

GESTIÓN SANITARIA

para el médico de Atención Primaria





Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN



GESTIÓN SANITARIA PARA EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA



Ediciones SEMERGEN S.L.

Calle Narváez nº15, 1º Izquierda. 28009, Madrid.

Título de la obra: Gestión sanitaria para el médico de atención primaria.

ISBN: 978-84-948095-9-0

© Copyright 2018. Reservados todos los derechos de la edición.

Oficina editorial: coordinacion@edicionessemergen.com

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcial de éste material, imágenes y tablas de los contenidos, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin autorización expresa por escrito de la Editorial Ediciones SEMERGEN, S.L.

Los editores no aceptan ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto. En cualquier caso el uso de este manual no puede reemplazar el juicio profesional del médico que será el único responsable de sus decisiones clínicas.

COORDINACIÓN

Rafael Manuel Micó Pérez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Doctor en Medicina. Experto Universitario en cronicidad .
Miembro de los Grupos de Trabajo de Gestión Sanitaria, Cronicidad y Universidad de SEMERGEN.
Centro de Atención Primaria Fontanars dels Alforins. EAP Ontinyent (Valencia).

AUTORES

Maria Inmaculada Cervera Pérez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Profesora Asociada de la Universidad de CEU San Pablo. Valencia. Diploma de Especialización en Liderazgo y Transformación de Organizaciones y Sistemas Sanitarios.
Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión sanitaria SEMERGEN.
Centro de Salud Utiel. Departamento de Salud Requena (Valencia).

Hans A Equia

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Doctor en Medicina. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria y de Nuevas Tecnologías SEMERGEN.
Centro de Atención Primaria Lægehuset Rudkøbing (Dinamarca).

Rafael Manuel Micó Pérez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud. Doctor en Medicina. Experto Universitario en cronicidad .
Miembro de los Grupos de Trabajo de Gestión Sanitaria, Cronicidad y Universidad de SEMERGEN.
Centro de Atención Primaria Fontanars dels Alforins. EAP Ontinyent (Valencia).

Eufrosina Santos Alonso

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Dirección y Gestión de Servicios de Salud.
Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN.
Centro de Salud Nápoles y Sicilia (Valencia).

Francisco Javier Sanz García

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria .
Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria y miembro del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías SEMERGEN.
Centro de Salud Castalla. Departamento de Salud de Alcoy (Alicante).

Pablo Silva Tomás

Enfermero .
Colaborador Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria de SEMERGEN.
Área de Atención Primaria. Departamento de Salud de Valencia La Fe (Valencia).

María José Torrijo Rodrigo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria .
Miembro de los Grupos de Trabajo de Gestión Sanitaria y Cronicidad SEMERGEN.
Centro Sanitario Integrado Juan Llorens (Valencia).

COMITÉ EDITORIAL

Gustavo C. Rodríguez Roca (Coordinador)

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.
Vicesecretario General 1º y Director de la Agencia Editorial de la SEMERGEN.
Centro de Salud de la Puebla de Montalbán (Toledo).

María Dolores Aicart Bort

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro de los grupos de Trabajo de Respiratorio, Vasculopatías y Tutores de SEMERGEN.

Vocal y Responsable de Tutores y Socios de SEMERGEN. Directora de la Agencia de Formación de SEMERGEN.

Centro de Salud Rafalafena (Castellón).

Francisco Javier Alonso Moreno

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN. Coordinador del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante.

Secretario de SEMERGEN Castilla-La Mancha.

Centro de Salud Sillería (Toledo).

Antonio Alonso Verdugo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro de los Grupos de Trabajo Nacional de Dolor, Salud Mental y Aparato Locomotor SEMERGEN.

Vocal de Cuenca de SEMERGEN Castilla-La Mancha.

Centro de Salud Tarancón (Cuenca).

Luis Miguel Artigao Rodenas

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión y de Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Miembro del Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).

Pere Beato Fernandez

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

Consultorio del Barri Cotet. Premiá de Dalt (Barcelona).

Julio Antonio Carbayo Herencia

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).
Profesor Colaborador Honorífico. Dpto. de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández.
Profesor Colaborador Honorífico. Dpto. de Ciencias de la Salud. Catedra de Riesgo Cardiovascular Universidad Católica de San Antonio (UCAM)(Murcia).

Sergio Cinza Sanjurjo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Vicepresidente 2º de SEMERGEN.
Director de Agencia de Investigación de SEMERGEN.
Centro de Salud Porto do Son (Santiago de Compostela).

José Luis Llisterni Caro

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro del Grupo de Trabajo de Hipertensión y de Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN Presidente Nacional SEMERGEN.
Centro de Salud Joaquín Benlloch (Valencia).

Vicente Martín Sánchez

Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad de Barcelona.
Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.

Daniel Rey Aldana

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro de los Grupos de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular, Respiratorio y Urgencias de SEMERGEN. Presidente de SEMERGEN Galicia.
Centro de Salud A Estrada (Pontevedra). XXI De Santiago de Compostela.

CONTENIDO

MACROGESTIÓN SANITARIA: POLÍTICA SANITARIA.....	11
1. Diecisiete sistemas de salud. Un solo paciente	11
2. Planificación	15
3. Equidad en salud.....	17
4. Distribución de recursos. Dotación presupuestaria.....	18
4.1. Recursos económicos.....	20
MESOGESTIÓN: GESTIÓN DE CENTROS	23
1. Introducción: modelos organizativos.....	23
1.1. El centro de salud y el equipo de atención primaria	27
1.2. Organización del trabajo en equipo	29
1.3. La unidad básica asistencial	32
1.4. El líder, la motivación	33
1.5. Pacientes asignados: cupo	35
1.6. Cartera de servicios y la actividad asistencial.....	37
1.7. Docencia, formación profesional, investigación	42
1.8. Acuerdos de gestión	49
1.9. Atención integrada: coordinación y continuidad asistencial.....	53
2. Nuevas tecnologías de la información y comunicación.....	56
2.1. Redes sociales.....	60
2.2. Redes sociales y medicina.....	61
2.3. Herramientas de social media más populares	62
2.4. Redes sociales y profesionales de la salud	62
3. Promoción de la salud.....	68
3.1. Prevención de la enfermedad	74
3.2. Educación para la salud.....	79

MICROGESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA	83
1. Introducción: gestión clínica	83
1.1. Cronicidad	84
1.2. Paciente responsable, paciente activo	87
1.3. Uso racional del medicamento	90
1.4. Calidad asistencial	94
1.5. Incapacidad temporal	98
1.6. Hospitalizaciones evitables	102
2. Evaluación de resultados	104
2.1. Análisis de costes: gestión de la eficacia y la sostenibilidad	113
2.2. Resultados en salud	117
2.3. Aspectos de mejora	120
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	123

MACROGESTIÓN SANITARIA: POLÍTICA SANITARIA

**Rafael Manuel Micó Pérez, **Eufrosina Santos Alonso,
***María José Torrijo Rodrigo.*

*Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembros del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN
* ***Miembros del Grupo de Trabajo de Cronicidad SEMERGEN
* Centro de Atención Primaria Fontanars dels Alforins. EAP Ontinyent (Valencia)
** Centro de Salud Nápoles y Sicilia (Valencia)
*** Centro Sanitario Integrado Juan Llorens (Valencia)*

1. DIECISIETE SISTEMAS DE SALUD. UN SOLO PACIENTE

La macrogestión sanitaria o política sanitaria consiste en la intervención de la administración sanitaria (cada Comunidad Autónoma es competente) para aumentar la equidad y corregir disfunciones del mercado.

La política sanitaria es la forma de gobierno mediante la cual se rige la sociedad, se regula, para la búsqueda del bien común en relación con la salud de los ciudadanos

Los gobiernos buscan resultados en salud y satisfacción de los usuarios. Hemos de añadir la sostenibilidad como parámetro para el futuro y el concepto de calidad desde el primer contacto del paciente con el sistema.

La política sanitaria suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación que hace posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos.

Como ocurre con la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas

en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos.

En España corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

Asimismo, le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de cohesión e inclusión social, de familia, de protección del menor y de atención a las personas.

La Constitución Española de 1978 establece las competencias asumibles por las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y las exclusivas del Estado. Las competencias exclusivas del Estado en el ámbito sanitario son las siguientes: Sanidad Exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

En nuestro país hay una delegación de competencias del Estado hacia los organismos autonómicos de salud en materia de sanidad, consumo, servicios sociales e igualdad.

Tabla 1. Reales Decretos. Traspaso a las CC.AA. de las competencias en materias de sanidad

CC. AA.	Reales Decretos
Catalunya	1517/1981
Andalucía	400/1984
País Vasco	1536/1984
Comunitat Valenciana	1612/1987
Galicia	1679/1990
Navarra (Comunidad foral de)	1680/1990
Canarias	446/1994
Asturias (Principado de)	1471/2001
Cantabria	1472/2001
La Rioja	1473/2001
Murcia (Región de)	1474/2001
Aragón	1475/2001
Castilla La Mancha	1476/2001
Extremadura	1477/2001
Balears (Illes)	1478/2001
Madrid (Comunidad de)	1479/2001
Castilla y León	1480/2001

Elaboración propia

En lo referente a la Coordinación de la Sanidad, debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Estos y otros principios relacionados con la coordinación están recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS), que además concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, atribuyéndole una nueva composición y funciones.

Figura 1. Organismos Autonómicos de Salud, Consumo, Servicios Sociales e Igualdad



El CISNS es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

Ahora que hemos visto la organización, atendemos a un paciente que vive en cualquiera de las diecisiete comunidades. Nos preguntamos: ¿se le atiende con la misma capacidad de resolución en todas las Comunidades? Para una determinada dolencia, ¿le podemos prescribir el mismo fármaco? Ese paciente ¿tiene el mismo calendario de vacunación independientemente de dónde viva? Si tiene una intervención quirúrgica, ¿espera lo mismo independientemente de dónde viva?

2. PLANIFICACIÓN

El establecimiento de Planes de Salud conjuntos entre Estado y CC.AA. debe formularse en el seno del CISNS, si implican a todas ellas.

Actualmente cada CCAA tiene una evolución distinta en la elaboración y seguimiento de planes de salud propios.

La política sanitaria se distingue en estos momentos de la política pública saludable por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que estas puedan llegar a definirse como políticas públicas saludables.

La carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Un elemento importante en la creación de una política pública saludable es la noción de la rendición de cuentas sobre la salud. Los gobiernos son los últimos responsables ante los ciudadanos de las consecuencias para la salud de sus políticas o de la falta de ellas.

Un compromiso sobre políticas públicas saludables significa que los gobiernos deben medir e informar sobre sus inversiones sanitarias y los consecuentes

resultados de salud y sobre los resultados de salud intermedios de sus inversiones y políticas generales, en un lenguaje que todos los grupos de la sociedad comprendan con facilidad. Estrechamente relacionada con el concepto de la promoción de la salud de una política pública saludable, está la estrategia de la inversión para la salud. La inversión para la salud es una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de promoción de la salud.

La LGS había establecido los principios para la formulación de la política sanitaria de las CC.AA. a través de los Planes de Salud y reglamentó la elaboración de un Plan Integrado de Salud que definiera el marco de actuación de la política sanitaria española.

La oferta actual de Planes de Salud en las distintas CC.AA. es muy amplio, aunque el desarrollo es diferente e incluso escaso en alguna.

En los objetivos de los Planes de Salud se incorporan aspectos como la equidad y la vigilancia de la desigualdad, estilos de vida, envejecimiento saludable, la enfermedad, la salud infantil y juvenil, las conductas saludables.

Los Planes de Salud van adaptándose y generando una idea más global gracias a la mejora de los sistemas de información. En la actualidad se involucra al tejido social y a otros responsables intersectoriales. Se ha mejorado en la coordinación entre administraciones (autonómicas, locales) aunque éste es un aspecto muy laborioso.

La transparencia y la participación ciudadana se hacen presentes y son los instrumentos necesarios para facilitar la comprensión de la priorización de objetivos y la legitimación del plan.

Sigue habiendo dificultad con la incorporación de la parte presupuestaria a la presentación de un plan de salud o a la de una estrategia de cronicidad. Esta idea ya la comentaban Gispert y Tesserras hace 15 años. No es creíble un plan sanitario si las administraciones no vinculan la parte económica a la elaboración, ejecución y retorno de la inversión del mismo. Incluso si no fuera rentable económicamente habría que comunicarlo.

Los profesionales, de modo especial en atención primaria, seguimos necesitando una mejora en la información de estas políticas dado la visión holística del paciente y de la comunidad.

3. EQUIDAD EN SALUD

Las diferencias en salud no tan sólo son innecesarias y evitables, sino injustas.

Alcanzar la equidad en salud significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales.

La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad. Equidad significa que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios.

Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud.

Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal.

La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió operacionalmente la equidad en salud como: “minimizar las disparidades evitables junto con sus determinantes entre las personas que tienen diferentes niveles de privilegios o ventajas, como son los diferentes niveles de poder, riqueza o prestigio dada su posición dentro de la sociedad”.

La equidad en salud vista desde la perspectiva de las necesidades, define una equidad horizontal, (igual tratamiento para una misma necesidad) y una equidad vertical (distintos tratamientos para diferentes necesidades, y especialmente mayores recursos para aquellas necesidades mayores). Por lo tanto, al hablar de equidad en salud es necesario considerarla en el contexto de la utilización del cuidado en salud, la distribución de los recursos acorde a las necesidades, el acceso al cuidado y los resultados en salud.

El termino disparidad en salud es un término casi exclusivamente usado en los Estados Unidos, mientras que los conceptos de inequidad en salud o desigualdad en salud son más comúnmente usados en otros países.

Si bien los conceptos están relacionados, desigualdad e inequidad son distintos. Desigualdad es simplemente una diferencia, mientras que inequidad es una diferencia injusta y evitable. Se debe tener presente que algo que es desigual no necesariamente es no equitativo. La claridad en las definiciones resulta crucial al momento de definir políticas en salud pública.

Urbanos apunta el abordaje de equidad y desigualdad con diferentes propuestas.

Respecto a las recomendaciones para lograr la equidad son necesarias reformas en distintos ejes: la definición del aseguramiento, el reparto de costes entre aseguradores y asegurados, la distribución de competencias entre atención primaria y especializada, la gestión clínica y la producción y difusión de información para favorecer la toma de decisiones de profesionales y ciudadanía. Además, se requiere prestar especial atención a colectivos particularmente vulnerables.

Respecto a las desigualdades es necesario estudiar las desigualdades (de género, socioeconómicas, geográficas, etc.) en el acceso a la atención sanitaria, a ser posible desde una perspectiva integral que incluya el análisis de problemas de salud y colectivos concretos, y que abarque asimismo la evaluación del impacto en la equidad de todas las iniciativas que se pongan en marcha.

4. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS. DOTACIÓN PRE-SUPUESTARIA

Según la ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS tenemos una definición de responsabilidades de los niveles hospitalario y de atención primaria.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente. Y la atención hospitalaria garantiza la continuidad de la atención integral del paciente, una vez

superadas las posibilidades de la AP, hasta que aquel pueda integrarse de nuevo en este nivel.

