

La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012

Luis Palomo^{a,*}, Joan Gené-Badia^b y Juan José Rodríguez-Sendín^c

^a Unidad de Docencia, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España

^b Instituto Catalán de la Salud, CAPSE – Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Organización Médica Colegial de España, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de marzo de 2011

Aceptado el 17 de junio de 2011

On-line el 11 de octubre de 2011

Palabras clave:

Atención primaria

Innovaciones

Autonomía organizativa

R E S U M E N

La reforma de la atención primaria ya tiene 30 años, pero no ha desarrollado plenamente todas sus capacidades. Las mejoras que se propongan deben acompañarse de financiación suficiente, optimizar su impacto sobre la salud y adaptar la organización y las competencias clínicas al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización. Las reformas organizativas propuestas no han demostrado hasta ahora diferencias concluyentes a favor de unas u otras. Por su parte, tanto las reformas procontenido como las reformas procoordinación no han demostrado impacto sobre la demanda derivada, sobre el coste de la atención ni sobre los resultados en salud. Las ayudas que aportan los sistemas de información han reducido la burocracia y pueden favorecer la continuidad asistencial. En el nivel de la mesogestión se proponen medidas que favorezcan la accesibilidad; sistemas de pago que equilibren capitación, desempeño y capacidad resolutoria; mejorar la integración de los recursos sociales y sanitarios; comprometer activamente a los profesionales con los objetivos de calidad y eficiencia del sistema sanitario; y finalmente incorporar más contenidos clínicos, preventivos y de colaboración con la comunidad.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The reform of primary care, between the last refuge of adventure and innovation. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Primary care reforms started thirty years ago, but not fully developed their potential. Improvements should be suggested to be accompanied by adequate funding, operational capacity and organization and clinical skills adapt to upgrading and trivialized demand, bureaucracy and medicalization. Organizational-suggested reforms have not shown conclusive differences yet. On the other hand, neither pro-content nor pro-coordination reforms have shown any impact on the derived demand, the cost of care attention or the health outcomes. Thanks to the support of the information systems, bureaucracy has been reduced and care continuity may be promoted. In the middle management level, some measures have been suggested to promote accessibility, restore capitation by payment systems, perform and resolve capacity, improve integration of social care and health care resources, actively engage professionals with the health system-objectives of quality and efficiency and, finally, add more clinical, preventive and community collaboration-contents.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Primary care

Innovation

Organizational autonomy

Introducción

En España, la reforma de la atención primaria se inició con una fuerte carga ideológica, basada en la reunión de la Organización Mundial de la Salud de 1979 en Alma-Ata, que apostaba por una atención primaria con importantes componentes salubristas y comunitarios. En sentido contrario, la evolución económica se aproximaba más a la propia de un país desarrollado: terciarización de la economía y crecimiento basado en el tecnicismo, la superespecialización y el consumismo, unas condiciones que favorecieron el auge de la tecnoestructura asistencial, con base ejecutora y

centro de consumo preferencial en el hospital. Esta contradicción aún perdura, condiciona el fortalecimiento de la atención primaria y es parte de la frustración en que están sumidos los profesionales que trabajan en ella, especialmente los médicos.

Los indicadores sanitarios han mejorado gracias a la atención primaria, por su universalidad, accesibilidad, amplias prestaciones y gratuidad; sin embargo, el determinismo tecnológico y la fascinación por la innovación han favorecido el crecimiento de la medicina hospitalaria. En atención primaria se reclaman mejoras en su financiación, y adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, con el fin de mejorar su capacidad resolutoria y evitar el descontento de los profesionales¹.

Cualesquiera que sean las iniciativas que se propongan para fortalecer la atención primaria, para que tengan éxito necesitarán

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.palomo@ses.juntaextremadura.net (L. Palomo).

