

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ANÁLISIS SOBRE LA TRANSICIÓN EN ANDALUCÍA

Pedro A. Palomino Moral / Antonio Frías Osuna

Escuela Universitaria de Enfermería. Jaén

Resumen

El artículo desarrolla un análisis sobre el proceso de transformación de la Atención Primaria de Salud en Andalucía referido a dos aspectos fundamentales. Por una parte se analizan aquellos aspectos estratégicos que han guiado el proceso de reforma: los principios inspiradores, la legislación y la administración. Además, se estudian de forma sistemática los cambios denominados por nosotros «centrales», que son aquellos que suponen, de forma efectiva, transformación de los servicios: ordenamiento geográfico, dotación, organización, recursos humanos, etc. El segundo aspecto abordado es un análisis de la situación del sistema referido a sus limitaciones y disfunciones, condicionantes importantes del estado actual y del futuro inmediato de la Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Análisis de sistemas. Planificación sanitaria.

PRIMARY HEALTH CARE. AN ANALYSIS OF TRANSITION IN ANDALUCIA (SPAIN)

Summary

The article develops an analysis of the process of transformation of Primary Health Care in Andalucía (Spain), related to two fundamental aspects. On the one hand, the strategic aspects of reform are analysed, inspiring principles, as well as legislation and administration. So called «central» changes, that is, those that really suppose transformations in the services: geographic distribution, dotation, organisation, human resources, etc., are also analyzed.

The second aspect approached is an analysis of the situation of the system related to the limitations and malfunctions, important conditioners of the present functioning and immediate future of Primary Care.

Key words: Primary Health Care. System analysis. Health planning.

Introducción

En los artículos 41 y 43 de la Constitución Española se recoge el deber de los poderes públicos de garantizar el derecho a la protección de la salud de la población, así como a mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos. La propia Constitución sienta las bases para la creación de un Sistema Nacional de Salud, cuyas líneas directrices quedarán posteriormente definidas en la Ley General de Sanidad. El Estatuto de Autonomía atribuye a Andalucía plenas competencias en materia de Sanidad e Higiene y Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social. El traspaso se efectuó con el Real Decreto 1021/84 sobre Sanidad Interior y Real Decreto 400/84 sobre Prestación Sanitaria de la Seguridad Social. Se inicia en aquel momento un proceso de transformación del Sistema de Salud sin precedentes.

A partir de Bertalanffy¹ se ha desarrollado la Teoría de Sistemas como un marco conceptual útil para el análisis de organizaciones complejas entre las que es típicamente considerado el Sistema de Salud. La citada teoría considera al sistema como un conjunto interrelacionado de entes, y posibilita el estudio del sistema total como dependiente de las características de sus unidades básicas; las relaciones entre estas unidades, sus características, subsistemas, finalidad, obje-

tivos e ideales, son aspectos relevantes de este enfoque analítico.

Desde una perspectiva descriptiva, Roemer² propone los elementos fundamentales que definen los sistemas de salud: gestión, producción de recursos, apoyo económico, prestación de servicios y organización de programas. Los anteriores aspectos son, en su totalidad, modificados por el proceso de Reforma Sanitaria andaluz y abordados por nosotros a través de un ejercicio descriptivo cuya finalidad es identificar los elementos que han conformado el proceso de cambio hacia la Atención Primaria de Salud, especialmente referidos a los aspectos de Administración y Planificación Sanitarias. Es necesario explicitar que nuestro marco temporal queda centrado en la primera etapa de la Reforma, de límites imprecisos, pero cuyo inicio situamos en los primeros momentos de constitución de la Consejería de Salud y las Delegaciones Provinciales, hacia 1983, hasta el momento de la formación del Servicio Andaluz de Salud, en 1987.