En función de esta concepción de Sistema Nacional de Salud y de organización entre niveles, vamos a ver cómo están distribuidos actualmente los recursos humanos y económicos en nuestro país.

Recursos humanos.

Vamos a visualizar el porcentaje de médicos de familia sobre el total de especialidades médicas. En nuestro país, la media de médicos es de 38 por cada 10.000 habitantes, mientras que en la OCDE es de 35. Sin embargo, cuando nos referimos al número de médicos de familia España se sitúa a la cola de la Unión Europea en el porcentaje de facultativos en proporción a la población.

Según Eurostat, en 2016 España cuenta con 34.880 médicos de familia (incluidos los que trabajan en hospitales y los MIR), lo que supone un promedio de 7,5 médicos por cada 10.000 habitantes. La cifra queda muy lejos de los 15,4 de Francia, los 17,2 de Alemania o los de Portugal con 22,8 por cada 10.000 habitantes.

En el caso de las ratios de médicos especialistas hospitalarios España cuenta con 24,3 facultativos por cada 10.000 habitantes, estando por encima de países como Reino Unido con 20 por cada 10.000, Portugal con 22,8 y Alemania con 23,8.

Vamos a seguir mirando a Europa. El porcentaje de médicos de familia respecto al total se sitúa en torno al 50%. En nuestro país el porcentaje de la última oferta formativa, MIR del 2016 fue de 6095 plazas de las cuales 1690, es decir el 27,73% eran plazas de medicina familiar y comunitaria.

Y si intentamos fijarnos en otros profesionales básicos en atención primaria, como la enfermería, los datos de la OCDE sitúan a España entre los países europeos con menor número de profesionales de la enfermería por cada 1.000 habitantes, siendo de 5,1 en 2014, mientras que la media de los países de la Unión Europea es de 8,4 y en países como Dinamarca llega a haber 16,5 y en Suiza, la que más profesionales tiene, hay 17,6 por cada mil habitantes.

4.1. RECURSOS ECONÓMICOS

Nuestra pregunta pasa ahora a la distribución de los recursos económicos. **¿Cómo se están distribuyendo** los presupuestos económicos en cada nivel de atención?

Si repasamos el gasto sanitario en el último lustro (2010-2014) del que disponemos datos nos encontramos con la siguiente tabla:

Tabla 2. Gasto sanitario público consolidado según clasificación económica					
	2010	2011	2012	2013	2014
Servicios hospitalarios y especializados	38908	39803	38914	37421	38043
Servicios primarios de salud	10596	10169	9484	9135	9045
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos. Salud pública, servicios colectivos de salud. Gastos de capital	6490	5729	5032	4674	4471
Farmacia	13406	12333	10708	10480	10388
Total consolidado (millones de euros)	69400	68034	64138	61710	61947
Porcentaje sobre PIB	6,4%	6,4%	6,2%	6,0%	5,9%
Euros habitante	1.493	1.458	1.370	1.321	1.332
Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2010-2014.					

Modificado de EGSP: Lillo Fernández, JM; Rodríguez Blas MC. Estadística de Gasto Sanitario Público 2014: principales resultados [Internet]. Edición mayo 2016. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

El mayor peso del gasto público recae en los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 61,4 % del gasto total consolidado en el año 2014; además, cabe destacar el gasto en farmacia, con un 16,8 % y los servicios primarios de salud, con un 14,6 %.

Analizando la distribución por CC.AA., en euros por habitante, nos encontramos con cierta variabilidad en los valores en el año 2014.

Apreciamos para el ejercicio citado presupuestos destinados a sanidad con un porcentaje sobre PIB que oscilan desde el 3,8% en Madrid o el 4,7% en Cataluña hasta el 7,7% en Murcia o el 9,4% en Extremadura. Hay que tener en cuenta que existe una solidaridad entre territorios, ya que la asignación de recursos entre las CCAA contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad del sistema.

La financiación por habitante que oscila desde los 1042 euros por habitante de Andalucía o los 1164 de Madrid hasta los 1448 euros por habitante de Extremadura o los 1582 euros del País Vasco.

Tabla 3. Datos económicos por CCAA en 2014

CC. AA.	Euros por habitante (2014)	Porcentaje sobre PIB (2014)
Andalucía	1.042	6,3%
Aragón	1.427	5,8%
Asturias (Principado de)	1.433	7,3%
Balears (Illes)	1.194	5,1%
Canarias	1.232	6,4%
Cantabria	1.406	7,0%
Castilla La Mancha	1.213	6,9%
Castilla y León	1.268	6,0%
Catalunya	1.241	4,7%
Comunitat Valenciana	1.195	6,1%
Extremadura	1.448	9,4%
Galicia	1.293	6,6%
La Rioja	1.330	5,4%
Madrid (Comunidad de)	1.164	3,8%
Murcia (Región de)	1.419	7,7%
Navarra (Comunidad foral de)	1.435	5,2%
País Vasco	1.582	5,4%

Elaboración propia.

Y con estas cifras somos un país eficiente y con encuestas que dicen que “la puntuación que refleja la satisfacción de la población con el funcionamiento del sistema de salud pública en España es de 6,3 puntos sobre 10. La Atención Primaria sigue siendo el nivel de atención más valorado, con una puntuación de 7,4 puntos sobre 10”.

MESOGESTIÓN: GESTIÓN DE CENTROS

Rafael Manuel Micó Pérez, **Hans A Equia, *Francisco Javier Sanz García, ****Pablo Silva Tomás*

** ** ***Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
****Enfermero*

** **Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN*

**** Coordinador del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN*

*****Colaborador del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN*

*** ***Miembro del Grupo de Trabajo de Nuevas Tecnologías SEMERGEN*

**Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad SEMERGEN*

**Centro de Atención Primaria Fontanars dels Alforins. EAP Ontinyent (Valencia)*

***Centro de Atención Primaria Lægehuset Rudkøbing (Dinamarca)*

****Centro de Salud Castalla. Departamento de Salud de Alcoy (Alicante)*

*****Área de Atención Primaria. Departamento de Salud de Valencia La Fe (Valencia)*

1. INTRODUCCIÓN: MODELOS ORGANIZATIVOS

La mesogestión sanitaria en atención primaria (AP) o gestión de centros se realiza a través de la coordinación y motivación de los integrantes de los centros de salud.

El ámbito de AP ha sido objeto de reformas en los modelos de gestión, que se han producido en los países desarrollados, con el ánimo de reforzar la propia gestión de los equipos, frente a la tradicional autonomía profesional, para mejorar los servicios al ciudadano que cada día es más exigente.

La AP no es homogénea en nuestro sistema. En España la AP está organizada, en la mayoría de las comunidades autónomas (CC.AA.), vinculada a un área geográfica en la que hay un hospital de referencia.

En la actualidad el modelo más frecuente es el de gerencia única o modelo de gestión integrada. En este modelo hay una fusión de la gestión directiva asistencial

y administrativa de ambos niveles asistenciales en el área de salud. Por tanto, la AP y la atención hospitalaria dependen de un Gerente. Los Coordinadores o Directores de cada centro de salud dependen de un Director de AP o directamente del Gerente. Este modelo es actualmente el más extendido en todo el territorio nacional. Apenas queda una mínima representación de coexistencia en una misma área de la Gerencia de AP y la Gerencia de hospital. Sin embargo, no hemos visto evaluación y resultados con suficiente fortaleza que demuestren que la integración de estructuras mejora la continuidad asistencial del paciente. Y no se ha actuado con la idea de gestión basada en evidencia, simplemente con impulso político y contexto económico.

El modelo de área única también presenta alguna implantación. Existe una única estructura en el área de salud, pero sin fusión de ambos niveles asistenciales en la gestión asistencial. En el desarrollo posterior pensamos que ha faltado, junto a la libre elección de centro y profesional del ciudadano, la motivación del médico por trabajar mejor. Es decir, si te elige el ciudadano porque trabajas bien a cambio tienes más trabajo. Creemos que falta una cultura de premio y reconocimiento.

Así pues, tenemos los equipos de AP (EAP) gestionados por las Consejerías de salud autonómicas con mayor o menor grado de descentralización. La autonomía de gestión, que sería un paso avanzado, supone un refuerzo del liderazgo del equipo, una mayor implicación de los profesionales con mayor satisfacción, una mejora del clima laboral y trabajo en equipo y planes de mejora espontáneos. Como inconvenientes podemos señalar como principal la dificultad de descentralización presupuestaria (clave en AP), los sistemas de información, actitudes economicistas y la incentivación de los equipos.

En algunas CCAA también encontramos EAP gestionados por organizaciones ajenas (consorcios, mutuas) y con pequeña representación tenemos EAP con personalidad jurídica propia como las entidades de base asociativa (EBA) de Cataluña.

Es importante conocer esta diversidad para saber que las posibilidades de gestión que tiene el propio EAP, según sus circunstancias, van desde la autogestión en el caso de las EBA a la autonomía de gestión o gestión clásica en el resto de casos.

Autonomía de gestión

En general el modelo más independiente para un grupo de profesionales sería la autogestión del EAP, pero múltiples condiciones (laborales, políticas, personales, económicas) hacen que esté en entredicho. Pensamos que un modelo con alta autonomía de gestión sería compatible con un desarrollo más acorde entre lo esperado y lo posible.

En España hay experiencias de autonomía de gestión, con mayor o menor grado de implantación, en Asturias, Andalucía, Valencia, Cataluña, País Vasco, Galicia, Castilla y León.

Desde 2008 iniciaron, legislativamente, su andadura Andalucía y Asturias. Desde entonces tenemos múltiples experiencias de EAP o de Unidades de Gestión Clínica (UGC) que son similares en contenidos.

Este modelo se entiende como una fórmula organizativa sustentada en un contrato o acuerdo de gestión (AG) entre un equipo de profesionales (EAP) y la consejería o empresa responsable de la gestión.

Mediante este AG los profesionales asumen la responsabilidad efectiva sobre los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos fijados en el AG relacionados con la buena práctica clínica, la gestión de pacientes y los resultados económicos.

Para poder llevar a cabo esta nueva organización, los EAP disponen de una serie de herramientas y recursos: unos sistemas de información adecuados, un presupuesto y un sistema de evaluación e incentivos.

Se asigna una dotación económica. Sin duda es un tema clave pues la pérdida de esta referencia se traduce en una disminución en la calidad de la actividad asistencial.

Aquí se incluyen los capítulos de personal, material, farmacia e inversiones. Habitualmente la cantidad total se basa en un histórico y en la población asignada al centro.

La gestión del personal conlleva el manejo de las sustituciones básicas durante las vacaciones, formación, convenios e incapacidad temporal.

La gestión de material del centro (botiquín, papelería, ropería) y del mantenimiento confiere un orden interno necesario.

La gestión de farmacia va ligada al uso racional del medicamento.

Por último, es necesaria una política de inversiones con una adecuada planificación.

En fases posteriores, en la autonomía de gestión, se añade el control de diversos recursos económicos como el contrato programa, la facturación a terceros, ingresos por otros convenios (investigación, formación, rehabilitación).

Aunque más complejo, se puede añadir (en función de la organización de la administración) la elección de servicios médicos hospitalarios. De este modo se genera una competitividad lícita dentro de la organización que ha de corresponderse con una redistribución de recursos y un reconocimiento por el buen trabajo realizado.

Mecanismos de evaluación e incentivación.

En algunas CC.AA. los equipos que desarrollan autonomía de gestión están divididos por niveles en función de la evolución y cumplimiento de objetivos.

En Asturias esta clasificación se basa atendiendo a criterios de calidad y autonomía. Respecto a la calidad asistencial se fundamenta en el modelo de gestión por procesos que se clasifica en tres niveles de calidad: nivel básico donde es obligatorio el desarrollo de procesos clave relacionados con la Seguridad del Paciente y la Gestión de Riesgos; nivel intermedio que se acredita por una agencia externa y nivel avanzado si están en proceso de reacreditación. Con la autonomía también se establecen los 3 niveles mencionados.

En el año 2012, en el Consorcio Hospital General de Valencia, los EAP se clasificaban en función de su complejidad en varios niveles. El grado de complejidad se valoraba en función de 4 factores: estructura, proceso, liderazgo y clima laboral. El nivel de complejidad es la situación de partida tras la evaluación multifactorial de los centros y establece el nivel de exigencia en el AG. Se revisa anualmente para determinar el punto de partida de cada centro para el año en curso.

Los sistemas de incentiviación (a diferencia de la visión clásica economicista) ligados a los AG, van vinculados a aspectos como la propia autonomía de gestión, la retribución individual y la asignación presupuestaria al EAP, la formación y la investigación.

Como podemos ver e imaginar, las formas de organizarnos son múltiples y todas tienen sus ventajas e inconvenientes. Hablamos de AP, por tanto, nos vamos a referir a la estructura nuclear, los centros de salud.

1.1. EL CENTRO DE SALUD Y EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Centro de salud (CS) es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de forma coordinada, integral, continuada y permanente basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el mismo.

En el CS es donde se desarrollan las actividades propias de la atención primaria de salud: prevención, promoción, asistencia sanitaria, rehabilitación y reinserción social.

El CS ha de asumir la gestión de los recursos sanitarios correspondientes al ámbito de actuación en el que opere y la integración operativa y coordinación funcional con los otros niveles del sistema.

El EAP es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan dentro de una zona de salud.

La zona de salud es el lugar en el que se ubica un equipo de atención primaria, es el marco territorial, con su demarcación geográfica y poblacional.

En general abarca a una población entre 5000 y 25000 habitantes. Con carácter excepcional puede haber zonas rurales con menos de 5000 habitantes y zonas urbanas con más de 25000 habitantes.

En la zona básica de salud habrá un centro de salud cabecera o principal y podrá haber otros consultorios o instalaciones adicionales. Estas características dependerán de si la zona básica de salud está configurada en ambiente rural o urbano.

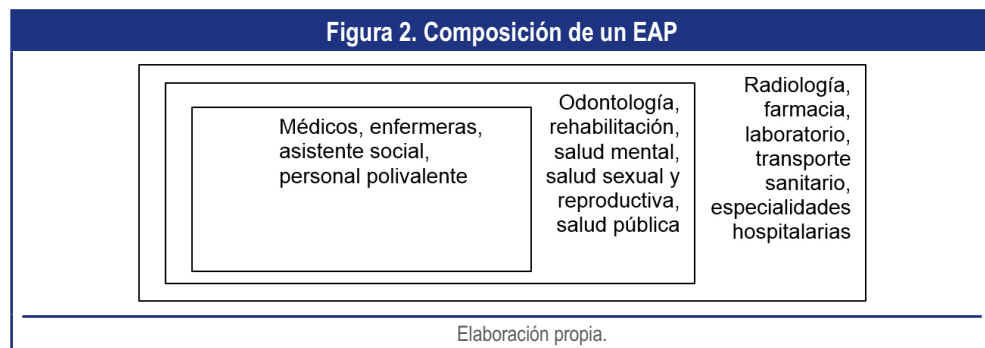
La distancia, con los habituales medios de locomoción, entre el centro de salud cabecera y el resto de instalaciones o consultorios locales, no ha de ser superior a 30 minutos.

