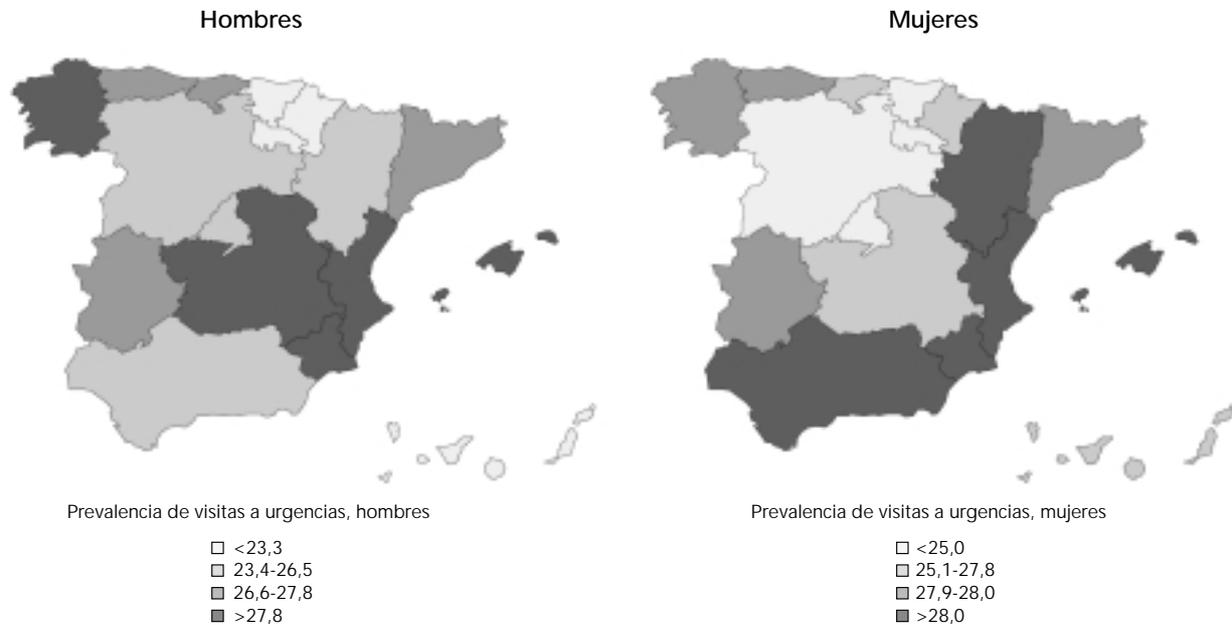
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷. Elaboración propia.

FIGURA 14 Visitas al ginecólogo en el último año, según el tipo de cobertura sanitaria. Mujeres entre 16 y 64 años, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2003)⁷. Elaboración propia.

FIGURA 15 Visitas al ginecólogo en el último año, según clase social. Mujeres entre 16 y 64 años, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 16 Distribución en cuartiles de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencia, en las CCAA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

y, más recientemente, tratamiento) y otros factores de riesgo cardiovascular (obesidad, sedentarismo y diabetes).

Mortalidad por enfermedad cerebrovascular

En la figura 18 se muestra la distribución del riesgo de mortalidad por hipertensión y enfermedades cerebrovasculares en mujeres y en hombres, y se observa que las áreas de mayor riesgo son las del sur y el noroeste de la península, en ambos sexos. Este patrón de desigualdad territorial de la mortalidad ha sido previamente descrito en el atlas de desigualdades en mortalidad en España¹⁶.

En la figura 19 se observa que, en las mujeres, las CCAA que presentan un riesgo mayor que el conjunto de España son Extremadura, Murcia, Comunidad Valenciana y Andalucía, presentan también una mayor variabilidad interna, aproximación a la existencia de una mayor desigualdad. La Rioja es la única CA que presenta un riesgo menor al mismo tiempo que una menor variabilidad interna. En los hombres, el riesgo mayor se da únicamente en Murcia, y con riesgo menor se encuentran Cantabria, Navarra, Aragón, Castilla y León y Madrid.

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón

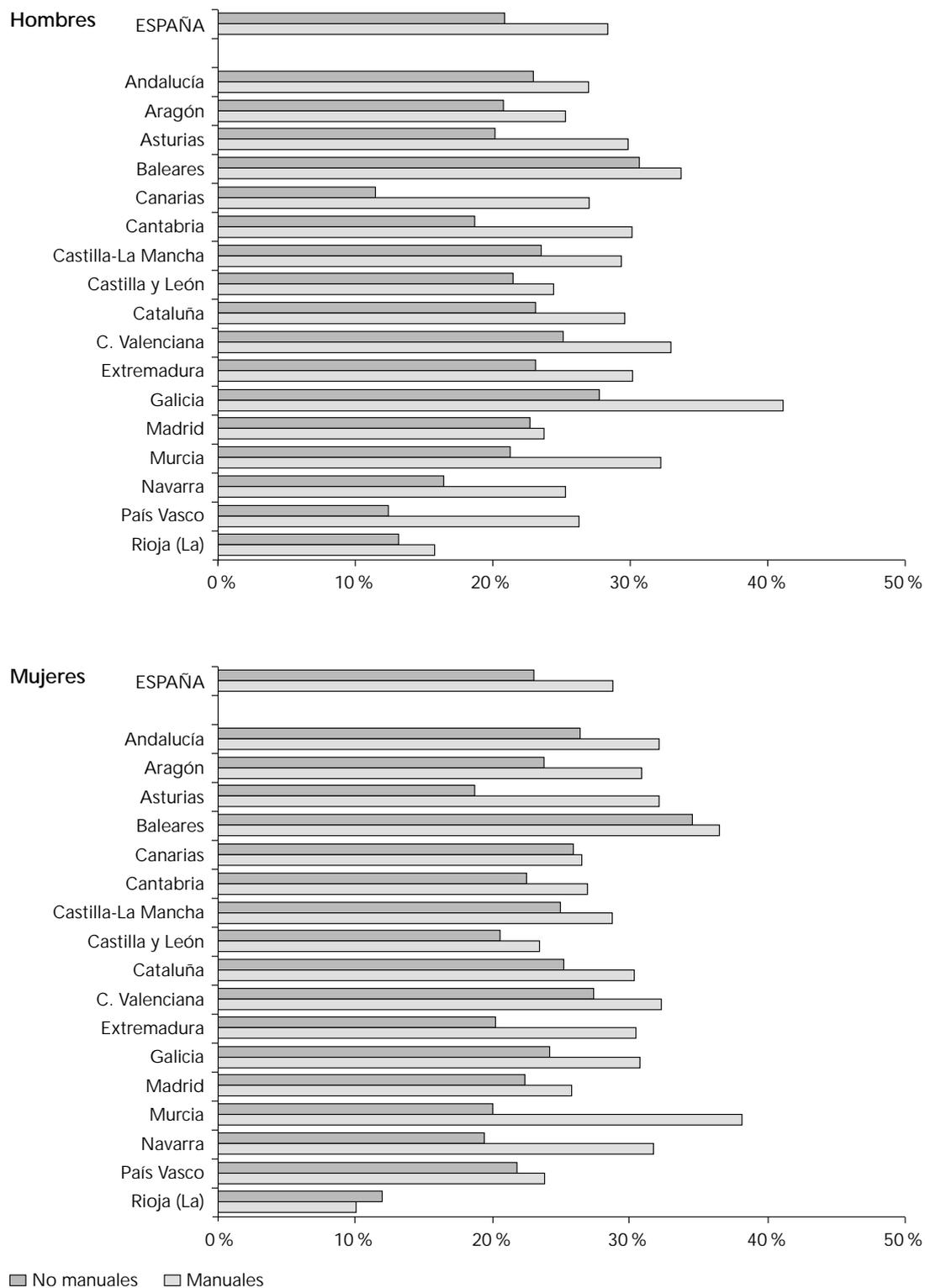
En la figura 20 se muestra la distribución del riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres y en hombres, y se observa un patrón de mayor mortalidad en la zona sur, especialmente la sudoeste,

las Islas Canarias, y zonas del Mediterráneo en la mitad sur y parte de la costa cantábrica.

En la figura 21 se observa que, en las mujeres, las CCAA que presentan un riesgo mayor que el conjunto de España son Murcia y las Islas Canarias, y las de menor riesgo, el País Vasco, La Rioja, Castilla y León, Cantabria, Madrid y Navarra. En los hombres, no hay ninguna CA con riesgo mayor pero destaca Islas Canarias con la mayor variabilidad interna, y con menor riesgo, La Rioja, Castilla y León, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña y Cantabria. Un patrón que se observa de forma repetida es que las CCAA con menor riesgo tienen también una menor variabilidad, aproximación a una menor desigualdad, y viceversa, las CCAA con mayor riesgo suelen presentar también mayor variabilidad interna.

Mortalidad por cáncer de pulmón

Por último, en la distribución de los riesgos de mortalidad por cáncer de pulmón (figura 22) destaca el patrón que se observa en los hombres, con una importante agrupación de las áreas de mayor riesgo en la zona sudoeste de España. En la figura 23 se muestra que, para las mujeres, todas las CCAA presentan menor riesgo de mortalidad que el conjunto del estado, dado que la incidencia de este cáncer es bastante superior en los hombres, aunque no hay que olvidar que en las mujeres se está incrementando. En los hombres, hay un conjunto de CCAA que presentan menor riesgo: Castilla y León, Aragón, La Rioja, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, Murcia y Madrid.

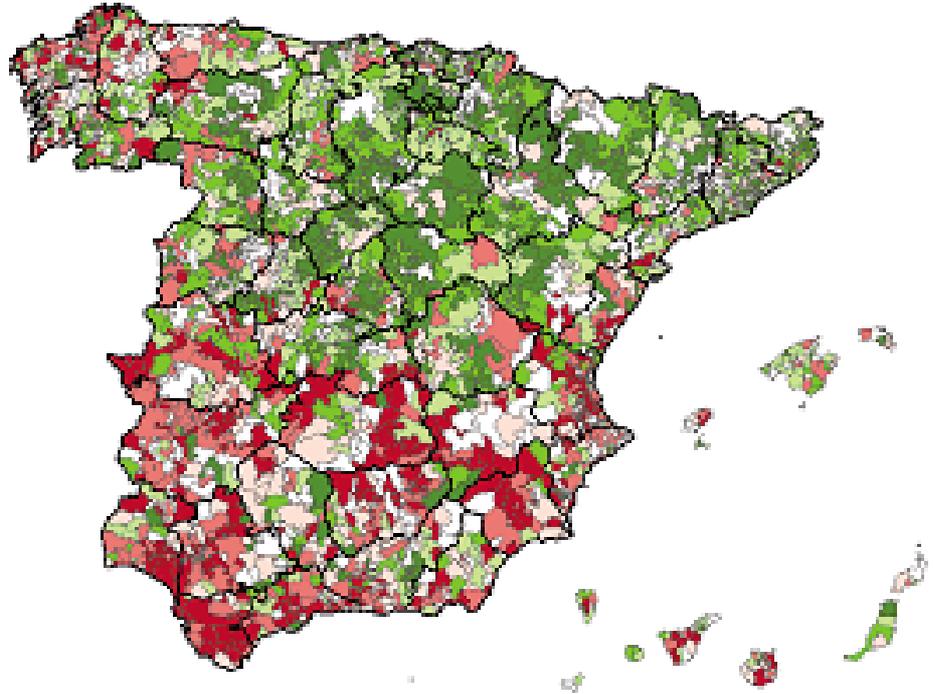
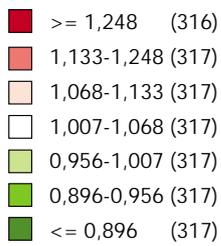


Fuente: Rodríguez-Sanz M, et al.³

FIGURA 17 Distribución de las prevalencias de visitas a los servicios de urgencia según la clase social, en las CCAA. Hombres y mujeres, España 2003. Porcentajes estandarizados por edad.

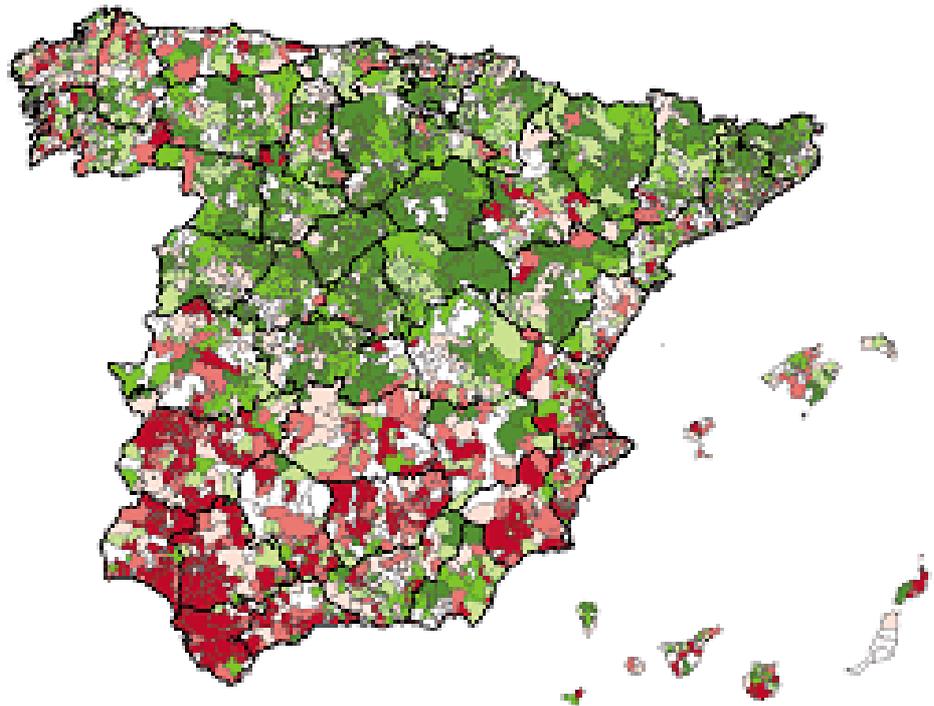
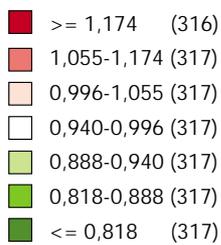
Mujeres

Riesgo relativo (n.º zonas)



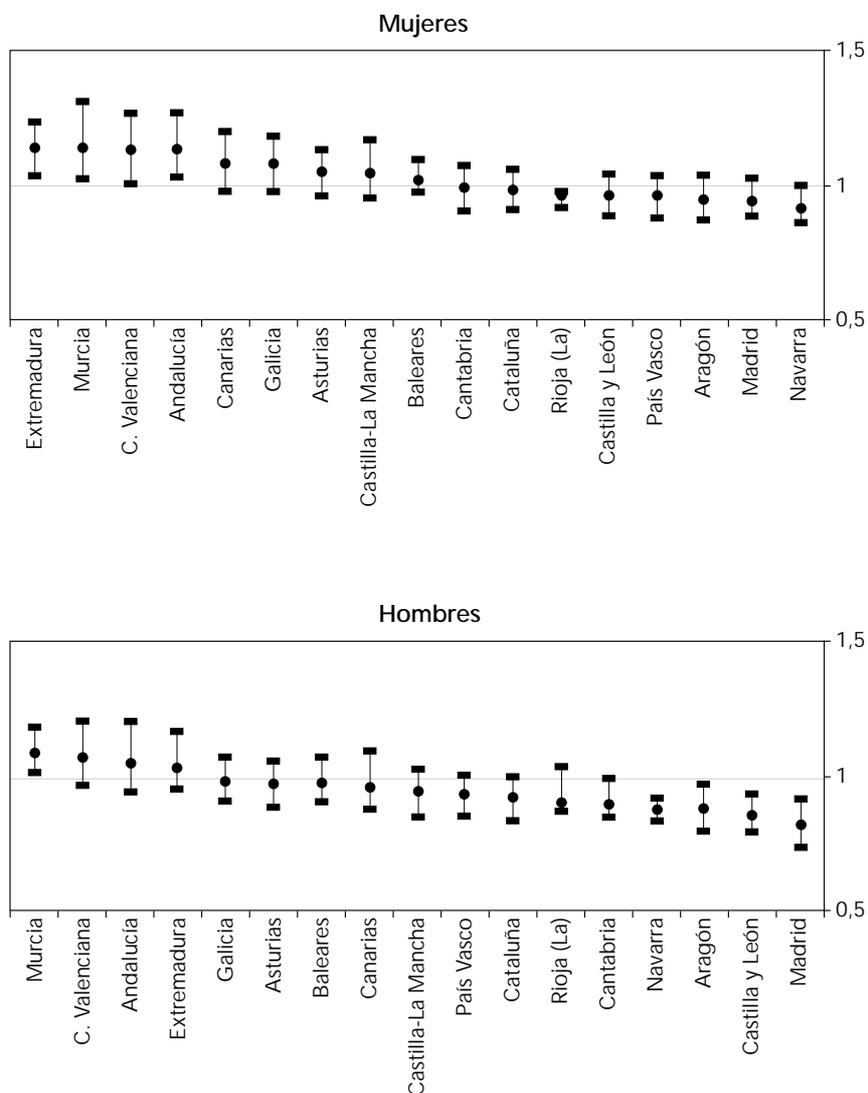
Hombres

Riesgo relativo (n.º zonas)



Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 18 Distribución del riesgo de mortalidad por hipertensión y enfermedades cerebrovasculares. Mujeres y hombres, España 1990-2001.



Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 19 Medianas y rangos intercuartiles de los riesgos relativos de mortalidad por hipertensión y enfermedades cerebrovasculares por CCAA. Mujeres y hombres, España 1990-2001.

Conclusiones

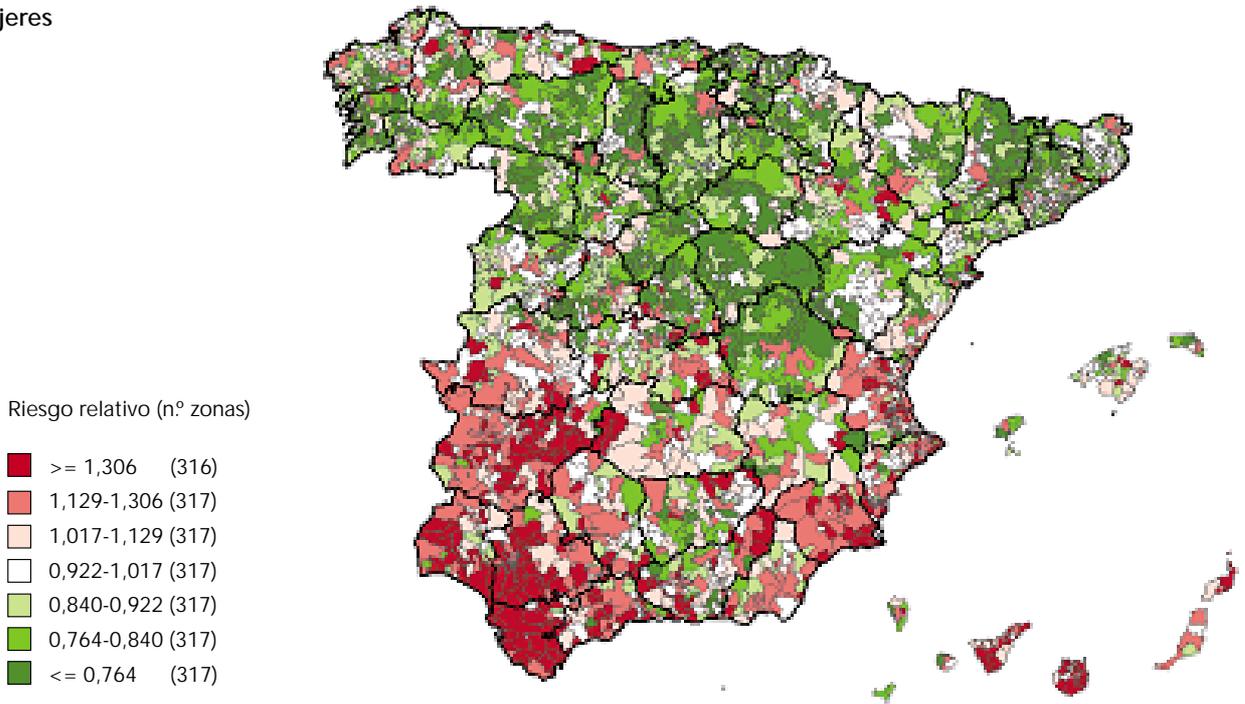
De los datos presentados en este capítulo, se extraen las siguientes conclusiones:

1. La vacunación antigripal en personas mayores de 60 años es más frecuente en los grupos sociales más aventajados en las CCAA de Andalucía, Aragón, Canarias y Galicia en el caso de los hombres, y en Canarias en el caso de las mujeres.
2. El tabaquismo es más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas y las más aventajadas tienen mayor prevalencia de abandono del hábito. El impacto del consejo médico parece ser mayor en los hombres que en las mujeres, así como

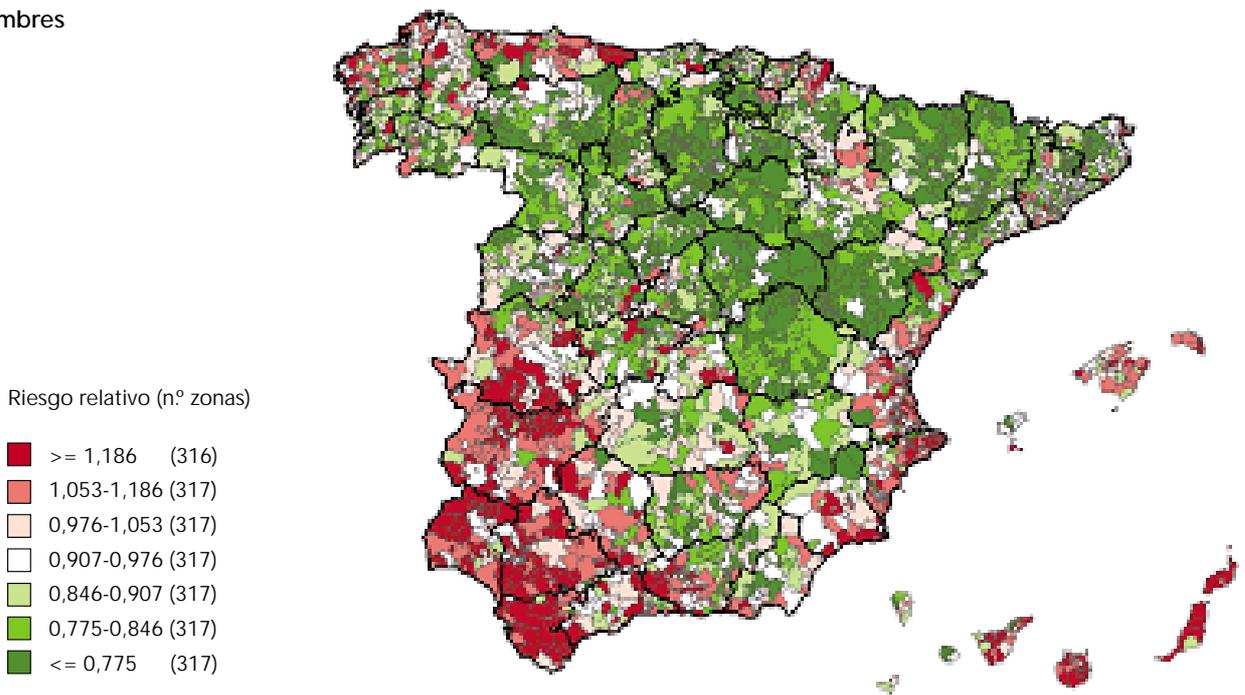
en las clases sociales menos aventajadas. Aun así, hay que tener en cuenta que no se conoce la frecuencia de realización de esta práctica, ni si es homogénea en todos los grupos sociales. En el caso de los hombres, el consejo antitabaco ha sido un motivo para el abandono más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas (trabajadores manuales) en las CCAA de Asturias, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia, y de forma inversa, ha sido más frecuente en los trabajadores no manuales en Murcia.