Los principios ideológicos de la reforma

La transformación de las estructuras de atención sanitaria de Andalucía fue asumida desde sus orígenes como parte integrante

Correspondencia: Pedro A. Palomino Moral. Vereda de Mengibar 19, 1 D. 23640 Torredelcampo, Jaén.
Este artículo fue recibido el 18 de noviembre de 1991 y fue aceptado, tras revisión, el 21 de septiembre de 1992.

y destacada del proyecto de modernización de Andalucía posterior a la obtención de la autonomía plena. Este proyecto ha contado con un fuerte motor ideológico de inspiración y apuesta por las líneas directrices de Alma-Ata³ y las recomendaciones de la O.M.S., al menos en la etapa analizada del proceso.

El proyecto asumía desarrollar un modelo con una nueva concepción de salud y un dispositivo asistencial centrado en la Atención Primaria, para modernizar las estructuras y capacitar al sistema sanitario para dar respuesta a las necesidades de salud de los andaluces. Claramente, existían nuevos valores a introducir que conformaban una «nueva filosofía» en la orientación sanitaria: la superación de la atención centrada en el individuo y la enfermedad, para pasar a la valoración de la salud colectiva y de sus condicionantes, con la introducción de los nuevos valores de prevención, promoción y educación para la salud, además de la participación de la comunidad en la planificación sanitaria, la descentralización, la coordinación e integración de recursos y el trabajo en equipo multidisciplinar. Todo ello, en ausencia de unos principios que tuvieran referentes internacionales evaluados que pudieran conducir o aconsejar el proceso.

Profesionales progresistas, médicos de familia y sectores de enfermería, gestores, funcionarios, usuarios, políticos y grupos con distintos intereses en el sector salud, protagonizaron un proceso en el que existía un claro denominador común: una ruptura con la anterior situación y un revolucionario cambio del trabajo de los profesionales sanitarios y del comportamiento del sistema.

El contexto socio-sanitario y administrativo

En el contexto social, Andalucía se encontraba inmersa en un intenso proceso de transformación, motivado por la transición democrática, que contó con fuertes expectativas sociales hacia la modernización, el crecimiento económico y la mejora del bienestar. A partir de las primeras elecciones autonómicas de 1982, y dada la necesidad de administrar los diferentes asuntos transferidos, fue necesario construir la infraestructura adecuada de lo que se llamó el «estado de las autonomías», expresión que significaba en un primer momento la dotación para Andalucía de una administración moderna.

La formación de la Consejería de Salud se llevó a cabo por la paulatina transformación de las antiguas Direcciones Provinciales de Salud en organismos capaces de impulsar la reforma a niveles provinciales; ello supuso un esfuerzo de dotación humana y técnica. Las Delegaciones, herederas de las antiguas Jefaturas Provinciales de Sanidad adoptaron una orientación claramente funcional (Formación Continuada, Ordenación Funcional, Ordenación Alimentaria, Participación Comunitaria, Enfermería Comunitaria, etc.), siendo el núcleo fundamental a partir del cual se desarrolla el trabajo de programas y objetivos propios de la reforma sanitaria a nivel provincial. Por otra parte, la transferencia efectiva en materia de Seguridad Social supuso que las antiguas Direcciones Provinciales del INSALUD se convirtieran paulatinamente en centros

vinculados a la Consejería de Salud, si bien con un papel menos claro y posiblemente más burocrático.

El fin de esta situación de coexistencia, desde un punto de vista formal, se conseguiría con la unificación prevista en la Ley del Servicio Andaluz de Salud de mayo de 1986. La unificación creó una Delegación/Gerencia Provincial. Esto motivó una redefinición de la labor administrativa de las Gerencias Provinciales, ensayándose diferentes Relaciones de Puestos de Trabajo, un proceso polémico y aún sin concluir. Se han ensayado también diferentes fórmulas respecto de la máxima autoridad provincial: Gerencia (responsabilidad técnica) vs Delegación (responsable político), optándose finalmente por la figura del Delegado Provincial, asumiendo este último la responsabilidad técnica y política en un cargo unipersonal.