La composición de un EAP ha de ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad a la que atiende. El núcleo básico es el formado por aquellos profesionales necesarios para el desarrollo de las funciones esenciales en la parte asistencial, prevención y promoción de la salud. Los médicos, la enfermería, los trabajadores sociales y el personal polivalente son los elementos constitutivos básicos, y los técnicos sanitarios y no sanitarios restantes, que pueden integrarlos, actúan como elementos de soporte o apoyo especializado.

En AP también participan otros profesionales que no forman parte directa del equipo de salud y sin embargo son necesarios para la resolución de problemas en este ámbito de salud.

Hablamos de profesionales que en ocasiones trabajan en el mismo centro de salud, participando en una parte de las actividades, como son los integrantes del área de rehabilitación, de la atención a la salud sexual y reproductiva, odontología, salud mental y salud pública y comunitaria.

En otras ocasiones hablamos de profesionales que actúan como consultores de los EAP estando adscritos funcional y orgánicamente a servicios hospitalarios.



El trabajo en equipo es una característica fundamental del modelo de AP de nuestro sistema sanitario. Una AP de calidad precisa de EAP bien organizados y cohesionados en torno al objetivo común de ofrecer a los ciudadanos la mejor atención posible desde la proximidad y la personalización que ofrece este nivel de atención. Una organización de los EAP centrada en el ciudadano, con unos servicios

diseñados en función de las necesidades de la población y no solo teniendo en cuenta los intereses y necesidades de los profesionales, ha de permitir avanzar en el desarrollo de la propia AP.

El modelo organizativo en EAP ha permitido impulsar la actual oferta asistencial y preservar los valores fundamentales de la AP: atención integral, integrada, continua, activa, accesible, continuada, participativa, programada, comunitaria, docente e investigadora.

Nos hemos permitido hacer un pequeño análisis de factores que consideramos positivos, de las debilidades y de los cambios inminentes.

Tabla 4. Análisis de características en los EAP

Positivo	Debilidades	Cambios
-Multidisciplinar -Continuidad y longitudinalidad -Historia clínica compartida -Aumento del tiempo asistencial -Accesibilidad -Informatización -Formación -AFyC	-Rigidez -Burocracia -Insuficiente definición de funciones -Poca flexibilidad agendas -Falta incentivación -Distribución ineficiente de cargas de trabajo -Falta de tiempo -Desgaste profesional -Dificultad contratación personal -Acceso tecnología diagnóstica	-Envejecimiento población -Continuidad asistencial -TIC -Medicina predictiva -Medicina personalizada -Domicilio: hospital de futuro
AFyC (atención familiar y comunitaria), TIC (tecnologías de la información y comunicación).		

Elaboración propia.

1.2. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO

La organización de los EAP debe adecuarse para integrar todas las actividades necesarias para dar respuesta a lo que de estos dispositivos se pretende: no sólo las de diagnóstico y tratamiento, sino también las preventivas; no sólo con un modelo biológico, sino teniendo en cuenta el entorno biopsicosocial de la persona; no sólo para el individuo, sino también con visión familiar y comunitaria; no sólo en la consulta, sino también en el domicilio y debe resolver la mayoría de los problemas de salud.

Figura 3. Funciones y actividades del EAP



Actualmente los conceptos de organización del trabajo están basados en la actividad de equipo.

Los expertos en organización han demostrado las excelencias del trabajo en equipo y su impacto positivo sobre los resultados; quizá por ello, un gran número de organizaciones se esfuerzan (en la mayoría de los casos con poco éxito) por crear una cultura basada en el aprovechamiento de las capacidades de los individuos trabajando en interacción.

El trabajo en equipo hace referencia a una serie de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas.

Deseamos trabajar en buenos equipos. Posiblemente en una sanidad socializada como es la española, lo mejor para el médico es la posibilidad de trabajar en un buen equipo.

Entre las ventajas del trabajo en equipo encontramos: más motivación, mayor compromiso, más ideas, mayor creatividad, mejor comunicación y mejores resultados.

Entre los inconvenientes tenemos la presión de ajustarse a las normas y comportamiento del equipo.

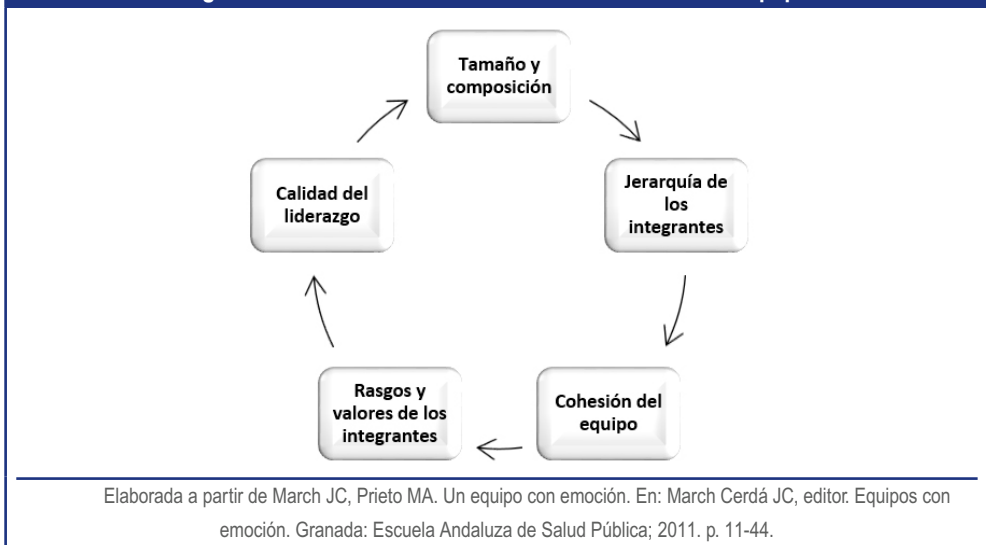
Dos aspectos debemos destacar y cuidar en los EAP: reuniones y proyectos.

Las reuniones de equipo han de estar bien preparadas y tener un sentido. En ellas debe haber debate intelectual, se comparten experiencias clínicas y se superan problemas internos y organizativos. En estas reuniones se generan las ideas y proyectos que son el motor de la ilusión del EAP.

La sensación que los componentes del EAP tienen en la interacción con el resto de miembros del equipo en el desarrollo del trabajo diario, con los pacientes, define el clima emocional. Éste depende de factores como el reconocimiento del saber profesional, las condiciones laborales, la organización del trabajo, el desgaste profesional, sentirse parte del equipo y el tipo de liderazgo.

El clima emocional de un equipo se renueva cada día a partir de la acción común y no hay amistad que resista la vagancia o los malos modos. Por ello resulta más importante el respeto que la amistad, pues la amistad puede fluctuar, pero el respeto debe ser el “suelo” sobre el que rueda un equipo. Respeto y proyectos son puntales sobre los que construir un equipo.

Figura 4. Determinantes de las buenas decisiones en equipo



Para que un equipo funcione necesita aspectos básicos como la autonomía, la motivación, la valoración de la producción intelectual y un liderazgo.

1.3. LA UNIDAD BÁSICA ASISTENCIAL

En los EAP una buena relación médico-enfermera es fundamental para garantizar la salud de nuestros pacientes. Definimos la Unidad Básica Asistencial (UBA) como el conjunto de profesionales (generalmente un médico y un enfermero) que ofrecen los servicios de AP a una población determinada (cupó) y trabajan en equipo de forma complementaria.

En la práctica clínica el concepto UBA se traduce en:

- Médico y enfermera asumen la responsabilidad de la atención de una población concreta.
- Horarios comunes con agendas paralelas. Hay un espacio de trabajo común. Cada profesional tiene su consulta física, las consultas de la UBA son contiguas, están intercomunicadas y la sala de espera es común.
- Se minimiza la enfermería centralizada asumiendo cada profesional de enfermería sus inyectables, curas y electrocardiogramas. Esto facilita la identificación del usuario con su enfermero.
- Se establecen criterios comunes de actuación. Se consensuan criterios de seguimiento y abordaje de problemas, se protocolizan la resolución de determinados motivos de consulta, se evalúan procesos y resultados y se realizan sesiones conjuntas.

Con el modelo UBA la enfermería llega a una mayor población, se diversifica la actividad más allá del seguimiento de patologías crónicas o la realización de técnicas, el paciente valora el trabajo en equipo, se puede aumentar la cobertura de actividades preventivas y se posibilita la oportunidad de solicitar consulta con este profesional para determinados problemas de salud.

En la actualidad podemos considerar que este pequeño equipo está complementado, en algunos casos, por otros profesionales del centro. Atendiendo al criterio de «atención dispensarizada», entendida como solo respuesta a la demanda

versus atención longitudinal y global, Casado distingue básicamente 4 modelos de organización de la atención entre los profesionales sanitarios y no sanitarios.

1. Si médicos, enfermeras y administrativos proporcionan atención dispensarizada, es decir solo respuesta a la demanda, tenemos los modelos de rebosamiento, la atención de los profesionales de área, las acumulaciones... Son modelos complementarios, pero con importantes «efectos secundarios».
2. Si el médico de familia proporciona atención globalizada y longitudinal, pero la enfermería y el personal administrativo proporcionan atención dispensarizada, estamos en el modelo de equipo de atención de las EBA catalanas.
3. Si estamos en un modelo de AP en las que tanto personal médico y de enfermería proporcionan atención global y longitudinal, pero los administrativos proporcionan atención dispensarizada, estamos ante el modelo de mini equipo médico-enfermera más extendido en nuestro país.
4. Y si los médicos de familia, las enfermeras y los administrativos proporcionan atención global y longitudinal, estamos ante las «unidades de atención familiar» (UAF), que están presentes en algunos centros de salud, sobre todo en Andalucía.

La enfermería ha encontrado en AP un ámbito de actuación idóneo para favorecer su desarrollo profesional.

Tenemos abierto el debate sobre la prescripción enfermera. Debemos analizar si es una oportunidad de mejora para el EAP y conocer el impacto de aspectos como el diagnóstico y el tratamiento enfermero en la seguridad y en la satisfacción de los pacientes.

1.4. EL LÍDER, LA MOTIVACIÓN

Inicialmente el personal del EAP dependía funcionalmente de un Coordinador Médico.

Actualmente la figura del Director del centro o Coordinador del equipo varía según las CC.AA.

El Director del equipo ha de ser un profesional clínico competente con capacidad para asumir funciones de liderazgo.

El liderazgo resulta clave. Es bien conocido que los cargos directivos experimentan un recambio notable, y quienes han realizado las tareas de dirección no suelen repetir.

Un líder escucha y se gana el respeto de los demás. Un líder tiene la visión de hacia dónde va la organización y debe ser capaz de comunicar a su equipo los objetivos de ésta. Un líder ha de ser ejemplo en el que los hechos hablen más que las palabras.

Muñoz Salvatierra nos habla de 7 características que ha de reunir un líder.

El líder debe de ser una persona *entusiasta* con su trabajo, debe demostrar en todo momento pasión y dedicación y debe de ser capaz de inspirar al resto del equipo esa misma pasión.

Una de las habilidades principales debe ser la capacidad de *delegar tareas*. Además, un gran líder debe tener también el *coraje* de asumir sus errores y no “escurrir el bulto”. Dar la cara por una mala decisión y aceptar sus consecuencias es lo que diferencia a un líder de un gran líder.

De nada servirían el resto de habilidades en un líder si éste no posee una buena *capacidad de comunicación*. El líder debe ser capaz de transmitir información clara, de inspirar confianza, contagiar su motivación y todo ello lo conseguirá con una buena capacidad de comunicación.

Otra de las cualidades esenciales de un líder es el *compromiso*. Significa estar presente para lo bueno y para lo malo. Compromiso implica buscar una mejora continua de todos los procesos, una mejora en la productividad y en la motivación.

Los líderes más exitosos tienen una clara visión de hacia dónde se quieren dirigir y cuáles son los objetivos que tienen que cumplir para conseguirlo. Además, *la visión* está muy relacionada con la *intuición* y la *creatividad*. Los grandes líderes deben tener una capacidad extraordinaria de planificación y *coordinación*.

La motivación y un liderazgo son las semillas necesarias para germinar un nuevo modelo

Los incentivos en la atención de la salud en España, a excepción de lugares donde trabajan la autonomía de gestión, se centran estrechamente en las recompensas financieras. Un reciente trabajo de Berdud nos permite poner en duda si esa debería ser la única estrategia en la motivación intrínseca de los médicos.

Algunas propuestas de cambios e incentivos hechas por los médicos emergen del análisis. La política de atención de salud debe considerar centrarse en:

- Instalaciones para participar en actividades científicas y de investigación: ensayos clínicos, asistencia técnica, asistencia a conferencias y así sucesivamente.
- Actividades de desarrollo profesional: permanencia en centros o instituciones de excelencia, enseñanza y similares.
- Mayor autonomía para organizar su propio trabajo, autogestionarse y establecer y acordar objetivos conjuntamente con sus colegas y con la dirección.
- Reconocimiento en el lugar de trabajo: la necesidad de una carrera profesional renovada diseñada con criterios claros para recompensar la excelencia profesional.

Por tanto, la recomendación es desarrollar estudios adicionales en este contexto que podrían ayudar a diseñar, implementar y evaluar futuros sistemas de incentivos nuevos e innovadores en organizaciones de atención de la salud.

1.5. PACIENTES ASIGNADOS: CUPO

En AP las cargas de trabajo de los médicos están muy relacionadas con el cupo asignado (número total de personas, distribución por edad y nivel de cronicidad de las mismas) y también con la dispersión geográfica del municipio en el que realiza su trabajo. En término medio hablamos de cupos de 1500 personas como referencia.

Según el informe anual de 2015 de nuestro sistema sanitario, en el nivel de atención primaria, los profesionales del SNS manejaron 371 millones de consultas médicas y de enfermería. La frecuencia en el caso de las consultas médicas es de 5,2 visitas por persona / año y en el caso de las consultas de enfermería es de 2,9 visitas por persona / año. Por sexo, la frecuentación, tanto en consultas médicas como de enfermería, es mayor en mujeres que en hombres, siendo la diferencia más patente en las consultas médicas. Con casi 14 millones de llamadas domiciliarias / por año, la atención prestada en los hogares de los pacientes representa el 1,7% de toda la actividad de la medicina general, mientras que en el caso de la enfermería el 7,9% de toda la actividad se desarrolló en los hogares de los pacientes. La mayoría de los beneficiarios de este tipo de atención son mayores de 65 años.

En una encuesta reciente de la Organización Médica Colegial, con médicos de AP, se ha observado una frecuentación media de 5,48 visitas/año, similar a los datos del informe citado.