3. La caries presenta un claro patrón de desigualdad social siendo más prevalente en los grupos socia-

Mujeres

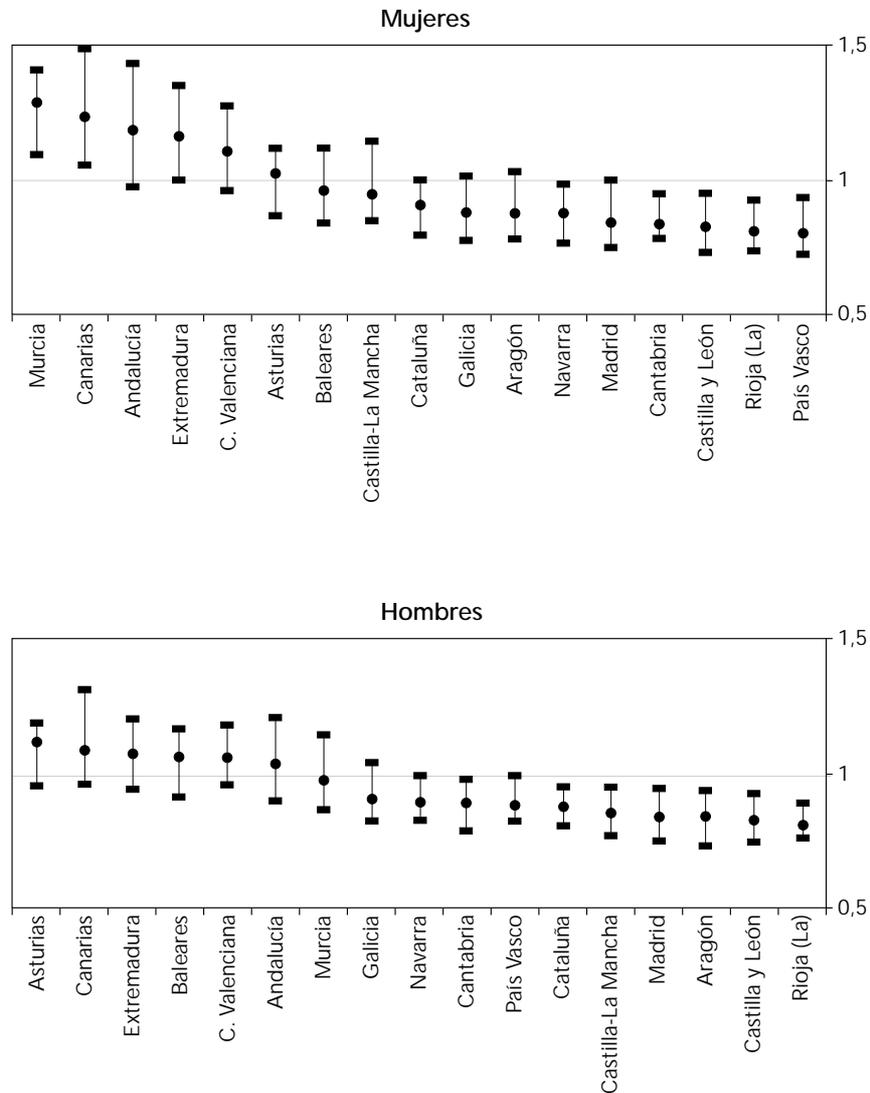


Hombres



Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 20 Distribución del riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. Mujeres y hombres, España 1990-2001.



Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 21 Medianas y rangos intercuartiles de los riesgos relativos de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón por CCAA. Mujeres y hombres, España 1990-2001.

les más desaventajados, contrastando con que los que más visitan al dentista, que son los grupos sociales más bienestantes, hecho explicable por la falta de acceso a la atención bucodental pública. Asturias es la única CA en la que, en los hombres, son los grupos sociales menos aventajados los que declaran haber visitado más al dentista.

- Las personas de clases sociales más desfavorecidas visitan en mayor proporción al médico de cabecera. Inversamente, las personas de clases más favorecidas son las que más van al médico especialista, tanto para los médicos de titularidad pública como privada, aunque este patrón no se da en todas las CCAA, siendo claro en Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra

y La Rioja en hombres, y en las mujeres, en Cantabria, Castilla y León, Madrid y el País Vasco

- Las visitas a ginecología, no relacionadas con el embarazo y el parto, son más frecuentes en las mujeres de clases sociales aventajadas.
- Las personas de clases sociales más desfavorecidas utilizan más los servicios de urgencias.
- Las CCAA que presentan un mayor riesgo de mortalidad por hipertensión y enfermedad cerebrovascular junto con mayor variabilidad interna son Murcia para el caso de los hombres y Extremadura, Murcia, Comunidad Valenciana y Andalucía en el caso de las mujeres.
- Las CCAA que presentan un mayor riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón son Murcia y las Islas Canarias para las mujeres.

Mujeres

Riesgo relativo (n.º zonas)

| | | |
|---|-------------|-------|
| ■ | >= 0,956 | (316) |
| ■ | 0,921-0,956 | (317) |
| ■ | 0,900-0,921 | (317) |
| ■ | 0,885-0,900 | (317) |
| ■ | 0,866-0,885 | (317) |
| ■ | 0,854-0,866 | (317) |
| ■ | <= 0,854 | (317) |



Hombres

Riesgo relativo (n.º zonas)

| | | |
|---|-------------|-------|
| ■ | >= 1,146 | (316) |
| ■ | 1,010-1,146 | (317) |
| ■ | 0,927-1,010 | (317) |
| ■ | 0,848-0,927 | (317) |
| ■ | 0,776-0,848 | (317) |
| ■ | 0,692-0,776 | (317) |
| ■ | <= 0,692 | (317) |

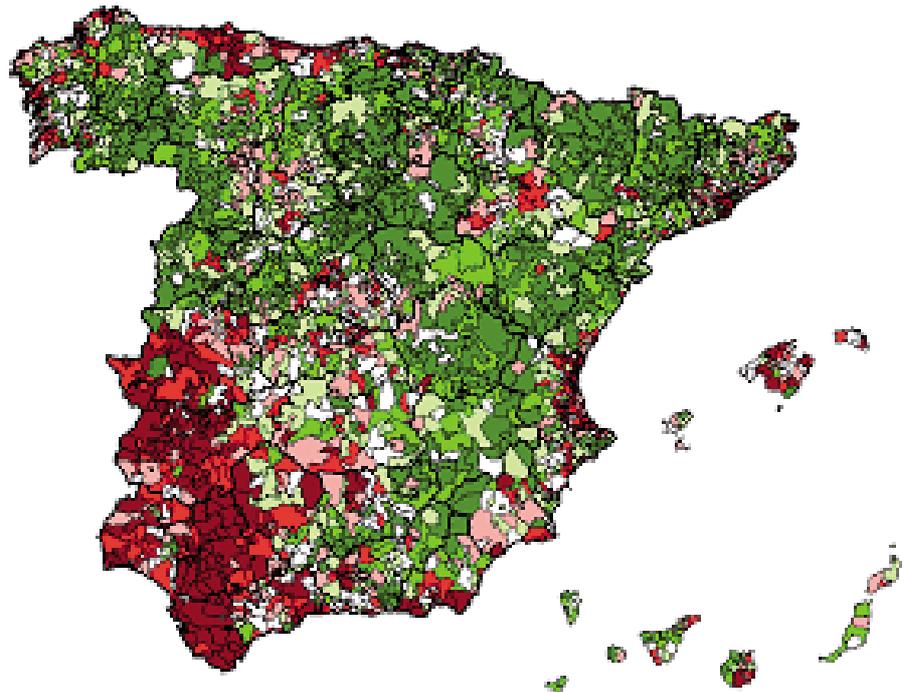
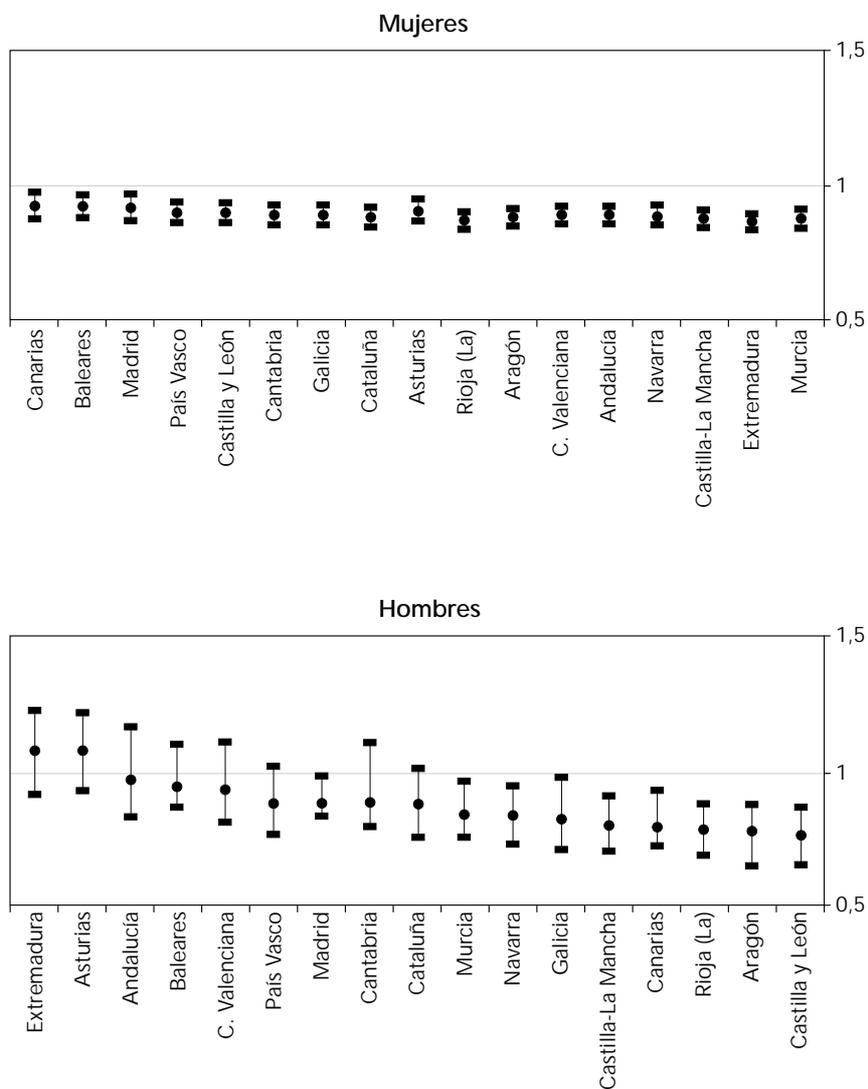
Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 22 Distribución del riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón. Mujeres y hombres, España 1990-2001.



Fuente: Vergara-Duarte M, et al.¹⁶

FIGURA 23 Medianas y rangos intercuartiles de los riesgos relativos de mortalidad por cáncer de pulmón, por CCAA. Mujeres y hombres, España 1990-2001.

En los hombres, destaca Canarias por presentar mayor variabilidad interna, medida de aproximación a la existencia de una mayor desigualdad. Las CCAA con un riesgo menor son La Rioja, Castilla y León, Aragón, Madrid, Castilla-La Mancha, Cataluña y Cantabria, éstas también presentan menor variabilidad.

9. En cuanto a la mortalidad por cáncer de pulmón, en hombres se observa que las CCAA con menor riesgo son Castilla y León, Aragón, La Rioja, Islas Canarias, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, Murcia y Madrid, y con mayor riesgo destacan las áreas de la zona sudoeste del país.

Recomendaciones

La APS ha de ser la puerta de entrada al sistema sanitario y, por lo tanto, con accesibilidad para el conjunto de la población, ofreciendo una atención global (preventiva, curativa y paliativa), longitudinal (centrada en las personas más que en los problemas de salud y en su evolución a lo largo del proceso vital) y coordinada con los otros agentes del sistema. A partir de los resultados hallados en este capítulo, destacan las siguientes recomendaciones:

- Incrementar las prácticas preventivas, como la vacunación antigripal y el consejo antitabaco, especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos.
- Ofrecer un sistema en el que la APS pueda ejercer el rol de puerta de entrada, capaz de dar una atención resolutoria, con el soporte del resto de niveles (especialistas, urgencias, etc.) pero sin que éstos sustituyan su función. La APS desempeña un papel clave en la intervención del sistema sanitario para la reducción de las desigualdades sociales en salud si realmente puede actuar como eje principal del sistema.
- Las mejoras en la APS en cuanto a su capacidad resolutoria, en la coordinación con servicios especializados (especialista y pruebas complementarias) y en los tiempos de visita y de espera, podrían implicar una mejora en la utilización de los servicios sanitarios por la población, de forma que fuera preferente la elección de la APS sobre la especializada, tanto por las personas de clases sociales aventajadas como por las clases sociales más desfavorecidas (éstas ya realizan este patrón de utilización). Así, la disminución de las listas de espera a la atención especializada y con ello, la reducción del tiempo de resolución de procesos que requieran atención especializada, podría tener como efecto positivo que la población que acude actualmente al especialista privado directamente se planteara como una buena opción el acudir a la APS y del sistema público.
- La no disponibilidad de servicios necesarios en el sistema público, como ocurre con las prestaciones de atención a la salud bucodental, genera barreras de acceso. Sería conveniente la ampliación de las prestaciones del sistema público en un área como ésta, lo cual contribuiría a reducir las desigualdades existentes.
- Las intervenciones desde otros niveles y sistemas no sanitarios deben también favorecer una distribución equitativa de los determinantes de la salud. Políticas de acceso a alimentos básicos y saludables, políticas de empleo, políticas que mejoren las condiciones sociales y de vida de las personas, deberían repercutir en una mejora del nivel de salud de la población, así como en una disminución de las desigualdades existentes.
- Este capítulo, que quería explorar las desigualdades sociales en el acceso a la APS, ha utilizado la encuesta de salud como fuente de datos en la que se disponía de alguna información para aproximarse a los objetivos que se querían conseguir, lo cual ha limitado en gran parte la consecución de objetivos más amplios para conocer con mayor exactitud aspectos que no son tratados en la encuesta de salud. Esto nos impulsa a recomendar que los sistemas de información disponibles, entre ellos los generados por la propia APS, deberían permitir poder analizar la información que proporcionan según la perspectiva social. Así, por ejemplo, la historia clínica debería contener información de la situación socioeconómica de las personas, lo cual sería factible y relativamente fácil ya que existe una propuesta de que a través de la ocupación de la persona se pueda asignar la clase social. Dicha propuesta fue elaborada por un grupo de trabajo mixto entre profesionales de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (grupo de trabajo de la SEE y grupo de clasificación de la semFYC 2000).

Bibliografía

1. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo. 2005.
2. Borrell C, Rajmil L. Les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris. Cap. 5. En: Borrell C, Benach J (coordinadores). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Mediterrània. 2003.
3. Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
4. Grupo de trabajo de la SEE y grupo de clasificación de la semFYC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
5. Clayton D, Kaldor J. Empirical Bayes estimates of age-standardized relative risks for use in disease mapping. *Biometrics*. 1987;43:671-81.
6. Clayton D, Bernardinelli L. Bayesian methods for mapping disease risk. En: Elliott P, Cuzick J, English D, Stern R, editors. *Geographical and environmental epidemiology: methods for small area studies*. Oxford: Oxford University Press; 1992. p. 205-20.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo (2003), Encuesta Nacional de Salud de España 2003.
8. Rodríguez M y Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private sector in Spain (2004). *Health Economics*. 2007;13:689-703.
9. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med*. 2005;3:215-22.

10. Rohlfs I, Borrell C, Pasarin MI, Plasencia A. The role of socio-demographic factors in preventive practices. *Eur J Pub Health*. 1999;9:278-84.
11. Gervás J. Oportunidades clínicas para compensar el impacto de las diferencias sociales en salud. *Salud*. 2000;98:9-12.
12. Pasarin Rúa MI, Fernández de Sanmamed MJ, Caleff i Cremades J, Borrell i Thió C, Rodríguez Arjona D, Campasol Torra S, et al. Razones para escoger los servicios de urgencia de los hospitales: La población opina. *Gac Sanitaria*. 2006;20:91-9.
13. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med*. 1976;294:582-8.
14. Charlton JRH, Hartley RM, Silver R, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet*. 1983; i:691-6.
15. Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, y el grupo para el consenso en la mortalidad evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanitaria*. 2006;20:184-93.
16. Vergara-Duarte M, Benach J, Martínez JM, Buxó M, Barés MA. Descripción del patrón geográfico de la mortalidad evitable en áreas pequeñas de España, 1990-2001. *Gac Sanit*. 2005; 19(Supl 1):3-139.
17. Vila Córcoles A, Bria Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la Atención Primaria. *Cuadernos de gestión*. 2001;7:134-41.
18. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria sobre la salud. *Aten Primaria*. 1999;24: 468-74.

Anexos

Anexo 1. Encuesta del Equipo de Investigación sobre la Atención Primaria en España y sus Comunidades Autónomas.

1. Cartera de servicios de la Atención Primaria de la Salud y número de profesionales de cada servicio, según comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 1. Por favor, señale cuáles de los siguientes servicios pertenecen al nivel de Atención Primaria en su comunidad autónoma, y el número de personas que componen cada servicio, incluyendo el director de la unidad. Puede consignar cualquier comentario que considere relevante en la columna de observaciones.

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|---|---|--|--|
| Equipos de Atención Primaria (EAP) | | | |
| Andalucía | SÍ | 4.543 médicos de familia, 1.016 pediatras, 4.307 enfermeras | |
| Asturias | SÍ | 1.960 | 86 EAP |
| Aragón | SÍ | Depende de los equipos | Existen 121 EAP con una plantilla (datos de 2006) de 928 médicos de familia, 865 enfermeras y 152 pediatras |
| Baleares | SÍ | 1.413 | 1.400 profesionales, 13 directivos |
| Canarias | SÍ | 3.064 | Efectivos en los EAP. No se ha incluido a personal de área: matronas, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, técnicos especialistas en radiología, servicios de urgencias, odontólogos e higienistas dentales |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | SÍ | 5.537 | |
| Cataluña | SÍ | 13.314 (lugares de trabajo de 36 horas semanales) | 274 médicos y 95 enfermeras no integradas en los EAP |
| Comunidad Valenciana | SÍ | Variable | |
| Extremadura | SÍ | 2.723 | |
| Galicia | SÍ | 7.181 | Todas las categorías de la AP |
| Madrid | SÍ | 7.377 | N.º EAP: 299 |
| Navarra | SÍ | 1.238,71 | Dato acumulado a 31 de diciembre de 2006. Incluye también los indicados más adelante para Urgencias y Odontología, así como todos los servicios de apoyo |
| Rioja (La) | SÍ | 680 | |
| Atención a la Mujer | | | |
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | SÍ | | |

CCAA: comunidades autónomas; EAP: Equipos de Atención Primaria.

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|----------------------|---|--|---|
| Aragón | SÍ | 1 matrona | 1 Unidad de Atención a la Mujer con 1 matrona que suele cubrir la atención de varios EAP (media: 3 EAP) |
| Baleares | SÍ | 55 | |
| Canarias | SÍ | 66 | Datos de plantilla orgánica |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | SÍ | 153 matronas | |
| Cataluña | SÍ y NO | 890 (obstetras y comadronas) | Existe un programa específico de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) |
| Comunidad Valenciana | SÍ | 1 o 2 | |
| Extremadura | SÍ | 90 | |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | SÍ | 181 | N.º unidades: 144 |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | 13 | |

Rehabilitación, fisioterapia

| | | | |
|----------------------|-----|---|--|
| Andalucía | SÍ | 245 fisioterapeutas en salas de fisioterapia más 46 en equipos móviles de atención domiciliaria | |
| Asturias | SÍ | 43 | |
| Aragón | SÍ | 1 fisioterapeuta (cubre varios EAP. Media: 3) | La fisioterapia forma parte del EAP, no así las consultas de rehabilitación (son de atención especializada) |
| Baleares | SÍ | 21 | |
| Cantabria | SÍ | | |
| Canarias | SÍ | 40 | Una parte de los fisioterapeutas forman parte de la plantilla de Atención Primaria. Los rehabilitadores y fisioterapeutas restantes dependen de atención especializada |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | SÍ | 127 | 84 unidades de fisioterapia |
| Cataluña | Nd. | Nd. | Nd. |
| Comunidad Valenciana | SÍ | 2 o 3 | Consideradas unidades de apoyo a la AP y ubicadas en los centros de salud. Dependen funcionalmente de los servicios de RHB hospitalarios |
| Extremadura | SÍ | 62 | |
| Galicia | SÍ | 92 | |
| Madrid | SÍ | 139 | N.º unidades: 79 |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | 19 | |

Laboratorio

| | | | |
|--------------------|----|-----------------------------------|--|
| Andalucía | NO | | En AP sólo la recogida de muestras |
| Asturias | NO | - | |
| Aragón | NO | Depende de Atención Especializada | |
| Baleares | NO | | |
| Cantabria | NO | | |
| Canarias | NO | | En AP sólo se realiza la extracción periférica |
| Castilla-La Mancha | NO | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|----------------------|---|--|---|
| Castilla y León | NO | | Aprobada la guía de extracción periférica en todas las áreas Se realiza extracción periférica en todos los centros de salud y un número importante de consultorios locales Se realiza en muchos centros el control del tratamiento anticoagulante |
| Cataluña | Nd. | 373 (345 fijos y 47 eventuales) | Datos referidos al Institut Català de la Salut |
| Comunidad Valenciana | NO | | |
| Extremadura | NO | | Servicio hospitalario |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | La extracción de las muestras se realiza en los centros de salud de Atención Primaria y se remiten a los Servicios de Laboratorio de Atención Especializada |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | 180 | Realizan extracciones y recogida de muestras en el centro de salud y en domicilio |

Radiología

| | | | |
|----------------------|-----|-----------------------------------|---|
| Andalucía | SÍ | 134 técnicos radiológicos | |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | NO | Depende de atención especializada | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | 24 | Sólo se considera en algunos EAP de forma aislada. La plantilla corresponde a técnicos especialistas en radiología |
| Cantabria | NO | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | NO | | 44 centros de salud disponen de servicio de radiología, pero dependen funcionalmente de atención especializada |
| Cataluña | Nd. | 572 (525 fijos y 47 eventuales) | Datos referidos al Institut Català de la Salut |
| Comunidad Valenciana | NO | | Excepcionalmente, existen algunas unidades de radiología en centros de salud con atención continuada |
| Extremadura | SÍ | 19 | Servicio hospitalario, los TER de los dispositivos periféricos, si pertenecen a AP |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | | Servicio concertado |