Los estudios iniciales desarrollados por la Consejería de Salud y Consumo, aunque parciales por la escasa y poco fiable información epidemiológica, permitieron arrojar luz sobre el diagnóstico de salud de los andaluces, de cara a poner en marcha el proceso de Reforma en 1984⁴. Aparecían como aspectos más destacados de la morbi-mortalidad, unas altas tasas de natalidad y mortalidad infantil, superiores a la media del Estado español para el período 1970-1978. Era importante además la existencia de bolsas epidémicas de enfermedades como la poliomielitis y la lepra, y en general, altas tasas de enfermedades susceptibles de inmunización. Un importante factor socio-sanitario es el incipiente fenómeno del envejecimiento y de la transición epidemiológica asociada, con el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, fenómeno especialmente importante para extensas zonas de Andalucía, afectadas por el fenómeno migratorio de los años 60.

La situación de los servicios de Atención Primaria no era distinta de la del resto del Estado, afectados de importantes problemas estructurales y funcionales. Era destacable la dispersión de recursos entre diferentes estructuras de titularidad pública (ayuntamientos, diputaciones, seguridad social, universidades, etc.), ocasionando una desintegración de las funciones de Atención Primaria, además de ineficacia, complejidad jurídica, duplicidad en las administraciones, criterios descoordinados, etc. Por otra parte, las importantes desigualdades entre las zonas rural y urbana en la oferta de atención, el ordenamiento laboral de los profesionales, y los recursos y la accesibilidad, constituyen otro problema central. Otro aspecto importante era la deficiencia en la dotación y distribución de recursos, tanto humanos como materiales, evidenciándose la inexistencia de una planificación centrada en las necesidades. La desintegración del sistema era también evidente entre las funciones de atención y la docencia e investigación, donde ni siquiera existían las mínimas condiciones para la formación continuada, la investigación o el control de calidad. Finalmente, los servicios estaban exentos de cauces de participación de los usuarios y de formas democráticas en general, siendo los usuarios meros receptores pasivos de las actuaciones del sistema.

Fue, a nuestro juicio, durante el período de tiempo analizado, aproximadamente entre 1983-1987, cuando coexistieran los requisitos básicos para poder desarrollar transformaciones en el sistema: voluntad política explicitada y apoyo programático, necesidad y demanda social, y el debate y las presiones propias del

proceso de cambio. El diseño de reforma se pensó inicialmente para una duración de seis años (1984-1990), período en el que se haría un esfuerzo inversor considerable hasta conseguir un 100% de transformación en 1990⁴⁻⁶. El desfase entre las estimaciones de aquel momento y el desarrollo real de los acontecimientos podría ser un objetivo interesante de investigación.

Es importante destacar la labor realizada en este período en las Delegaciones Provinciales, donde básicamente se desarrollaba un trabajo de implementación y de apoyo a los programas y directrices de los Servicios Centrales. Éstos asumieron un destacado protagonismo en la planificación sanitaria andaluza: Programa de vacunaciones, Planificación Familiar, Fluoración de aguas de consumo público, Extracción Periférica de Muestras, Consultas de Enfermería para Crónicos, Cita previa, Cartilla de Largos Tratamientos, etc. Junto a este trabajo de puesta en marcha de programas o de reforma parcial, las Delegaciones Provinciales fueron las encargadas del proceso de apertura de los Distritos Sanitarios y las Zonas Básicas de Salud.

Es destacable adicionalmente, en la época mencionada, un proceso de planificación incremental con un acentuado protagonismo de los programas diseñados de forma centralizada, que persiguen el desarrollo de servicios y programas y una optimización de recursos. Es además, un objetivo clave ir introduciendo en los servicios los valores dominantes del nuevo modelo: prevención, promoción y educación para la salud, con una transformación paulatina de los servicios y de su oferta. Los programas propuestos desde los Servicios Centrales pretenden guiar ese cambio sugiriendo guías y actividades. Se desarrolla en aquella época un sistema de información no integrado, con énfasis en la evaluación de proceso.