Si los cupos tienen una composición por edad similar a la media nacional, podemos esperar que un cupo de 1.500 personas tenga diariamente unas 34 consultas, en el caso de 1.750 las consultas serían unas 39 diarias y para 2.000 llegaría a 44 consultas/día.

El 52,5% de los encuestados con cupo, tienen más de 1.500 personas asignadas. Evidentemente existe gran variabilidad, porque no existen dos cupos iguales, aunque tengan el mismo número de personas asignadas, aparte de la edad influyen otros factores (Tabla 5).

Tabla 5. Factores que influyen en la utilización de las consultas

Paciente	Profesional	Organización
-Necesidad Cronicidad, morbilidad. Salud subjetiva	-Formación profesional	-Accesibilidad.
-Factores predisponentes	-Actitud/Burnout	-Estructura del cupo y tamaño.
Marcadores: Edad, sexo, raza. Ocupación (laboral) Nivel socioeconómico y educativo	-Preferencias profesionales	-Copago.
Factores: Educación sanitaria, salud mental, estructura familiar, creencias, problema social.	-Experiencia	-Continuidad asistencial. Relaciones entre niveles.
-Factores facilitadores. Distancia hasta el centro, tiempo y coste. Relación paciente-médico.	-Variabilidad/ Estilos de práctica clínica: ética, habilidades de comunicación.	-Consulta telefónica. Sistemas de citación.
	-Relación médico-paciente	-Organización médico-enfermería.
		-Trabajo en equipo. Organización dispensarial.
		-Organización sociosanitaria.

Modificada de Casajuana

1.6. CARTERA DE SERVICIOS Y LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La Cartera de servicios comunes de AP del SNS, recogiendo la tradición de la AP, se organiza en los siguientes 9 epígrafes:

1. Atención sanitaria general en consulta y domicilio.
2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. Actividades de promoción, prevención, atención familiar y comunitaria.
4. Atención específica a infancia, adolescencia, mujer, adultos, grupos de riesgo, enfermos crónicos y personas mayores.
5. Atención paliativa a enfermos terminales.
6. Atención a la salud mental.
7. Atención a la salud bucodental.
8. Rehabilitación básica.
9. Actividades de información y vigilancia.

Entre los factores que intervienen en la demanda encontramos unos que corresponden al propio usuario (predisponentes, de necesidad, facilitadores) que suponen el 50% de la variabilidad, y otros del propio profesional y de la organización que suponen el otro 50%.

La actividad asistencial se presta, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, e incluye las siguientes modalidades:

- Consulta a demanda, por iniciativa del paciente, preferentemente organizada a través de cita previa.
- Consulta programada, realizada por iniciativa de un profesional sanitario.
- Consulta urgente, por motivos no demorables.

Actividad en consulta

La consulta es el ámbito principal donde se produce la mayor parte de la actividad de AP.

Recordemos que se integran actividades asistenciales, de promoción de la salud, preventivas, de rehabilitación y de reinserción social.

En agenda las visitas responden a cita previa, visita programada y urgente. En la actualidad una parte de las visitas podría ser orientada y resuelta por el uso de las nuevas tecnologías y la comunicación telefónica con los pacientes.

Esta tendencia de aproximación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ha de suponer una mejora en procedimientos diagnósticos y terapéuticos y en la resolución de problemas de salud en AP.

La AP desempeña un papel fundamental en la minimización de los episodios agudos y exacerbaciones que provocan admisiones hospitalarias. El control de los pacientes crónicos es necesario para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario. Es básico trabajar en la prevención y detección precoz de los pacientes con procesos crónicos como EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes, hiperlipidemias, hipertensión arterial, etc.

Se dispone evidencia de que el manejo proactivo y planificado de los pacientes evita los riesgos de hospitalización y reduce costes.

Para que la asistencia proporcionada a la población sea adecuada y satisfactoria es necesario que sea continuada, aspecto que diferencia la asistencia de AP de la hospitalaria. Relacionada con la atención continuada está también la asistencia domiciliaria, que debe permitir evaluar las posibilidades y limitaciones del entorno familiar, cultural y económico con vistas a actuaciones del equipo de salud.

Actividad domiciliaria

Es una actividad básica que debe realizar un EAP y que responde a la necesidad de asistencia a personas que de forma temporal o permanente están incapacitadas para desplazarse al centro de salud.

Es un punto de excelencia para una AP fuerte y cohesionada.

La atención médica a domicilio aumenta la calidad de vida del paciente, ya que facilita la atención que necesita, tanto él como su familia, y evita los riesgos asociados con los ingresos hospitalarios.

El domicilio del paciente es el hospital del futuro. Cada vez es más deseado por los enfermos y sus familias y constituye un idóneo escenario terapéutico. Cuando realizamos una visita domiciliaria y estamos a la cabecera de la cama del enfermo, la relación médico-paciente adquiere un sentido pleno.

El domicilio nos sitúa en la realidad completa del paciente: condiciones de vivienda, creencias, factores económicos, ideologías, relaciones familiares.

Los responsables de la atención a domicilio son el médico de familia y la enfermera. El responsable de los servicios de ayuda a domicilio es el asistente social.

El colectivo de auxiliares de enfermería debería implicarse más en la actividad domiciliaria, pero hay que tener en cuenta su modelo de contratación que en algunas CC.AA. impide que puedan acudir al domicilio.

Otros profesionales empiezan a incorporarse a esta actividad, como los pertenecientes a salud mental y a fisioterapia.

La figura de la enfermera gestora de casos ha iniciado su andadura en algunas CC.AA. aunque el paciente no debe perder su UBA médico-enfermera asignada.

La familia tiene un papel central en el desarrollo de los cuidados y es necesario establecer servicios de soporte a los cuidadores, que a la vez mejoren su formación, y se favorezca la mejora de la accesibilidad a los centros de salud, para atender las demandas que se vayan produciendo.

Los equipos de soporte a la atención a domicilio que en algunas CC.AA. existen, se crearon para atender a los pacientes terminales. Estas unidades están a caballo entre la AP y los servicios hospitalarios. Es necesario el trabajo en equipo coordinado con estas unidades de hospitalización a domicilio.

AP debe seguir teniendo la gestión de la salud del paciente y no se debe fraccionar el cuidado de su salud sin una visión global, holística, del paciente. El sistema de salud ha de seguir garantizando la seguridad clínica del paciente.

Actividad en la comunidad

La actividad comunitaria es un elemento complementario a la actividad individual y uno de los elementos característicos de la AP: atención familiar y comunitaria.

La orientación comunitaria supone un cambio cualitativo esencial en los objetivos, funciones y organización de los equipos de salud.

Cada EAP tiene una población asignada que es la comunidad objeto de atención.

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

El término AP orientada a la comunidad (APOC) fue aportado por Sidney L. Kark en 1981. Se define como la práctica orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida con la progresiva participación de todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes.

La participación comunitaria y la coordinación intersectorial implican la participación en el proceso de todos los actores con responsabilidad en la salud de la comunidad, es decir, la propia comunidad, los profesionales de salud, los demás servicios comunitarios, la administración sanitaria y la administración local.

Estos elementos, tal y como hemos visto en el capítulo anterior, son básicos en la elaboración actual de los Planes de Salud.

La metodología de la APOC, tal como sistematizan Kark y Abramson se inicia habitualmente con un examen preliminar o análisis de la situación de salud de la comunidad. Su finalidad es identificar las principales necesidades de salud de la comunidad, así como los determinantes de la misma, los recursos disponibles y todos los actores sociales con potencial de participación en el proceso. Los métodos de asesoría rápida (rapid appraisals) promovidos por la OMS presentan un proceso similar al que tiene el examen preliminar.



El diagnóstico comunitario consiste en un estudio detallado de la distribución y de los determinantes del o de los problemas priorizados en la comunidad. Este diagnóstico comunitario, nos da la línea de base que permitirá hacer comparaciones y evaluar los cambios producidos por nuestra intervención. Posteriormente se realiza la planificación del programa de intervención, según el diagnóstico realizado, para tratar el problema de salud priorizado. Se ejecuta el programa y se realiza el seguimiento (vigilancia) y evaluación del programa. A partir de ahí se puede volver a iniciar el proceso cíclico y se deciden las acciones futuras.

La salud pública y la APOC tienen responsabilidades distintas en el sistema de salud; la salud pública se centra en la protección, promoción y prevención a nivel poblacional y la APOC en el cuidado a nivel individual y familiar.

En una orientación comunitaria de la AP se debe esperar un trabajo conjunto entre los servicios de AP y los de salud pública mucho mayor del que hay en la actualidad, en que la fragmentación entre los servicios de salud colectivos y los servicios asistenciales ha llevado a duplicidad de intervenciones, al olvido de la perspectiva colectiva por parte de los profesionales clínicos y, en definitiva, a la ineficiencia y la inequidad.

Actualmente como órganos de participación comunitaria habituales encontramos diversas figuras en las CC.AA. y vinculadas al área de salud (conjunto de zonas básicas de salud) como los consejos de salud, comisiones de participación, comités de dirección, comisiones de coordinación intersectorial, comisiones de reclamaciones, etc. Son un conjunto de instrumentos muy diversos en los que se deben contemplar la capacidad de control y la toma de decisiones que tienen y mejorar su identificación y valoración para esa deseable participación comunitaria.

NICE ha publicado la actualización de su guía sobre “Community Engagement”. El término de “engagement” se enmarca dentro de la participación y sus diferentes niveles: consulta, comunicación, educación, participación y democracia participativa.

La guía de NICE se elabora como un documento para señalar la importancia de las perspectivas de participación para reducir las desigualdades en salud, asegurar la salud y el bienestar de las comunidades con iniciativas efectivas y ayudar a las autoridades locales y a sus departamentos a cumplir con sus obligaciones legales.

Entre los retos de futuro, las asociaciones entre las universidades y las organizaciones comunitarias pueden desempeñar un papel común en la oferta de programas de educación médica sobre los determinantes sociales de la salud. Las organizaciones basadas en la comunidad entienden las fuerzas sociales que afectan la salud en sus comunidades y tienen experiencia enfrentando estos problemas.

Los esfuerzos para desarrollar alianzas mutuamente beneficiosas entre las universidades y las organizaciones comunitarias enfrentarán retos para compartir equitativamente los recursos, contratar personal de manera conjunta y compensar adecuadamente a todas las personas involucradas.

1.7. DOCENCIA, FORMACIÓN PROFESIONAL, INVESTIGACIÓN

En términos generales, dependiendo de la situación del centro y la importancia de sus responsabilidades docentes, el trabajo asistencial puro debe suponer entre el 60 y 75% del horario total y el tiempo restante debe estar dedicado a las actividades de coordinación del equipo y a las docentes y de investigación.

Es necesaria la existencia de programas específicos de formación dirigidos a proporcionar los instrumentos y metodología propios de la AP. Estos programas han

de desarrollarse durante las tres etapas del proceso formativo: grado, postgrado y desarrollo profesional continuo.

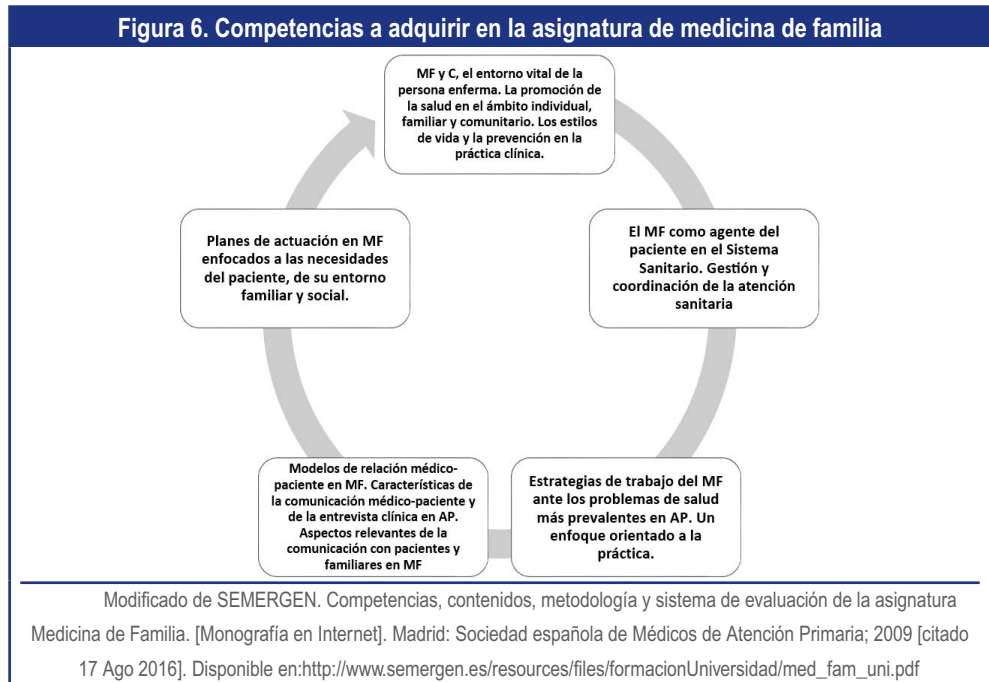
En el centro de salud las propias consultas constituyen un lugar de aprendizaje para estudiantes y residentes. Además, el centro de salud debe tener un espacio físico común y un horario donde quede regulada esta actividad no asistencial.

Las actividades formativas han de tener una planificación anual y ser específicas tanto para médicos como otros profesionales.

Docencia en el grado

Los estudiantes de ciencias de la salud han de acceder al modo habitual en el que la población recibe día a día su atención sanitaria, es decir la AP.

La AP es el mejor ámbito para conocer el sistema sanitario, los servicios sociales y el entorno familiar del paciente.



La Conferencia OMS-WONCA en 1994 abogaba por la inclusión de la enseñanza de la Medicina de Familia en todas las Facultades de Medicina, en el seno de los departamentos de Medicina Familiar.

La necesidad de que los currículos de las universidades españolas se modifiquen para converger en el espacio común europeo supone una gran oportunidad para la AP.

A partir de la Orden EC/332/2008 y de los planes de estudio de 2009/10 se ha buscado la inclusión de la Medicina de Familia como asignatura. En la actualidad, la casi totalidad de las Facultades de Medicina españolas han introducido períodos reglados de formación específica, bajo el formato de rotaciones en los centros de salud y a desarrollar por los alumnos en los últimos años del grado.

La presencia de la asignatura de medicina de familia, con denominación, continúa con la esperanza de ser habitual y estar dentro de un departamento propio de Medicina Familiar. El camino por recorrer se ha iniciado para los más de 7000 alumnos de medicina y las más de 40 Facultades de Medicina existentes en estos momentos en España.

Docencia postgrado

En España, la Medicina de Familia fue reconocida como especialidad en 1978 y fue incluida en el programa MIR de especialidades ofertadas en formación postgraduada. En la actualidad la Medicina de Familia no supera el 28% del total de la oferta MIR cuando en nuestro entorno europeo esta proporción está en cifras del 50% del total.

El nuevo programa fue aprobado en 2005 y tiene una duración de 4 años.