Atención a personas con drogodependencia

| | | | |
|-----------|----|--|--------------------------------|
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | NO | - | |
| Aragón | NO | Atención en dispositivos de la línea de salud mental | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | SÍ | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|--|---|--|---|
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | NO | 129 | Profesionales que actúan como referentes de la red de atención a los problemas del alcohol |
| Comunidad Valenciana | SÍ | | Unidades de conductas adictivas, consideradas como unidades de apoyo a la Atención Primaria |
| Extremadura | SÍ | | Existe una Secretaría General de Drogodependencias, adscrita a la Dirección General de Sociosanitario y Salud Pública |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | 4 | |
| Enfermedades tropicales | | | |
| Andalucía | NO | | |
| Asturias | NO | - | |
| Aragón | NO | Atención en dispositivos de la Dirección General de Salud Pública | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | Nd. | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | NO | | |
| Extremadura | NO | | |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | NO | | |
| Ambulancia y transporte sanitario | | | |
| Andalucía | SÍ | Más 2.138 celadores-conductores | |
| Asturias | NO | - | |
| Aragón | SÍ | Aunque existe una Gerencia del 061 | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | SÍ | | Coordinado por Gerencia de Emergencias y las Gerencias de Área |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | | |
| Extremadura | NO | | Concierto único para todos los niveles de Atención a la Salud |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | Gestionado por SUMMA 112 |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|--------------------------------|---|--|--|
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | SÍ | | Servicio concertado |
| Atención a domicilio | | | |
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | SÍ | 4 | |
| Aragón | SÍ | Por el personal de los EAP y por ESAD | ESAD: Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria. Uno por Sector = 8. De ellos, 2 propios del SALUD |
| Baleares | SÍ | 12 | Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) |
| Canarias | SÍ | 2.087 | Además, se cuenta con un servicio específico de continuidad de cuidados en atención domiciliaria (SCCAD), con un plantilla de 38 enfermeras comunitarias de enlace |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | Variable | |
| Castilla y León | SÍ | 4.612 médicos y enfermeras | |
| Cataluña | SÍ | 8.007 (lugares de trabajo de 36 horas semanales) | No acumulable a los recursos humanos de los EAP |
| Comunidad Valenciana | SÍ | Variable | |
| Extremadura | SÍ | | |
| Galicia | SÍ | | Sin personal específico |
| Madrid | SÍ | Médicos ESAD: 26 Enfermeras ESAD: 26 | Actividad asumida por los profesionales sanitarios de EAP. Existen equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en todas las Áreas de Atención Primaria como complemento de la oferta asistencial de los EAP N.º ESAD: 11 |
| Navarra | SÍ | | |
| Rioja (La) | SÍ | | |
| Urgencias/061 | | | |
| Andalucía | SÍ | 777 médicos y 681 enfermeros específicos de urgencia | Más la jornada complementaria de los médicos y enfermeros de los EAP |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | SÍ | Gerencia del 061 | Las Urgencias son atendidas por el personal de AP y por los dispositivos del 061: UME, SVB, etc. |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | SÍ | | Coordinado a través de la Gerencia de Emergencias de Castilla y León |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | | | |
| Extremadura | NO | | Existe una Subdirección de Urgencias y Emergencias |
| Galicia | NO | | Sólo urgencias, sin personal específico |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | SÍ | 94 | |
| Rioja (La) | SÍ | | |
| Atención sociosanitaria | | | |
| Andalucía | SÍ | 284 trabajadores sociales | |
| Asturias | NO | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|----------------------|---|--|---|
| Aragón | SÍ | Línea asistencial diferenciada | En AP se aplica parte del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | SÍ | 75 trabajadores sociales | |
| Cataluña | Nd. | 10.177 (lugares de trabajo de 36 horas semanales) | No son recursos propios de Atención Primaria |
| Comunidad Valenciana | SÍ | Variable | |
| Extremadura | Nd. | | |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | SÍ | N.º de trabajadores sociales: 93 | |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | SÍ | | |

Información sanitaria

| | | | |
|----------------------|-----|---|--|
| Andalucía | SÍ | 2.892 auxiliares administrativos de los SAC | |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | Nd. | | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | SÍ | | Áreas Técnicas y de Apoyo a las Gerencias |
| Cantabria | Nd. | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | SÍ | 4.605 | |
| Cataluña | NO | 89 | Datos estimados y referidos al Institut Català de la Salut |
| Comunidad Valenciana | SÍ | 2 | |
| Extremadura | NO | | Existe una Subdirección de sistemas de Información que asume la información sanitaria completa |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | SÍ | | Actividad asumida por los profesionales de las Unidades Administrativas |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | SÍ | | |

Atención de población en prisiones

| | | | |
|----------------------|-----|--|--------------------------------|
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | NO | | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | NO | | |
| Extremadura | NO | | Existen negociaciones |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|----------------------------|---|--|--|
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | Sí | | Odontología |
| Odontología | | | |
| Andalucía | Sí | 242 odontólogos y 242 auxiliares | Más los gabinetes concertados |
| Asturias | Sí | 53 | |
| Aragón | Sí | 1 odontólogo que puede cubrir varios EAP | La salud bucodental de 6-16 años se tiene concertada con dispositivos externos para determinadas patologías |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | Sí | 89 | Se presta en Unidades de Salud Bucodental |
| Cantabria | Sí | | |
| Castilla-La Mancha | Sí | | |
| Castilla y León | Sí | 72 unidades, 74 odontólogos, 54 higienistas | Decreto 142/2003 sobre prestaciones de salud bucodental |
| Cataluña | Sí | 409 (lugares de trabajo de 36 horas semanales) | No acumulable a recursos humanos de los EAP |
| Comunidad Valenciana | Sí | 2 | Odontopediatría |
| Extremadura | Sí | 52 | |
| Galicia | Sí | 87 odontólogos | |
| Madrid | Sí | Médicos odontólogos: 126 Higienistas dentales: 72 | N.º unidades: 66 |
| Navarra | Sí | 17 | |
| Rioja (La) | Sí | | |
| Atención Social | | | |
| Andalucía | Sí | 284 trabajadores sociales | |
| Asturias | Sí | 25 | |
| Aragón | Sí | 1 asistente social cubre varios EAP | En el medio rural, el servicio se presta por los AS de los Servicios Comarcales de Base |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | Sí | 81 | Todos los programas contemplan sus actividades desde una perspectiva biopsicosocial. Se hace referencia a los recursos específicos de trabajo social |
| Cantabria | Sí | | |
| Castilla-La Mancha | Sí | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | Sí | 230 (lugares de trabajo de 36 horas semanales) | No acumulable a recursos humanos de los EAP |
| Comunidad Valenciana | Sí | 1 | |
| Extremadura | NO | | |
| Galicia | Sí | 51 | |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | Sí | | |
| Incapacidad laboral | | | |
| Andalucía | Sí | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | Sí | La indicación por los MF de los EAP. La gestión NO | |
| Baleares | NO | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|----------------------|---|--|---|
| Canarias | SÍ | 1.009 | Nivel de gestión clínica, no de inspección |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | SÍ | 2.353 | Participación activa + coordinación con los servicios de inspección médica |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | Variable | Médicos de EAP. Incapacidad temporal |
| Extremadura | SÍ | 2.723 | La misma dotación que los EAP |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | SÍ | | Actividad asumida por los médicos de familia con participación de las Unidades de Inspección |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | SÍ | | |
| Salud laboral | | | |
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | NO | | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | NO | | Si se trata del servicio de prevención dirigido a los profesionales de los equipos de AP |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | NO | | |
| Extremadura | NO | | |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | SÍ | | Parcial |
| Salud pública | | | |
| Andalucía | SÍ | | Los EAP realizan este servicio. Más los epidemiólogos, veterinarios, farmacéuticos y técnicos de salud |
| Asturias | SÍ | 10 | |
| Aragón | NO | | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | SÍ | | Algunas actividades de inspección sanitaria |
| Cantabria | SÍ | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | | |
| Castilla y León | SÍ | 4.612 | Planificación coordinada con la Dirección General de Salud Pública, Servicios integrados en cartera de servicios, médicos centinela, Red de vigilancia epidemiológica |
| Cataluña | NO | 1.733 | Incluye profesionales que trabajan a tiempo parcial y diversas titulaciones sanitarias |
| Comunidad Valenciana | NO | | |
| Extremadura | SÍ | 2.723 | La misma dotación que los EAP |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | NO | | |

| CCAA | ¿Son considerados servicios de Atención Primaria? | Número total de personas del servicio, incluyendo el director de la unidad | Observaciones |
|--------------------------|---|--|---|
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | Sí | | |
| Salud comunitaria | | | |
| Andalucía | Sí | | Los EAP realizan este servicio |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | Sí | | Programas puntuales en determinados EAP |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | Sí | | Servicio «Aulas de Salud» (educación para la salud grupal y comunitaria). Proveedores: profesionales de los EAP |
| Cantabria | Sí | | |
| Castilla-La Mancha | Sí | | |
| Castilla y León | Sí | 4.680 | |
| Cataluña | Nd. | | |
| Comunidad Valenciana | Sí | Variable | |
| Extremadura | Sí | 2.723 | La misma dotación que los EAP |
| Galicia | Sí | | Sin personal específico |
| Madrid | Sí | | Actividad asumida por los profesionales sanitarios de EAP |
| Navarra | Nd. | | |
| Rioja (La) | Sí | | |

2. Mecanismos de selección de los altos cargos de la Atención Primaria, según comunidades autónomas
Corresponde a la pregunta: 2. ¿Podría indicar el mecanismo de selección de altos cargos de AP (gerentes o directores de sector, distrito o ámbito equivalente)?

| CCAA | Concurso público | Cargo político de confianza | Otros |
|----------------------|------------------|-----------------------------|---|
| Andalucía | X | | |
| Asturias | | X | Libre designación |
| Aragón | | X | |
| Baleares | | X | |
| Canarias | | X | Libre designación (cargo de confianza) |
| Cantabria | | X | |
| Castilla-La Mancha | | | Cargo de confianza. Se selecciona en función de la capacidad y no de la afinidad |
| Castilla y León | | | Libre designación, con entrada desde personal estatutario o funcionario |
| Cataluña | | X | Designación por las direcciones de las entidades proveedoras |
| Comunidad Valenciana | | X | |
| Extremadura | | X | |
| Galicia | | X | |
| Madrid | | | Libre designación de los directores generales. Éstos, a su vez, eligen a los coordinadores médicos de la zona básica de entre una terna propuesta por los EAP |
| Navarra | | X | |
| Rioja (La) | | X | |

3. Nivel jerárquico y salario promedio anual de los gerentes de la Atención Primaria y de los gerentes de atención hospitalaria, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 3. Por favor, indique el nivel jerárquico y salario promedio de los gerentes de AP respecto de los gerentes de hospital.

| CCAA | Nivel jerárquico AP | Salario promedio anual | Observaciones | Nivel jerárquico Aten. hosp. | Salario promedio anual | Observaciones |
|----------------------|--|----------------------------|--|---|----------------------------|--|
| Andalucía | 27 | 52.652 € | Más productividad variable similar en los dos niveles | 29 | 59.787 € | Más productividad variable similar en los dos niveles |
| Asturias | Gerente | 45.000 € | | Gerente | Variable | Contratos de Alta Dirección |
| Aragón | Grupo A, nivel 28 | 44.926 €/año | Datos 2007 para Direcciones de AP de categoría 1 | Grupo A, nivel 28 | 50.917 €/año | Datos 2007 para Hospitales de Categoría 1 |
| Baleares | Nivel 29 categoría 1 | 61.301,93 € | Plus Residencia 1.056,96 € | Nivel 29 categoría 1 | 66.390,53 € | Plus Residencia 1.056,96 € |
| Canarias | Nivel 29 | 3.373,45 € (categoría 1) | Se incluye el salario base, complemento específico y de destino | Nivel 29 | 4.195,27 € (categoría 1) | Se incluye el salario base, complemento específico y de destino |
| Cantabria | Director gerente (Cat.1) | 70.634,08 € | Sin productividad variable | Director gerente (Cat.1) | 58.846,21 € | Sin productividad variable |
| Castilla-La Mancha | Dependencia de los SSCC del servicio de salud | 50.000 € | Los altos directivos de SSCC tienen capacidad de decisión | Dependencia de los SSCC del servicio de salud | 55.000 € | Los altos directivos de SSCC tienen capacidad de decisión |
| Castilla y León | Equivalente a funcionario nivel 29 | 46.028 € más productividad | Equiparación de la productividad variable desde el año 2005 | Equivalente a funcionario nivel 29 | 51.089 € más productividad | |
| Cataluña | Gerente de ámbito | 73.810 € | Complemento de carrera profesional aparte | Gerente | 73.170 € | Complemento de carrera profesional aparte |
| Comunidad Valenciana | A 28 | 48.790,32 € | | A 29 | 62.345,28 € | Existen 3 grupos en la dirección de hospital. La retribución elegida es la de mayor importancia que corresponde al grupo 1 |
| Extremadura | Nd. | Nd. | Gerente de área de salud | Nd. | Nd. | Gerente de área de salud |
| Galicia | Nd. | Nd. | | Nd. | Nd. | |
| Madrid | Nd. | Nd. | Los directores gerentes de AP dependen jerárquicamente de la Dirección del Servicio Madrileño de Salud | Nd. | Nd. | Los directores gerentes de Hospitales dependen jerárquicamente de la Dirección del Servicio Madrileño de Salud |
| Navarra | Director de Atención Primaria, dependiente del Gerente del SNS-Osasunbidea | 71.135,82 | Salario publicado en la Ley Foral 17/2006, de Presupuestos Generales de Navarra (BON 157, de 31-12-06) | Director-Gerente de Hospital dependiente del Director de Asistencia Especializada | 62.055,00 € | Salario publicado en la Ley Foral 17/2006, de Presupuestos Generales de Navarra (BON 157, de 31-12-06) |
| Rioja (La) | Nd. | Nd. | Gerencia única | Nd. | Nd. | Nd. |

4. Existencia de mecanismos de participación de los profesionales en las estructuras de gestión de la Atención Primaria por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 4. ¿Existen mecanismos formales de participación profesional en las estructuras de gestión de la AP?

| CCAA | Mecanismos de participación | Descripción |
|----------------------|-------------------------------------|---|
| Andalucía | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejos de dirección - Comisiones técnicas de: calidad y procesos asistenciales, uso racional del medicamento, formación y docencia, ética e investigación y salud pública |
| Asturias | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Coordinadores de Equipo de Atención Primaria como miembros de los Consejos de Gestión de su Área Sanitaria |
| Aragón | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejo de Dirección de AP (o denominación similar) del Sector Sanitario. Reuniones periódicas de los Coordinadores de AP y Responsables de Enfermería con los equipos directivos de los Sectores. Periodicidad de reuniones variable según Sectores |
| Baleares | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejos de Gestión del Área (coordinadores) - Grupos de trabajo y comisiones técnicas (profesionales interesados) |
| Canarias | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Pacto anual de objetivos de los Servicios Centrales con las Gerencias, a través de los «Programas de Gestión Convenida»; y de éstas con los directores y subdirectores de ZBS, que finalmente pactan con los profesionales de los equipos de AP |
| Cantabria | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Hay algunas fórmulas en Primaria, como los Consejos de Gestión de Área, pero no son de participación profesional estricta, al igual que las Comisiones Mixtas en Atención Especializada |
| Castilla-La Mancha | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejos de Salud, Consejo Consultivo Regional, Consejos de Dirección |
| Castilla y León | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Gestión propio en seis Equipos de Atención Primaria - Consejos de Gestión en las 11 Gerencias de Atención Primaria - Pactos de objetivos para cada Equipo |
| Cataluña | NO, en la gran mayoría de los casos | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Juntas de personal - Consejos de salud de área - Comisiones de Calidad y Docencia - Grupos de trabajo específicos relacionados con programas de salud - Grupos de trabajo específicos relacionados con nuevas líneas estratégicas - Comisiones sociosanitarias |
| Extremadura | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - El coordinador de centros se elige por un procedimiento que implica la votación de los profesionales |
| Galicia | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Comisiones clínicas |
| Madrid | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejos de Gestión en todas las Gerencias de Atención Primaria en la que están representados a través de los Coordinadores Médicos. En algunas Áreas también están representados los Responsables de Enfermería y de Asuntos Generales |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Consejo de Gestión |

5. Existencia de mecanismos formales de participación de otras administraciones en la estructura de gestión de la Atención Primaria, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 5. ¿Existen mecanismos formales de participación de otras administraciones en las estructuras de gestión de la AP?

| CCAA | Mecanismos formales de participación de otras administraciones | Descripción |
|----------------------|--|--|
| Andalucía | SÍ | – Convenios de colaboración con los ayuntamientos – Planes específicos |
| Asturias | NO | |
| Aragón | NO | |
| Baleares | SÍ | – Reuniones con miembros del equipo directivo de la Gerencia de AP |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | – Consejo de Salud |
| Castilla y León | SÍ | – Acuerdos entre consejerías – Planes Regionales específicos y Comisiones de seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Plan Regional contra la Droga • Plan Regional de la Inmigración • Plan Regional de la Emigración • Plan Regional sobre igualdad de oportunidades • Observatorio de convivencia escolar • Plan Regional contra la violencia de género • Plan Regional de Salud Mental – Plan Regional de la Juventud |
| Cataluña | SÍ | – De los ayuntamientos en los gobiernos territoriales de salud |
| Comunidad Valenciana | SÍ | – Ayuntamientos a través de los Consejos de Salud |
| Extremadura | SÍ | – Plan Marco Sociosanitario – Comisiones de Educación para la Salud |
| Galicia | NO | |
| Madrid | SÍ | – Consejos de salud de distrito con participación de Ayuntamiento, asociaciones de vecinos y asociaciones de usuarios |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | SÍ | – Consejos de Salud |

6. Existencia de mecanismos formales de participación de los usuarios/ciudadanos en las estructuras de gestión de la Atención Primaria, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 6. ¿Existen mecanismos formales de participación de los usuarios/ciudadanos en las estructuras de gestión de la AP?

| CCAA | Mecanismos formales de participación de los usuarios/ciudadanos | Descripción |
|-----------|---|---|
| Andalucía | SÍ | – Consejo de administración del servicio andaluz de salud, donde participan empresarios, sindicatos y asociaciones de usuarios y consumidores – Grupos focales – Encuesta de satisfacción con resultados vinculados a los incentivos de los profesionales |
| Asturias | SÍ | – Consejos de Salud de Áreas Sanitarias – Consejos de Salud de Zonas Básicas de Salud |
| Aragón | NO | |
| Baleares | SÍ | – Reuniones con asociaciones de enfermos, de vecinos, ayuntamientos |
| Canarias | NO | – En algunas zonas de Salud se han constituido los Consejos de Salud de Zona, como órgano de participación de los ciudadanos pero no intervienen en la gestión |

| CCAA | Mecanismos formales de participación de los usuarios/ciudadanos | Descripción |
|----------------------|---|--|
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | – Consejo de Salud |
| Castilla y León | SÍ | – Consejos de Salud en todas las Zonas Básicas de Salud – Consejos de Salud de Área en todas las Áreas – Consejo Regional de Salud – Publicación del Decreto 48/2003, de 24 de abril, por el que se regula los órganos de dirección y participación del sistema de Salud de Castilla y León y su posterior modificación en el Decreto 139/2003, de 4 de diciembre |
| Cataluña | SÍ | – A través de asociaciones de usuarios, de las organizaciones sindicales y de los consejos de salud de los territorios |
| Comunidad Valenciana | SÍ | – Asociaciones cívicas: vecinales, de enfermos y otras a través de los consejos de salud |
| Extremadura | SÍ | – Consejo de Salud de Zona |
| Galicia | NO | |
| Madrid | SÍ | – Consejos de Salud de distrito con participación de Ayuntamientos, Asociaciones de Vecinos y Asociaciones de usuarios |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | SÍ | – Consejos de Salud |

7. Existencia de mecanismos formales de participación de la Atención Primaria en otros ámbitos o niveles administrativos, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 7. ¿Existen mecanismos formales de participación de la AP en otros ámbitos o niveles administrativos, como comités de dirección, consejos de gestión, etc.?

| CCAA | Mecanismos formales de participación de la AP en otros ámbitos o niveles administrativos | Descripción |
|----------------------|--|--|
| Andalucía | SÍ | – Mesas sectoriales con los sindicatos representativos – Consejos Provinciales de Salud |
| Asturias | NO | |
| Aragón | SÍ | – Participación en los Consejos de Salud de cada Zona Básica de Salud, aunque no participan formalmente en la gestión |
| Baleares | SÍ | – Algunos miembros del equipo directivo forman parte de patronatos de fundaciones de ámbito sanitario |
| Canarias | SÍ | – Consejos de Dirección de Área (Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud) |
| Cantabria | SÍ | – Consejos de gestión |
| Castilla-La Mancha | Nd. | |
| Castilla y León | SÍ | – Consejos de gestión ya comentados – Grupos de trabajo – Comisiones de trabajo para la elaboración de planes |
| Cataluña | SÍ | – En los comités de dirección de las entidades proveedoras |
| Comunidad Valenciana | SÍ | – Consejos de dirección de departamento |
| Extremadura | SÍ | – Consejos de gestión – Comisión de Dirección de Área |
| Galicia | SÍ | – Diversos Comités de Dirección y Comisiones de la Consejería de Sanidad y SERGAS, con participación de diferentes directivos de AP |

| CCAA | Mecanismos formales de participación de la AP en otros ámbitos o niveles administrativos | Descripción |
|------------|--|---|
| Madrid | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> – Comisiones Paritarias de Área entre Atención Primaria y Atención Especializada – Comisión Regional de Atención Primaria en la que están representadas las Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad y Consumo, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la Agencia Regional para la Inmigración y la Cooperación de la Comunidad de Madrid – Comisión Científico Técnica de Atención Primaria en la que están representadas las Sociedades Científicas de Atención Primaria y los Colegios Oficiales de Médicos y Enfermería |
| Navarra | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> – Comité de Dirección – Consejo Navarro de Salud |
| Rioja (La) | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> – Comité de Dirección del Servicio Riojano de Salud y de la Consejería – Consejos de Gestión de Área <p><i>Observaciones: es Gerencia Única</i></p> |

8. Ámbitos en los que el coordinador o director de un equipo de Atención Primaria tiene capacidad de decisión, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 8. Por favor, señale los ámbitos en los que el coordinador/director de un equipo de atención primaria tiene capacidad de decisión.

| CCAA | Capacidad de decisión del director/coordinador | Observaciones |
|------------------------------|--|--|
| Capítulo de personal | | |
| Andalucía | SÍ | – Gastos variables: sustituciones, contrataciones, etc. |
| Asturias | SÍ | Nd. |
| Aragón | SÍ | – Cierta margen de contratación para IT, sustituciones, etc. dentro del marco del Contrato de Gestión |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | SÍ | – Gestión de sustituciones del personal |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | NO | |
| Castilla y León | NO | |
| Cataluña | SÍ | – Con limitaciones variables según la entidad proveedora |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> – Permisos – En las sustituciones de corta duración |
| Galicia | NO | – Sólo gestión |
| Madrid | NO | |
| Navarra | SÍ | Nd. |
| Rioja (La) | NO | |
| Compras o capítulo II | | |
| Andalucía | SÍ | Nd. |
| Asturias | SÍ | Nd. |
| Aragón | NO | – Generalmente centralizado en el sector o Dirección de AP. Cierta margen en algunos EAP para pequeñas compras o gastos |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | NO | – Sólo en cuanto a la gestión de suministros y mantenimiento (no compras) Control de ejecución de Servicios contratados |
| Cantabria | NO | – Solo una cantidad casi simbólica |

| CCAA | Capacidad de decisión del director/coordinador | Observaciones |
|---------------------|--|--|
| Castilla-La Mancha | NO | |
| Castilla y León | NO | |
| Cataluña | SÍ | - Con limitaciones variables según la entidad proveedora |
| Comunidad Valencian | NO | |
| Extremadura | SÍ | - Pactar el Contrato de Gestión |
| Galicia | NO | - Sólo gestión |
| Madrid | NO | |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | NO | |

Inversiones

| | | |
|----------------------|-----|--|
| Andalucía | SÍ | - Sólo solicita parcialmente inversiones |
| Asturias | NO | |
| Aragón | NO | |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | NO | |
| Castilla y León | NO | |
| Cataluña | NO | |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | SÍ | - Elaborar el Plan de Necesidades |
| Galicia | NO | - Sólo propuesta Plan de Necesidades |
| Madrid | NO | |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | NO | |

Gestión territorial

| | | |
|----------------------|-----|--|
| Andalucía | NO | - No tiene capacidad de modificar el mapa de Atención Primaria |
| Asturias | NO | |
| Aragón | NO | |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | NO | |
| Castilla y León | NO | |
| Cataluña | NO | |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | SÍ | - A través de los Consejos de Gestión de Área |
| Galicia | NO | |
| Madrid | NO | |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | NO | |

Farmacia

| | | |
|-----------|-----|-----|
| Andalucía | SÍ | Nd. |
| Asturias | NO | |
| Aragón | NO | |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |

| CCAA | Capacidad de decisión del director/coordinador | Observaciones |
|-------------------------|--|---|
| Castilla-La Mancha | SÍ | – Gestión interna de las medidas racionales |
| Castilla y León | NO | |
| Cataluña | SÍ | Nd. |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | NO | |
| Galicia | NO | |
| Madrid | NO | |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | NO | |
| Otros (detallar) | | |
| Andalucía | SÍ | – Distribución de los incentivos |
| Asturias | NO | |
| Aragón | Nd. | |
| Baleares | Nd. | |
| Canarias | Nd. | |
| Cantabria | Nd. | |
| Castilla-La Mancha | Gestión de planificación | |
| Castilla y León | SÍ | – En principio los Coordinadores sólo tienen competencias de ordenación funcional en el ámbito de la Z.B.S. Hay equipos con un Programa de Gestión Propio, en el que el Coordinador sí tiene competencias en Inversiones, Compras, Personal sustituto y reparto de incentivos a los miembros del E.A.P. |
| Cataluña | SÍ | – Formación e investigación |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | NO | |
| Galicia | SÍ | – Organización actividad y cumplimiento protocolo actividad |
| Madrid | Nd. | |
| Navarra | Nd. | |
| Rioja (La) | Nd. | |