Ideas clave

- La financiación de la atención primaria debe ser proporcional a la capacidad resolutoria y a la eficiencia asistencial que se le quiere atribuir políticamente.
- Los equipos de atención primaria deben gozar de un mayor grado de autoorganización y de autonomía de gestión.
- Los sistemas de pago a los profesionales deben contemplar capitación ponderada por patología y calidad del desempeño.
- La capacidad resolutoria de la atención primaria depende de la implicación y de la profesionalidad de los médicos.
- La continuidad asistencial y la mejora de la coordinación con el hospital pasan por respetar la función de agente del paciente del médico en todos los casos y circunstancias, y por hacer depender de la atención primaria la financiación sanitaria.

la cooperación de los profesionales. Por ello, en este trabajo analizamos las propuestas de mejora que se han sugerido, los resultados obtenidos, cuáles son las innovaciones que suscitan mayor apoyo profesional y sobre qué premisas debe asentarse un funcionamiento autónomo de la atención primaria.

Propuestas para fortalecer la atención primaria

Para que la atención primaria alcance liderazgo tiene que proporcionar servicios eficientes y de calidad, en el tiempo correcto, el lugar apropiado y por profesionales competentes. Debe otorgar la mayor parte de la atención cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para los procedimientos altamente especializados. La atención primaria estará cerca del liderazgo social cuando sea capaz de afrontar las desigualdades de salud y de trasladar responsabilidad y autonomía de decisión a cada vez más pacientes, sobre todo a aquellos con dolencias crónicas, y cuando consiga la cooperación de la población para organizarse y para funcionar. En este sentido se han propuesto cambios organizativos y asistenciales, concediendo mayor autonomía a los centros; establecer sistemas de información clínica y apoyos para la toma de decisiones y promover relaciones con la comunidad y fomentar el autocuidado^{2,3}. Algunas de estas propuestas se recogen en análisis realizados a instancias del propio Ministerio de Sanidad⁴.

Desde el punto de vista estructural, los cambios organizativos tendentes a favorecer la autonomía de los equipos de atención primaria hasta ahora han tenido escaso eco en nuestro país. Salvo experiencias aisladas, donde se dispone de un variado muestrario es en Cataluña. En la *tabla 1* se especifican las ventajas y los inconvenientes de los distintos modelos de gestión. Aunque nos referiremos con detalle a las evaluaciones realizadas, en general los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados, y a unos resultados equivalentes en datos de actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana⁵.

En cuanto a las reformas para incrementar los contenidos de la atención primaria, en bastantes comunidades autónomas se han propuesto mejoras en el funcionamiento de los centros, con la intención de dotarlos de un mejor acceso a pruebas diagnósticas porque, comparándonos con otros países del entorno, nuestros médicos de familia ofrecen menos polivalencia. Por ejemplo, no atienden a los menores de 14 años ni a las embarazadas; derivan con mayor frecuencia al especialista casos que con tecnología, tiempo y formación podrían atender; y en cambio realizan tareas fácilmente delegables en personal administrativo o en otro personal sanitario⁶. Otros inconvenientes son la falta de flexibilidad del horario de los centros y de las agendas profesionales, que hace

que aparezcan listas de espera para ver al médico, lo que contradice el principio de accesibilidad propio de la atención primaria, y también el abandono de la atención domiciliaria. Este aspecto es llamativo en el caso de los pacientes terminales, cuya atención por atención primaria no debería quedar reducida a un horario rígido⁷.

La mayor parte de los acuerdos de mejora de la atención primaria propuestos cuentan con un moderado respaldo profesional; contemplan avances en el equipamiento y en los recursos humanos, una eliminación relativa de las limitaciones de acceso a pruebas diagnósticas y la reducción de la burocracia, pero hay dudas sobre su cumplimiento. Únicamente puede destacarse el avance en la informatización de las consultas y los proyectos de receta electrónica, que pueden mejorar la relación con el hospital y reducir el trabajo burocrático; sin embargo, la historia clínica compartida está muy retrasada⁸.