Su parte nuclear es la rotación por el centro de salud. Cada médico residente que ingresa en los programas de formación tiene asignado desde el comienzo un tutor de AP que será el responsable de supervisar todo su aprendizaje, tanto en hospital como en el centro de salud. Las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria son las que coordinan este proceso en el que participan otros alumnos de grado como la enfermería.

La formación en Medicina Familiar y Comunitaria se desarrolla durante los 4 años de un programa en el que el residente realiza estancias o rotatorios en servicios hospitalarios y en el centro de salud. Todos estos rotatorios están definidos y son evaluados por cada tutor y unidad docente.

Los centros de salud acreditados para la docencia postgrado tienen una serie de tutores que han de garantizar que el proceso de formación del residente le provea de conocimientos, habilidades y actitudes que lo capaciten para el desarrollo de sus actuaciones profesionales. Uno de los tutores suele realizar las labores de coordinación de esta actividad. Es el Responsable docente del centro.

Los centros de salud y los tutores han de ser acreditados para tal función. El órgano asesor encargado de la acreditación de los centros de salud es la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina de Familia. El Ministerio de Sanidad es quien acredita los centros docentes. Las Unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria son las encargadas de acreditar los tutores.

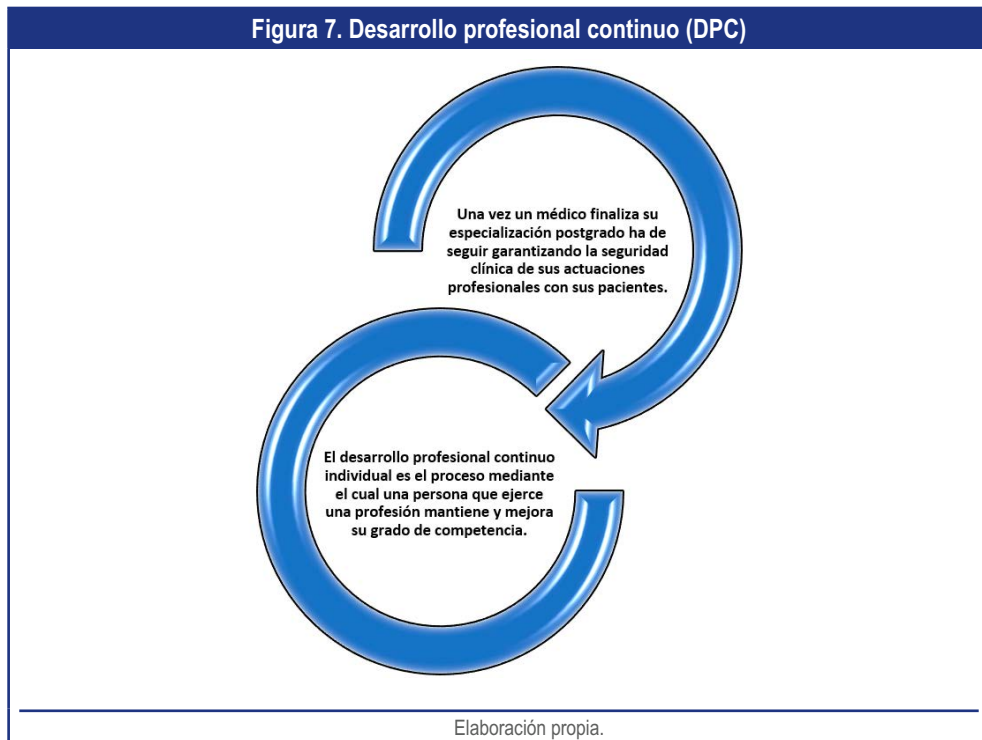
En la actualidad otras especialidades médicas tienen un rotatorio mínimo por los centros de AP. Este hecho, básico, mejora el conocimiento de funcionamiento del sistema de salud tan necesario para la comunicación entre profesionales.

Estas cuestiones formativas garantizarán una formación adecuada para que nuestros pacientes tengan una continuidad asistencial entre niveles y no se fragmente su unidad como persona.

Desarrollo profesional continuo.

En España, una vez superado el grado y el periodo de formación en la especialidad médica, no existe la obligatoriedad de acreditar el mantenimiento de las competencias científicas que conduzcan inexorablemente a la necesaria recertificación del profesional. Esta situación provoca variabilidad en la práctica clínica que afecta a la calidad de la asistencia ofertada y a la eficiencia del sistema.

Figura 7. Desarrollo profesional continuo (DPC)



La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias definió la formación continuada como *“el proceso de aprendizaje y enseñanza activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario”*.

Este concepto de formación continuada está siendo superado por el de desarrollo profesional continuo (DPC) que se puede definir como el compromiso personal de cada médico para mantener y mejorar su competencia profesional que comienza

tras la formación básica y de posgrado y se extiende a toda la vida profesional, incluso tras su jubilación laboral.

El DPC consiste en el conjunto de iniciativas y actividades de autoaprendizaje y de formación externa, orientado a mantener y mejorar la competencia profesional en el curso de la vida laboral del médico de familia, acorde con los avances de los conocimientos científicos y las necesidades estratégicas y organizativas de las organizaciones sanitarias en las que desempeñan su trabajo.

La directiva 2013/55/UE insta a los Estados miembros de la Unión Europea a impulsar el DPC de los médicos, que debe abarcar la evolución técnica, científica, normativa y ética, así como motivar a los profesionales para que participen en formaciones de aprendizaje permanente relacionadas con su profesión.

El procedimiento de recertificación según la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales ha de entrar en vigor en los Estados Miembros en el año 2017. Los médicos de AP españoles tienen la posibilidad de dirigir su formación continua mediante programas que faciliten este proceso como el DPC-AP.

Investigación

La AP, primer contacto de la población con los servicios sanitarios, presenta grandes posibilidades de intervención en la mejora de la salud de los individuos y de la comunidad.

La AP tiene un enorme potencial investigador en áreas de gran importancia relacionadas con los problemas de salud que atiende, los pacientes, los hábitos y estilos de vida, la comunidad o los servicios sanitarios.

Puede considerarse que existen cuatro tipos o categorías de investigación en AP (Jimenez y Argimon, 2010):

1. Investigación básica: desarrollo y contraste de modelos teóricos, definiciones operativas o herramientas de medida relevantes para la AP.
2. Investigación clínica: evaluación de resultados sobre la salud de los sujetos.
3. Investigación de servicios sanitarios: estudio de las funciones propias de la AP como tal, y no solamente la llevada a cabo por los profesionales.

4. Investigación de sistemas sanitarios: expansión de las anteriores hacia un nivel más amplio, incluyendo los aspectos políticos, sociales, económicos o de otro tipo que pueden influir sobre la organización y funcionamiento de los sistemas sanitarios.

Una investigación es un proceso sistemático, organizado y objetivo, destinado a responder a una pregunta, aplicando el método científico con la finalidad de ampliar los conocimientos existentes sobre la salud, la enfermedad o el proceso de atención sanitaria (investigación descriptiva) o de evaluar las intervenciones realizadas para fomentar la salud, prevenir la enfermedad o mejorar los procesos de atención sanitaria (investigación analítica).

La investigación cualitativa se caracteriza básicamente por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido y la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden.

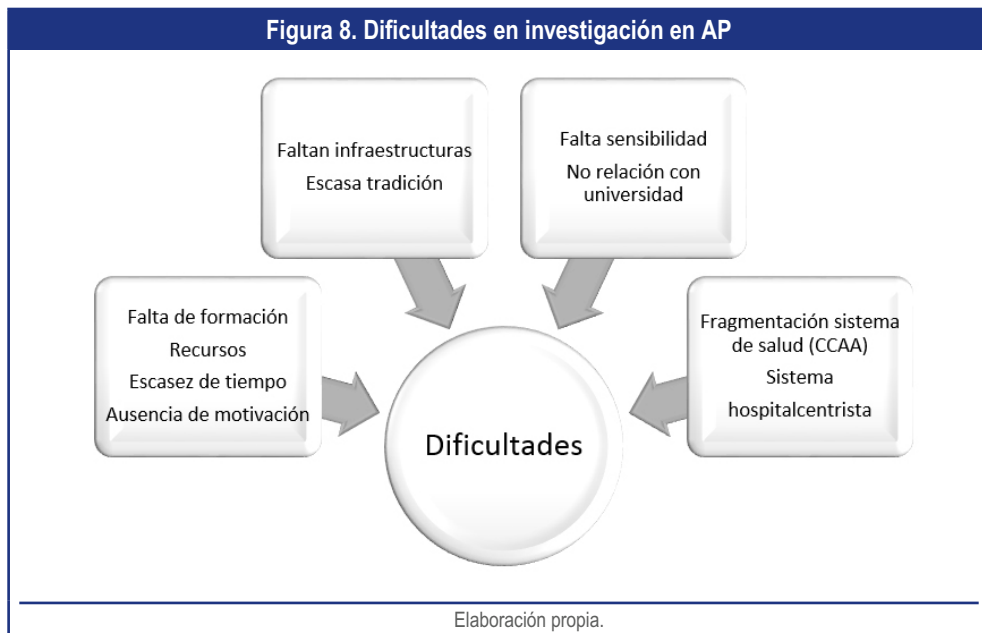
Son múltiples las posibilidades y campos que presenta la AP para el desarrollo de la investigación cualitativa. El conocimiento no sólo del cuánto, sino también el cómo, el por qué y el para qué de lo que hacemos en nuestra práctica diaria, la incorporación de las nuevas tecnologías, las diferentes percepciones que tenemos los profesionales y los pacientes respecto de la salud y la enfermedad, el abordaje de la muerte según el entorno rural o urbano, el estudio de los valores y motivaciones de los profesionales o los diferentes modelos de gestión son ejemplos para valorar la importancia de la AP como enfoque propio.

Es importante generar una cultura de investigación aproximando el método científico a la práctica clínica.

La situación de la investigación en AP en relación con otras especialidades médicas sigue siendo escasa a pesar del peso importante del primer nivel asistencial en el SNS.

En AP hemos de superar una serie de dificultades para compaginar la labor asistencial con la investigadora. Unos son intrínsecos al funcionamiento de la propia AP como la falta de motivación o la escasez del preciado tiempo en una consulta convertida sólo en asistencial. La falta de formación o de adecuadas estructuras en el centro también influye. Además, la escasa relación con la universidad no genera la cultura adecuada y el sistema hospitalcentrista hace que haya que nadar contra-

corriente y aquellos que incluyen la investigación en su actividad diaria les supone un sobreesfuerzo.



Somos conscientes que la investigación en AP es una oportunidad para conseguir una atención de alta calidad en nuestra población pues cuenta con el enfoque práctico de la asistencia en sanos y patologías agudas y crónicas, puede seguirlos longitudinalmente, está próxima al ciudadano, y maneja bases de datos clínicos. La AP está en el mejor lugar para liderar estudios donde el paciente sea el eje.

1.8. ACUERDOS DE GESTIÓN

Los contratos o Acuerdos de Gestión (AG) son un instrumento de apoyo a los modelos de financiación, gestión y organización de los departamentos de salud y áreas de salud de las diferentes CC.AA.

Su objetivo es favorecer el estímulo y compromiso de eficiencia de los centros sanitarios. En las diferentes autonomías se formalizan planes de gestión como instrumentos de trabajo para la clarificación de objetivos y la promoción de la competencia entre los agentes de salud.

Estos diferentes planes necesitan medir mediante unos acuerdos de gestión el cumplimiento de unos objetivos o líneas estratégicas planteadas.

Por otra parte, es necesario alinear los esfuerzos profesionales con los objetivos planteados.

Los recursos humanos suelen ocupar el elemento central y fundamental de la prestación de servicios sanitarios y sin una adecuada gestión de los mismos, no es posible el adecuado funcionamiento del sistema sanitario. Esto conlleva la necesidad de implantar mecanismos que favorezcan el rendimiento profesional, basados en la implicación de todo el personal y la introducción de sistemas de evaluación del rendimiento personal y del equipo, a los que se asocien mecanismos efectivos de incentivación.

Consideramos que es necesario la implantación de medidas de incentivación profesional que sirvan de estímulo a los profesionales en el desempeño del trabajo realizado y permitan avanzar hacia la mejora continua.

Esta incentivación que se conoce con el nombre de complemento de productividad variable es un mecanismo para la diferenciación retributiva de los profesionales sanitarios, en función del cumplimiento de objetivos de calidad y eficiencia.

Los AG previamente pactados en el marco del AG de cada centro, área o departamento de salud (entre Consejería y equipos directivos), se ha revelado como una estrategia efectiva que está siendo bien integrada en la gestión y funcionamiento de las instituciones sanitarias

Los AG están formados por un conjunto de indicadores englobados dentro de diferentes apartados que contemplan aspectos como los resultados en salud, la implantación de mejoras, la satisfacción del ciudadano, la sostenibilidad del sistema, la gestión del conocimiento, etc.

Para los objetivos estratégicos que se plantea una administración sanitaria se definen una serie de indicadores que permitan medir el grado de consecución de cada uno de ellos.

Un indicador es la forma, habitualmente numérica, en la que se mide cada uno de esos objetivos. Un indicador ha de reunir los requisitos de fiabilidad (los resultados de su evaluación son los mismos independientemente del evaluador), fácil recogida y procesamiento, validez (miden lo que queremos medir) y difícil manipulación. Hay quien para los requisitos de los indicadores utiliza el acrónimo MARES: medibles, asumibles, relevantes, específicos y sensibles.

A los indicadores se les suele exigir un mínimo nivel o un rango en el que se acepta que se cumple ese objetivo. Ese grado de cumplimiento exigido se denomina estándar.

Tabla 7. Ejemplos de Indicadores: cobertura de programa y resultado

Indicador de Cobertura vacunal de Triple Vírica a los 15 meses.

Objetivo: Mejorar la calidad de los programas de vacunaciones potenciando la evaluación.

Definición: Porcentaje de niños con cobertura de vacunación de las dosis vacunales de triple vírica a los 15 meses.

$$CV = 100 N_v/N$$

Dónde: CV: Cobertura vacunal.

NV: Niños de 15 meses adscritos que han recibido la primera dosis de vacuna triple vírica.

N: Población de 15 meses adscritos.

Indicador de Resultado en diabetes.

Objetivo: Mejorar el control de la diabetes.

Definición: Porcentaje de pacientes con diagnóstico activo de diabetes en la historia clínica electrónica con cifras de buen control en el último año.

$$RD = 100 DD/DT$$

Dónde:

DD: Número de pacientes diabéticos con cifras de buen control (Hemoglobina glicada o HbA1c menor o igual a 7,5) en la última medición realizada en el último año.

DT: Número total de pacientes diabéticos diagnosticados.

Elaboración propia.

Hay indicadores que son individuales, sobre todo en los profesionales sanitarios, y otros indicadores son colectivos o comunes.

Habitualmente el cumplimiento del estándar o meta propuesta tiene un peso numérico. La suma del peso numérico de todos los indicadores del AG suele ser de 100 puntos.