La reforma legislativa

El Estatuto de Autonomía para Andalucía (Ley Orgánica 6/1981) establece competencia exclusiva en materia de Sanidad e Higiene y desarrollo legislativo. Asimismo, faculta a la Junta de Andalucía para las labores de organización y administración en el ámbito de Andalucía, reconociéndose competencia exclusiva para la ordenación de su territorio. La materialización de las competencias se hizo con los Reales Decretos 1118/81 sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad, el Real Decreto 1400/84 de 22 de febrero sobre funciones y servicios del INSALUD, el Real Decreto 1713/85 sobre traspaso de la AISNA, y el Real Decreto 1523/86 sobre integración de los Hospitales Clínicos en el Servicio Andaluz de Salud.

Es interesante hacer constar que el proyecto de reforma en Andalucía se encontraba desarrollándose desde bastante antes de la aprobación formal de la Ley General de Sanidad en el Congreso de los Diputados en 1986, si bien compartió desde un punto de vista formal sus directrices fundamentales: el marco general de organización sanitaria en torno al Sistema Nacional de Salud, el papel redistributivo y de equidad del sistema sanitario público, la descentralización de la gestión sanitaria, el énfasis en la atención

primaria, la integralidad y la democratización, junto con la participación, la jerarquización y el ordenamiento de la atención sanitaria.

El punto de arranque a nivel nacional para la reforma de la Atención Primaria fue el Real Decreto 137/84 de 11 de enero, que define y regula los centros de salud como nueva estructura asistencial de Atención Primaria, y posibilita además el nuevo ordenamiento territorial, así como la conformación de los equipos básicos de atención. La legislación fundamental⁷ que ha conducido el proceso de reforma de la Atención Primaria en Andalucía se produjo en 1985, con el Decreto 1985/85 sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud y la Orden de 2 de septiembre de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía. Mediante la citada orden se citan de forma exhaustiva las funciones de los centros, definiéndose el perfil de actividad del nuevo modelo de atención: «funciones asistenciales de forma continuada e integral en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia, incluyendo actividades preventivas, de promoción de salud, asistencia curativa y rehabilitadora, educación sanitaria, vigilancia sanitaria del medio, salud laboral, salud mental; funciones docentes de formación continuada, pregraduada y postgraduada; tareas de investigación clínicas, epidemiológicas y administrativas; y funciones sistemáticas de planificación, organización y evaluación de los servicios sanitarios».

En 1986, la Orden de 13 de noviembre viene a regular los órganos de dirección y gestión de los Distritos de Atención Primaria de Salud, que de forma paulatina van consiguiendo más peso en la Administración Sanitaria, y que constituyen sin duda alguna un factor decisivo en el éxito del proceso de reforma.

Los elementos centrales de la reforma

Principios estratégicos

Racionalidad: cuyo significado es el de coger las riendas para administrar un sistema de salud carente de tradición en planificación y administración.

Democratización: introducción paulatina de formas democráticas, tanto internas (relaciones con los trabajadores del sistema y participación de éstos), como externas, en el sentido de la participación del usuario y las fuerzas sociales con intereses en el sector salud⁸.

Integración de los recursos públicos: un principio básico fue el de racionalizar la oferta de atención mediante la integración y coordinación paulatinas.

Universalización progresiva: aumento progresivo de la cobertura asistencial pública, especialmente a los sectores más desfavorecidos, llegándose en el momento presente a una cobertura prácticamente total.

Elementos de eficacia y eficiencia: como elementos decisivos de la planificación sanitaria moderna.

Equidad: este principio ha supuesto la igualdad de acceso a los servicios sanitarios, y constituye un factor clave de legitimidad y

redistribución para un sistema público de salud. La equidad de acceso es un imperativo de la Ley General de Sanidad.

Organización sanitaria

Descentralización y desconcentración administrativa: se dota progresivamente de capacidad de planificación y gestión a Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud.