En cuanto a las iniciativas favorables a la coordinación con el hospital, las revisiones realizadas muestran que las reformas que han modificado la relación entre médicos de atención primaria y hospitalarios han servido para mejorar la accesibilidad a los servicios y la satisfacción de los pacientes, pero no han demostrado ningún impacto sobre la demanda derivada ni sobre el coste de la atención o los resultados en salud⁹.

Experiencias de innovación organizativa en atención primaria*Diversificación de proveedores y autogestión de los equipos*

Desde principios de la reforma, los profesionales reclamaban mayor autonomía dentro de los centros de salud, gestionados rígidamente por la administración sanitaria pública. Cataluña desarrolló la experiencia más innovadora a finales de los años 1990 al crear las Entidades de Base Asociativa (EBA), que son organizaciones con entidad jurídica propia, destinadas a prestar servicios de atención primaria a los ciudadanos de un área básica de salud, constituidas mayoritariamente por profesionales sanitarios que desarrollan sus servicios en la misma entidad. La iniciativa apareció dentro de una política global de diversificación de proveedores de atención primaria, para incorporar en este nivel una estrategia de gestión que se consideraba de éxito en los hospitales.

Se han realizado varios intentos para comparar la efectividad de los diferentes modelos^{10–13}, pero la evaluación es complicada por la dificultad de neutralizar factores determinantes de los resultados, como las características socioeconómicas y demográficas de la población atendida, o la edad y la antigüedad de los equipos^{14,15}. Las mismas dificultades surgen al comparar equipos en los estudios de *benchmarking* que realiza la Región de Barcelona¹⁶. Es significativo, por ejemplo, que el 33% de los pacientes atendidos por EBA tengan doble cobertura sanitaria, frente al 8% a 24% del resto de los proveedores¹¹.

Estos factores ambientales explican que en la última evaluación se encontraran mayores diferencias entre los equipos de un mismo esquema de gestión que entre los diferentes modelos¹³. Los investigadores concluyen que los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares, a pesar de que cada esquema tiene un factor diferencial. Señalan que los equipos de las entidades que simultáneamente gestionan los hospitales del territorio tienen una mayor coordinación. Sin embargo, una evaluación de la experiencia de la gerencia única en España muestra que ésta no siempre se relaciona con una mayor continuidad asistencial¹⁷. Se apunta que los equipos públicos del Institut Català de la Salut (ICS), con más enfermeras, prestan más atención domiciliaria¹².

Los profesionales de EBA tienen una lista de espera menor y están más satisfechos, si bien el bajo índice de respuesta en las