Figura 9. Ejemplo de Acuerdo de gestión

INDICADOR	Peso	Benchmark
Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población.		
Satisfacción: Prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población.		
Indice sintético de satisfacción.		
Ciudadanos: Generar confianza y seguridad en el sistema.		
Promover la salud.		
Indicador de Cobertura vacunal de Triple Vírica a los 15 meses.		
Indicador de Resultado en diabetes.		
Calidad en el Seguimiento del Embarazo en Atención Primaria.		
Implicar a los profesionales en los objetivos de salud.		
Participar en la vigilancia epidemiológica.		
Indice de estudio de contactos de TBC.		
Implicarse en las iniciativas del Plan de Salud.		
Número de reuniones trimestrales de despliegue del Plan de Salud		
Mejorar los resultados de salud.		
Pacientes: Garantizar la prestación de servicios en el lugar y momento adecuados...		
Mejorar la accesibilidad.		
Porcentaje de pacientes que esperan más de 2 días para una visita en atención primaria.		
Procesos resolutivos.		
Semanas transcurridas hasta el inicio de tratamiento tras la sospecha de cáncer de mama tras cribado mamográfico.		
Pacientes: ...con el nivel de calidad comprometido.		
Consolidar estándares clínicos.		
Acreditación y certificación del centro		
Mejorar la seguridad del paciente.		
Tasa de úlceras por presión.		
Orientarse al paciente.		
Integrar los diferentes dispositivos asistenciales.		
Información clínica compartida entre atención primaria y especializada.		
Gestionar adecuadamente la demanda.		
Tasa de consultas domiciliarias de enfermería.		
Gestión de la frecuentación en Atención Primaria		
Mejorar la percepción de calidad de los servicios.		
Proporción de quejas tramitadas en plazo.		
Garantizar la fiabilidad del sistema.		
Implantar de forma efectiva protocolos y guías clínicas.		
Normalización de tareas clínicas: % de planes de cuidados estandarizados.		
Promover la seguridad en la asistencia.		
Implantación del protocolo de higiene de manos		
Problemas Relacionados con la Medicación.		
Innovar en la transformación de la oferta asistencial.		
Innovar en sistemas organizativos más eficientes.		
Tasa de hospitalización a domicilio.		
Garantizar la sostenibilidad económica del sistema		
Financiadores: Garantizar la sostenibilidad económica del sistema.		
Importe farmacéutico por habitante estandarizado.		
Mejorar los costes del sistema.		
Mejorar la eficiencia.		
Coste unitario del proceso de atención primaria		
Aumentar los ingresos económicos.		
Indicador sobre acreditación de pacientes y facturación.		
Usar los recursos eficientemente.		
Racionalizar la prescripción farmacéutica.		
Intensidad de uso de medicamentos en cuatro subgrupos terapéuticos		
Utilización de medicamentos de precio menor		
Conocer y racionalizar el crecimiento de los costes.		
Implantar iniciativas de contención de costes.		
Índice de absentismo por incapacidad temporal de carácter no profesional.		
Gestionar el conocimiento.		
Potenciar y ordenar la investigación.		
Publicaciones registradas.		
Desarrollar la función de gestión de RRHH.		
Comprometer el personal con el cumplimiento de los objetivos.		
Variabilidad en la evaluación de los profesionales.		
Implantar plenamente el Plan de Sistemas de Información.		
Garantizar la calidad de la información.		
Sistema radiológico/laboratorio compartido.		
TOTAL	100.00%	

Modificado de AG del departamento Valencia Hospital General, 2010

El resultado obtenido por el profesional, la puntuación definitiva en el AG, tiene dos efectos: el incentivo económico y la progresión en la carrera profesional.

No obstante, la evolución del tratamiento en las CC.AA. de la carrera profesional ha supuesto un modelo de sexenios donde la progresión de grado se produce por la antigüedad en el puesto de trabajo. Se ha convertido en un sistema vinculado al “café para todos los que ocupan una plaza fija”. No reconoce pues a los mejores profesionales independientemente de su condición laboral contractual.

La evolución de los acuerdos de gestión ha ido paralela a la de los planes de salud y ha llevado a ganar en los términos de participación y transparencia, aunque sigue habiendo resistencias en las dos direcciones del proceso: de arriba abajo en delegar en los profesionales y de abajo arriba en asumir riesgos y responsabilidades.

Los acuerdos de gestión, deben ser compartidos y decididos entre clínicos y administración.

Es prioritaria y necesaria la transparencia del compromiso entre gestores y clínicos y un nuevo modelo relación entre profesionales y pacientes.

Sin duda un gran esfuerzo que necesita consenso, tiempo y voluntad política para pensar en futuro.

1.9. ATENCIÓN INTEGRADA: COORDINACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

La importancia de la atención integrada hace referencia a la estrategia propuesta por el sistema de salud. El actual sistema político y de gestión de centros impide una adecuada gestión del sistema con el enfoque de salud de la población. Actualmente nuestro SNS está más orientado a la accesibilidad y no tanto a la mejora de salud.

Se empeñan los gobiernos en el voto que producen las grandes construcciones hospitalarias. Es difícil de entender que tengamos los mejores hospitales de Europa y no llegemos a hacer una atención domiciliaria como corresponde o a coordinarnos adecuadamente en el aspecto sociosanitario.

Y esta tendencia magnánima se traslada a construir centros de salud de tamaño ingobernable frente a centros más pequeños, próximos y por supuesto sin preguntar a clínicos y pacientes.

No avanzamos y nuestro sistema actual sigue sin estar liderado por los profesionales.

Una atención integrada tiene sus bases en la interacción de los componentes de la organización: profesionales y pacientes incluyendo la parte sociosanitaria. Por tanto, coordinación y continuidad de la asistencia son elementos clave.

La necesidad de coordinación nace de la especialización. Un médico en práctica individual que no necesitara otro médico ni otra tecnología que sus propias manos, no necesitaría coordinarse con nadie. La medicina ha llegado a un nivel avanzado de especialización en el que resulta crucial coordinarse para procesar la información y generar el talento y la experiencia necesaria en diagnosticar y tratar a los enfermos.

Un planteamiento satisfactorio de coordinación entre la AP y la atención hospitalaria pasa por rediseñar los mecanismos y objetivos de su interrelación. Uno de los puntos sería que los incentivos a la eficiencia y objetivos fueran comunes. Mientras esto no suceda cada parte buscarán maximizar su presupuesto de modo independiente. Sería ingenuo, además, pensar que tal coordinación se resuelve introduciendo un gerente que tenga a su cargo ambos niveles de atención.

La existencia de sistemas sanitarios fragmentados, que presentan una serie de problemas característicos, es la razón por la que se busca un modelo más eficiente y con mayor calidad, es decir, un modelo con mayor grado de integración.

Tabla 8. Atención integrada frente a la atención fragmentada

ATENCIÓN FRAGMENTADA	ATENCIÓN INTEGRADA
Superespecialización. Sesgo a tratamientos agudos	Visión sistémica. Enfoque de salud poblacional.
Coexistencia de profesiones sanitarias.	Coordinación de servicios.
Múltiples organizaciones prestadoras de servicios	Orientación a resultados.
Modelo reactivo y curativo frente a proactivo y preventivo	Continuidad de la asistencia y atención centrada en el paciente

Elaboración propia.

La carencia de registros comunes es un elemento clave en la descoordinación entre niveles asistenciales. La historia clínica electrónica única permite conocer inmediatamente el historial del paciente, su trayectoria en el entramado asistencial con sus tratamientos y evita la duplicidad de exámenes y pruebas. Además, aporta seguridad clínica a nuestros pacientes.

En nuestro contexto el término integración no es bien recibido en el ámbito de las relaciones primaria-hospitalaria por sus connotaciones de fusión y cambios del equilibrio de poder, mientras que el término de coordinación es más suave y común.

En el ámbito de la coordinación entre primaria y hospital, las barreras culturales y el desconocimiento mutuo se mantienen y son mayores en el campo de la coordinación socio sanitaria. La toma de decisiones en gestión sin “evidencia” en experiencias y la falta de profesionalismo usurpado por el gobierno político del momento dificulta los avances en este tema.

Como ejemplo de funcionamiento podemos decir que si no reducimos hospitalizaciones evitables en pacientes EPOC o amputaciones en pacientes diabéticos de nada nos sirve tener buena cobertura de captación de los programas de EPOC o de diabetes.

Este desarrollo de la atención integrada es una oportunidad de desarrollar una AP como estrategia de salud. Uno de los pilares de esa atención integrada es la coordinación de recursos alrededor de las necesidades del paciente.

El incremento de enfermedades crónicas plantea retos considerables a la AP que tiene que hacer frente a problemas relacionados con la creación de un sistema de atención global que asegure la continuidad y coordinación de los servicios.

La continuidad asistencial tiene un par de acepciones clave para nosotros: la continuidad experimentada con el paciente y la continuidad entre niveles asistenciales.

En la actualidad, en algunas CC.AA. se ha sustituido el término Director de AP por el de Director de Continuidad Asistencial. Es pues una intención de gobierno que reconoce en qué nivel asistencial tenemos la clave de la organización para una mejora de la atención. No obstante, el mando sigue siendo vertical y la realidad, tal y como dijo aquel Rey, es una lucha contra los elementos.

En la continuidad asistencial encontramos algunos mensajes clave:

- La continuidad es el modo en que el paciente experimenta la cohesión y conexión de la atención a lo largo del tiempo.
- Hay tres tipos esenciales de continuidad: la informativa, la relacional y la de gestión. La informativa hace referencia a la información disponible sobre el paciente. La relacional reconoce la importancia del conocimiento directo del paciente. La de gestión que asegura la interconexión y coherencia entre diferentes proveedores.
- Se requieren mediciones de múltiples elementos para captar todos los aspectos de la continuidad.
- Es un área con un gran potencial de investigación.

El papel nuclear de la AP es por tanto clave como coordinador del proceso asistencial y por tanto se debe dotar con las medidas presupuestarias, organizativas e innovadoras necesarias para mejorar la salud de nuestros pacientes.

Entre las posibles soluciones se establece la incentivación como el pago por resultados, la financiación capitativa u otras medidas como la gestión por procesos a través de los diferentes escalones asistenciales o la integración de sistemas de información que permitan visualizar la (dis)continuidad entre episodios clínicos del paciente.

Si reconocemos el agotamiento de los enfoques organizativos que tratan de aminorar la complejidad mediante jerarquización, burocratización, mando-obediencia y heterocontrol, es el momento de absorber y gestionar esa complejidad mediante enfoques basados en responsabilidades y compromisos compartidos, énfasis en el consenso y en la comunicación, trabajo en equipo y apertura a la innovación.

2. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En la actualidad podemos apreciar el impacto de las nuevas tecnologías (NNTT) en nuestra labor diaria, tanto en nuestro entorno profesional como personal. Cada vez se van incorporando nuevas NNTT a nuestra práctica clínica diaria y esto

produce a su vez, avances dentro de la propia tecnología. Las innovaciones de la tecnología de información en el campo de la salud, han desarrollado un gran potencial para la mejora de la práctica de la medicina, a esto se le denomina eHealth. Su uso poco a poco, está siendo promovido desde distintos grupos políticos, institucionales e incluso centros hospitalarios de diversa índole.

Las NNTT están involucradas en cada aspecto de la sociedad y también juegan un rol preponderante en el área sanitaria. Su desarrollo, nos ha permitido por ejemplo mejorar la comunicación entre profesionales de la salud, así como también con los pacientes. En general cuando nos referimos a tecnología de la información y comunicaciones (TIC) solemos pensar solamente en ordenadores que permiten el acceso a historias clínicas electrónicas, libros y en algunos casos, la realización de interconsultas virtuales. Pero este panorama aumenta de manera exponencial usando también internet como herramienta, donde podemos ver en tiempo real, imágenes, videos, conferencias, libros, revistas, podcasts, textos, documentos, etc. Esta situación ha provocado que ambos, ordenador e internet, se han vuelto una constante en la consulta médica. Hay herramientas para docencia e incluso para aprender idiomas. En resumen, estas tecnologías se dan para facilitar la labor profesional, así como mejorar diversos aspectos de la calidad tanto asistencial como gerencial.

Existen estudios que sugieren que las TIC, pueden mejorar la calidad y eficiencia del cuidado al paciente a través de la mejor toma de decisiones. Además, con el uso de ciertas aplicaciones o herramientas online se puede mejorar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones dadas (tanto farmacológicas como no farmacológicas) y evitar los posibles errores en cuanto a posología por parte de los pacientes, lo que se traduce en una disminución del coste de cuidado. Pero no todo es siempre beneficioso, pues otros estudios han encontrado por ejemplo excesos en ingesta de medicación (el paciente tomó la medicina y la aplicación le recuerda que hay que tomarla por lo que la toma nuevamente) y aumento del tiempo promedio de consulta por parte del facultativo.

Las Tecnologías de la Información y Comunicación, tienen una relación directa con el uso de internet, por ejemplo, en 2015 el 42% de la población mundial (de promedio) tenía acceso a internet, en 2016 se elevó al 46%. Mientras en España la

tasa de penetración se mantiene en un 77%. Con estos datos, podemos validar a internet como una herramienta sumamente potente, y en lo que respecta a la parte de comunicación, podemos utilizar internet específicamente con dos fines: aplicaciones y redes sociales.

La importancia de este tema es tanta, que incluso en el año 2009, el presidente de Estados Unidos, Barack Obama firmó la ley de Tecnología de Información en Salud para la Economía y Salud Clínica (HITECH por sus siglas en inglés). El objetivo era intentar ofrecer soluciones a algunos de los problemas que se presentan en la gestión de la salud, como seguridad del paciente, gestión diaria de un centro clínico, telemedicina, gestión de imágenes digitales, manejo de documentación, etc.

La relación entre TIC y gestión en salud viene a darse por la intersección de ciencias de la información, ciencias de computación, tecnología y sanidad. Se relaciona con los recursos, equipamiento y métodos requeridos para optimizar la adquisición, guardado, recuperación y uso de la información en Salud. Pero esto no significa que se utilicen solamente ordenadores para este proceso, sino también el uso y generación de guías de práctica clínica, terminología médica formal y sistemas de información y comunicación adecuados.

Algunos de los recursos más utilizados son:

- **Telemedicina**

Viene a ser la aplicación de la Medicina a distancia, utilizando el equipamiento y software adecuado para cumplir con los reglamentos internacionales. Con esta herramienta podemos interactuar con pacientes -en determinados casos- estando ambos en diferentes espacios geográficos. En la actualidad, son la teledermatología y la telepsiquiatría las áreas médicas donde existe una penetrancia y una expansión mayor y más aceptada, para esta tecnología. Sin embargo, debemos tener en cuenta que con el uso de los robots quirúrgicos como el llamado "Da Vinci" podemos también hablar de telecirugía.

El uso de la Telemedicina también implica la interacción entre médicos en conferencia para la toma de decisiones, realización conjunta de diagnósticos o realización de pruebas diagnósticas como radiografías, resonancias magnéticas, pruebas de laboratorio entre otros.