Ordenamiento geográfico de la atención: se elabora el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía mediante criterios de accesibilidad, comunicación, culturales, de flujo de población y económicos. Se crean criterios para el ordenamiento de los centros de Atención Primaria, Centros de distrito, zonas básicas de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares, incluyendo elementos de dotación de recursos humanos y materiales. Se desarrolla el ordenamiento de los flujos de pacientes al hospital de referencia y la creación de áreas de salud.

Organización del trabajo: los equipos de trabajo pueden, desde un punto de vista teórico, ensayar diferentes esquemas organizativos tendentes a la matricialidad u organización del trabajo por objetivos compartidos. Las nuevas estructuras funcionales, distritos y centros de salud, tienen capacidad de buscar esquemas organizativos facilitadores del trabajo en equipo y tendentes a la matricialidad. Los centros de salud, como unidades básicas de intervención sanitaria, cuentan con capacidad de ser dirigidos y planificados, existiendo un equipo responsable de esta labor: Director y Adjunto de Enfermería. Existen claras referencias democráticas en la legislación sobre organización y funcionamiento de los centros.

Protocolización y organización funcional de los centros: los elementos fundamentales del trabajo en los centros quedan caracterizados por la atención integral, la planificación de actividades y tareas, el trabajo en equipo con objetivos compartidos, la coordinación sanitaria, la formación, investigación y docencia, y el registro y la evaluación de las actividades. Los centros se organizan en unidades funcionales, atención directa, administrativa, docencia e investigación y enfermería.

Creación de sistemas de información y registro: se inician flujos de información complementarios, útiles en la planificación sanitaria, económico-administrativa, epidemiología, asistencial (historias clínicas, registros de actividades, etc.).

Posibilidad, por primera vez, de introducir en los centros medidas de garantía de calidad y desarrollar programas y actividades de formación continuada e investigación dentro de la jornada laboral.

Ordenación del recurso tiempo: la flexibilidad organizativa de los centros posibilita adecuar el tiempo de atención y adaptarlo a los criterios de planificación en los centros.

Apertura de mayores posibilidades de participación de los usuarios y las organizaciones sociales: elevación de la coordinación y colaboración entre la política sanitaria y la política local.

Recursos humanos

Incorporación de nuevos profesionales: como trabajadores sociales, y de nuevos roles y modalidades de atención a los

equipos de trabajo, junto con un fuerte aumento de la plantilla y de la dotación profesional.

Dimensionamiento amplio y funcional de los Distritos de Atención Primaria: se estructuran en director, administrador, coordinador de enfermería, coordinador de epidemiología y programas, educación para la salud y participación, medicamento y salud ambiental. Se produce un importante aumento de las plantillas orgánicas de los centros de Atención Primaria. Se asegura mediante esta dotación que médico y enfermera como unidad funcional básica (Unidad de Atención Familiar, U.A.F.) sean los responsables de atender a la población asignada.

Énfasis en la formación de Recursos Humanos: creación de los negociados de Formación continuada en las gerencias provinciales, apoyo de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, fundación de la Escuela andaluza de salud pública y de la Fundación Averroes. Se ponen en marcha diferentes actividades formativas en apoyo a la reforma: cursos de reciclaje para sanitarios locales, cursos de capacitación para los diferentes programas de salud, etc.

La nueva oferta de servicios

Oferta de servicios: se produce un aumento de la oferta de servicios con atención a todas las etapas del ciclo vital: Programa de crónicos, Planificación familiar, Vacunas, Atención materno-infantil, Salud laboral, Salud buco-dental, etc. Son considerados inicialmente prioritarios el programa Materno-infantil, y los de vacunaciones, salud escolar y salud mental.

Atención temporal: los centros de salud tienen asignada la atención continuada de su población las 24 horas del día, en base a un horario normal de trabajo y la organización de equipos que garantizan la atención continuada y urgente todo el día.