Tabla 1
Características de los distintos modelos de gestión en atención primaria

Nuevos modelos de gestión	Características	Beneficios	Problemas
<i>Autonomía de gestión:</i> Dirección por objetivos, contrato programa, contratos de gestión, gestión clínica o gestión por procesos	Descentralización en el seno de un único proveedor público. Atención primaria gestionada por proveedor público único (SAS, ICS, SES, SACyL, Osakidetza...); competencia entre atención primaria dentro de la misma empresa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo arraigado: más del 90% de los equipos de atención primaria y más del 85% de los profesionales 2. Transparencia y flexibilidad 3. Valoración individual y colectiva de la motivación 4. Carácter participativo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras 2. Falta de integración entre niveles asistenciales 3. Descoordinación en la protocolización (los incentivos animan a derivar al otro nivel el mayor número de cargas posibles) 4. Intromisión del planificador (los objetivos dependen de los modos posibles de lograrlos, según el planificador) 5. Escaso sustento epidemiológico y en planes de salud (mayor énfasis en productos intermedios que en finales) 6. Criterios económicos (ahorro, sobre todo farmacéutico) 7. Cantidades poco significativas (hasta un 10% de las retribuciones)
<i>Calidad total:</i> Unidades clínicas, gestión de procesos (SAS, Osakidetza), dirección clínica (ICS)	Mejora continua de la calidad: gestión de la asistencia sanitaria individual, gestión de procesos asistenciales, gestión de la unidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Novedad 2. Rediseño de actividades (en la relación medicina-enfermería) 3. Mejora en los equipos de atención primaria: reparto de tareas, individualización de objetivos y preocupación por la calidad 4. Aumento del grado de compromiso de los profesionales 5. Mejora de la calidad asistencial: liga actividad y formación continuada 6. Necesidad de coordinación entre niveles asistenciales 7. Papel del coordinador/director médico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reticencia a participar en la gestión e incentivos poco atractivos 2. Desigualdad en la negociación del presupuesto, impuesto por la administración 3. Controles de calidad dudosos: encuestas de satisfacción 4. Objetivos de asistencia: no puede predecirse el volumen de pacientes a atender 5. Integración del personal de atención al usuario
<i>Oligopolios:</i> Consortios, fundaciones y empresas públicas	Diversificación de proveedores públicos. Equipos de atención primaria gestionados por empresas sin ánimo de lucro (titularidad pública, derecho privado); gestoras de un hospital próximo: consorcios, fundaciones, empresas sanitarias de carácter público con gestión empresarial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación al cambio: capacidad de amoldarse a nuevas situaciones y relación entre el interés de los profesionales y los objetivos fijados 2. Clarificación de objetivos: la entidad compradora establece objetivos, no actividades 3. Eficacia, eficiencia y competitividad 4. Función reguladora del sistema: el médico de atención primaria canaliza los pacientes hacia el centro más adecuado 5. Mayor satisfacción del usuario y del profesional: relación más personalizada 6. Aumento del nivel de resolución y competencia 7. Aumento del nivel de servicios 8. Facilitación del trabajo en equipo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selección adversa de pacientes 2. Equidad: tiempos de acceso preferentes 3. Imperativos financieros: la competencia sustituye a la cooperación y a la coordinación; se mejora la cuenta de resultados traspasando costes 4. Accesibilidad: grupos menos favorecidos podrían verse privados de algunos servicios 5. Sobrealoran la eficiencia a corto plazo: atención frente a prevención, demandas de los pacientes frente a necesidades 6. Clientelismo 7. Aumento de costes de transacción 8. Modelo hospitalocéntrico: la atención primaria capta clientes 9. Fragmentación del Sistema Nacional de Salud
<i>Empresas de profesionales:</i> Cooperativas Sociedades limitadas	Diversificación de proveedores privados. Equipos de atención primaria gestionados por una empresa propiedad de profesionales con finalidad lucrativa: EBA (entidad de base asociativa)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor utilización de recursos: mejora de procesos, reducción de la variabilidad, uso adecuado de recursos 2. Se facilita el trabajo en equipo 3. Mayor grado de incentiviación profesional 4. Mejor relación médico-paciente 5. Más receptividad ante las demandas de los usuarios 6. Mejora la accesibilidad 7. Potenciación de los servicios auxiliares 8. Reequilibrio en la relación atención primaria-especializada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desconfianza de los usuarios: conflicto de intereses entre servicios prestados a los pacientes e incentivos sobre los médicos 2. Imperativos financieros: incentivar la buena práctica frente al ahorro 3. Limitación de beneficios: rentas personales frente a retribuciones en especie (restringir la maximización de beneficios) 4. Carrera profesional 5. Tipo de dedicación 6. Universalidad (voluntariado y monopolios naturales) 7. Equidad de acceso 8. Selección de riesgos 9. Abuso de la temporalidad laboral 10. Falta de equidad en la atención 11. Falta de asunción de riesgos reales 12. Predominio casi exclusivo de la función asistencial 13. Clientelismo: refuerzo de la calidad aparente 14. Aumento de los costes administrativos

Fuente: Canals J, Duque A, González R, et al. La atención primaria de salud en España. Análisis de la situación actual y propuestas de futuro. Madrid: CC.OO. Federación de Sanidad, 2003. (Elaboración propia.)

encuestas hace sospechar que la satisfacción se concentra más en los propietarios que en los empleados.