- **M-Health**

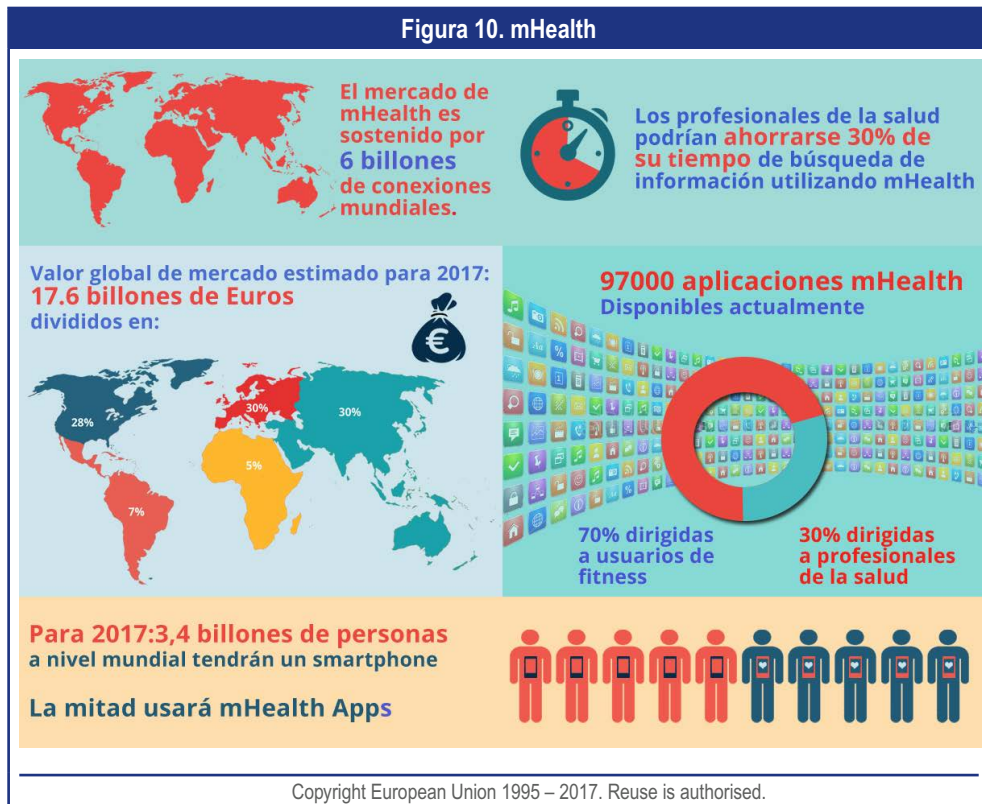
Viene a ser la abreviación de Mobile health, que significa salud móvil. Este término, se utiliza para citar la relación de la práctica médica y de Salud Pública a través de dispositivos móviles. Esto quiere decir que se utilizan móviles, tabletas, ordenadores personales, smartphones, entre otros equipos móviles con acceso a internet y el software adecuado para la atención a pacientes. Con estos equipos se puede monitorizar al paciente, realizar una comunicación con ellos en tiempo real, conseguir información que nos permita una mejor terapéutica y sobretodo la recogida de datos de Salud Pública para la implementación de estrategias adecuadas a una población específica, lo que la convierte en una herramienta importante para la sanidad en los países en vías de desarrollo.

- **eHealth**

Es como ya se mencionó, el uso de las TIC en todo aquel aspecto que se encuentre relacionado al cuidado de la salud, como, por ejemplo, jugando un rol en el diagnóstico o seguimiento de los pacientes, así como en el proceso de gestión sanitaria. Suele ser multidisciplinario y multiparticipativo, es decir profesionales de la Salud como médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, entre otros participan en el proceso de eHealth con una finalidad establecida por el grupo. Debemos tener en cuenta algo muy importante, el proceso eHealth, no siempre se encuentra relacionado con el uso de internet. Este es un término muy amplio, se refiere también al intercambio electrónico entre los datos, ya sean obtenidos o analizados a través de una conexión electrónica como puede ser un USB, CD, DVD, etc.

La eHealth busca incrementar la eficiencia en el cuidado de la salud, mejorando su calidad, utilizando MBE, dando al paciente mayor posibilidad de participar en su cuidado, y permitiendo el desarrollo de nuevas y mejores relaciones entre pacientes y profesionales de la salud. Todo esto, permite la difusión de la información de manera masiva, repercutiendo en la Salud Pública de la población, especialmente en aquellas áreas menos favorecidas, como son las áreas rurales y ciertas áreas de países en vías de desarrollo.

Figura 10. mHealth



2.1. REDES SOCIALES

Las redes sociales se han convertido, en los últimos años, en un fenómeno de masas, expandiéndose y en constante evolución, al igual que ocurre con el mundo en el que vivimos. El concepto “red social” se ha convertido en un término muy común en los últimos años, y casi siempre asociándose a plataformas como Facebook® o Twitter®.

Empecemos por el principio, ¿qué se entiende por red social? Una red social no es más que una estructura social formada por un conjunto de individuos

relacionados entre sí en función de algún criterio. Aplicando el término al universo digital, sería una plataforma digital de comunicación global que pone en contacto a gran número de usuarios unidos entre sí por algún tipo de interés o relación común.

En la actualidad no hay consenso sobre cuál fue la primera red social. Por poner un inicio a su historia deberíamos remontarnos a 1971 cuando se envió el primer e-mail entre dos ordenadores, ya que este hito supuso la primera comunicación a través de internet. La primera red social tal y como las entendemos hoy día fue GeoCities (1994), donde el usuario creaba su página web y la alojaba en distintos “barrios” en función de la temática. Cerró en octubre de 2009 formateando todos sus servidores.

2.2. REDES SOCIALES Y MEDICINA

Las redes sociales son tanto una herramienta como un sistema de comunicación que nos permite interactuar con otras personas (conocidas o no) mediante una interface online. Desde su aparición, su uso se ha incrementado de manera exponencial. Tanto es así que, en una encuesta llevada a cabo en España sobre su uso, se desprenden conclusiones interesantes:

- Sólo el 8,2% no se ha conectado durante el último año o no lo ha hecho nunca.
- El 73,6% se conecta entre 15 a 60 minutos diarios.
- Las redes sociales más populares son Facebook© con 87,4% de usuarios, Twitter© con 45,9 e Instagram© con 30.7%. Les siguen Google plus©, Pinterest©, Flickr©, Tumblr©, Badoo© y Tuenti©.
- El 75,6% lo utiliza como medio de contactar amistades; 53,4% lo usa para estar informado de la actualidad; 49,2% para contactar familiares; 49,2% para juegos/hobbies y sólo el 38,9% lo usa para relaciones profesionales.
- Casi el 79% de usuarios visita blogs, de los cuales el 71% ha participado activamente en dicho blog con alguna publicación, foto, video o comentario.
- Por todo esto, las redes sociales parece que juegan un rol fundamental en la vida de los usuarios de internet, por lo que es de vital importancia para nosotros como médicos, saber utilizarlas de manera adecuada.

2.3. HERRAMIENTAS DE SOCIAL MEDIA MÁS POPULARES

Twitter (www.twitter.com) un servicio de micro mensajería que permite a sus usuarios enviar y recibir textos de hasta 140 caracteres (conocidos como “tweets”), los que pueden incluir vínculos con páginas webs, videos o documentos. Existen más de 200 millones de usuarios activos en Twitter y se manejan cerca de 1,6 billones de tweets al día.

Facebook (www.facebook.com) es una red social con más de 1000 millones de usuarios. Cerca del 50% de la población adulta de España usa Facebook. Los usuarios deben registrarse y crear un perfil personal, pueden añadir a otros usuarios como “amigos” e intercambiar mensajes, ver su información, compartir información, participar en grupos, etc.

LinkedIn (www.linkedin.com) es una red con más de 200 millones de usuarios que ofrece características especiales orientadas a establecer contactos profesionales.

YouTube (www.youtube.com) es una página web para compartir videos de manera gratuita, pertenece a Google. En esta web los usuarios pueden subir, ver o compartir videos. Los usuarios no registrados pueden solamente ver los videos.

Blogs, vienen a ser “bitácoras” creadas por todo tipo de personas y profesionales. Su nombre se deriva de Web log, es una página que se actualiza regularmente, permite la comunicación entre el lector y el escritor de la misma mediante comentarios. Permite compartir información, gráficos y videos. Un gran número de profesionales de la salud tienen su propio blog.

2.4. REDES SOCIALES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Las redes sociales describen aplicaciones basadas en internet que permiten a sus usuarios crear o intercambiar contenido.

Tabla 9. Beneficios y riesgos de las redes sociales

BENEFICIOS	PELIGROS
Establecer redes profesionales y sociales más amplias y diversas.	Pérdida de privacidad personal.
Entablar debates y comunicación con otros colegas, ya sea del ámbito local o mundial.	Posibles infracciones a (romper) la confidencialidad.
Facilitar el acceso público a información sobre temas de salud de manera precisa.	Comportamiento online que podría ser percibido como no profesional, ofensivo o inapropiado por otros.
Mejorar el acceso de los pacientes a diversos servicios.	Riesgos que nuestras “publicaciones” en redes sociales sean reportadas a otros medios de prensa o enviadas a nuestros empleadores.

Elaboración propia.

Los estándares esperados de los médicos, no cambian por el hecho de que se estén comunicando a través de redes sociales en lugar de cara a cara. Además, hay que considerar que las redes sociales pueden crear nuevas circunstancias en las cuales los estándares ya mencionados se deben aplicar.

Decálogo para el correcto uso de redes sociales.

El uso de las redes sociales puede brindar beneficios educativos tanto para pacientes como para otros profesionales de la salud, pero puede también implicar dilemas éticos. Mantener la confianza en nuestra profesión, así como la relación médico-paciente, requiere que los médicos apliquemos constantemente los principios éticos para preservar la confidencialidad, relación, privacidad y respeto por las personas a las que mencionamos, comunicamos o nos dirigimos por el medio online.

El email o correo electrónico, así como cualquier otra comunicación electrónica como redes sociales, debe ser sólo usada por médicos cuando se tenga establecida una comunicación médico-paciente empática y estable. El paciente debe ser consciente en todo momento de lo que hace y otorgar el permiso correspondiente.

Los documentos con este formato deben de ser incluidos en la historia médica del paciente.

- Privacidad

El uso de las redes sociales puede desdibujar la frontera entre la vida pública y la vida privada, de este modo cualquiera podría acceder fácilmente a la información online que publiquemos. Para esto debemos revisar regularmente las opciones de seguridad de nuestras redes sociales.

Las redes sociales no pueden garantizar la confidencialidad cualquiera que sea la configuración de privacidad que hayamos colocado.

Pacientes, usuarios y potenciales usuarios, así como cualquier otra organización con la que mantenga relación puede ser capaz de acceder a su información publicada.

La información sobre su localización puede ser identificada por fotos y otro contenido disponible en su red social.

Es importante verificar en cada una de nuestras redes sociales los parámetros de seguridad (¿quién puede ver mi perfil, fotos y publicaciones?) de esta manera evitamos de cierta manera que personas desconocidas puedan obtener información personal.

- Beneficios y riesgos de usar las redes sociales

El uso de las redes sociales por parte de los médicos puede beneficiar a los pacientes en:

- Permitir la integración de personas en temas de salud pública y prevención.
- Establecer redes profesionales nacionales e internacionales.
- Facilitar el acceso de los pacientes a información de salud y servicios.
- Crear riesgos, en la parte donde lo social con lo profesional no se ve tan claro (frontera indefinida). Por lo que hay que tener cuidado para evitar equivocarse.

Si un paciente le contacta acerca de su cuidado u otra situación profesional a través de su perfil privado, el profesional debe indicar que no puede mezclar las relaciones sociales con las profesionales. Tras lo cual debe indicar que realice la consulta mediante los medios pertinentes.

El usuario médico debe recordar que, en la mayoría de las redes sociales, no es posible verificar si la persona que contacta con él es realmente el paciente o médico con el que quiere interactuar.

- **Confidencialidad**

Muchos médicos, utilizan redes sociales profesionales que no son de accesibilidad abierta a todo el público. Estas pueden ser muy útiles para encontrar consejo sobre algún caso en particular o circunstancias específicas. Sin embargo, debe de ser cuidadoso de no compartir información, que permita la identificación del paciente.

- **Respeto**

La buena práctica médica dice que un médico debe tratar a los compañeros de profesión con respeto y de manera justa. Esto cubre todas las situaciones, formas de interacción y comunicación. No se debe intimidar, acosar o hacer comentarios gratuitos, sin fundamento o no sostenibles sobre individuos y/o colegas online.

Cuando se interactúa o se comenta sobre individuos u organizaciones online, se tiene que estar seguro de que lo que se publique se encuentra bajo las mismas leyes de derecho de autor y difamación como “comunicaciones orales o escritas”.

- **Anonimato**

Si se identifica como médico en alguna red social pública, debe también mencionar su nombre. Cualquier material escrito por autores que se describen como médicos es probable que sea tomado más en cuenta (por pacientes en busca de consejo o médicos en busca de apoyo).

Debe ser consciente de que cualquier material que se suba de manera anónima a las redes, en muchos casos, puede ser rastreado a su punto de origen.

- **Conflicto de intereses**

Cuando se suba información a internet, debemos valorar si es que existe algún conflicto de intereses y declarar si existe interés comercial o financiero de parte de alguna organización o compañía.

Una investigación en Estados Unidos encontró un número de casos donde los autores habían promovido explícitamente un producto médico, pero no habían

mostrado información en relación al potencial conflicto de intereses. Esto puede ser éticamente peligroso, pero además puede hacer que los pacientes pierdan la confianza en el médico por tener un sesgo comercial.

- Profesionalismo

Las relaciones entre las esferas “profesional” y “social” pueden algunas veces sobreponerse. Los médicos debemos mantener las dos esferas separadas, pero debemos comportarnos profesionalmente en ambas.

El médico se ha de preguntar si con la publicación que haré ¿podré separar las esferas “profesional” de la “social”? ¿sabré cómo hacerlo?

- Validez

Los médicos debemos considerar realizar una “self audit” periódica para validar la información de lo que hemos publicado, revisar la información sobre lo publicado o sobre lo que vamos a publicar en sitios web de interés médico conocido y otras fuentes online que tengan validez científica, intentando evitar los blogs y/o vlogs.

¿Estamos seguros de que lo que publicamos es científicamente válido? o ¿lo copio/publico sólo para ganar visibilidad online?

- Control futuro

El alcance de internet y la comunicación online es muy amplio y mayormente permanente. Los médicos, residentes y estudiantes de Medicina han de conocer que lo que publiquen hoy puede tener implicaciones profesionales en su futuro.

Una vez que se ha publicado información en una red social, puede ser difícil de eliminar, esto porque quizá otros usuarios pueden distribuir y compartir nuestra información; incluso añadiendo comentarios.

¿Podría tener una publicación mía en internet un impacto negativo en mi carrera profesional? ¿Algún tipo de impacto negativo? ¿Puedo eliminar o borrar las publicaciones que hago?