Reforma de la salud mental: se desarrolló hacia objetivos previamente consensuados que debían guiar el cambio, como el desmantelamiento de los manicomios, la integración de camas psiquiátricas en los hospitales generales, la definición del dispositivo de apoyo adecuado en Atención Primaria y la formación específica de recursos humanos. Tuvo su propio organismo gestor, el IASAM, para conducir este proceso de transformación.

Otros aspectos importantes han sido la incorporación de nuevos elementos diagnósticos y terapéuticos al alcance de los profesionales de APS, el interés creciente por aspectos como el acondicionamiento y la confortabilidad de los centros, la introducción de importantes medidas facilitadoras de la atención sanitaria, de locomoción de personal y de comunicación sanitaria, y el ordenamiento, racionalización y mejora de la dotación y distribución del material fungible.

Finalmente, cabe resaltar la atención a la salud ambiental y alimentaria, con el desarrollo de programas específicos sobre aguas potables, saneamiento ambiental, inspección de establecimientos alimentarios y no alimentarios, playas y zonas de baño, plaguicidas y tóxicos, contaminación atmosférica, desmosquitación, etc.

Aunque merecería un capítulo aparte, se incluye aquí la

presupuestación distrital y mejora del circuito contable: la descentralización efectiva tenía uno de sus elementos fundamentales en la posibilidad de gestionar el presupuesto en los Distritos Sanitarios de Atención Primaria. Adicionalmente, se ha conseguido la transformación del circuito contable del Servicio Andaluz de Salud, adecuando al sistema de contabilidad presupuestaria de la Junta de Andalucía, siendo efectiva en el año 1989. Es destacable la adecuación de estructuras funcionales y presupuestarias, por lo que, desde un punto de vista teórico, se posibilita a las instituciones (Distritos de APS) que puedan desarrollar capacidad de presupuestación y de gestión presupuestaria de forma desagregada.

Problemas pendientes

El Informe Abril ha vuelto a reabrir con extraordinaria intensidad el debate sobre la Reforma Sanitaria y el futuro del Sistema Nacional, una cuestión que acapara un gran interés en diferentes sectores de opinión. A pesar de los años transcurridos desde el inicio de la reforma, hay elementos centrales pendientes de definir y que, por su importancia, determinarán el futuro del sistema globalmente considerado y de la Atención Primaria de Salud: la orientación del sistema global y sus partes hacia objetivos y finalidades planificadas, el límite en las prestaciones, la coordinación de los diferentes niveles y servicios públicos, las fórmulas de financiación, provisión y regulación de servicios, las estructuras de gestión y su desagregación, la política laboral y la participación de los usuarios.

Posiblemente, un proceso de cambio de la trascendencia del que se analiza aquí, necesite de una evaluación global exhaustiva que permita conocer importantes aspectos sobre los resultados finales en cuanto a bienestar y niveles de salud, aspectos como el aumento de la eficiencia en las nuevas organizaciones, elevación de los niveles de calidad, datos sobre el coste del proceso, e incluso resultados en productos sanitarios intermedios (actividades, consultas, etc.).

Desde un punto de vista teórico, el Sistema de salud tiene las ventajas atribuibles al dispositivo público de atención, y que son fundamentales en Atención Primaria, como son la capacidad de controlar el gasto, de garantizar la equidad de acceso al sistema, de flexibilizar y adaptar la oferta reorientando la atención hacia sectores de población con mayores necesidades y de descentralizar la gestión. Sin embargo, estas ventajas, que *a priori* pueden atribuirse al sistema, en la práctica son discutibles.