La conclusión principal es que la propia diversificación, más que las características de un determinado modelo, ha sido el estímulo de la mejora. La ausencia de monopolio en la provisión y la existencia de cierto grado de competición entre modelos y empresas han estimulado la mejora global.

Pago por resultados

Siguiendo tendencias internacionales, y después de la modificación del estatuto marco de los trabajadores de la Seguridad Social en diciembre de 2003, casi todas las autonomías han introducido modelos de retribución variable¹⁸. Los incentivos se agrupan en dos bloques. Por un lado, se fija un complemento de productividad variable ligado al cumplimiento de objetivos de calidad, lo que se conoce como *pay for performance*, y por otro se retribuye una carrera profesional de atención primaria, equiparable a la que existía en algunos hospitales. Desafortunadamente, este segundo bloque ha tendido a la burocratización, a la linealidad, desvinculándose del desempeño de los profesionales¹⁹.

De las pocas evaluaciones de esta innovación destaca la del ICS, donde la introducción de la carrera aumentó la percepción de todos los colectivos profesionales de tener soporte directivo. Seguramente apreciaban que la institución reconociera los mismos méritos que ellos consideraban importantes.

Las primeras evaluaciones apuntaban a que la aplicación de esquemas de incentivación excesivamente agresivos podía agravar la sensación de presión asistencial, y en consecuencia dañar aspectos esenciales de la calidad de los resultados asistenciales¹⁹.

La experiencia posterior muestra que, igual que ha ocurrido en otros países, los incentivos modifican sobre todo la conducta de aquellos profesionales que parten de posiciones más rezagadas, que favorecen la picaresca, que modifican sólo aquello que se evalúa, que su promoción de la mejora desaparece cuando se alcanzan las metas fijadas, y que su impacto sobre la salud de los ciudadanos es desconocido^{20,21}. Se tiende más a señalar determinadas casillas de la historia clínica electrónica que a mejorar la atención clínica.

Una de las principales dificultades del modelo es la falta de concordancia de los objetivos fijados para atención primaria con los de los hospitales, que siguen sin tener sus retribuciones vinculadas a la racionalización de la prestación farmacéutica o al control de enfermedades crónicas. Al contrario, la financiación de los hospitales por actividad desincentiva evitar ingresos de pacientes con patologías crónicas.

Potenciar la atención domiciliaria

Una de las fortalezas de la atención primaria es la existencia de programas de atención domiciliaria para pacientes con enfermedades crónicas que no pueden desplazarse al centro. Se aplican a pacientes con alto grado de comorbilidad y dependencia: aproximadamente un 10% de los mayores de 65 años²².

La evaluación muestra que los equipos prestan una atención muy reactiva a la demanda. Las cargas de enfermería se explican por la demanda de los pacientes. La actividad aumenta ante la presencia de algunos problemas clínicos, como las úlceras por decúbito, y en cambio disminuye en pacientes no demandantes, como los que tienen deterioro cognitivo²³. Así mismo, la falta de coordinación con los servicios de urgencias y los hospitales, así como la demanda de los pacientes y los familiares, explican las hospitalizaciones innecesarias de estos pacientes.

La reciente promulgación de la Ley de Dependencia prometía una ayuda inestimable a la atención a este sector de la población con una gran comorbilidad y dependencia, pero la lentitud en su

implantación y su desvinculación del entorno sanitario han impedido que se cubrieran las necesidades de este colectivo.

El modelo de atención domiciliaria debería repensarse y reorientarse, para pasar de atender sólo demanda a cubrir las necesidades reales de la población con equipos multidisciplinarios que ofrecieran atención social y sanitaria, y que atendieran los problemas de salud de forma proactiva. Para ello, debería identificarse a las personas de alto riesgo con los sistemas de información que tenemos: historia clínica electrónica, consumo de farmacia, altas hospitalarias y registro de dependencia.