9. Utilización de los objetivos del Plan de Salud en los contratos programa, por comunidades autónomas
Corresponde a la pregunta: 9. ¿Se utilizan los objetivos del Plan de Salud en los contratos programa? En caso afirmativo, por favor mencione tres ejemplos

| CCAA | Utilización de los objetivos del Plan de Salud en los contratos programa | Ejemplos/observaciones |
|-----------|--|--|
| Andalucía | SÍ | – Cobertura de vacunaciones – Indicadores de calidad de los procesos asistenciales – Atención domiciliaria |
| Asturias | SÍ | – Racionalización del gasto farmacéutico – Mecanismos de gestión eficiente en la consulta (Consultas de Alta Resolución y Consultas de Calidad) – Funcionamiento del Servicio de Atención e Información al Ciudadano |
| Aragón | SÍ | NO existe, como tal, Plan de Salud de la CCAA pero sí existen los Proyectos del Departamento de Salud, por ejemplo para el periodo 2007-2011 En el próximo contrato de gestión para 2008 se recogen, por ejemplo, actuaciones en estos proyectos dentro de esa estrategia: 1. Suficiencia, calidad y equidad en la oferta de servicios 2. Capacitación y suficiencia de los profesionales sanitarios 3. Implantación generalizada en AP de la Terapia Anticoagulante Oral. |

| CCAA | Utilización de los objetivos del Plan de Salud en los contratos programa | Ejemplos/observaciones |
|----------------------|--|---|
| Baleares | SÍ | – Mediante el establecimiento de indicadores asistenciales relacionados con áreas prioritarias del plan de salud: riesgo cardiovascular, atención al niño y al adolescente, atención a la mujer |
| Canarias | SÍ | – Implantación de la retinografía no miótrica para el cribado de la retinopatía diabética en los Centros de Salud – Actividades de reducción del riesgo coronario a través del Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en todas las Áreas de Salud – Prevención y promoción de la salud en personas mayores (Programa de Atención) |
| Cantabria | NO | – No existe |
| Castilla-La Mancha | SÍ | – Infraestructuras – Recursos humanos – Dotación tecnológica – Resolución en AP – Creación de herramientas para búsqueda de resultados |
| Castilla y León | SÍ | – Programa cáncer de mama – Educación para la salud – Actividades de formación continuada – Programa de consejo genético del cáncer hereditario |
| Cataluña | SÍ | – Control de factores de riesgo cardiovascular – Tasa de vacunaciones – Salud bucodental |
| Comunidad Valenciana | SÍ | – Cribado de diabetes – Resultados diabetes – Cribado HTA – Resultados HTA |
| Extremadura | SÍ | – Implantación de nuevas tecnologías – Atención Sociosanitaria – Actualización de la Cartera de Servicios |
| Galicia | SÍ | – Inclusión de actuaciones en cardiovasculares y EPOC, de acuerdo con los objetivos del Plan – Se utilizan también para los contratos con los profesionales |
| Madrid | NO | – Para la definición de los Contratos de Gestión se utilizan, entre otras herramientas, el informe anual del Estado de Salud de la Población que elabora la Dirección General de Salud Pública y los objetivos y líneas estratégicas recogidas en el Plan de Mejora de Atención Primaria. Los planes de salud no son la herramienta utilizada en la planificación de los objetivos contemplados en los contratos de gestión |
| Navarra | SÍ | – Incorporación en la cartera de servicios de los centros del protocolo de valoración del RCV – N.º y porcentaje de personas a las que se les ha hecho consejo individual sobre dieta y ejercicio – N.º y porcentaje de personas de los pacs que reciben cursos en soporte vital y periodicidad de éstos |
| Rioja (La) | SÍ | – Violencia de género – Prevención y tratamiento del tabaquismo – Uso racional del medicamento |

10. Existencia de documentos públicos que establezcan la estrategia y objetivos de la gestión clínico-asistencial, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 10. ¿Existen documentos públicos que establezcan la estrategia y objetivos de la gestión clínico-asistencial? En caso afirmativo, por favor mencione tres ejemplos

| CCAA | Documentos públicos que establezcan la estrategia y objetivos de la gestión clínico-asistencial | Ejemplos/observaciones |
|----------------------|---|---|
| Andalucía | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Procesos asistenciales integrados - Acuerdos de gestión clínica - Contrato programa del distrito - Acuerdo de gestión atención primaria-hospital |
| Asturias | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Salud - Plan de Calidad - Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAls) |
| Aragón | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias del Departamento de Salud 2007-2011 - Proyectos de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento 2007-2011 - Contrato Programa Departamento de Salud-Sectores Sanitarios 2008 (todos ellos públicos de uso interno) |
| Baleares | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de Gestión de la Gerencia de AP con el Servei de Salut (Ibsalut) - Contrato de Gestión de la Gerencia de AP con los equipos de Atención Primaria - Plan de incentivos de AP |
| Canarias | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009 - Programa de salud infantil - Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular |
| Cantabria | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizan anualmente contratos de gestión con todas las unidades y en la primera línea se definen estrategias y objetivos |
| Castilla-La Mancha | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de Gestión clínico-asistencial entre SSCC y las GAP y a su vez éstas con los distintos EAP |
| Castilla y León | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Plan Anual de Gestión de Área y Pactos de objetivos de EAP - Oferta de Cartera de Servicios en Atención Primaria - Guía del usuario en todos los Centros de Salud |
| Cataluña | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Mapa sanitario - Plan de salud - Planes Directores |
| Comunidad Valenciana | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Salud de la Comunidad Valenciana - Plan Estratégico de la Agencia Valenciana de Salud - Acuerdos de Gestión |
| Extremadura | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Continuidad Asistencial - Historia única de salud - Sistemas de información integrados - Existe un Plan Estratégico del SES |
| Galicia | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Directrices estratégicas de la Consejería de Sanidad - Protocolo de Objetivos Estratégicos para gerencias de AP y AE - Protocolo de Actividad para profesionales de AP |
| Madrid | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Contratos de gestión anuales - Plan de Mejora de la Atención Primaria - Líneas Asistenciales anuales |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | SÍ | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Salud - Contratos de Gestión - Procesos |

11. Composición de la plantilla profesional de la Atención Primaria, según tipo de contratación, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 11. Por favor, señale la composición de la plantilla profesional de la AP, según tipo de contratación, en números absolutos y porcentajes

| CCAA | Personal fijo | | | | | | Personal interino | | | | | | Total | |
|----------------------|---------------|-------|--------------|-------|-----------|------|-------------------|---|--------------|-------|-----------|------|------------|-------|
| | Funcionarios | | Estatutarios | | Laborales | | Funcionarios | | Estatutarios | | Laborales | | | |
| | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % |
| Andalucía | 1.234 | 6,17 | 13.228 | 66,17 | 3 | 0,02 | 167 | 0,84 | 5.359 | 26,81 | 0 | 0 | - | - |
| Asturias | 271 | - | 2.438 | - | 0 | 0 | - | 7% del total de funcionarios fijos y estatutarios | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Aragón | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | Nd. | - | - |
| Baleares | 0 | 0 | 910 | 60,6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 570 | 38 | 21 | 1,4 | - | - |
| Canarias | 88 | 69,84 | 2.764 | 69,97 | 3 | 100 | 38 | 30,16 | 1.186 | 30,03 | - | - | Funci: 126 | 3,09 |
| | | | | | | | | | | | | | Est: 3.950 | 96,84 |
| | | | | | | | | | | | | | Lab: 3 | 0,07 |
| Cantabria | 138 | 14,46 | 816 | 85,53 | 0 | 0 | Nd. | 0 | 665 | 92,36 | 55 | 7,63 | Funci: 138 | 8,34 |
| | | | | | | | | | | | | | Est: 1.481 | 88,47 |
| | | | | | | | | | | | | | Lab: 55 | 3,28 |
| Castilla-La Mancha | - | 24 | - | 75 | - | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Castilla y León | 2.134 | - | 3.318 | - | - | - | 618 | - | 1.192 | - | - | - | - | - |
| Cataluña | Nd. | - | 7.712 | - | - | - | Nd. | - | 4.776 | - | - | - | 12.488 | - |
| Comunidad Valenciana | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | - | - | - | - |
| Extremadura | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | - | - |
| Galicia | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | - | - |
| Madrid | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | - | - |
| Navarra | 62.394 | 51,37 | 77.35 | 6,24 | 1 | 0,08 | 536,42 | 43,30 | Nd. | - | Nd. | - | - | - |
| Rioja (La) | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | Nd. | - | - | - |

12. Existencia de carrera profesional para los profesionales de la Atención Primaria, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 12. ¿Existe la carrera profesional para los profesionales de la AP? En caso afirmativo, a) Por favor, describala. b) ¿A qué profesionales afecta?

| CCAA | ¿Existe carrera profesional? | Descripción | Profesionales afectados |
|-----------|------------------------------|---|--|
| Andalucía | Sí | Carrera profesional con cuatro niveles. Necesarios 5 años de desempeño en cada nivel y acreditación por parte de la Agencia de Acreditación de Andalucía. Reversible. Voluntaria. Incentivada | Titulares fijos de todas las categorías de personal sanitario estatutario Excluidos interinos Excluidos personal no sanitario Solo para personal estatutario, no para funcionarios Incluidos personal vinculado a la universidad |
| Asturias | Sí | Se trata de una carrera voluntaria con 4 grados de promoción. Se accede en función del número de años mínimo de ejercicio profesional (tramos de 5 años). Para pasar al grado inmediatamente superior se realizará una evaluación en la que se valorarán indicadores relativos a la actividad asistencial e implicación y compromiso con la organización, la competencia profesional y los conocimientos, la participación en la docencia y la participación en investigación | Afecta a licenciados y diplomados sanitarios y se han definido los criterios generales para el desarrollo profesional del resto del personal estatutario del Servicio de Salud del principado de Asturias |

| CCAA | ¿Existe carrera profesional? | Descripción | Profesionales afectados |
|----------------------|------------------------------|--|--|
| Aragón | Sí | En negociación actual en Mesa Sectorial. Se paga anticipo de carrera a cuenta a licenciados y diplomados desde 2006 | Facultativos y enfermeras (licenciados y diplomados) |
| Baleares | Sí | Empieza en 2007, con 4 niveles a partir de 5 años de experiencia y con 5 años por nivel. Con carácter voluntaria y con consolidación de nivel se implantará progresivamente de 2007 a 2010 | A médicos y diplomados de enfermería fijos e interinos |
| Canarias | Sí | DECRETO 278/2003 de 13 de noviembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal facultativo del Servicio Canario de Salud (BOC núm. 223, del 14 de noviembre de 2003) DECRETO 129/2006, de 26 de septiembre, por el que se aprueba y desarrolla el modelo de carrera profesional del personal diplomado sanitario del Servicio Canario de la Salud (BOC núm. 195, del 5 de octubre de 2006) | Licenciados y diplomados sanitarios |
| Cantabria | Sí | Se estructura en cuatro niveles o grados: I (5 años de SSPP), II (10 años) III (15 años) y IV (22 años). Es de acceso individualizado, voluntario, homologable, transparente, consolidable (aunque es posible la reversibilidad), independiente del puesto o plaza que ocupe y actualizable Existe un período transitorio de encuadramiento inicial (hasta 2009) fecha a partir de la cual se inicia el período normalizado | A licenciados, diplomados sanitarios, estatutarios fijos, en activo o con reserva de plaza que perciban sus retribuciones conforme al R.D. Ley 3/07 |
| Castilla-La Mancha | Sí | 4 niveles de 7, 6,5 y 5 años con valoración de antigüedad en el I y en los niveles II/III/IV se incluyen aspectos docentes, formativos y otros. Valoración económica para grupo A de 3.000 € hasta los 12.000 €. En el B con un 70 % del A | Aprobado el desarrollo profesional del resto de grupos, aparte del A y B |
| Castilla y León | Sí | Se ha iniciado en enero de 2007 mediante acceso extraordinario y seguirá con acceso ordinario a partir de enero 2008. Establece 4 niveles, para los que se precisa, además de un tiempo trabajado, presentar un número mínimo de créditos que se distribuyen en distintos porcentajes (según el nivel), que evalúan competencias asistenciales, docentes, investigadoras y de gestión | A todos los profesionales estatutarios, sanitarios y no sanitarios, con plaza en propiedad, adscritos a la Gerencia Regional de Salud. Recientemente se ha publicado el Estatuto Jurídico de Castilla y León, donde da cabida también a los funcionarios con plaza en propiedad, que voluntariamente quieran «estatuzarse» Dentro del personal no sanitario se clasifican en licenciados (bibliotecario, ingeniero superior, etc.), diplomados (gestión función administrativa, ingeniero técnico, personal técnico de grado medio, etc.), técnicos superiores (administración función adva., jefe de taller, cocinero, etc.), técnicos (auxiliar administrativo, telefonista, conductor, etc.) y otro personal (celador, limpiador, lavadero, etc.). |
| Cataluña | Sí | Estructurada en cuatro niveles. Con mínimo de 5 años en cada nivel. Irreversible. Con valoración de méritos curriculares y de cumplimiento de objetivos para acceder al nivel superior | Médicos y enfermeras |
| Comunidad Valenciana | Sí | DOGV N.º 5.203 (21/2/2006). Resolución de 1 de Febrero, de la Dirección General de Trabajo y Seguridad Laboral, por la que se dispone el depósito y publicación del acuerdo de la mesa sectorial de sanidad sobre carrera profesional, suscrito entre la Conselleria de Sanitat y las organizaciones sindicales. DOGV N.º 5.542 (26/6/2007). Decreto 85/2007 de 22 de Junio del Consell, por el que se aprueba el Sistema de Desarrollo Profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanitat. | A todo el personal estatutario, profesionales sanitarios y no sanitarios |

| CCAA | ¿Existe carrera profesional? | Descripción | Profesionales afectados |
|-------------|------------------------------|--|---|
| Extremadura | Sí | – Decreto 17 de Agosto de 2006, D.O.E. n.º 96 – Decreto de 14 de Febrero de 2006, D.O.E. n.º 19 | A los grupos A y B sanitarios |
| Galicia | Sí | En elaboración, matronas, PSX y otras categorías profesionales | Facultativos y personal de enfermería |
| Madrid | Sí | Cinco niveles, el primero de los cuales no está retribuido. El acceso a los distintos niveles se realiza mediante la superación de la evaluación correspondiente tras acreditar un período de 5 años en el nivel inmediatamente inferior | Personal estatutario fijo, licenciados en ciencias de la salud, médicos funcionarios de asistencia pública domiciliaria |
| Navarra | Sí | <p>Se estructura en cinco niveles. Para el acceso a cada uno de ellos se exige una puntuación que se obtiene por período de permanencia y por baremo (que comprende actividad asistencial y perfeccionamiento y actualización profesional)</p> <p>Para ascenso de nivel se exige:</p> <p>a nivel II, 5 años de permanencia en el nivel anterior y 750 unidades de baremo</p> <p>a nivel III, 7 años de permanencia en el nivel II y 1.050 unidades de baremo</p> <p>a nivel IV, 8 años de permanencia en el nivel III y 1.200 unidades de baremo</p> <p>a nivel V, 5 años de permanencia en el nivel IV y 750 unidades de baremo</p> <p>Las unidades de actividad asistencial se obtienen según el nivel de consecución de objetivos del equipo de adscripción del profesional y por la participación individual en el cumplimiento de los mismos. Suponen dos tercios de la puntuación total</p> <p>Las unidades de perfeccionamiento y actualización profesional comprenden actividades formativas, de investigación, de desarrollo técnico y gestión y supone el 20 % de la puntuación total</p> <p>El resto de unidades hasta obtener la totalidad se pueden obtener bien por actividad asistencial o por perfeccionamiento y actualización profesional</p> <p>La solicitud de ascenso es a petición del interesado y tiene efectividad a 1 de enero siguiente a la fecha en que se cumple el período de permanencia y siempre que se cumplan el resto de requisitos exigidos</p> <p>La valoración de la solicitud de ascenso se hace por una Comisión de Evaluación, de composición paritaria entre miembros de la Administración, en este caso Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y de profesionales designados entre el colectivo de facultativos del ámbito correspondiente</p> <p>La propuesta formulada por la Comisión de Evaluación es vinculante respecto a la resolución que deba adoptar el Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con relación a la solicitud del interesado</p> | Personal facultativo con plaza en propiedad, cuyo acceso y nombramiento conlleve o haya conllevado la exigencia de hallarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía, Farmacia, Veterinaria, Biología, Psicología, Física, Química y Odontología) |
| Rioja (La) | Sí | – Nivel 1-5 años – Nivel 2-5 años después del año, pasado el nivel 1 – Nivel 3-5 años después del año, pasado el nivel 2 – Nivel 4-5 años después del año, pasado el nivel 3 y proyecto | A los que están incluidos en la LOPS En el resto de grupos se denomina desarrollo profesional |

13. Existencia de incentivos ligados a la consecución de objetivos, según tipo de objetivo, por CCAA
Corresponde a la pregunta: 13. Por favor, señale la existencia de incentivos ligados a la consecución de objetivos, según tipo de objetivo.

| CCAA Tipo de incentivo | Cumplimiento de objetivos del contrato programa | Ahorro en gasto farmacéutico | Ligado a objetivos de Participación activa en determinados programas (calidad cirugía menor, etc.) | Docencia | Investigación |
|--|--|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Económicos (productividad variable) | | | | | |
| Andalucía | SÍ | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Asturias | SÍ | NO | NO | NO | NO |
| Aragón | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Baleares | SÍ | SÍ (incluido en contrato programa) | SÍ (incluido en contrato programa) | SÍ (incluido en contrato programa) | SÍ (incluido en contrato programa) |
| Canarias | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Cantabria | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Castilla-La Mancha | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Castilla y León | SÍ | SÍ | NO | NO | NO |
| Cataluña | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Comunidad Valenciana | SÍ | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Extremadura | SÍ | SÍ | NO | NO | NO |
| Galicia | SÍ | NO | SÍ | NO | NO |
| Madrid | SÍ | Incluido en los Objetivos del contrato programa | Nd. | Nd. | Nd. |
| Navarra | SÍ | NO | NO | NO | NO |
| Rioja (La) | SÍ | SÍ | NO | NO | NO |
| Días de libre disposición | | | | | |
| Andalucía | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Asturias | NO | NO | NO | NO | NO |
| Aragón | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Baleares | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Canarias | NO | NO | NO | SÍ | NO |
| Cantabria | NO | NO | NO | NO | NO |
| Castilla-La Mancha | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Castilla y León | SÍ | NO | NO | NO | NO |
| Cataluña | NO | NO | NO | En algunos casos | NO |
| Comunidad Valenciana | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Extremadura | NO | NO | NO | SÍ | SÍ |
| Galicia | NO | NO | NO | NO | NO |
| Madrid | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Navarra | NO | NO | NO | NO | NO |
| Rioja (La) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Días de formación | | | | | |
| Andalucía | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Asturias | NO | NO | NO | NO | NO |
| Aragón | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Baleares | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |

| CCAA Tipo de incentivo | Cumplimiento de objetivos del contrato programa | Ahorro en gasto farmacéutico | Ligado a objetivos de Participación activa en determinados programas (calidad cirugía menor, etc.) | Docencia | Investigación |
|---------------------------|--|---------------------------------|--|----------|---------------|
| Canarias | NO | NO | NO | SÍ | NO |
| Cantabria | NO | NO | NO | NO | NO |
| Castilla-La Mancha | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ | SÍ |
| Castilla y León | SÍ | NO | NO | NO | NO |
| Cataluña | NO | NO | NO | NO | NO |
| Comunidad Valenciana | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Extremadura | SÍ | NO | SÍ | NO | NO |
| Galicia | NO | NO | NO | NO | NO |
| Madrid | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Navarra | NO | SÍ | NO | NO | NO |
| Rioja (La) | NO | NO | SÍ | NO | NO |
| Otros (detallar) | | | | | |
| Andalucía | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Asturias | NO | NO | NO | NO | NO |
| Aragón | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Baleares | NO | NO | NO | NO | NO |
| Canarias | NO | NO | NO | NO | NO |
| Cantabria | NO | NO | NO | NO | NO |
| Castilla-La Mancha | NO | NO | NO | NO | NO |
| Castilla y León | Material audiovisual | NO | NO | NO | NO |
| Cataluña | NO | NO | NO | NO | NO |
| Comunidad Valenciana | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Extremadura | NO | NO | NO | NO | NO |
| Galicia | NO | NO | NO | NO | NO |
| Madrid | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. | Nd. |
| Navarra | NO | NO | NO | NO | NO |
| Rioja (La) | NO | NO | NO | NO | NO |

14. Existencia de complementos salariales por exclusividad de los profesionales, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 15. ¿Está instaurado algún tipo de complemento salarial por exclusividad de los profesionales? En caso afirmativo, por favor indique cuántos profesionales lo cobran, y cuántos lo ejercen.

| CCAA | Número de profesionales que perciben complemento por exclusividad | Número de profesionales que ejercen la exclusividad | Observaciones |
|--------------------|---|--|---|
| Andalucía | 4.369 | 4.369 | |
| Asturias | Nd. | Nd. | Nd. |
| Aragón | | | |
| Baleares | Nd. | Nd. | Nd. |
| Canarias | Ninguno | - | - |
| Cantabria | 1.295 | 1.295 | Referido exclusivamente al personal facultativo |
| Castilla-La Mancha | 99% | Más del 10% | |
| Castilla y León | Nd. | Nd. | Nd. |

| CCAA | Número de profesionales que perciben complemento por exclusividad | Número de profesionales que ejercen la exclusividad | Observaciones |
|----------------------|---|---|---|
| Cataluña | 2.551 | Nd. | Datos referidos al Institut Català de la Salut |
| Comunidad Valenciana | | | Información no disponible en esta Dirección General |
| Extremadura | Nd. | Nd. | 19 Facultativos de AP tienen pedida la compatibilidad |
| Galicia | Nd. | Nd. | Si, para el personal facultativo de atención primaria es el 46,15 % sobre el salario base |
| Madrid | Nd. | Nd. | Nd. |
| Navarra | 450 | Nd. | Nd. |
| Rioja (La) | 90 % | 90 % | Si, todo el grupo A |

15. Número de profesionales (médicos y enfermeras) que mantienen el antiguo modelo de dedicación horaria semanal, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 16. ¿Podría señalar el número de profesionales (médicos y enfermeras) que mantienen el antiguo modelo de dedicación horaria semanal (modelo de dos horas y media o similar)?