Es una cuestión central de esta discusión el abordaje de los graves «problemas estructurales»⁹ pendientes de resolver en el funcionamiento global del Sistema que a continuación comentamos. La equidad de acceso es un imperativo de la Ley General de Sanidad, y constituye una de las mayores aspiraciones del Sistema de salud, por su carácter redistributivo y por legitimidad social de la organización. Sin embargo, el acceso de colectivos especialmente necesitados se ve dificultado por otras variables de tipo cultural, geográfico, etc., a los que los dispositivos de atención deben hacer frente con criterios de necesidad. Ello requiere capacidad de

planificación y organización en los centros (la relación inversa entre necesidad y demanda aconseja atender a este factor). En este sentido, en Andalucía se está trabajando en el desarrollo de la estrategia de riesgo sobre la población materno-infantil.

La descentralización es, posiblemente, uno de los factores más aclamados por los políticos; sin embargo, su desarrollo efectivo necesita de dotar a los distritos de Atención Primaria de un marco de toma de decisiones. Este marco puede contribuir a asumir la restricción presupuestaria y la recuperación del presupuesto como instrumento de gestión, así como la aproximación de los servicios al usuario.

Por otra parte, es evidente la escasa presencia de comportamientos discriminatorios de la organización respecto de los trabajadores que comparten o no los objetivos. La escasa o nula búsqueda de estrategias facilitadoras tendentes a compartir estos objetivos con los trabajadores permite que se desarrollen estrategias de trabajo totalmente diferenciadas para trabajadores de base en el nivel primario, especializado, e incluso entre trabajadores y administradores, con objetivos distintos y a veces antagónicos. La puesta en práctica de medidas de incentivación, a través del pago de productividad variable contemplado en el Real Decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre, persigue reforzar el comportamiento del trabajador sobre aspectos de dedicación, motivación, iniciativa y colaboración en programas y objetivos de la organización. Sobre su puesta en práctica reciente quedan importantes aspectos a considerar, como los criterios de reparto, la objetividad, la respuesta y la participación de los sindicatos, el sistema de información para la toma de decisiones sobre productividad, la negociación de objetivos y la cuantía útil de la productividad para que ésta sea atractiva al trabajador.

Con respecto al presupuesto, es tradicional su empleo fuera del marco de restricción presupuestaria, y por lo tanto invalidado como elemento de gestión. El mal empleo del presupuesto y su uso no prospectivo elimina su utilidad sobre el control de gasto, e incluso contribuye al aumento de costes en compras de inversiones, no asegurando una demora razonable en el pago. La recuperación del presupuesto es sin duda una cuestión central en la gestión¹⁰ así como la asunción de su utilidad fundamental: el marco restrictivo y la orientación del presupuesto (recursos limitados disponibles) hacia prioridades, reconociendo el coste de oportunidad de las decisiones. Esto necesita, de forma automática, hacer coincidir los que deciden gasto (gestión presupuestaria) con los que asumen responsabilidades en un marco de libertad de planificación y decisión. Posibilitar el ensayo de decisiones alternativas en respuesta a necesidades de la población constituye posiblemente una estrategia razonable para avanzar sobre el estado actual de cosas. Cualquier estrategia de control de gasto necesita, a nuestro juicio, mecanismos de control interno y externo, especialmente si se tiene en cuenta la labor de agencia ejercida por los profesionales sanitarios, quienes efectivamente deciden el gasto. Es por ello imprescindible actuar sobre las actitudes de los profesionales para introducir avances en este sentido. Adicionalmente, una Administración ágil requiere la eliminación de gran parte de la rigidez burocrática (autoimpuesta) sobre contrataciones y compras, y la mejora de sus sistemas de información como soporte útil de toma de decisiones.