Desarrollar los sistemas de información sanitaria

Una oportunidad de mejora en la atención primaria es la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación. La generalización de la historia clínica electrónica, la receta electrónica y las experiencias de telemedicina y de ayudas electrónicas a las decisiones clínicas podrán disminuir la burocracia y modificar la calidad de la atención prestada en atención primaria²⁴, si permiten compartir información y avanzar en la integración asistencial entre niveles. En este terreno, nuestro país se encuentra relativamente avanzado²⁵, a pesar de que no se ha logrado que los sistemas de información sanitaria autonómicos sean interoperables y de acceso universal para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desde fuera de nuestras fronteras.

Los sistemas de información sanitaria deberían ser comunes a todo el SNS y basarse en un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) anonimizados, para disponer continuamente de la información sanitaria de la población, del total de la actividad, de la gestión económica y administrativa, y de la historia clínica estructurada por episodios de atención; y deberían orientar el comportamiento sanitario mediante la gestión por comparación²⁶.

Respuesta institucional y respuesta profesional ante las innovaciones

El SNS en su conjunto y la atención primaria deberían dotarse de una estrategia global para mejorar su eficiencia y aumentar su capacidad resolutoria. Pero toda la administración pública debería hacer lo mismo, porque muchos de los problemas de la atención primaria no son intrínsecos sino que obedecen a una estructura administrativa rígida, burocrática, que desconfía de los subordinados, reticente a compartir decisiones y con unos mecanismos de gestión de personal ineficientes por inamovibles. Para ello son imprescindibles nuevos instrumentos de gestión pública que estimulen las funciones y los procesos esenciales que suman en la cadena de la innovación y del valor. Ese valor también debe proceder de la incorporación a la atención primaria de la población con mayor capacidad de influencia, ahora mayoritariamente acogida a regímenes asistenciales funcionariales (MUFACE, etc.), y de dar a la atención primaria categoría de disciplina universitaria.

La política institucional no puede desentenderse de las necesidades y de la sostenibilidad del SNS, como si fuera un conjunto heterogéneo de instituciones y servicios bajo diferentes responsabilidades políticas. En el caso de la atención primaria, los buenos resultados se obtendrán si se apuesta por una financiación suficiente, porque hasta ahora no lo ha sido²⁷; por un pacto político, para que no dependa de la ideología gobernante²⁸; y por una oferta de servicios personales de elevada calidad interna, autorregulados por normas deontológicas y profesionales, ajustada a las características de la población atendida y con participación de los ciudadanos.

Las reformas deben apoyarse en medias legislativas, en el buen gobierno, en la ejemplaridad ética y política que caracteriza al sistema sanitario, y en el alto grado de confianza otorgado a sus profesionales por la ciudadanía.

De los países de nuestro entorno no puede determinarse cuál tiene el mejor sistema sanitario, en parte por los diferentes métodos de recogida de los indicadores analizados²⁹. Tanto en países con sistemas de salud basados en la seguridad social (Francia, Alemania) como basados en impuestos generales (Dinamarca, España, Italia, Inglaterra), se observan tendencias comunes en su atención primaria, por ejemplo otorgar a los médicos de atención primaria función de «puerta de entrada» allí donde no la tienen, intervenir en el control del gasto sanitario mejorando la atención primaria, combinar capitación y salario en el pago a los médicos, favorecer la tendencia de los médicos a asociarse, tender a la cobertura universal y reducir las camas de hospitalización de agudos³⁰.