| CCAA | Profesionales | Número de personas con antiguo modelo de dedicación horaria | Porcentaje sobre el total de profesionales | Observaciones |
|----------------------|---------------|---|---|---|
| Andalucía | Médicos | 51 médicos de familia 27 pediatras | 0,01 % médicos de familia 0,26 % pediatras | |
| | Enfermeras | 16 enfermeras | 0,003 % enfermeras | |
| | | | | |
| Asturias | Médico | 14 | 2,2 % | |
| | Enfermeras | 15 | 2,2 % | |
| Aragón | Médicos | Nd. | | |
| | Enfermeras | Nd. | | |
| Balears | Médicos | 22 | 14 – MT/8 APD | |
| | Enfermeras | 11 | | |
| Canarias | Médicos | 52 médicos de familia y 33 pediatras | 85/1.288 = 6,6 % | Calculado sobre el total de efectivos médicos de familia y pediatras de los EAP |
| | Enfermeras | 22 | 22/1.078 | Calculado sobre el total de efectivos de enfermería de los EAP |
| Cantabria | Médicos | 42 | 56 % | |
| | Enfermeras | 6 | 9 % | |
| Castilla-La Mancha | Médicos | 27 | 2,08 % | Además, 6 pediatras (2,8 %), 8 odontólogos y 2 matronas |
| | Enfermeras | 0 | 0 | |
| Castilla y León | Médicos | 23 | 0,69 % | Por problemas estructurales. En construcción un nuevo centro |
| | Enfermeras | 14 | 0,54 % | |
| Cataluña | Médicos | 407 | Nd. | Datos referidos al Institut Català de la Salut |
| | Enfermeras | 149 | Nd. | Datos referidos al Institut Català de la Salut Incluye comadronas |
| Comunidad Valenciana | Médicos | 234 | 8 % | |
| | Enfermeras | 145 | 5 % | |
| Extremadura | Médicos | 5 | | |
| | Enfermeras | 4 | | |
| Galicia | Médicos | Nd. | | |
| | Enfermeras | Nd. | | |

| CCAA | Profesionales | Número de personas con antiguo modelo de dedicación horaria | Porcentaje sobre el total de profesionales | Observaciones |
|------------|---------------|---|--|--|
| Madrid | Médicos | 107 | 3,24 | |
| | Enfermeras | 74 | 2,28 | |
| Navarra | Médicos | 7 | 1,49 | |
| | Enfermeras | 3 | 0,69 | |
| Rioja (La) | Médicos | 5 | 2,5 | Mantienen nivel retributivo de antiguo modelo, pero realizan la jornada habitual del EAP |
| | Enfermeras | 1 | 0,5 | |

16. Porcentaje de consultas y equipos informatizados, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 17. Por favor, señale el porcentaje de equipos de AP que tienen el 100% de la gestión del proceso asistencial informatizado.

| CCAA | Porcentaje de equipos con el 100 % de la gestión informatizada | Porcentaje de consultas de AP informatizadas |
|----------------------|--|--|
| Andalucía | 100 | 100 |
| Asturias | 96,6 | 100 |
| Aragón | 50 | 60% (Datos a octubre 2007. Fuente: Dirección del Plan de Sistemas y Telemedicina del Departamento de Salud) |
| Baleares | 100 | 100 |
| Canarias | 100 | (Unidades de Atención Familiar) Tenerife: 70 %; Gran Canaria: 86 %; La Palma, La Gomera, El Hierro, Fuerteventura y Lanzarote: 100 % |
| Cantabria | 100 | 100 |
| Castilla-La Mancha | 100 | 93 |
| Castilla y León | 100 | 40 |
| | Nota: si bien no en todos los profesionales del equipo (los urbanos y localidades donde se ubica el Centro de Salud). En estos momentos se está en fase de informatización de los consultorios locales | |
| Cataluña | Todos | 95 |
| Comunidad Valenciana | 82,88 | |
| Extremadura | Nd. | Nd. |
| Galicia | 95 (a final de 2007) | 95 (a final de 2007) |
| Madrid | 100 | 100 |
| Navarra | 100 | 100 |
| Rioja (La) | 55 | 75 |

17. Utilización de medios electrónicos para comunicación entre niveles asistenciales, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 18. ¿Es posible enviar y recibir información clínica entre niveles asistenciales por medios electrónicos? En caso afirmativo, por favor señale tres ejemplos.

| CCAA | ¿Puede intercambiarse información clínica entre niveles asistenciales por medios electrónicos? | Ejemplos |
|----------------------|--|---|
| Andalucía | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Citas para consultas de especialistas - Informes clínicos - Informes de alta hospitalaria - Resultados de analíticas y pruebas diagnósticas - Informes de cuidados - Historia clínica digital y única para ambos niveles asistenciales |
| Asturias | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Sistema telecita - Posibilidad de concertar citas de Especializada desde Atención Primaria - Sistema OMI-Lab - Acceso a resultados de pruebas de laboratorio desde Atención Primaria - Telemedicina - Consulta a dermatología y a oftalmología (patología de la retina) mediante fotos |
| Aragón | NO | <p>- En este momento no es posible, salvo por el envío de resultados de analítica e informes de alta por Intranet en algunos de los Sectores. El Plan de Sistemas contempla esta posibilidad y, probablemente, va a comenzar a funcionar en 2 Sectores en el primer semestre de 2008. La HC de AP (OMI-AP) podrá ser «compartida» por la HC de Especializada (se denomina SGP) y viceversa, pudiendo entonces compartir TODA la información en ambas direcciones. En el desarrollo del Plan de Sistemas, en lo que a AP se refiere, la implantación de la HC informatizada se finalizará en todas las CCAA a finales del año 2008 (Datos de la Dirección del Plan de Sistemas y Telemedicina del Departamento de Salud)</p> |
| Baleares | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Visualización de radiología, laboratorio e informes hospitalarios desde las consultas de AP |
| Canarias | SI | <p>En diferentes fases de implantación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cribado de retinopatía diabética - Gestión de imágenes radiológicas - Intercambio de informes AP-Hospital (Continuidad de cuidados al alta hospitalaria) |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | NO | <ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales no cuentan con informatización de historia clínica, excepto HP para gestión de listas (eso no es informatización) |
| Castilla y León | SI | <p>Retinografía realizadas en Atención Primaria con intercambio de información y emisión de informes con el servicio de oftalmología de referencia (Ávila)</p> <p>Intercambio de información clínica en controles de tratamiento anticoagulante</p> <p>Teledermatología (en pilotaje en algunas áreas)</p> <p>Se está abordando de forma integral el intercambio de información en un proyecto de historia de salud única con integración de toda la información</p> |
| Cataluña | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Informes clínicos - Datos de laboratorio |
| Comunidad Valenciana | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Teleasistencia - Telerradiología - Historia Clínica Electrónica |
| Extremadura | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Correo corporativo - Acceso a las pruebas de laboratorio - Acceso a la radiología digitalizada |
| Galicia | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Altas - Informes de laboratorio - Informes de radiología - Cuidados de enfermería |
| Madrid | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Resultados de laboratorio - Informes de alta - Información de la situación del proceso asistencial (Hygeia-Panacea) |
| Navarra | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Informes de consulta externa - Laboratorio resultados y peticiones - Radiología de tórax digital con imagen - Altas hospitalarias |
| Rioja (La) | SI | <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio - Informes de alta - TAO |

18. Acceso de los profesionales a la historia clínica informatizada del paciente, por comunidades autónomas

Corresponde a la pregunta: 19. ¿Puede el profesional de AP recuperar directamente información de la historia clínica informatizada?

| CCAA | ¿Puede el profesional de AP recuperar directamente información de la historia clínica | Observaciones |
|----------------------|---|--|
| Andalucía | SÍ | - Sí de sus pacientes - Y de otros pacientes de toda Andalucía previa autorización del mismo |
| Aragón | - | |
| Asturias | SÍ | |
| Baleares | SÍ | |
| Canarias | SÍ | |
| Cantabria | SÍ | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | |
| Castilla y León | SÍ | |
| Cataluña | SÍ | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | - La historia clínica electrónica permite para cada perfil profesional acceder a la información clínica del paciente |
| Extremadura | SÍ | - En período de implantación la Historia Única de Salud |
| Galicia | NO | - Actualmente, es posible en 19 centros OMI. Se está diseñando una herramienta propia que se pilotará este año |
| Madrid | SÍ | |
| Navarra | SÍ | |
| Rioja (La) | SÍ | |

19. Acceso rutinario a pruebas por parte del profesional de Atención Primaria, por comunidades autónomas

Corresponde a pregunta: 20. Por favor, señale a cuáles de estas pruebas tiene acceso, en condiciones habituales, el médico de familia.

| CCAA/Pruebas | Accesibilidad habitual | Observaciones |
|------------------------|------------------------|--|
| Mamografía | | |
| Andalucía | SÍ | |
| Asturias | SÍ | |
| Aragón | SÍ | No en todos los sectores |
| Baleares | SÍ | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | SÍ-NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | |
| Castilla y León | SÍ | |
| Cataluña | SÍ-NO | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | En 12 (de 20) departamentos de salud |
| Extremadura | SÍ | |
| Galicia | NO | Accesible a partir de diciembre de 2007, con protocolo |
| Madrid | SÍ | |
| Navarra | SÍ | Bajo protocolo |
| Rioja (La) | NO | |
| Ecocardiografía | | |
| Andalucía | NO | |
| Asturias | NO | |
| Baleares | NO | |

| CCAA/Pruebas | Accesibilidad habitual | Observaciones |
|----------------------|------------------------|--|
| Aragón | NO | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | A través de protocolo con AH |
| Castilla y León | SÍ | |
| Cataluña | SÍ | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | En 17 (de 20) departamentos de salud |
| Extremadura | SÍ | En algunos centros y con protocolo de derivación |
| Galicia | NO | Accesible a partir de diciembre de 2007, con protocolo |
| Madrid | NO | |
| Navarra | NO | |
| Rioja (La) | NO | |

Tomografía axial computarizada (TAC)

| | | |
|----------------------|--|---|
| Andalucía | SÍ | Sólo los profesionales de las unidades de gestión clínica |
| Asturias | En las Áreas Sanitarias I (Jarrio) y II (Cangas del Narcea) | |
| Aragón | SÍ (generalmente la lumbo-sacra y la craneal para estudios protocolizados) | No en todos los sectores |
| Baleares | NO | |
| Canarias | NO | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | A través de protocolo con AH (en 2006 se han solicitado desde AP 915 TAC craneales) |
| Castilla y León | SÍ | Protocolizada en algunas áreas de salud |
| Cataluña | SÍ | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | En 9 (de 20) departamentos de salud |
| Extremadura | SÍ | En algunos centros y con protocolo de derivación |
| Galicia | NO | Accesible a partir de diciembre de 2007, con protocolo |
| Madrid | SÍ | A través de Especialista Consultor |
| Navarra | SÍ | Bajo protocolo |
| Rioja (La) | NO | |

Anatomía patológica

| | | |
|----------------------|----|--|
| Andalucía | SÍ | |
| Asturias | SÍ | |
| Aragón | SÍ | Obligatorio en todos los Centros con Programa de Cirugía Menor |
| Baleares | SÍ | |
| Canarias | SÍ | |
| Cantabria | NO | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | 3.447 estudios histológicos solicitados en 2006 |
| Castilla y León | SÍ | |
| Cataluña | SÍ | |
| Comunidad Valenciana | NO | |
| Extremadura | SÍ | |
| Galicia | NO | Accesible a partir de diciembre de 2007, con protocolo |
| Madrid | SÍ | |
| Navarra | SÍ | Si desarrolla cirugía menor |
| Rioja (La) | SÍ | |

20. Número de encuentros/día promedio para médicos de familia, enfermeras y pediatras, por comunidades autónomas

Corresponde a las preguntas: 21. Por favor, señale el número de encuentros/día por médico de familia (consulta, visita a domicilio, etc.). 22. Por favor, señale el número de encuentros/día por enfermera (consulta, visita a domicilio, etc.). 23. Por favor, señale el número de encuentros/día por pediatra (consulta, visita a domicilio, etc.).

| CCAA | Médicos | | Enfermeras | | Pediatras | |
|----------------------|---|---------------|---|------------|---------------------------------|---------|
| Andalucía | 45 | | 25, excluidos los servicios comunes o dispensarizados | | 30 | |
| Asturias | 35,72 | | 21,17 | | 20,97 | |
| Aragón | 8.516 visitas-año/MF, 428.000 visitas a domicilio (global) (2006) | | 4.565 visitas-año/enfermera (2006) | | 761 visitas-año/pediatra (2006) | |
| Baleares | 35,0 | | 27,20 | | 20,70 | |
| Canarias | 40 consultas/día (año 2006) | | 15 consultas/día (año 2006) | | 26 consultas/día (año 2006) | |
| Cantabria | Demanda Programada | 25,18 7,72 | Demanda Domicilio | 20 1,80 | Consulta Domicilio | 22 pac. |
| Castilla-La Mancha | 32,5 | | Nd. | | 28 | |
| Castilla y León | Urbano: 37,9 Rural: 26,0 | | Urbano: 23,7 Rural: 21,5 | | Urbano: 24,6 Rural: 24,8 | |
| Cataluña | 30,1 | | 15,5 | | 24,3 | |
| Comunidad Valenciana | El Sistema de Información ABUCASIS está en proceso de desarrollo y en la actualidad no nos permite obtener estos datos de forma tan general | | | | | |
| Extremadura | 49 | | 32 | | 27 | |
| Galicia | 41 | | 18 | | 20 | |
| Madrid | Datos de año 2006: 36,84 | | Datos de año 2006: 19,48 | | Datos de año 2006: 24,5 | |
| Navarra | 29 | | 22 (incluye extracciones) | | 22 | |
| Rioja (La) | 40 | | 50 | | 30 | |

21. Existencia de experiencias innovadoras en materia de gestión sanitaria, por comunidades autónomas

Corresponde a pregunta: 24. Por favor, señale si se han puesto en marcha experiencias innovadoras en materia de gestión sanitaria

| CCAA | Puesta en marcha | Año de inicio | ¿Se ha evaluado? | Observaciones |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------------|-------------------------------------|
| Concesiones administrativas | | | | |
| Andalucía | NO | | NO | |
| Asturias | NO | | | |
| Aragón | NO | | | |
| Baleares | NO | | | |
| Canarias | NO | | | |
| Cantabria | NO | | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | | |
| Castilla y León | SÍ | 2005 | SÍ | Programa de Gestión Propia en 7 EAP |
| Cataluña | Nd. | | Nd. | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | 1998 | SÍ-NO | |
| Extremadura | NO | | | |
| Galicia | NO | | | |
| Madrid | NO | | | |
| Navarra | NO | | | |
| Rioja (La) | NO | | | |

| CCAA | Puesta en marcha | Año de inicio | ¿Se ha evaluado? | Observaciones |
|------------------------------------|------------------|---|------------------|---|
| Pago caritativo territorial | | | | |
| Andalucía | SÍ | 1986 | SÍ | |
| Asturias | NO | | | |
| Aragón | NO | | | |
| Baleares | NO | | | |
| Canarias | NO | | | Existe un complemento «caritativo» en base al número de tarjetas sanitarias que corresponden a cada profesional, ajustado por dispersión geográfica |
| Cantabria | NO | | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | | |
| Castilla y León | NO | | | |
| Cataluña | SÍ | 2002 | Nd. | |
| Comunidad Valenciana | SÍ | 2005 | SÍ-NO | |
| Extremadura | NO | | | |
| Galicia | NO | | | |
| Madrid | NO | | | |
| Navarra | NO | | | |
| Rioja (La) | NO | | | |
| EBA's | | | | |
| Andalucía | SÍ | 1988 | SÍ | Fueron suprimidas en 1993 tras evaluación negativa |
| Asturias | NO | | | |
| Aragón | NO | | | |
| Baleares | NO | | | |
| Canarias | NO | | | |
| Cantabria | NO | | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | | |
| Castilla y León | NO | | | |
| Cataluña | SÍ | 1995 | Nd. | |
| Comunidad Valenciana | NO | | SÍ-NO | |
| Extremadura | NO | | | |
| Galicia | NO | | | |
| Madrid | NO | | | |
| Navarra | NO | | | |
| Rioja (La) | NO | | | |
| Gerencia única | | | | |
| Andalucía | SÍ | | SÍ | Actualmente hay 7 áreas de gestión sanitaria con gerencia única AP-Hospitales |
| Asturias | SÍ | En Áreas Sanitarias I y II. Año 1990 | NO | |
| Aragón | SÍ | | NO | Decreto de Sector Sanitario desde 2005 |
| Baleares | NO | | | |
| Canarias | SÍ | | NO | Islas de El Hierro, La Gomera, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote |
| Cantabria | NO | | | |
| Castilla-La Mancha | SÍ | 2004 | | En periodo evaluativo, y resultados positivos parciales |
| Castilla y León | NO | 2002 | SÍ | |
| Cataluña | SÍ | 2006 | Nd. | |

| CCAA | Puesta en marcha | Año de inicio | ¿Se ha evaluado? | Observaciones |
|-------------------------|---------------------------------------|---------------|------------------|--|
| Comunidad Valenciana | SÍ | 2005 | SÍ-NO | |
| Extremadura | SÍ | | | |
| Galicia | SÍ | 2005 | Nd. | |
| Madrid | NO | | | |
| Navarra | SÍ | 1991 | NO | |
| Rioja (La) | SÍ | 2005 | NO | |
| Otras (detallar) | | | | |
| Andalucía | SÍ | 1991 | SÍ | Unidades de gestión clínica con acuerdo de gestión formalizado Conciertos con odontólogos privados Conciertos con podólogos privados |
| Asturias | NO | | | |
| Aragón | SÍ | | NO | Creación del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución en octubre de 2005 (CASAR) |
| Baleares | NO | | | |
| canarias | NO | | | |
| Cantabria | NO | | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | | |
| Castilla y León | NO | | | |
| Cataluña | SÍ | 1990 | Nd. | Consortios |
| Comunidad Valenciana | SÍ | | SÍ-NO | Consortio Hospitalario |
| Extremadura | Contratos de gestión particularizados | | SÍ | |
| Galicia | Nd. | | | |
| Madrid | NO | | | |
| Navarra | NO | | | |
| Rioja (La) | NO | | | |

22. Ampliación de cartera de servicios básicos de Atención Primaria, y mecanismo de financiación, por comunidades autónomas

Corresponde a pregunta: 25. Por favor, indique si en su CCAA se ha ampliado la cartera de servicios básicos de AP (p. ej., como odontología), y el tipo de mecanismo utilizado para su financiación.

| CCAA | Servicios incorporados a la cartera básica | Financiación | Observaciones |
|-----------|---|---|---------------|
| Andalucía | <ul style="list-style-type: none"> - Salud bucodental para niños hasta 16 años - Salud bucodental para deficientes mentales - Podología para diabéticos - Control retinopatía diabética - Tratamiento anticoagulante oral - Exámenes de salud a mayores de 65 años - Cirugía menor - Atención a cuidadoras de discapacitados - Gestión de casos enfermería - Fisioterapia en sala y a domicilio | <ul style="list-style-type: none"> - Presupuestos de las unidades de gestión clínica (UGC) - Conciertos con odontólogos privados - Presupuestos UGC - Conciertos con odontólogos privados - Conciertos con podólogos privados - Dispositivo de apoyo con 50 unidades retinoscópicas - Presupuestos UGC | |
| Asturias | <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Atención a la Obesidad Infantil - Servicio de Atención a trastornos por Déficit de Atención | Ley de presupuestos | |

| CCAA | Servicios incorporados a la cartera básica | Financiación | Observaciones |
|----------------------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Servicio de Atención a personas con dolor músculo-esquelético - Servicio de Atención a personas con asma bronquial en adultos - Servicio de Atención a personas con Cardiopatía Isquémica - Servicio de Atención a Personas Cuidadoras - Servicio de Detección y Atención a trastornos de Ansiedad | | |
| Aragón | - Programa de Salud Bucodental para niños de 6-16 años desde 2005 | Pública con servicios prestados por profesionales privados acreditados | La Cartera de Servicios de AP es común a todos los EAP con pequeñas diferencias (cir. menor, anticoagulación oral, etc.) |
| Baleares | <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulación oral en AP - Intervención avanzada individual y grupal para la deshabituación tabáquica - PADI (Programa de Atención dental infantil) | Presupuesto de Salud | |
| Canarias | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación de la cartera de atención a la salud bucodental 2. Detección y abordaje de la violencia de género en el ámbito doméstico 3. Continuidad de Cuidados en Atención Domiciliaria | <ol style="list-style-type: none"> 1. Concertación con la privada; modelo de provisión mixto y financiación pública 2. Pública 3. Pública | <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualmente en desarrollo. Prevista su implantación para el año 2008. Paralelamente se ha iniciado la revisión del programa de Salud bucodental de la CCAA 2. El protocolo es del año 2003 3. Ampliación progresiva de recursos de enfermería de enlace |
| Castilla-La Mancha | <ul style="list-style-type: none"> - Salud bucodental - Atención podológica - Valoración oftalmológica | Presupuesto de Salud | |
| Cantabria | No | | |
| Castilla y León | <ul style="list-style-type: none"> - Atención al cuidador - Atención al adolescente - Atención al niño con asma - Atención al bebedor de riesgo - Deshabituación tabáquica - Atención a la demencia - Atención a la violencia de género - Actividades Prevención Adulto - Ampliación cobertura odontológica - Incontinencia urinaria en mujeres menopáusicas - Consulta al joven en su ámbito - Ecografías en atención primaria | Consejería de Sanidad | |
| Cataluña | - Odontología desde el inicio de la reforma | General | |
| Comunidad Valenciana | - La cartera de servicios comunes y la de específicos de la Comunidad están detalladas en la siguiente dirección de Internet: http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html | | |
| Extremadura | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de Atención dental Infantil (PADlex) - Plan de Atención dental al Discapacitado intelectual (PADDI) - Plan de Atención Dental a embarazadas | <ul style="list-style-type: none"> - Capitación Prospectiva. Financiación pública, provisión mixta - Financiación Pública. Provisión pública - Financiación Pública | <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura 6-15 años RD 195/2004 - RD 74/2003. Cobertura total, con recursos ambulatorios y hospitalarios específicos - Provisión pública a través de la red asistencial del SES |
| Galicia | - Odontología (obturaciones y tartrectomía) | - Financiación propia | |
| Madrid | - La cartera de Servicios de AP de la Comunidad de Madrid recoge todas las 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 que recoge el R.D. 10030/2006 de 15 de Septiembre que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en su Anexo II | - La financiación de todas las actividades se realiza a través de los presupuestos asignados a la Consejería de Sanidad y Consumo aprobados por la Asamblea de Madrid | |

| CCAA | Servicios incorporados a la cartera básica | Financiación | Observaciones |
|------------|--|--------------|---------------|
| Navarra | <ul style="list-style-type: none"> - PADI desde 6 a 18 años (programa atención dental infantil) - Fármacos para deshabituación tabáquica | | |
| Rioja (La) | <ul style="list-style-type: none"> - Anticoagulación | - SERIS | |
| - | <ul style="list-style-type: none"> - Telecardio | - SERIS | |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Tabaco: Prevención y tratamiento | - SERIS | |

23. Prestación en los centros de salud de servicios sanitarios o sociales que excedan la cartera (básica o ampliada) de la Atención Primaria y mecanismos de financiación de los mismos, según comunidades autónomas

Corresponde a pregunta: 26. Por favor, indique si en los centros de salud se prestan servicios sanitarios o sociales que exceden la cartera básica o ampliada de la AP, y los mecanismos implementados para su financiación.

| CCAA | Servicios extras en los centros de salud | Financiación | Observaciones |
|----------------------|---|---|--|
| Andalucía | Centros que atienden a zonas necesitadas de transformación social | Presupuestos UGC | Plan específico de intervención |
| Asturias | NO | | |
| Aragón | NO | | |
| Baleares | NO | | |
| Canarias | Proyecto RETISALUD | Pública | Aunque la realización del fondo de ojo es una prueba DX básica, en algunas ZBS se ha implantado este proyecto precoz de la retinopatía diabética utilizando retinógrafos no midriáticos |
| Cantabria | NO | | |
| Castilla-La Mancha | NO | | |
| Castilla y León | NO | | |
| Cataluña | <ul style="list-style-type: none"> - Podología - Acupuntura | Variable | <ul style="list-style-type: none"> - En algunos casos EAP de Gerona y Área Metropolitana de Barcelona - En muy pocos EAP del Área Metropolitana y en dos de Gerona |
| Comunidad Valenciana | La cartera de servicios comunes y la de específicos de la Comunidad están detalladas en la siguiente dirección de Internet: http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html | | |
| Extremadura | <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados Paliativos - Unidades del Dolor - Ecografía - Telemedicina | Pública | |
| Galicia | NO | | |
| Madrid | - La cartera de Servicios de AP de la Comunidad de Madrid recoge todas las 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 que recoge el R.D. 10030/2006 de 15 de Septiembre que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en su Anexo II | - La financiación de todas las actividades se realiza a través de los presupuestos asignados a la Consejería de Sanidad y Consumo aprobados por la Asamblea de Madrid | |
| Navarra | NO | | |
| Rioja (La) | <ul style="list-style-type: none"> - Dispensar metadona - Formación pregrado y posgrado - Radiología convencional | <ul style="list-style-type: none"> - SERIS - SERIS + M. Educación - SERIS | |

Anexo 2. Resumen de la situación de las gerencias únicas por comunidades autónomas

TABLA 1 Resumen de la situación de las gerencias únicas por comunidades autónomas

| CCAA | Hay Gerencias Únicas | Modalidades Gerencias Únicas | Número Áreas con Gerencia Única | Integración servicios+ | Directivos atención primaria | Presupuesto de atención primaria | Movilidad profesionales entre ámbitos | Sistema información sanitaria compartido | Pruebas complementarias solicitadas médicos AP | Guías de actuación compartidas | Evaluación del modelo |
|--------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|--|--------------------------------|-----------------------|
| Andalucía | Sí | 1 | 3 | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Limitación | Si | No |
| Aragón | Sí | 1 | Todas | No | Sí | Sí | No | No | No Limitación | No | No |
| Asturias | Sí | 1 | 2 | No | Sí | Sí | No | No | No Limitación | Sí ^a | No |
| Canarias | Sí | 1 | 5 | No | Sí ^a | No | No ^a | No | Limitación | Sí | No |
| Cantabria | No | | | | | | | | | | |
| Castilla y León | No | | | | | | | | | | |
| Castilla La Mancha | Sí | 1 | 1 | No | Sí | No | No | PERS | Limitación | No | No |
| Cataluña | Sí | 1 Var. | 2 ^b 20 ^c | Sí ^a | Sí | Sí | No | No | No Limitación | Si | No ⁺ |
| Extremadura | Sí | 1 | Todas | No | Sí | Sí | No ^a | PERS | Limitación ^a | No | No |
| Galicia | Sí | | | | | | | | | | |
| Baleares | Sí | 1 | 2 | Sí | No | No | No | No | Limitación | No | No |
| Rioja (La) | Sí | 1 | Todas | Sí | No | No | No | No | Limitación | No | No |
| Madrid | Sí ⁺⁺ | | | | | | | | | | |
| Murcia | No | | | | | | | | | | |
| Navarra | Sí | 1 | 2 | No | Sí | Sí | No | Sí | No Limitación | No | No |
| País Vasco | No | | | | | | | | | | |
| Com. Valenciana | Sí | 2 | Todas | No | Sí | No | No | No | Limitación | No | No |

*Proyecto en desarrollo; ** pendiente de desarrollar normativamente.