Recientemente, Martín y colaboradores^{11,12} han desarrollado una propuesta con las medidas necesarias para impulsar la Reforma Sanitaria en Atención Primaria sobre un análisis de la situación actual, basada en dos contextos, externo e interno al sistema. Sobre los cambios «externos» al sistema, los autores destacan el papel que el marketing puede desempeñar en la conformación de una base de opinión favorable al cambio. Se plantea la intervención desde la mercadotecnia sobre los principales actores implicados, con la siguiente finalidad: desarrollar nuevos servicios para atender necesidades, segmentar la oferta, reformar los servicios comunicando los beneficios y el desarrollo de un plan basado en la promoción, el precio y la distribución de lo que se ofrece. Sobre el análisis del factor «interno», buscan mejorar la eficiencia y proponen intervenir a tres niveles: sobre el sistema retributivo de Atención Primaria, superando el pago salarial e introduciendo mecanismos de incentivos de acuerdo a los objetivos de la organización, modificando el marco laboral, y, por último, sobre el proceso presupuestario hacia el carácter prospectivo y que haga recuperar el presupuesto como instrumento de gestión y restricción. Un avance en esta idea es estimular niveles de competencia entre los distritos o áreas, constituyéndose lo que los autores denominan un «mercado público».

Los conceptos de mercado, competencia, incentivos y marketing, parecen surgir con fuerza en las argumentaciones para superar el estado actual del sistema, que en definitiva está aquejado de un alto coste e ineficiencia, problemas comunes a los programas de política social recientemente analizados por Artells¹³.

El conocimiento somero del sistema aconseja que cualquier propuesta de transformación tenga en cuenta las consecuencias que se derivarían de la misma sobre muy diversos aspectos: sobre el carácter redistributivo y sobre los sectores más desfavorecidos, la importancia relativa de los cambios sobre las actividades preventivas y de promoción de salud, las posibles disfuncionalidades en la oferta y los servicios, el gasto, etc.

Nos gustaría, por último, resaltar la salvaguarda que debe tenerse en cuenta, al tomar decisiones, sobre el mandamiento de la Ley General de Sanidad¹⁴, que en su artículo tercero ordena una orientación prioritaria del sistema hacia la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, el acceso universal y en igualdad de condiciones, y la superación de las desigualdades territoriales y sociales. Introducir avances en este orden de cosas supone todo un reto para los próximos años.

Bibliografía

1. Bertalanffy L. von. General systems theory: a new approach to unity of science. *Human biology* 1955.
2. Roemer M. *Sistemas nacionales de salud como intervenciones de mercado*. Seminario sobre análisis comparado de sistemas de salud. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1991.
3. OMS-UNICEF. *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata 1978. Ginebra: OMS, 1978.
4. Consejería de Salud y Consumo. *La Reforma Sanitaria de la Atención Primaria, 1984-1990*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1985 (Serie nº 3).
5. Consejería de Salud y Consumo. *Guía de programas para la salud en Andalucía*. Sevilla: Ariel, 1986.
6. de Manuel Keenoy E. Reforma de la Asistencia Primaria en Andalucía. *Libro de las IV Jornadas de Economía de la Salud, aspectos económicos de la Reforma Sanitaria*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo 1991: 295-304.
7. Consejería de Salud y Servicios Sociales. *Compendio de legislación sanitaria andaluza*. Sevilla: Junta de Andalucía 1989.
8. Oleaga Usategui JI, De Manuel Keenoy E. Sistema de Salud y de Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez F. *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1989.
9. Ortún Rubio V. *Sistema Sanitario Español. Seminario sobre análisis comparado de sistemas de salud*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1990.
10. López Casanovas G. *Nuevas perspectivas de gestión en los sistemas sanitarios públicos*. Ponencia presentada a las III Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1988.
11. Martín Martín J, et al. Los cambios necesarios para continuar la Reforma Sanitaria: I El cambio externo. *Gac Sanit* 1990; 19: 157-67.
12. Martín Martín J et al. *Eficiencia e incentivos en Atención Primaria. Los cambios necesarios para continuar la Reforma Sanitaria*. 9as Jornadas de Economía de la salud. Barcelona, 1989.
13. Artells Herrero JJ. *Elementos de análisis: convergencias y divergencias*. Seminario sobre Análisis comparado de sistemas de Salud. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1990.
14. Ley 18/86 de 25 abril (BOE 102 de 29-4-86) General de Sanidad.