Conclusiones y recomendaciones

El modelo organizativo de la atención primaria y del conjunto de la sanidad española no ha logrado exprimir todas sus posibilidades debido a los corsés propios del conjunto de la administración pública, en especial la contratación y la gestión del personal. Era poco probable que la mayoría de los centros de atención primaria pudieran funcionar bien basándose en equipos humanos contruidos de manera forzada, con sistemas de pago salariales y sin mecanismos reconocibles de incentivos que estimularan tanto la cantidad como la calidad del desempeño³¹. Un cambio sustancial debería basarse en la posibilidad de los médicos para autoelegirse para trabajar en equipo, para elegir algunas ayudas laborales y herramientas (sistemas de información), y para concertar con la administración los servicios a prestar y los indicadores de evaluación de la actividad, de forma que ganara peso en la remuneración el pago vinculado a capitación y a tipo y calidad de los servicios prestados.

Desde hace unos años se debate si la reforma de la atención primaria aún tiene recorrido o si debe romperse con ese modelo^{32,33}. Creemos que todavía es posible mejorar la eficiencia del sistema sanitario, flexibilizando las relaciones laborales y dotando de autonomía organizativa a unidades de provisión de servicios. Por otro lado, la falta de pruebas procedentes de la experimentación, y la disparidad de datos y de fuentes de información, no permiten sacar conclusiones determinantes a favor o en contra de ninguna de las iniciativas organizativas puestas en marcha hasta ahora.

En la macrogestión, para que la atención primaria se emancipe debe incrementar su peso relativo sobre el hospital, permitiendo la libre elección de especialista a cargo del presupuesto de la atención primaria. Las reformas de mercado, es decir de compra y provisión, por sí solas no son satisfactorias, e incluso pueden producir efectos negativos sobre la equidad³⁴. Combinando instrumentos de mercado y de red, en Alemania y Holanda han aprobado una regulación estatal para la promoción, a través de incentivos financieros, de estrategias autogestionadas y virtuales de integración entre proveedores que pueden mejorar los resultados³⁵.

En la denominada mesogestión, algunos cambios suscitan suficiente grado de acuerdo, por ejemplo:

- La libre elección de médico de atención primaria y las mejoras en la accesibilidad, sin diferencias entre mañana y tarde.
- Cambios en el modelo retributivo, mediante la capitación dinámica de base poblacional, modulando incentivos económicos y profesionales vinculados al grado de resolución o a la efectividad alcanzados respecto a la epidemiología esperada y al desempeño individual.
- Gestión compartida desde un solo lugar (gerencia única) de los recursos de atención primaria, del hospital, salud mental, servicios sociales, etc., como se ha probado con éxito en otras latitudes^{36,37}.

- Participar activamente en la gestión clínica de los procesos; en la práctica clínica, la garantía de calidad, la farmacia o la incapacidad temporal.
- La atención preventiva y comunitaria, junto con la incorporación a la atención primaria de actividades como cirugía menor, electrocardiografía, analítica básica, citología, colocación de dispositivos intrauterinos, espirometría, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de enfermos crónicos y postoperatorios, etc., han sido las estrategias de expansión de la cartera de servicios más utilizadas. Los límites a la expansión de la atención primaria sólo deben obedecer a prevalencias de las enfermedades tan bajas que hagan difícil el mantenimiento de las destrezas, o a que el coste de los servicios exija grandes volúmenes de pacientes para justificarse³⁸.
- La atención primaria debe protagonizar el control del enfermo crónico o frágil, de la salud mental (especialmente en los trastornos de bajo perfil), de la salud pública y de la salud laboral.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la elección del guión del artículo y en la redacción, la corrección crítica y la aprobación de la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Palomo L. La atención primaria entre la crisis y el liderazgo social. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
2. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001;51:303-9.
3. Heath I, Rubinstein A, Stange K, et al. Quality in primary health care: a multi-dimensional approach to complexity. *BMJ*. 2009;338:b1242.
4. Gervás J, Pérez-Fernández M, Palomo L, et al. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. En: Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 (Consultado el 20/4/11.) Disponible en: <http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf>.
5. Corbella A, Jiménez J, Martín-Zurro A, et al. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Barcelona: Institut D'Estudis de la Salut; 2007.
6. González López-Valcárcel B. La difusión de tecnologías sanitarias en atención primaria. Repercusiones económicas. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
7. Rocafort Gil J, Herrera E, Fernández F, et al. ¿La existencia de los equipos de soporte de cuidados paliativos disminuye o suplanta la dedicación de los equipos de atención primaria a sus pacientes en situación terminal en sus domicilios? *Aten Primaria*. 2006;38:316-24.
8. Martín M. Los planes autonómicos de mejora de la atención primaria. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
9. García-Olmos L. La derivación como moneda de cambio en la relación entre atención primaria y hospitalaria. En: Palomo L, coordinador. Expectativas y realidades en la atención primaria española. Madrid: Ediciones GPS/FADSP/Fundación "1° de Mayo"; 2010.
10. Martí IJ, Grenzner V. Modelos de atención primaria en Catalunya. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria. 1999;5:116-23.
11. Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'atenció primària i de la diversificació de la provisió de serveis [informe tècnic]. Barcelona: FAD; 2002.
12. Grup de Treball Redactor. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya. Resum executiu. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (Consultado el 12/2/11.) Disponible en: www.gencat.cat/salut/jes/html/ca/dir2629/resumexecutiu.pdf.
13. Guarga A, Gil M, Pasarín M, et al. Comparación de los equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000;36:600-6.
14. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med*. 2009;36:368-78.