^aAlgunas; ^bÁmbito ICS; ^cÁmbito no ICS; ^dIntegración de todos los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública.

Anexo 3. Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

TABLA 1 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Miles de euros | | | | | | | | | | TCAA 1995-2001 | TCAA 2002-04 |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003* | 2004* | | |
| Andalucía | 545.156 | 578.788 | 609.543 | 649.866 | 689.935 | 776.348 | 843.280 | 974.892 | 1.066.933 | 1.139.237 | 7,5 | 8,1 |
| Aragón | 119.602 | 112.564 | 118.154 | 122.580 | 128.037 | 137.390 | 148.998 | 157.849 | 177.903 | 185.955 | 3,7 | 8,5 |
| Asturias | 81.590 | 87.134 | 91.194 | 97.529 | 101.808 | 111.635 | 115.215 | 127.138 | 132.320 | 148.329 | 5,9 | 8,0 |
| Baleares | 54.270 | 58.213 | 60.125 | 62.973 | 66.761 | 73.340 | 79.384 | 86.550 | 105.817 | 116.444 | 6,5 | 16,0 |
| Canarias | 117.184 | 123.894 | 128.409 | 144.287 | 145.384 | 151.055 | 169.232 | 199.447 | 215.924 | 231.998 | 6,3 | 7,9 |
| Cantabria | 32.399 | 35.077 | 35.607 | 38.238 | 42.806 | 48.168 | 51.894 | 62.739 | 64.960 | 71.698 | 8,2 | 6,9 |
| Castilla y León | 276.333 | 281.134 | 294.493 | 307.927 | 317.205 | 309.260 | 321.930 | 340.192 | 363.549 | 394.519 | 2,6 | 7,7 |
| Castilla-La Mancha | 162.578 | 169.302 | 177.469 | 184.925 | 193.301 | 197.071 | 210.766 | 180.973 | 217.288 | 238.988 | 4,4 | 14,9 |
| Cataluña | 563.306 | 600.795 | 611.722 | 632.388 | 676.026 | 742.354 | 801.196 | 833.964 | 960.681 | 1.038.021 | 6,0 | 11,6 |
| Com. Valenciana | 286.968 | 301.807 | 324.033 | 348.421 | 370.457 | 394.175 | 417.463 | 450.988 | 520.945 | 535.354 | 6,4 | 9,0 |
| Extremadura | 105.762 | 112.855 | 117.772 | 123.436 | 129.857 | 132.442 | 139.867 | 152.621 | 193.086 | 205.186 | 4,8 | 15,9 |
| Galicia | 176.654 | 197.065 | 214.316 | 224.485 | 239.821 | 255.011 | 283.951 | 283.317 | 295.839 | 316.220 | 8,2 | 5,6 |
| Madrid | 380.431 | 377.886 | 380.846 | 402.675 | 411.907 | 433.015 | 455.414 | 501.979 | 543.752 | 595.677 | 3,0 | 8,9 |
| Murcia | 80.493 | 83.647 | 90.304 | 95.682 | 98.731 | 105.826 | 111.651 | 134.267 | 149.384 | 158.464 | 5,6 | 8,6 |
| Navarra | 58.269 | 61.237 | 65.497 | 71.264 | 74.627 | 81.826 | 88.093 | 93.976 | 101.899 | 101.509 | 7,1 | 3,9 |
| Pais Vasco | 212.488 | 221.757 | 230.273 | 241.883 | 250.334 | 262.596 | 278.783 | 294.659 | 314.199 | 333.871 | 4,6 | 6,4 |
| Rioja (La) | 19.614 | 21.153 | 21.470 | 22.763 | 24.473 | 27.434 | 29.377 | 31.740 | 37.529 | 42.217 | 7,0 | 15,3 |
| Ceuta y Melilla | 10.124 | 10.821 | 15.441 | 18.170 | 19.522 | 21.650 | 24.202 | 25.089 | 27.061 | 29.694 | 15,6 | 8,8 |
| Total CCAA | 3.283.219 | 3.435.128 | 3.586.667 | 3.789.493 | 3.980.991 | 4.260.598 | 4.570.695 | 4.932.381 | 5.489.069 | 5.883.380 | 5,7 | 9,2 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 2 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Porcentajes/gasto público sanitario | | | | | | | | | | Diferencia 2004-1995 |
|--------------------|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003* | 2004* | |
| Andalucía | 14,2 | 14,2 | 13,9 | 14,4 | 14,5 | 15,3 | 15,7 | 16,8 | 17,1 | 16,4 | 2,2 |
| Aragón | 17,5 | 15,6 | 15,7 | 15,0 | 14,9 | 15,0 | 14,8 | 14,5 | 15,0 | 14,4 | -3,2 |
| Asturias | 12,8 | 12,9 | 13,2 | 13,3 | 13,0 | 13,4 | 12,8 | 13,4 | 12,7 | 12,7 | -0,1 |
| Baleares | 15,6 | 15,8 | 14,9 | 14,2 | 13,8 | 14,2 | 13,9 | 13,0 | 13,6 | 13,3 | -2,3 |
| Canarias | 13,1 | 12,8 | 13,0 | 12,7 | 12,5 | 11,1 | 11,9 | 12,4 | 12,9 | 11,2 | -1,9 |
| Cantabria | 10,7 | 10,8 | 10,5 | 10,5 | 10,9 | 11,3 | 10,9 | 11,9 | 10,9 | 11,0 | 0,3 |
| Castilla y León | 20,7 | 19,7 | 19,9 | 19,6 | 18,9 | 17,0 | 16,6 | 16,4 | 16,3 | 16,2 | -4,5 |
| Castilla-La Mancha | 19,5 | 18,5 | 18,7 | 18,1 | 17,5 | 16,6 | 16,4 | 12,2 | 14,1 | 14,1 | -5,4 |
| Cataluña | 16,7 | 16,6 | 16,1 | 16,0 | 15,8 | 16,1 | 15,9 | 15,6 | 16,2 | 15,1 | -1,6 |
| Com. Valenciana | 13,8 | 13,7 | 14,4 | 14,2 | 13,8 | 14,0 | 13,9 | 13,6 | 14,1 | 12,7 | -1,0 |
| Extremadura | 19,0 | 18,4 | 18,2 | 18,0 | 17,8 | 16,9 | 16,9 | 15,9 | 19,0 | 18,8 | -0,2 |
| Galicia | 11,9 | 12,4 | 12,8 | 12,6 | 12,5 | 12,5 | 12,9 | 11,8 | 12,2 | 11,9 | -0,0 |
| Madrid | 13,6 | 12,7 | 12,6 | 12,4 | 12,1 | 12,0 | 11,7 | 12,2 | 12,1 | 11,7 | -1,9 |
| Murcia | 14,7 | 14,0 | 14,1 | 14,1 | 13,2 | 12,9 | 12,5 | 13,3 | 12,9 | 12,3 | -2,4 |
| Navarra | 16,7 | 16,5 | 16,5 | 16,7 | 16,3 | 16,6 | 17,0 | 16,8 | 16,6 | 15,3 | -1,5 |
| Pais Vasco | 16,6 | 16,2 | 16,1 | 15,6 | 15,2 | 15,1 | 14,9 | 14,7 | 14,5 | 14,5 | -2,1 |
| Rioja (La) | 13,7 | 14,7 | 13,6 | 13,3 | 13,5 | 13,8 | 13,7 | 13,0 | 13,7 | 13,5 | -0,1 |
| Ceuta y Melilla | 15,0 | 15,4 | 19,8 | 21,9 | 22,2 | 22,5 | 23,2 | 22,4 | 22,3 | 22,0 | 7,0 |
| Total CCAA | 15,2 | 14,9 | 14,9 | 14,8 | 14,5 | 14,5 | 14,5 | 14,4 | 14,8 | 14,1 | -1,2 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 3 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Porcentaje s/total Comunidades Autónomas | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003* | 2004* |
| Andalucía | 16,6 | 16,8 | 17,0 | 17,1 | 17,3 | 18,2 | 18,4 | 19,8 | 19,4 | 19,4 |
| Aragón | 3,6 | 3,3 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 3,2 | 3,3 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| Asturias | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,6 | 2,6 | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 2,4 | 2,5 |
| Baleares | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,9 | 2,0 |
| Canarias | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 3,8 | 3,7 | 3,5 | 3,7 | 4,0 | 3,9 | 3,9 |
| Cantabria | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,2 |
| Castilla y León | 8,4 | 8,2 | 8,2 | 8,1 | 8,0 | 7,3 | 7,0 | 6,9 | 6,6 | 6,7 |
| Castilla-La Mancha | 5,0 | 4,9 | 4,9 | 4,9 | 4,9 | 4,6 | 4,6 | 3,7 | 4,0 | 4,1 |
| Cataluña | 17,2 | 17,5 | 17,1 | 16,7 | 17,0 | 17,4 | 17,5 | 16,9 | 17,5 | 17,6 |
| Com. Valenciana | 8,7 | 8,8 | 9,0 | 9,2 | 9,3 | 9,3 | 9,1 | 9,1 | 9,5 | 9,1 |
| Extremadura | 3,2 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 3,1 | 3,1 | 3,1 | 3,5 | 3,5 |
| Galicia | 5,4 | 5,7 | 6,0 | 5,9 | 6,0 | 6,0 | 6,2 | 5,7 | 5,4 | 5,4 |
| Madrid | 11,6 | 11,0 | 10,6 | 10,6 | 10,3 | 10,2 | 10,0 | 10,2 | 9,9 | 10,1 |
| Murcia | 2,5 | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,4 | 2,7 | 2,7 | 2,7 |
| Navarra | 1,8 | 1,8 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 1,7 |
| País Vasco | 6,5 | 6,5 | 6,4 | 6,4 | 6,3 | 6,2 | 6,1 | 6,0 | 5,7 | 5,7 |
| Rioja (La) | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,7 | 0,7 |
| Ceuta y Melilla | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |
| Total CCAA | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 4 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Miles de euros ctes. '05 | | | | | | | | | | TCAA 1995-2001 | TCAA 2002-04 |
|--------------------|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | | |
| Andalucía | 713.460 | 731.860 | 759.358 | 798.414 | 831.837 | 907.880 | 951.883 | 1.068.394 | 1.135.206 | 1.176.832 | 4,9 | 5,0 |
| Aragón | 159.143 | 144.295 | 148.345 | 151.778 | 154.819 | 160.821 | 168.511 | 172.651 | 189.101 | 192.463 | 1,0 | 5,6 |
| Asturias | 107.839 | 111.272 | 114.061 | 119.710 | 121.915 | 129.537 | 129.046 | 138.927 | 140.378 | 152.927 | 3,0 | 4,9 |
| Baleares | 73.558 | 76.013 | 76.670 | 78.727 | 81.586 | 86.511 | 89.952 | 94.391 | 112.043 | 120.054 | 3,4 | 12,8 |
| Canarias | 150.291 | 154.871 | 156.906 | 172.175 | 169.584 | 170.900 | 185.709 | 213.736 | 226.413 | 237.798 | 3,6 | 5,5 |
| Cantabria | 42.738 | 44.664 | 44.450 | 46.844 | 51.211 | 55.839 | 58.237 | 68.290 | 68.849 | 73.992 | 5,3 | 4,1 |
| Castilla y León | 363.076 | 356.547 | 366.166 | 377.213 | 380.213 | 358.500 | 359.873 | 371.012 | 386.061 | 407.538 | -0,1 | 4,8 |
| Castilla-La Mancha | 214.637 | 215.331 | 221.727 | 227.853 | 233.961 | 230.459 | 238.139 | 198.714 | 231.865 | 247.352 | 1,7 | 11,6 |
| Cataluña | 775.469 | 796.032 | 793.063 | 802.992 | 835.021 | 883.381 | 921.161 | 928.204 | 1.033.082 | 1.078.504 | 2,9 | 7,8 |
| Com. Valenciana | 381.858 | 388.023 | 408.830 | 430.982 | 449.253 | 462.299 | 472.598 | 494.240 | 554.817 | 553.556 | 3,6 | 5,8 |
| Extremadura | 136.533 | 139.818 | 143.330 | 148.149 | 153.251 | 152.490 | 155.292 | 164.837 | 203.455 | 210.931 | 2,2 | 13,1 |
| Galicia | 234.848 | 253.124 | 270.151 | 277.692 | 289.427 | 297.927 | 320.830 | 311.092 | 315.074 | 326.972 | 5,3 | 2,5 |
| Madrid | 500.356 | 482.534 | 477.714 | 496.652 | 497.589 | 505.888 | 513.568 | 549.059 | 577.427 | 614.143 | 0,4 | 5,8 |
| Murcia | 110.916 | 111.043 | 117.185 | 121.491 | 122.067 | 125.928 | 127.627 | 148.864 | 159.715 | 163.851 | 2,4 | 4,9 |
| Navarra | 79.598 | 80.203 | 83.365 | 88.927 | 90.764 | 96.154 | 99.824 | 103.189 | 108.524 | 104.961 | 3,8 | 0,9 |
| País Vasco | 288.591 | 290.154 | 294.522 | 302.416 | 304.458 | 308.571 | 315.295 | 322.293 | 334.305 | 344.888 | 1,5 | 3,4 |
| Rioja (La) | 27.131 | 28.054 | 27.753 | 28.847 | 30.053 | 32.393 | 33.320 | 34.952 | 40.007 | 43.779 | 3,5 | 11,9 |
| Ceuta y Melilla | 13.471 | 13.925 | 19.480 | 22.365 | 23.673 | 25.416 | 27.371 | 27.548 | 28.709 | 30.436 | 12,5 | 5,1 |
| Total CCAA | 4.377.410 | 4.420.796 | 4.525.311 | 4.696.677 | 4.823.087 | 4.992.107 | 5.169.349 | 5.410.677 | 5.845.968 | 6.083.415 | 2,8 | 6,0 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 5 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Crecimiento real | | | | | | | | | |
|--------------------|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Andalucía | - | 2,6 | 3,8 | 5,1 | 4,2 | 9,1 | 4,8 | 12,2 | 6,3 | 3,7 |
| Aragón | - | -9,3 | 2,8 | 2,3 | 2,0 | 3,9 | 4,8 | 2,5 | 9,5 | 1,8 |
| Asturias | - | 3,2 | 2,5 | 5,0 | 1,8 | 6,3 | -0,4 | 7,7 | 1,0 | 8,9 |
| Baleares | - | 3,3 | 0,9 | 2,7 | 3,6 | 6,0 | 4,0 | 4,9 | 18,7 | 7,1 |
| Canarias | - | 3,0 | 1,3 | 9,7 | -1,5 | 0,8 | 8,7 | 15,1 | 5,9 | 5,0 |
| Cantabria | - | 4,5 | -0,5 | 5,4 | 9,3 | 9,0 | 4,3 | 17,3 | 0,8 | 7,5 |
| Castilla y León | - | -1,8 | 2,7 | 3,0 | 0,8 | -5,7 | 0,4 | 3,1 | 4,1 | 5,6 |
| Castilla-La Mancha | - | 0,3 | 3,0 | 2,8 | 2,7 | -1,5 | 3,3 | -16,6 | 16,7 | 6,7 |
| Cataluña | - | 2,7 | -0,4 | 1,3 | 4,0 | 5,8 | 4,3 | 0,8 | 11,3 | 4,4 |
| Com. Valenciana | - | 1,6 | 5,4 | 5,4 | 4,2 | 2,9 | 2,2 | 4,6 | 12,3 | -0,2 |
| Extremadura | - | 2,4 | 2,5 | 3,4 | 3,4 | -0,5 | 1,8 | 6,1 | 23,4 | 3,7 |
| Galicia | - | 7,8 | 6,7 | 2,8 | 4,2 | 2,9 | 7,7 | -3,0 | 1,3 | 3,8 |
| Madrid | - | -3,6 | -1,0 | 4,0 | 0,2 | 1,7 | 1,5 | 6,9 | 5,2 | 6,4 |
| Murcia | - | 0,1 | 5,5 | 3,7 | 0,5 | 3,2 | 1,3 | 16,6 | 7,3 | 2,6 |
| Navarra | - | 0,8 | 3,9 | 6,7 | 2,1 | 5,9 | 3,8 | 3,4 | 5,2 | -3,3 |
| Pais Vasco | - | 0,5 | 1,5 | 2,7 | 0,7 | 1,4 | 2,2 | 2,2 | 3,7 | 3,2 |
| Rioja (La) | - | 3,4 | -1,1 | 3,9 | 4,2 | 7,8 | 2,9 | 4,9 | 14,5 | 9,4 |
| Ceuta y Melilla | - | 3,4 | 39,9 | 14,8 | 5,8 | 7,4 | 7,7 | 0,6 | 4,2 | 6,0 |
| Total CCAA | - | 1,0 | 2,4 | 3,8 | 2,7 | 3,5 | 3,6 | 4,7 | 8,0 | 4,1 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 6 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Porcentaje s/PIB | | | | | | | | | | Media 1995-2001 | Media 2002-04 |
|--------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|------------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | | |
| Andalucía | 0,91 | 0,91 | 0,90 | 0,90 | 0,90 | 0,93 | 0,93 | 1,00 | 1,00 | 0,99 | 0,91 | 1,00 |
| Aragón | 0,81 | 0,72 | 0,71 | 0,71 | 0,70 | 0,70 | 0,71 | 0,70 | 0,73 | 0,72 | 0,72 | 0,71 |
| Asturias | 0,76 | 0,78 | 0,79 | 0,78 | 0,79 | 0,80 | 0,77 | 0,80 | 0,78 | 0,82 | 0,78 | 0,79 |
| Baleares | 0,51 | 0,51 | 0,48 | 0,47 | 0,45 | 0,46 | 0,45 | 0,47 | 0,54 | 0,55 | 0,48 | 0,45 |
| Canarias | 0,68 | 0,68 | 0,65 | 0,68 | 0,61 | 0,60 | 0,61 | 0,67 | 0,67 | 0,68 | 0,65 | 0,61 |
| Cantabria | 0,59 | 0,61 | 0,58 | 0,58 | 0,60 | 0,62 | 0,61 | 0,69 | 0,67 | 0,68 | 0,60 | 0,61 |
| Castilla y León | 1,03 | 1,00 | 1,01 | 1,00 | 0,97 | 0,89 | 0,87 | 0,86 | 0,85 | 0,86 | 0,97 | 0,91 |
| Castilla-La Mancha | 1,04 | 1,02 | 1,01 | 0,98 | 0,97 | 0,92 | 0,92 | 0,74 | 0,82 | 0,84 | 0,98 | 0,94 |
| Cataluña | 0,65 | 0,65 | 0,62 | 0,61 | 0,61 | 0,62 | 0,62 | 0,61 | 0,65 | 0,66 | 0,63 | 0,62 |
| Com. Valenciana | 0,67 | 0,67 | 0,66 | 0,66 | 0,66 | 0,65 | 0,63 | 0,63 | 0,68 | 0,66 | 0,66 | 0,64 |
| Extremadura | 1,41 | 1,41 | 1,40 | 1,37 | 1,34 | 1,26 | 1,24 | 1,26 | 1,48 | 1,47 | 1,35 | 1,28 |
| Galicia | 0,72 | 0,77 | 0,79 | 0,78 | 0,78 | 0,78 | 0,81 | 0,76 | 0,74 | 0,74 | 0,78 | 0,79 |
| Madrid | 0,49 | 0,46 | 0,43 | 0,42 | 0,40 | 0,39 | 0,38 | 0,39 | 0,39 | 0,40 | 0,42 | 0,39 |
| Murcia | 0,77 | 0,76 | 0,75 | 0,74 | 0,72 | 0,70 | 0,67 | 0,74 | 0,76 | 0,75 | 0,73 | 0,70 |
| Navarra | 0,74 | 0,73 | 0,73 | 0,75 | 0,74 | 0,75 | 0,76 | 0,75 | 0,77 | 0,71 | 0,74 | 0,75 |
| Pais Vasco | 0,76 | 0,75 | 0,73 | 0,71 | 0,68 | 0,66 | 0,65 | 0,65 | 0,65 | 0,65 | 0,71 | 0,67 |
| Rioja (La) | 0,57 | 0,58 | 0,55 | 0,55 | 0,55 | 0,57 | 0,57 | 0,59 | 0,64 | 0,68 | 0,56 | 0,57 |
| Ceuta y Melilla | 0,83 | 0,84 | 1,10 | 1,16 | 1,15 | 1,19 | 1,26 | 1,22 | 1,21 | 1,23 | 1,08 | 1,20 |
| Total CCAA | 0,73 | 0,72 | 0,70 | 0,70 | 0,68 | 0,68 | 0,67 | 0,68 | 0,70 | 0,70 | 0,70 | 0,68 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 7 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Euros ctes. '05 por habitante | | | | | | | | | | Media | Media |
|--------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 1995-2001 | 2002-04 |
| Andalucía | 99 | 101 | 105 | 110 | 114 | 124 | 129 | 143 | 149 | 153 | 112 | 148 |
| Aragón | 134 | 122 | 125 | 128 | 130 | 135 | 140 | 142 | 154 | 154 | 131 | 135 |
| Asturias | 99 | 102 | 105 | 111 | 112 | 120 | 120 | 129 | 131 | 142 | 110 | 118 |
| Baleares | 97 | 100 | 98 | 99 | 99 | 102 | 102 | 103 | 118 | 126 | 100 | 101 |
| Canarias | 94 | 96 | 97 | 106 | 101 | 100 | 104 | 116 | 119 | 124 | 100 | 102 |
| Cantabria | 81 | 85 | 84 | 89 | 97 | 105 | 108 | 126 | 125 | 133 | 93 | 103 |
| Castilla y León | 145 | 142 | 147 | 152 | 153 | 145 | 145 | 150 | 155 | 163 | 147 | 148 |
| Castilla-La Mancha | 125 | 126 | 129 | 133 | 136 | 133 | 136 | 112 | 128 | 134 | 131 | 135 |
| Cataluña | 127 | 131 | 130 | 131 | 135 | 141 | 145 | 143 | 154 | 158 | 134 | 140 |
| Com. Valenciana | 95 | 97 | 102 | 107 | 110 | 112 | 112 | 114 | 124 | 122 | 105 | 112 |
| Extremadura | 128 | 131 | 134 | 139 | 143 | 143 | 145 | 154 | 189 | 196 | 137 | 143 |
| Galicia | 86 | 92 | 99 | 102 | 106 | 109 | 117 | 114 | 115 | 119 | 102 | 111 |
| Madrid | 100 | 96 | 94 | 98 | 97 | 97 | 96 | 99 | 101 | 106 | 97 | 96 |
| Murcia | 101 | 101 | 106 | 109 | 108 | 110 | 107 | 121 | 126 | 127 | 106 | 108 |
| Navarra | 153 | 154 | 159 | 168 | 169 | 177 | 179 | 181 | 188 | 180 | 165 | 175 |
| País Vasco | 138 | 138 | 140 | 144 | 145 | 147 | 150 | 153 | 158 | 163 | 143 | 147 |
| Rioja (La) | 102 | 106 | 105 | 109 | 113 | 123 | 123 | 124 | 139 | 149 | 112 | 120 |
| Ceuta y Melilla | 105 | 108 | 150 | 169 | 181 | 180 | 189 | 190 | 200 | 213 | 155 | 183 |
| Total CCAA | 110 | 111 | 114 | 118 | 120 | 123 | 126 | 129 | 137 | 141 | 117 | 123 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