15. Gené-Badía J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, et al. Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy.* 2008;86:335–44.
16. Regió Sanitària de Barcelona Catalunya. Benchmarking dels equips d'atenció primària de la Regió Sanitària Barcelona. (Consultado el 28/4/11.) Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxius/benchmarking_atencion_primaria_RSB_2009.pdf.
17. Pou-Bordoy J, Gené-Badía J, De la Cámara-González C, et al. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria.* 2006;15:231–4.
18. Gené Badía J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria.* 2004;34:198–201.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Atención Primaria S XXI: análisis de situación. Madrid 2006. (Consultado el 12/2/11.) Disponible en: http://www.simeg.org/atencion_primaria/191006analisisituacionatencion-primaria.pdf.
20. Gené-Badía J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, et al. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy.* 2007;80:2–10.
21. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom. *New Engl J Med.* 2006;355:4.
22. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med.* 2009;361:368–78.
23. Alcalá MV, Puime AO, Santos MT, et al. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. *Aten Primaria.* 2010;42:520–7.
24. Catalán A, Borrell F, Amado E, et al. Prescripció farmacèutica segura (PREFASEG). *Annals de Medicina.* 2011;94:2–3.
25. Protti D, Johansen I, Pérez-Torres F. Comparing the application of health information technology in primary care in Denmark and Andalucía, Spain. *International Journal of Medical Informatics.* 2009;78:270–83.
26. Proyecto ISIS Manager® de CYMAP SL. (Consultado el 16/2/11.) Disponible en: www.unidadefectividad.net.
27. Simó J. Deuda histórica de financiación de nuestra atención primaria. *El Médico.* 2011;1119:12–9.
28. Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria.* 2008;40:277–84.
29. Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:94.
30. Fernández del Río MP. La medicina de familia en seis países europeos. *Aten Primaria.* 2010;42:620–5.
31. Gervas J, Ortún V, Palomo L, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:589–96.
32. Borrell F, Gené J. La atención primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2008;10:3–7.
33. Gervas J, Pérez-Fernández M. La necesaria atención primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria.* 2008;10:8–12.
34. Martín M, Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl 1):96–101.
35. Van der Linden B. Integration of care in the Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy.* 2001;55:111–20.
36. Kodner DL, Spreuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Atención Integr.* 2002;2:e12 (Consultado el 16/2/2011.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/?tool=pubmed>.
37. Vondeling H. Economic evaluation of integrated care: an introduction. *International Journal of Integrated Care.* 2004;4:e20 (Consultado el 16/2/11.) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1393259/?tool=pubmed>.
38. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clí (Barc).* 1996;106:97–102.