TABLA 8 Servicios Primarios de Salud de las comunidades autónomas

| | Euros ctes. '05 por persona protegida | | | | | | | | | | Media | Media | Incremento |
|--------------------|---------------------------------------|----------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 1999-2001 | 2002-04 | 2004-2002 |
| Andalucía | - | - | - | - | 122 | 132 | 137 | 153 | 159 | 163 | 130 | 158 | 11 |
| Aragón | - | - | - | - | 140 | 145 | 150 | 152 | 164 | 164 | 145 | 160 | 12 |
| Asturias | - | - | - | - | 116 | 125 | 124 | 134 | 135 | 147 | 122 | 139 | 13 |
| Baleares | - | - | - | - | 104 | 107 | 107 | 107 | 123 | 131 | 106 | 120 | 24 |
| Canarias | - | - | - | - | 107 | 105 | 110 | 122 | 126 | 130 | 107 | 126 | 9 |
| Cantabria | - | - | - | - | 101 | 110 | 113 | 131 | 131 | 139 | 108 | 134 | 8 |
| Castilla y León | - | - | - | - | 164 | 155 | 156 | 161 | 167 | 175 | 158 | 168 | 15 |
| Castilla-La Mancha | - | - | - | - | 143 | 140 | 143 | 118 | 135 | 141 | 142 | 131 | 23 |
| Cataluña | - | - | - | - | 139 | 145 | 149 | 147 | 158 | 163 | 144 | 156 | 16 |
| Com. Valenciana | - | - | - | - | 116 | 117 | 118 | 119 | 130 | 127 | 117 | 125 | 8 |
| Extremadura | - | - | - | - | 153 | 153 | 155 | 164 | 203 | 210 | 153 | 192 | 46 |
| Galicia | - | - | - | - | 112 | 116 | 124 | 120 | 121 | 126 | 117 | 122 | 5 |
| Madrid | - | - | - | - | 106 | 106 | 104 | 108 | 109 | 114 | 105 | 110 | 6 |
| Murcia | - | - | - | - | 116 | 118 | 115 | 130 | 135 | 135 | 116 | 133 | 5 |
| Navarra | - | - | - | - | 174 | 182 | 185 | 187 | 193 | 184 | 180 | 188 | -2 |
| País Vasco | - | - | - | - | 149 | 151 | 154 | 157 | 162 | 167 | 151 | 162 | 10 |
| Rioja (La) | - | - | - | - | 119 | 129 | 130 | 130 | 146 | 156 | 126 | 144 | 26 |
| Ceuta y Melilla | - | - | - | - | 233 | 231 | 241 | 239 | 254 | 270 | 235 | 255 | 31 |
| Total CCAA | - | - | - | - | 127 | 130 | 133 | 137 | 144 | 148 | 130 | 143 | 12 |

*Datos provisionales.

Fuente: Estadísticas EGSP; Tablas Gasto Sanitario Público Territorializado.

Anexo 4. Direcciones web de los ministerios y comunidades autónomas

MINISTERIOS Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS

MINISTERIOS

Ministerio de Administraciones Públicas: www.map.es

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación: www.mapa.es

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación: www.maec.es

Ministerio de Cultura: www.mcu.es

Ministerio de Educación y Ciencia: www.mec.es

Ministerio de Industria, Turismo y Comercio: www.mityc.es

Ministerio del Interior: www.mir.es

Ministerio de Justicia: www.mjusticia.es

Ministerio de Medio Ambiente: www.mma.es

Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: www.mtas.es

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Comunidad Autónoma de Andalucía: www.juntadeandalucia.es

Comunidad Autónoma de Aragón: <http://portal.aragob.es>

Comunidad Autónoma de Asturias: www.asturias.es

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares: www.caib.es

Comunidad Autónoma de Canarias: www.gobcan.es

Comunidad Autónoma de Cantabria: www.gobcantabria.es

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha: www.jccm.es

Comunidad Autónoma de Castilla y León: www.jcyl.es

Comunidad Autónoma de Cataluña: www.gencat.net

Comunidad Autónoma de Extremadura: www.juntaex.es

Comunidad Autónoma de Galicia: www.xunta.es

Comunidad Autónoma de Madrid: www.madrid.org

Comunidad Autónoma de Murcia: www.carm.es

Comunidad Autónoma de Navarra: www.navarra.es

Comunidad Autónoma de País Vasco: www.euskadi.net

Comunidad Autónoma de La Rioja: www.larioja.org

Comunidad Autónoma de Valencia: www.gva.es

Ciudad Autónoma de Ceuta: www.ceuta.es

Ciudad Autónoma de Melilla: www.melilla.es

OTRAS ENTIDADES DE INTERÉS

Instituto de Salud Carlos III: www.isciii.es

Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP): www.pacap.net

Asociación de Educación para la Salud (ADEPS): www.adeps.org

Grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad: www.apoc-copc.org/

Actuando Unidos por la Salud. Cataluña (AUPA): www.gencat.net/salut/ies-aupa

Asociación de Enfermería comunitaria: www.enfermeriacomunitaria.org

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: www.sespas.es

Red Española de Atención Primaria: www.reaps.es

Escuela Andaluza de Salud Pública: www.easp.es

Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud: <http://portal.aragob.es>

Instituto de Salud Pública. Comunidad Foral Navarra: www.cfnavarra.es/isp

Instituto Salud Pública. Comunidad de Madrid. Publicaciones: www.publicaciones-isp.org

Biblioteca Cochrane: www.cochrane.es

Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS): www.mec.es/cide/

Sistema de Información en Atención Primaria: www.msc.siap.es

Unión Internacional de Promoción de la Salud: www.iuphe.org

Federación Regional de Asociaciones de Vecinos de Madrid: www.aavvmadrid.org

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: www.fadsp.org

Asociaciones de Pacientes: www.webpacientes.org

Anexo 5. Planificación y estrategia de calidad asistencial por comunidades autónomas

Andalucía

El *II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008*¹ cita las herramientas estratégicas y apoyo a la gestión de servicios mediante la Gestión por Procesos, Gestión Clínica, Gestión por Competencias y el Modelo de Acreditación y Mejora Continua. Todos los procesos tienen un marcado carácter transversal, habiéndose definido 48 objetivos y 25 proyectos específicos articulados en cinco procesos estratégicos nucleares:

1. Asumir las necesidades y expectativas de los ciudadanos. Los procesos clave serían adaptar los servicios, atender y gestionar las relaciones con el ciudadano.

Líneas de acción definidas serían la administración electrónica en el ámbito sanitario para introducir criterios de acto único y orientación al cliente, la incorporación progresiva de ciertas modalidades de atención telefónica (consulta 24 horas, medidas de personalización con mensajes SMS), la elaboración de guías y documentos en lenguaje asequible o la adaptación a colectivos con necesidades específicas.

2. Garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios. Resulta clave la Gestión por Procesos e impulsar el desarrollo profesional mediante la Gestión por Competencias. La Agencia de Calidad Sanitaria tiene el cometido de implantar el Programa de Acreditación a todos los centros y unidades, área de Salud Pública, formación continuada, los profesionales y a ciertos ámbitos del sector sanitario concertado.

Los Acuerdos de Gestión con Hospitales y Distritos incorporan compromisos explícitos para la implantación de procesos asistenciales. Las Unidades Clínicas de Gestión se convierten en la unidad básica en la estructuración del sistema.

Se avanza en la implantación de la Historia Digital en todos los centros y servicios y en la puesta en marcha de un Plan de Seguridad del Paciente.

3. Garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública. Los procesos clave serían impulsar las políticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; impulsar la calidad de las políticas de vigilancia de la salud y de las políticas de protección.
4. Gestionar el conocimiento. Resulta clave garantizar e impulsar la adquisición e intercambio del conocimiento en el sistema sanitario.

Se orienta hacia el desarrollo de proyectos de soporte como la creación de un Centro de Documentación Sanitaria o la Biblioteca Virtual del sistema y en el establecimiento de alianzas. Por otro lado, se impulsa el desarrollo de una Plataforma Regional de Soporte a la Investigación, y se trabaja en un Plan de Formación Integral para el sistema público.

5. Impulsar la innovación y modernización. Por tanto los procesos clave referidos serían la innovación y organización de la práctica clínica mediante uso intensivo de las tecnologías de la información y comunicación; avanzando hacia un Sistema de Información

Integrado, así como la innovación en servicios y formas de relación con el ciudadano.

Aragón

El documento «Estrategias de Salud 2003-2007»² contiene 9 líneas estratégicas y 40 acciones concretas, orientando los esfuerzos de cambio a ofrecer los servicios y estándares de calidad apropiados. Sobre estas estrategias se ha establecido como núcleo de la organización el desarrollo de la Gestión Clínica, precisando como requisito previo el diseño de la Cartera de Servicios. El Servicio Aragonés de Salud (SALUD) incorpora en los Contratos de Gestión diferentes compromisos respecto del sistema de calidad (2004):

1. Mantener y desarrollar un marco de referencia sobre calidad en el SALUD. Resulta clave lo siguiente: a) consolidar el uso del Modelo EFQM; b) introducir sistemas de garantía de calidad en los procesos del SALUD junto con la utilización complementaria de estándares de referencia, y c) afianzar el liderazgo de los equipos directivos en la gestión y mejora.
2. Garantizar una estructura suficiente para el sistema de calidad en el SALUD. Se señala lo siguiente: a) reforzar y facilitar el papel de las unidades de calidad y sus coordinadores; b) aumentar la creación y participación de grupos impulsores de la calidad, y c) asegurar el funcionamiento del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de Calidad.
3. Mejorar el SALUD desde la perspectiva de sus pacientes y clientes, en razón de: a) aumentar los beneficios de la atención; b) disminuir los riesgos de la atención, y c) garantizar los derechos y satisfacción de los usuarios.
4. Mejorar el SALUD desde la perspectiva de las personas, en razón de: a) mejorar las habilidades y conocimientos, y b) motivar e implicar a los profesionales
5. Mejorar el SALUD desde la perspectiva de los procesos, optimizando su gestión, mediante: a) garantizar los recursos necesarios; b) proporcionar una atención más eficiente, y c) Mejorar la organización.

El Modelo EFQM de Excelencia supone el marco de referencia para el sistema de calidad desde 2001. En 2005, la dirección de SALUD estableció un Contrato con cada Gerencia de Sector y de Urgencias Emergencias 061, adecuándose al modelo EFQM integrando elementos de la gestión de la calidad en SALUD:

1. Procedimiento para la evaluación y mejora de SALUD, basado en la autoevaluación de cada Sector según EFQM, aplicando el formato EvalExpress de Oskidetza.
2. Procedimiento para la evaluación y mejora de las unidades clínicas en razón del diseño de un programa propio de calidad.
3. Utilización de herramientas de evaluación «nuevas» en SALUD, que facilitan información y comparación

no disponible previamente (encuesta de opinión a los usuarios de distinto nivel asistencial, encuesta de clima laboral y satisfacción de las personas y simplificación de cuadros de mando).

4. Introducción de herramientas de mejora «nuevas» en SALUD orientadas a sistemas de acreditación basados en normas ISO en tres ámbitos: laboratorios clínicos, centrales de esterilización y Equipos de Atención Primaria.

Asturias

Las «Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007»^{3,4} concretan 5 bloques de acción como elementos distintivos de las estrategias:

1. Alineamiento con el Plan de Salud para Asturias 2003-2007
2. Participación real y enriquecedora de las personas.
3. Utilización en el ámbito operativo del Contrato Programa.
4. Adopción conveniente de modelos internacionales de calidad.
5. Elaboración de un modelo organizativo para implantar las estrategias.

El Plan de Calidad requiere de 3 ejes estratégicos para su despliegue:

1. Programas Clave de Atención Interdisciplinar, distribuidos en 14 líneas de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud. Desarrollo de las guías de recomendaciones clínicas de los PCAI.
2. Áreas de Monitorización para la Mejora, dentro de los contenidos del Contrato Programa recogiendo las dimensiones sobre accesibilidad y continuidad de la atención, atención centrada en el paciente, efectividad de la práctica, seguridad y uso adecuado de los recursos. Disponibilidad de un documento de indicadores de evaluación del desempeño de la práctica clínica, vinculado al Contrato Programa y con evaluación anual.
3. Gestión de la Calidad y Evaluación externa. Se incluye el uso de Encuestas de Satisfacción, el Modelo EFQM, la auditoría del Contrato Programa, la certificación de servicios (Normas ISO, esencialmente en laboratorios de Hospitales y áreas de suministros), y la acreditación de centros (modelo de Estándares Internacionales de la JCI (proyecto focalizado en 3 hospitales y 4 centros de Atención Primaria).

Baleares

El Programa de Excelencia (2006-2007) del Sistema Sanitario de las Illes Balears⁵ configura como el principal objetivo la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, siendo prioritario centrarse en las intervenciones sobre los ciudadanos y usuarios, los profesionales y la acreditación de servicios y la práctica clínica. Se recogen las siguientes iniciativas:

1. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria 2004-2005, siendo el primer paso para el establecimiento de criterios de calidad orientados hacia el usuario.
2. Certificación y acreditación de servicios y práctica clínica. Diferentes experiencias previas existen en el sector, esencialmente en atención especializada: Normas según el alcance (ISO 9000, ISO 17025, ISO 9001:2000, OHSAS 18001, ISO 14001:96). Desde 2005 se han proyectado acciones de acreditación de los servicios de transfusión y bajo Norma ISO 9001:2000 de un Centro de Salud de Atención Primaria.
3. Plan Integral de Seguridad de Pacientes 2005-2007, diseñado con la colaboración de la Fundación Avedis Donabedian, cuyos objetivos genéricos son la coordinación y homologación del registro y análisis de indicadores de seguridad, intercambio de información y experiencias, seguimiento de los factores de riesgo, promoción de estrategias, programas y medidas efectivas de seguridad de los pacientes y los ciudadanos, y la promoción de la investigación sobre la seguridad de la atención sanitaria.
4. Promoción y Prevención de la salud.
5. Cooperación con la sociedad civil, materializada a través de la suscripción de acuerdos o convenios para promover el desarrollo mutuo en beneficio de la salud de los ciudadanos.
6. Plan de Calidad 2005-2007, donde la metodología se basa en el modelo EFQM. Tras la evaluación externa y autoevaluación de 2005 se diseñaron los planes de acción incorporados al Plan de Gestión. En 2006 se ha repetido dicha iniciativa. Estructuralmente, del Comité de Calidad en el Servei de Salut (ib-salut) dependen las distintas Comisiones de Calidad de cada hospital y gerencia. Se potencia la accesibilidad en favor de planes de mejora de las instalaciones y procesos de atención al ciudadano, promoviendo herramientas (catálogos de servicios y trípticos informativos) dirigidas a los usuarios.
7. Encuestas de satisfacción con periodicidad anual.
8. Fijación de objetivos en Contratos de Gestión con el Servicio de Salud, fijándose en su momento las siguientes líneas estratégicas: Listas de espera, Integración Atención Primaria/Atención Especializada, Uso de tecnología SMS, Implantación del programa Farmacéutico de Enlace entre niveles (Programa FACE), Transporte sanitario.
9. Programa de Listas de Espera.

Canarias

El Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009⁶ subraya el objetivo del proceso de cambio que debe efectuar la Atención Primaria para alcanzar una situación de excelencia. El Plan estratégico se despliega en AP a través del Programa de Gestión Convenida (PGC) que establece las directrices, marco de actividad, objetivos de calidad y presupuestación, y se descentraliza a nivel de las Gerencias y a su vez con las zonas básicas de salud.

Las tendencias estratégicas del Plan se centran en: Desarrollo de una política de mejora de la calidad asis-

tencial como marco de referencia (modelo EFQM), orientación a las necesidades y expectativas del ciudadano, impulso de la continuidad y coordinación asistencial, mejora de la accesibilidad y resoluntividad, mejora de la eficiencia, fomento de participación de los profesionales, desarrollo corporativo y de los sistemas de información.

Dentro del Área de Calidad se incluyen las siguientes iniciativas:

1. Impulsar la implantación del Modelo EFQM en el ámbito de la Atención Primaria. Desglosado en: a) priorizar la formación en mejora de la calidad total incorporando en las áreas técnicas de apoyo a las gerencias los conocimientos y metodologías (EFQM); b) implantar el Modelo EFQM con autoevaluaciones bienales, y c) diseñar e implementar Planes de Mejora específicos para los procesos priorizados.
2. Desarrollar con la participación activa de profesionales y usuarios un sistema de evaluación de calidad de la atención. Se contempla: a) construir un panel general de indicadores de calidad para los procesos analizados con registro en la historia de salud electrónica y b) diseñar y desarrollar un sistema de información y evaluación global que pondere de forma equilibrada la calidad percibida, la calidad técnica y la eficiencia.

En el conjunto del Área del Ciudadano pueden destacarse las siguientes acciones:

1. Incrementar la información facilitada a los ciudadanos sobre el funcionamiento del sistema sanitario y orientarla para que asuman un mayor protagonismo en su salud. Describe: a) seleccionar y/o crear un banco de documentos divulgativos a la ciudadanía y b) elaborar un manual del usuario sobre prestaciones, servicio y normas de acceso al área de Salud
2. Mejorar la accesibilidad a los servicios de Atención Primaria. Se cita: a) mejorar la accesibilidad de los usuarios disminuyendo el tiempo de espera en las agendas y salas de espera y b) pilotar nuevas fórmulas de acceso a los servicios, como la creación de un «Centro de Atención Telefónica» corporativo.
3. Conocer la opinión de los ciudadanos y promover su participación. Se centra en: a) conocer las expectativas, satisfacción y sugerencias de los usuarios a través de la consulta periódica y b) utilizar los ámbitos de participación social y desarrollar los Consejos de Salud como órganos de participación.
4. Mejorar la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para ello: a) incorporar servicios basados en la evidencia científica a la Cartera de Servicios y b) favorecer la organización de las agendas de los profesionales para la realización de actividades de promoción de la salud.

Se ha producido la aprobación del Decreto 105/2006, por el que se regula la homologación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y se desarrolla el régimen jurídico del concierto sanitario.

Cantabria

El Servicio Cántabro de Salud, en su objetivo de alcanzar la excelencia, adopta el modelo EFQM como instrumento para los procesos de autoevaluación que permitan un diagnóstico de situación y propuesta de intervenciones, promover un lenguaje común y marco general de actuación, sirviendo en definitiva como estructura del sistema de gestión de la organización. En dicho sentido se ha ido produciendo una adaptación de la estructura de los Contratos de gestión al modelo EFQM con objetivos medibles y ligados al sistema de incentivación según cumplimiento de las líneas estratégicas:

1. Liderazgo, política y estrategia.
2. Orientación hacia las personas.
3. Orientación al paciente.
4. Orientación a los procesos y mejora de resultados clave.
5. Alianzas y recursos.
6. Orientación a la sociedad.
7. Gestión de recursos/financiación.
8. Orientación hacia la sociedad.

La calidad se contempla como una herramienta de trabajo integrada en el modelo de gestión, considerando la apuesta por el modelo EFQM haciéndolo compatible con otros sistemas (certificación en servicios y unidades concretas). En 2006 ha completado la validación del reconocimiento de la excelencia en los centros sanitarios (sellos de bronce). Una dimensión sobre la percepción de la calidad del servicio es la accesibilidad que se impulsa con la entrada en vigor de la Ley de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada (2006).

Se potencia la práctica clínica segura, con el proyecto de seguridad clínica (2006) dirigido a formar y sensibilizar a los profesionales sanitarios, investigando y analizando la práctica asistencial e implantando prácticas seguras basadas en la evidencia. Se fomenta la idoneidad de nuevas tecnologías y el reto de la gestión de procesos y elaboración de guías de procesos.

Castilla-La Mancha

El Plan de Calidad del SESCAM 2006⁷ se orienta hacia el modelo EFQM contribuyendo al despliegue de los objetivos fijados por el Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010, definiendo una relación de objetivos de mejora claves para la excelencia, sumando indicadores derivados del resto de los objetivos del contrato de gestión en un afán integrador. En el Plan de Calidad se incluye la «metodología de evaluación» de cada objetivo, mediante indicadores, clasificados por criterios, subcriterios y objetivos, en consonancia con el modelo propuesto por la Fundación Avedis Donabedian. Se trata de un Plan anual de objetivos de calidad, articulado en el Contrato de Gestión, donde los conceptos fundamentales son:

1. Orientación hacia los resultados.
2. Orientación al cliente.
3. Liderazgo y coherencia en los objetivos.
4. Gestión por procesos y hechos.

5. Desarrollo e implicación de las personas.
6. Aprendizaje, innovación y mejora continua.
7. Desarrollo de alianzas.
8. Responsabilidad social.

Se propone la adaptación de los objetivos del Plan (en su mayoría proviene de atención especializada) a las características de Atención Primaria, una revisión sistemática de los indicadores en función de la evidencia científica, y la integración de los indicadores de calidad asistencial, seguridad de los pacientes y gestión de riesgos laborales en un Anexo único al Contrato de Gestión.

El alcance del Plan de Calidad no excluye los objetivos de mejora identificados por los centros, definiendo éstos su plan de calidad específico. Dentro del Plan de Calidad de centros, cabe destacar ciertas experiencias novedosas (Hospital Universitario de Albacete –solicitud de acreditación bajo criterios de JCI y EFQM, y la Gerencia única de Puertollano– EFQM).

Adicionalmente al Plan de Calidad, el SESCAM desarrolla otras iniciativas orientadas hacia la mejora continua como son la Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada, el Plan de Inspección, el Plan de los Pequeños Detalles y el desarrollo de las tecnologías de la información.

En términos de habilitación de servicios se sitúan los Órdenes de la Consejería de Sanidad sobre centros y servicios de la Red de Hemodonación, Hemoterapia y Hemovigilancia; de atención a la salud mental; y de podología.

Castilla y León

Dentro de las líneas de actuación comunes (2004-2005) a toda la Gerencia Regional de Salud, se sitúa la adecuación de servicios periféricos, el refuerzo de la continuidad asistencial, la mejora de la coordinación y gestión de los recursos humanos y mejora de la participación de los ciudadanos. Las líneas específicas en Atención Primaria se centrarían en:

1. Mejorar la accesibilidad (identificar procesos clave, formación del personal implantación de cita previa centralizada en 2 áreas).
2. Sistemas de información de la gestión clínica (impulsar la informatización de los centros de salud, análisis DAFO de los sistemas de información, orientación clínica de los sistemas reinformación).
3. Monitorización de indicadores de calidad (evaluación anual de normas técnicas, calidad de la documentación clínica y uso racional del medicamento).
4. Proyectos y planes de mejora (realización del plan anual de mejora por los equipos de Atención Primaria, difusión de proyectos de mejora).
5. Modelo EFQM en los centros de salud (formación en gestión de calidad, guía de autoevaluación en Atención Primaria, aplicación en un área piloto de un método para medida del clima organizacional).

Los Planes Anuales de Gestión (2005) de la Gerencia Regional de Salud incorporan objetivos específicos de

calidad, tanto en Atención Primaria como Especializada, definiendo indicadores concretos de evaluación referidos a la organización-actividad y accesibilidad, satisfacción del usuario, y uso racional del medicamento.

La Orden SAN/449/2005 de la Consejería de Sanidad, permite la definición del modelo de Acreditación del Sistema Sanitario de Castilla y León, y por tanto, el potencial diseño de la Agencia de Calidad y Acreditación de Castilla-León.

Se ha puesto en marcha el proyecto «Evaluación continuada de la satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios asistenciales del conjunto del Sistema Regional de Salud», que define áreas de estudio como son Población General, Atención Primaria (incluyendo Medicina de Familia y Pediatría), Atención Especializada (incluyendo Consultas Externas, Urgencias Hospitalarias y Hospitalización, general, pediátrica y obstétrica), Emergencias Sanitarias, Transporte Sanitario y colectivos específicos.

Cataluña

De entre las numerosas actuaciones dirigidas a la mejora de la calidad de la asistencia cabe destacar el sistema de acreditación sanitaria. En sucesivos procesos de acreditación (1.º proceso en 1981 regulando la acreditación de centros y servicios sanitarios asistenciales; 2.º proceso con la creación de la Red Hospitalaria de Utilización Pública XHUP, y 3.º proceso en 1991 con el programa de acreditación para hospitales de asistencia aguda) se ha recorrido un amplio camino en mejora de la calidad, culminado recientemente con el nuevo Modelo de Acreditación⁸ que presenta aspectos innovadores, como es la adaptación del Modelo EFQM a un modelo de acreditación característica. El programa se impulsa desde la administración con el objetivo de homologar la calidad de los centros y evaluar los servicios de salud para incidir en su eficiencia.

Los ejes del modelo pueden resumirse en el enfoque a los procesos de la organización y una clara orientación a los resultados, satisfacción de ciudadanos y profesionales, impacto positivo en la sociedad, y la posibilidad de adaptación a las distintas líneas de servicios, sin olvidar la situación del entorno.

Algunos de los aspectos innovadores serían la incorporación de entidades externas a la Administración para la realización de las evaluaciones a los centros que optan por la acreditación, promueve la mejora desde la implantación progresiva de los estándares, incide directamente en la cultura de la organización, evalúa el proceso y está enfocado a los resultados, así como al cliente externo e interno.

En la participación de elaboración del modelo y el reconocimiento del mismo, debe atenderse a la contribución Centre d'Innovació i Desenvolupament Empresarial (CIDEM), del Departament de Treball i Indústria de la Generalitat de Catalunya y la propia Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

No obstante el recorrido se ha mantenido hasta la fecha en ámbito de atención especializada, sin referencias

concretas de aplicación en centros de Atención Primaria. No obstante el conjunto del sistema sanitario en Cataluña, advierte una amplia experiencia en la confluencia de modelos y sistemas de gestión de la calidad: certificación bajo Normas ISO, acreditación sanitaria específica y adaptada a los estándares de la JCI con el protagonismo de la Fundación Avedis Donabedian, la aplicación del Modelo EFQM y la gestión por procesos en función del sistema de gestión asistencial en el conjunto de la red.

Ceuta y Melilla (Ingresa)

Plan de calidad integral de los servicios sanitarios del INGESA 2005-2007 con incorporación de pautas de planificación estratégica y se implementan las bases fundamentales del modelo EFQM.

Se establece un Plan Trienal de Calidad con evaluación anual de grado de consecución de los distintos objetivos valorando la evolución de los resultados según el criterio de temporalidad (entre 6 meses y 3 años).

La mejora de la calidad de la asistencia es un compromiso que el INGESA hace constar en los Contratos de Gestión de las Áreas Sanitarias Únicas. Se ha generado una dinámica de múltiples grupos de trabajo de diferente nivel asistencial Atención Primaria y Especializada, implicados en la mejora de la calidad y continuidad asistencial, obteniéndose experiencias favorables como la capacidad resolutoria de Atención Primaria (Melilla) repercutiendo positivamente en los indicadores de uso de las urgencias hospitalarias.

Extremadura

El I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura contempla como uno de sus ejes la autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, además de otros condicionantes como la calidad de la atención sanitaria, la calidad relacional, la evaluación sanitaria, el desarrollo profesional, la investigación y formación, los sistemas de información, la gestión y financiación del Sistema.

El Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (CSES) de la Comunidad Autónoma de Extremadura 2004 es el referente vigente, cuyo marco conceptual se inspira en el Modelo EFQM y la adecuación a las características de los CSES. La definición de requisitos relaciona otros modelos (JCI, Norma ISO 9001:2000, ISO-IWA UNE 66924 IN, acreditación sanitaria de otras CCAA y de otros sectores —p. ej., educación—, y Planes de calidad y/o Salud de las Consejerías de Sanidad de otras CCAA).

El Modelo cuenta con 320 estándares agrupados en 10 categorías y 24 subcategorías, siendo el 47% de cumplimiento obligatorio, y el 53% recomendable para optar a la acreditación, que consta de tres grados (de menor a mayor): avanzado, óptimo y excelente. Tras su diseño, en el año 2005 se establecen las bases para el pilotaje del mismo en diferentes Gerencias de Área de Salud. Las categorías (criterios) son los siguientes:

1. Dirección.
2. Planificación Estratégica.

3. Gestión de Recursos Humanos.
4. Gestión de Tecnología y Recursos Materiales.
5. Gestión de la Información el Conocimiento y los Aspectos Éticos.
6. Gestión de Procesos.
7. Satisfacción de los ciudadanos.
8. Satisfacción del Personal.
9. Implicación con la sociedad.
10. Resultados Clave.

Se incorporan los objetivos de calidad en los contratos de gestión 2005, relacionados con el Modelo de Calidad y el I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño:

1. Objetivos de calidad percibida y derechos de los usuarios.
2. Objetivos de calidad científico-técnica.
3. Objetivos de calidad en la gestión de riesgos sanitarios.
4. Objetivos de calidad vinculados a la cumplimentación/explotación del CMBD.

Existen otras líneas de acción, sustentadas en las encuestas de satisfacción a usuarios, seguridad de pacientes, y gestión de listas de espera (Ley 1/2005, de tiempos de respuesta en la atención sanitaria especializada del Sistema Sanitario Público de Extremadura)

Galicia

El Plan de Objetivos Estratégicos (POE) desarrollado por el SERGAS contiene diferentes áreas asistenciales (consultas externas, hospital de día, urgencias, hospitalización con ingreso, hospitalización a domicilio, objetivos generales de la Organización y farmacia). De forma paralela, se establecen una serie de moduladores de la actividad y de la financiación, y unos objetivos específicos que estarán englobados en cada uno de los siguientes apartados:

1. Calidad:
 - a) Gestión de las reclamaciones y quejas de los usuarios.
 - b) Disponibilidad de sistemas de información, de cara a los usuarios.
 - c) Puesta en marcha de un Plan Global de Gestión de la Calidad.
 - d) Elaboración, desarrollo y evaluación de una encuesta de satisfacción de los usuarios.
 - e) Desarrollo de Planes de Humanización en alguna de las áreas hospitalarias.
2. Coordinación asistencial.
3. Sistemas de información.

Los diferentes centros y servicios hacen compatible la orientación del modelo EFQM de Excelencia con experiencias diversas de certificación bajo Normas ISO de diferente alcance, esencialmente en el ámbito hospitalario.

Los contratos de gestión o contratos programa como herramientas de gestión establecen la relación de

servicios ofertados y los objetivos vinculados a su cumplimiento, definiéndose con cada Gerencia de Atención Primaria el denominado (2004) Protocolo Interno de Actividad-Financiación. El documento de Procedimientos Clínicos en Atención Primaria refiere el catálogo de prestaciones asistenciales susceptibles de oferta y resolución en dicho nivel asistencial. Se realiza así mismo la encuesta sobre la satisfacción y la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de Atención Primaria, y se tiene especial relevancia sobre el Proyecto Aprovisio que pretende establecer las bases de calidad en los servicios de aprovisionamientos/suministros de los hospitales y centros de Atención Primaria.

La Rioja

Los centros y servicios de la comunidad autónoma desarrollan programas de calidad y se pactan los objetivos de mejora de calidad en los diferentes contratos de gestión con el Servicio Riojano de Salud (SERIS). Así mismo, se han ido poniendo en marcha experiencias asentadas en la aplicación del Modelo EFQM, el alcance Normas ISO así como el Reglamento Europeo de Gestión Medioambiental (EMAS).

Las acciones en materia de calidad centralizadas en la Consejería de Salud a través de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria, podrían resumirse en los siguientes apartados:

1. Integración Atención Primaria-Atención Especializada: Organización y funcionamiento del Comité para la integración Atención Primaria-Especializada.
2. Gestión Clínica: Coordinación y funcionamiento del proyecto para la implementación de las áreas de Gestión Clínica del SERIS.
3. Organización de Actividades de formación en calidad.
4. Certificación con ISO.
5. Programa de Seguridad de Pacientes: Análisis, valoración y propuestas de mejora y seguimiento del proyecto Atención al paciente; diseño del Programa de Seguridad del Paciente; puesta en marcha del programa de minimización de la infección nosocomial.
6. Gestión de la Satisfacción: Realización y seguimiento del Proceso de Gestión de la Satisfacción de los pacientes, realización, coordinación y seguimiento del Proceso de Gestión de la satisfacción de los profesionales y clima laboral; propuesta convenio con la Universidad para sistematizar las encuestas de satisfacción.
7. Gestión por procesos: Implantación del Proceso de Gestión de Costes de Actividad en la Fundación Rioja Salud, propuesta de mapa de procesos del Servicio Riojano de Salud (SERIS) y direcciones de procesos del SERIS, diseño de Procesos (apertura de nuevos centros sanitarios; atención sociosanitaria, derivación de Pacientes a dispositivos sociosanitarios; acreditación de formación continuada), gestión de quejas reclamaciones, sugerencias y agradecimientos, planificación y coordinación de procesos asistenciales y no asistenciales del SERIS, mapa de procesos del

Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA).

8. Cartas de Compromiso.

Otros: Plan de mejora Centro de Transfusiones, Plan de mejora para la Escuela Universitaria de Enfermería, etc.

Madrid

El *Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid 2006*⁹, define la infraestructura en tres herramientas fundamentales:

1. Modelo de Calidad (Autoevaluación y mejora Continua), donde de forma bienal permite el diagnóstico de situación en función del Modelo EFQM adaptado a la sanidad madrileña. Supone la búsqueda de la excelencia tomando como referencia la mejora continua de la gestión.
2. Modelo de Acreditación, con definición de estándares de acuerdo al modelo EFQM y orientado a la garantía de calidad de los centros sanitarios.
3. Sistema de Medición de la Calidad esperada y percibida, evaluando la satisfacción del cliente.

El *Plan de Evaluación Sanitaria 2004*¹⁰ señalaba el objetivo general de una evaluación continua de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública (RSUUP) con la finalidad de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria recibida por los ciudadanos. De forma específica se centra en: a) Garantizar los derechos de los pacientes; b) Evaluar la accesibilidad, organización y gestión de la asistencia sanitaria; c) Promover la Gestión de Riesgos Sanitarios en la Comunidad de Madrid; d) Establecer el procedimiento de evaluación en situaciones específicas, y e) Desarrollar la evaluación como herramienta para la mejora continua.

Específicamente se establecen objetivos institucionales de calidad, incluidos en los Contratos realizados con los centros sanitarios, en diferentes líneas de actividad. Además durante el año 2005 se realizaron otras iniciativas destacables:

1. Seguridad del Paciente (Observatorio Regional de Riesgos Sanitario y la aprobación del Plan de Riesgos Sanitarios articulado en seis programas: Impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos, crear una estructura organizativa, establecer líneas de información para la monitorización, formación continuada de los profesionales, desarrollar herramientas para la identificación y valoración de riesgos relacionados con la asistencia sanitaria, establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.)
2. Impulsar y coordinar las Cartas de Servicios: La estrategia utilizada ha sido la elaboración de Cartas Marco —para Atención Primaria y Especializada en colaboración con los responsables y coordinadores de calidad—, realizándose 27 Cartas de Servicios, 10 de Atención Primaria y 17 de Atención Especializada.
3. Elaboración de guías de recomendaciones al alta, en procesos de gran prevalencia o de un alto índice de necesidad de cuidados en domicilio.

En concreto el *Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-2009*¹¹ se orienta a modernizar, reordenar y potenciar la Atención Primaria, teniendo como objetivos específicos:

1. Orientados a los ciudadanos: actualizar la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población y mejorar la accesibilidad a los centros de salud.
2. Orientados a los profesionales: mejorar la dotación de recursos humanos y mejorar el desarrollo profesional en Atención Primaria.
3. Orientados a la organización y gestión de los servicios: aumentar la capacidad de resolución en el primer nivel asistencial, mejorar la organización interna entre los distintos profesionales, potenciar la comunicación asistencial con atención especializada y SUMMA 112, mejorar los mecanismos de coordinación con Salud Pública, mejorar el sistema de información, adecuación de las infraestructuras a las necesidades asistenciales, e impulsar la descentralización de la gestión.

Murcia

El *Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007* describe una serie de objetivos generales que se traducen en las siguientes líneas de actuación agrupadas:

1. Orientación hacia los ciudadanos/pacientes.
2. Orientación hacia los profesionales.
3. Excelencia en la calidad del servicio.
4. Incorporación de las nuevas tecnologías.
5. Articulación de las relaciones con el entorno.

El Programa EMCA es una iniciativa institucional que comenzó sus actividades en 1994, que mantiene una intensa actividad como proyecto de formación, investigación y asesoría, con la finalidad de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud de Murcia

Durante el año 2004 se establecieron las líneas estratégicas de calidad que dibujan la puesta en marcha del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Regional. El marco de referencia es el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM), y en resumen se plantean los siguientes objetivos:

1. Líneas Relacionadas con los Procesos de la Organización: Mejora de Procesos, continuidad de los Procesos de Atención, variabilidad de la Práctica Clínica y Gestión de la Utilización, evaluación de Tecnologías, y normalización de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
2. Líneas Relacionadas con los Pacientes/Clientes de la Organización: Satisfacción, seguridad y hostelería.
3. Líneas Relacionadas con las Personas/Profesionales de la Organización: Clima Organizacional, formación e investigación.
4. Implantación del Modelo EFQM, mediante un proceso global y completo de autoevaluación por todas las Gerencias que componen el Servicio Murciano de Salud.

Existe una línea de Evaluación y Monitorización de indicadores de Calidad Asistencial, elaborándose (2005)

indicadores a partir de la explotación de las bases de datos clínico-administrativas tipo CMBD: uso de los *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)* como indicador de monitorización de la calidad en la Región de Murcia (estudio de la capacidad de resolución de la Atención Primaria mediante el estudio de las hospitalizaciones producidas por un conjunto de enfermedades susceptibles de ser controladas en el primer nivel asistencial).

Otras áreas de actuación se centran en el Proyecto EMCA de Calidad Percibida en Atención Primaria, la incorporación de objetivos a Contratos, disponer de una Cartera de Servicios de Atención Primaria según la evidencia científica disponible, y la participación en el Proyecto «Rediseño global de cuidados de salud para enfermedades crónicas», mediante convenio de la Consejería de Sanidad y la OMS, y la participación de la Universidad de Murcia.

Navarra

El *Plan de Salud de Navarra 2006-2012*¹² se define como un Plan que debe centrarse en el ciudadano, en la mejora de la calidad de su atención, tanto clínico-asistencial como de sus expectativas y derechos. Las directrices se formulan mediante las siguientes estrategias:

1. Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
2. Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.
3. Desarrollo de la organización y la gestión orientadas a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
4. Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
5. Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.

La descripción del plan de calidad vigente en 2005 especifica aspectos como:

- a) Acreditación, esencialmente en instituciones de carácter hospitalario y en ambulatorio de especialidades periféricas.
- b) Encuesta de satisfacción a usuarios, cuyo objetivo principal fue recoger información de la satisfacción de los usuarios en los distintos centros y servicios clínicos asistenciales pertenecientes a la Dirección de Asistencia Especializada.
- c) Incorporación de objetivos a contratos.
- d) Seguridad de pacientes, con actuaciones para promover la cultura de seguridad en todos los niveles de la organización sanitaria, desarrollo de normativa sobre hemovigilancia, control de la infección nosocomial hospitalaria, seguimiento del programa sobre Efectos Adversos sobre medicamentos, e inspección de instalaciones sanitarias en cuanto a cumplimiento de requisitos mínimos sobre higiene y seguridad.
- e) Gestión de las listas de espera, condicionadas por la necesidad de un mayor esfuerzo para gestionar las listas de espera o para la realización de pruebas complementarias.

El Modelo MAPPA-Horizonte (*Mapa de Atributos y Procesos Clínicos Priorizados sobre los que Actuar*) (2004) se centra en el enfoque de la mejora de los procesos clínicos, situando al proceso clínico como eje nuclear del mismo. Define una aproximación a la Gestión Clínica, identificando los procesos clínicos de actuación, los atributos de calidad más relevantes, los indicadores que contribuyen a su evaluación, la priorización de las acciones de mejora.

País Vasco

En 1993 inicia sus actividades Euskalit/Fundación Vasca para la Calidad, estando como objetivo la difusión y apoyo del enfoque de la calidad como estrategia empresarial, siendo el Modelo EFQM el marco de referencia para la calidad en el País Vasco desde 1995-96.

El Plan de Calidad 2003-2007 *Estrategia de Mejora Servicio Vasco de Salud*¹³, establece 2 objetivos generales (calidad de servicio y calidad de gestión), en 73 líneas de actuación y 89 objetivos cuantificados:

Respecto de la Mejora de la Calidad del servicio sanitario:

- Mejora de la eficacia y efectividad de las prestaciones sanitarias: a) consenso profesional sobre guías de práctica clínica y los procesos asistenciales interniveles; b) promover y sistematizar métodos de autoevaluación y mejora en los procesos; c) aplicación de herramientas de mejora, como la gestión de procesos o la certificación ISO a los procesos, y d) evaluación y mejora del proceso de atención de enfermería.
- Mejora de la continuidad de la atención: a) mejora de la coordinación primaria-especializada; b) mejora de la coordinación interorganizaciones; c) mejora de la coordinación interservicios, y d) mejora de los cuidados paliativos.
- Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias: a) mejora de la prescripción de fármacos; b) promover estudios de investigación sobre la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias; c) establecimiento de sistemas regulares de evaluación de la adecuación de procedimientos o tecnologías; d) mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria; e) prevención y declaración de efectos adversos de la atención prevenible; f) evaluación regular y mejora de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial; g) declaración y monitorización de los efectos adversos causados por fármacos; h) Consolidación del Plan de hemovigilancia de Euskadi, e i) Establecimiento de sistemas de información para la monitorización de complicaciones.
- Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias: a) garantizar con carácter general, una demora máxima en cirugía programada, consultas externas especializadas, exploraciones complementarias, consultas de Atención Primaria y la atención urgente; b) establecer rangos máximos de demora, según prioridad en procedimientos quirúrgicos seleccionados; c) ampliar progresivamente el horario de atención en

Unidades de Atención Primaria, y d) acercar en función de la dispersión y los recursos, el centro de salud a la residencia de los pacientes.

- Mejora del trato y de las condiciones hosteleras: a) incluir en la formación, actividades encaminadas a la mejora del trato a pacientes y familiares; b) mantenimiento y mejora de la calidad de las instalaciones y de los servicios de hostelería; c) garantizar el respeto a la intimidad del paciente, y d) facilitar la estancia de acompañantes del paciente
- Mejora de la información: a) elaboración de guías de información sobre la cartera de servicios y el acceso a otras redes de apoyo; b) elaboración de guías de información sobre procedimientos y enfermedades especiales; c) incluir información sobre las demoras previstas para cirugía, tiempos de espera en consultas o pruebas; d) mejorar la información al paciente sobre todo el proceso asistencial; e) mejorar la información al paciente, para decidir con autonomía; f) mejorar la información al paciente y su familia en el momento de la acogida en el centro, y g) adecuar la organización del servicio y las instalaciones.

Respecto de la Mejora de la calidad de la gestión: a) liderazgo; b) política y estrategia; c) personas; d) alianzas y recursos, y e) procesos.

Valencia

Del Informe SNS 2005 se observaban las siguientes líneas desplegadas:

- Línea de seguridad del paciente: estudio de prevalencia de los efectos adversos (EPIDEA, 2005) realizado en todos los centros de la red hospitalaria. Capacitación de profesionales y de sensibilización, incorporando a los acuerdos de gestión.
- Incorporación de criterios e indicadores específicos de calidad a los contratos de gestión: suscritos por los centros sanitarios.
- Encuesta de satisfacción a usuarios.
- Estrategias de acreditación¹⁴: implantación de un sistema de evaluación de la calidad de los centros, entidades y servicios de la Administración de la Generalitat Valenciana. El modelo de evaluación de calidad adoptado es el Modelo EFQM. Desarrollo de una institución específica para la acreditación y evaluación de prácticas sanitarias (Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, SA -INACEPS-).

El Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana 2005¹⁵ es un instrumento que integra los objetivos y estrategias previas del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria y Plan de Calidad Total de la asistencia sanitaria. Se articula en torno a 3 grandes objetivos: a) La promoción de la mejora de la calidad percibida; b) La garantía de la calidad de los procesos asistenciales y la formación de los profesionales; c) El compromiso permanente con la participación ciudadana. Y a su vez, se despliega en 7 líneas de actuación: a) información al ciudadano; b) comunicación y accesibilidad; c) atención al paciente;

d) Calidad y Seguridad; e) formación; f) actividades específicas, y g) Asociaciones de enfermos, formación de pacientes y agentes sociales.

La línea de Calidad y Seguridad se fundamenta en las siguientes actividades:

1. Incorporar a la gestión de los centros sanitarios la información procedente de las encuestas de satisfacción.
2. Desarrollo, impulso y apoyo a los esfuerzos de mejora de la seguridad asistencial.
3. Implementación e impulso de las tareas de evaluación de la calidad. El proceso de evaluación y mejora de la calidad se sustenta en la utilización del Modelo EFQM, las Normas ISO en certificación y el INACEPS como modelo de acreditación.
4. Orientación y estímulo de las actividades protocolizadas (guías y gestión por procesos) basadas en el mejor conocimiento disponible.
5. Apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad de los profesionales.

Referencias bibliográficas

1. Consejería de Salud. II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla. 2005.
2. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Estrategias de Salud 2003-2007. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza. 2003.
3. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2003.
4. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como Horizonte. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2004.
5. Direcció General de Salut Pública i Participació. Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca. 2003.
6. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan Estratégico de Atención Primaria 2006-2009. La calidad como motor del cambio. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. 2006.
7. Servicio de Salud Castilla La Mancha. Plan de Calidad del SESCAM 2002-2006. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria. Servicio de Salud Castilla La Mancha, Toledo. 2006.
8. Generalitat de Catalunya. Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya. Manual. Vol 1. Estàndards essentials. Vol 2. Estàndards no essentials. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona. 2005.
9. Dirección General de Calidad. Acreditación, Evaluación e Inspección Modelo de Calidad del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid, Madrid. 2006.
10. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Plan de Evaluación Sanitaria 2004. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid, Madrid. 2004.
11. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Comunidad de Madrid, Madrid. 2006.
12. Servicio Navarro de Salud. Mejorando los resultados en Salud. Una estrategia de calidad: el Modelo MAPPA-Horizonte. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea. Gobierno de Navarra. 2004.
13. Servicio Vasco de Salud. Plan de Calidad 2003-2007. Estrategia de Mejora. Osakidetza Servicio Vasco de Salud, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Diciembre 2002.
14. Conselleria de Sanitat. Manual para la Acreditación de Organizaciones y Prácticas Sanitarias. Generalitat Valenciana. Valencia. 2004.
15. Generalitat Valenciana. Plan de Excelencia de la Sanidad Valenciana 2005. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, Valencia. 2005.