- Pacientes en redes sociales

Las relaciones entre médicos y pacientes, se basan en un proceso de consulta clínico, fuera de este ámbito podemos caer en algunos errores éticos importantes. Debido a que puede existir un desequilibrio de poder en la relación médi-

co-paciente, es importante que exista siempre un trato profesional para mantener la confianza y proteger a los pacientes de cualquier tipo de explotación de datos o imagen. Sin embargo, es posible como médicos, participar en algunas comunidades online, donde se pueda tener a los pacientes como «amigos» en las redes sociales; bajo estas circunstancias, tanto los médicos como otros profesionales de la salud (incluyendo a residentes y estudiantes) deben ser conscientes de los límites que permiten mantener la relación profesional necesaria.

El clásico ejemplo se da cuando un paciente nos envía una invitación para ser amigos en Facebook®. La mayoría de los médicos suele no entrar en relaciones de tipo informal con pacientes, sin embargo, algunas publicaciones en revistas médicas sugieren que existe aún un pequeño número de médicos que aceptan estas invitaciones y que otro pequeño grupo acepta las invitaciones que le parecen convenientes.

Figura 11. Usuarios redes sociales 2016



Dada la gran accesibilidad a la información personal, que se permite al establecer relaciones con pacientes en redes sociales, hay que cuidar el no sobrepasar los límites establecidos en la relación profesional entre médico y paciente. La BMA (Asociación Médica Británica) recomienda a los médicos y estudiantes de medicina que reciben una invitación de amistad en una red social, de parte de un paciente actual o de un paciente antiguo, que la rechacen cortésmente y expliquen al paciente las razones por las cuales puede ser inapropiado para ellos aceptar la invitación.

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de promoción de la salud ha evolucionado a lo largo de la historia, a la par del concepto de salud. De esta manera, encontramos que el ser humano ha realizado actividades en busca de mejorar su salud desde los tiempos prehistóricos, pero su fundamento y foco no siempre han sido los mismos. Así, podemos encontrar referencias a prácticas de promoción de la salud que han virado desde el uso de amuletos o la ejecución de rituales, propios de sociedades primitivas, hasta las actuales líneas de promoción de la salud, muchas de ellas con una sólida base científica como los programas de cribado o de vacunación.

Las sociedades clásicas ya se destacaron por importantes avances en el ámbito de la promoción de la salud. Ejemplo claro de esto son los trabajos de Hipócrates o Platón que recogen recomendaciones higiénicas y dietéticas. De igual manera, el Imperio Romano se destacó por sus grandes obras en salud pública como los sistemas de distribución y recogida de aguas.

Sin embargo, tenemos que avanzar muchos siglos, prácticamente casi hasta la actualidad para que la medicina haya prestado verdadera atención a la promoción de la salud. En buena medida, este nuevo prisma bajo el cual se enfoca la salud ha surgido gracias a la observación de cómo diferentes determinantes han afectado a las condiciones de salud de individuos y poblaciones, más allá de la existencia de una relación causal directa con un patógeno. Uno de los primeros médicos que se destacó en este campo es el patólogo alemán Rudolf Virchow, que en 1847-1848 se encargó de estudiar las epidemias de tifus de Prusia y concluyó la necesidad

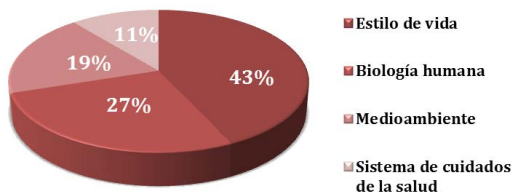
de promover la educación, libertad y prosperidad entre las capas más pobres de la población para evitar la propagación de la epidemia.

De igual manera, años antes alcanzó una gran repercusión en Europa el “Informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña” o “Informe Chadwick” (1837). En este informe, Chadwick ya destaca la importancia del entorno y de las estructuras sociales en la salud.

Ya en el siglo XX, Henry Sigerist, historiador de la medicina, emplea el término *promoción de la salud* como una de las cuatro funciones que debe cumplir la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restauración del enfermo y rehabilitación. Esta concepción más global de la salud que esgrimía Sigerist, si bien le granjeó enemistades entre las sociedades científicas americanas en los años 20 del siglo XX, es una de las premisas sobre la que sustentó la OMS la actualización del concepto clásico de salud. De esta manera, la OMS, en su carta fundacional en 1946, definió la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto implica que la salud se define por primera vez con carácter de positividad.

No obstante, no fue hasta 1974 cuando los responsables de la Sanidad canadiense Lalonde y Laframboise establecieron los pilares del modelo de “promoción de la salud” a través de su modelo de determinantes de salud, que dejaba atrás el modelo ecológico clásico, y que destacaba cuatro elementos fundamentales que influían en la salud de las personas: el estilo de vida, el medioambiente, sistema de cuidados de la salud y la biología humana. Además, Lalonde llegó a detallar cómo la distribución de la mortalidad se podía atribuir principalmente, en un 43%, a los estilos de vida (figura 1), aunque en ese momento su gobierno sólo destinaba un 1,2% de los fondos a mejorarlos.

Figura 12. Distribución de la mortalidad en Canadá entre 1974-1978.



Elaboración propia a partir de Salleras. La salud y sus determinantes. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones (1995). Díaz de Santos. Madrid.

Con estas premisas, en 1977 la OMS se propuso el objetivo de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un determinado grado de salud que les permitiese llevar una vida social y económicamente productiva para el año 2000. Precisamente un año después se celebró la Conferencia de Alma-Ata, auspiciada por la OMS, y cuyo lema era “Salud para todos en el año 2000”. Esta conferencia tuvo como eje central el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) como pilar fundamental para alcanzar el mejor nivel de salud posible en las naciones. No en vano, en la “Declaración de Alma-Ata” la OMS definió la Atención Primaria como “parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. De esta manera, la APS se erige como el principal actor encargado de la promoción de la salud, con base en tres pilares: la participación de la comunidad, la acción intersectorial y el nivel primario de atención.

Figura 13. Bandera de la OMS



[Internet]. 2017 [consultado 23 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>

A partir de este hito, la importancia de la promoción de la salud no ha hecho más que crecer. Prueba de ello es la posterior primera Conferencia Internacional en relación a la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986. En esta, se emitió la carta “Salud para todos en el año 2000”, carta que surge con la idea de dar respuesta al concepto de salud pública en el mundo. La carta adquiere tal entidad que desde ese momento la OMS pasa a definir la promoción de la salud como la acción de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma”. Además, para la OMS cobra especial importancia la capacidad de los individuos y grupos de “identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades, de cambiar y adaptarse al medio ambiente”. Así, la salud pasa a definirse como una fuente de riqueza de la vida cotidiana, un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las actitudes físicas.

A modo de resumen, la carta de Ottawa estableció cinco estrategias por las que debe guiarse la práctica de la promoción de la salud:

- El establecimiento de una política pública favorable a la salud
- La creación de entornos propicios
- El fortalecimiento de la acción comunitaria

- El desarrollo de las aptitudes personales
- La reorientación de los servicios de salud

Políticas de promoción de salud y marco legal en España

La asunción en España de las diferentes estrategias de promoción de la salud ha venido en buena medida determinadas por cómo nuestro país ha ido incorporando a su ordenamiento jurídico las distintas recomendaciones de las instituciones internacionales.

La *Constitución española* recoge en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud. Además, determina la responsabilidad de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, así como del fomento de la educación sanitaria. De igual manera, en el artículo 50 determina la obligación de los poderes públicos de promover el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atienda problemas de salud.

La *Ley 14/86 General de Sanidad* desarrolló el artículo 43 de la Constitución. Así, en el artículo 3º determina la actuación prioritaria del sistema sanitario en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, el artículo 6º establece la orientación de las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias “a la promoción de la salud” y “a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población”.

De manera paralela, las diferentes leyes en materia de educación también han perseguido objetivos de promoción de la salud en nuestro país. La *LOGSE*, en su artículo 2º, señala que la actividad educativa va dirigida a la “formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional”. Por su lado, la *LOCE* incluye objetivos de salud al determinar las capacidades a desarrollar en Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria, como se ve en los artículos 12º, 15º y 22º.

La promoción de la salud en nuestro país también se ha circunscrito a otras leyes como la *Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales*, que traspone al Derecho español la Directiva 89/391/CEE del Consejo Europeo.

Ésta establece el marco de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Dentro de dicha ley, el artículo 2º marca los objetivos de la política de prevención de riesgos laborales mediante normas reglamentarias y la mejora de la educación en materia preventiva.

Igualmente, en la *Cartera de Servicios de Atención Primaria INSALUD* del año 2001 de 38 servicios existentes hay 25 que incluyen algún aspecto en relación a la promoción de la salud y la educación para la salud. Dentro de ella del total de 183 normas definidas hacia la educación para la salud, hay 45 directamente relacionadas con dicha actuación. Las normas implican actuaciones de información, consejo individual, educación a grupos y educación en centros educativos.

Objetivos de Desarrollo del Milenio y Salud para todos en el siglo XXI

Como hemos visto, las políticas sanitarias tienen como objetivo reorientar los servicios de salud para dar respuesta de forma eficaz a las necesidades de salud de la sociedad en que vivimos. Promoción y educación para la salud son parte del eje principal de las políticas sanitarias para llegar a los objetivos marcados. En la actualidad, las principales líneas de actuación en materia de promoción de la salud están influidas por dos programas de la OMS.

El primero de ellos se trata del marco político de “Salud para todos” de la Región Europea de la OMS (1999), el cual fijó 21 objetivos englobados en distintas áreas de intervención (Tabla 10).

Tabla 10. Objetivos de Salud para todos en el siglo XXI

- Garantizar la equidad
- Mejorar la salud en las transiciones vitales
 - Infancia y adolescencia
 - Inmigración
 - Cuidado de las personas dependientes
 - Envejecimiento
- Prevenir y controlar enfermedades y accidentes
- Desarrollar estrategias sanitarias intersectoriales
- Orientación del sector sanitario hacia resultados de salud
- Establecer políticas y mecanismos de gestión del cambio
 - Entornos saludables
 - Escenarios promotores de la salud
 - Equidad y desigualdades en salud

Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid.

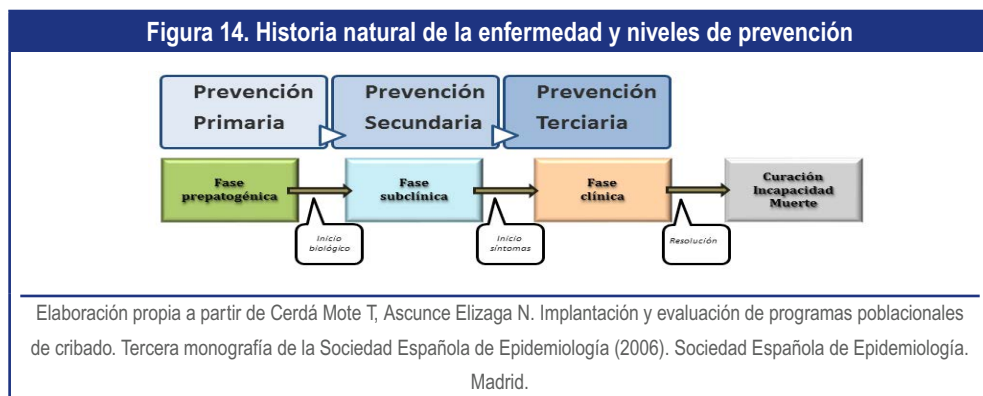
Por su parte, para 2015 Naciones Unidas estableció unas metas conocidas como Objetivos de Desarrollo del Milenio. De esta manera, los dirigentes de los 191 países miembros se comprometieron a cumplir una serie de objetivos con el propósito de mejorar la salud en el mundo:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Promover la igualdad entre los sexos y la anatomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

3.1. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La OMS, en 1998, describió la prevención en salud como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

La prevención en salud se puede realizar a distintos niveles, los cuales se distinguen según en qué punto de la historia natural de la enfermedad actúan (figura 4). Así, se aprecian 3 niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.



Prevención primaria

Comprende aquellas medidas o acciones orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores que la causan y los factores predisponentes o condicionantes (OMS, 1998; Colimón, 1978).

Se trata del conjunto de acciones que van dirigidas a actuar en la fase prepatogénica, antes de que se inicie el problema de salud. A tal fin, las estrategias van enfocadas a evitar o atenuar la exposición del individuo a un factor perjudicial para su salud. Es decir, el objetivo final radica en disminuir la incidencia de la enfermedad.

Entendiendo el concepto de salud en toda su complejidad, la prevención primaria va mucho más allá de evitar la exposición por parte de la población a un patógeno o a un tóxico. De esta manera, en este ámbito encontramos multitud de

programas que implican a ámbitos propios y ajenos de la sanidad. Ejemplos ilustrativos serían las leyes antitabaco, campañas de prevención de accidentes de tráfico, controles de plagas, etc. así como los programas de seguimiento de salud de niños o mujeres embarazadas, aunque éstos últimos estarían a caballo entre la prevención primaria y la secundaria.

- Vacunas

Cabe destacar, por último, el especial protagonismo que tienen en este nivel los programas de vacunación, tanto en el niño como en el adulto. No en vano, las vacunas se han demostrado como la medida más eficiente en prevención. En España los programas de vacunación están vigentes desde 1963, año en el que se inició la vacunación masiva con la vacuna de la polio oral. La eficacia de las vacunas es tal, que la mayoría de las enfermedades inmunoprevenibles han visto reducida su incidencia en un 85%-99%, en algunos casos con apenas 25 años de diferencia desde que se inició la vacunación, como en la hepatitis B, parotiditis, rubéola o tétanos.

Así pues, pese a que no son de obligado cumplimiento en nuestro país, salvo excepciones, los calendarios de vacunación son una de las herramientas más potentes que posee nuestra sociedad como prevención primaria de la adquisición de enfermedades con una elevada capacidad de provocar incapacidades o incluso la muerte a quien las padece.

Debido a que en España la competencia de establecer calendarios vacunales está transferida a las comunidades autónomas, no es fácil hallar homogeneidad en las recomendaciones. No obstante, las principales sociedades científicas actualizan periódicamente estas recomendaciones para todo el territorio nacional, tanto en adultos como en niños, de manera que las principales diferencias que se encuentran entre las diferentes comunidades suelen ser principalmente referidas a las fechas de primovacunación en el niño o en qué vacunas financia el sistema sanitario público.

Prevención secundaria

Este nivel engloba aquellas medidas o acciones enfocadas a detener o retrasar el progreso de la enfermedad o problema de salud ya existente en un individuo en cualquier punto de su evolución. Como tal, los pilares clave de la prevención secundaria son: diagnóstico precoz, captación oportuna y tratamiento correcto. Así, el objetivo de la prevención secundaria consiste en reducir la prevalencia de la enfermedad.

- Estrategias de cribado

Posiblemente, hoy en día la principal herramienta con la que cuenta nuestro sistema sanitario como prevención secundaria se trata de los programas de cribado. Los cribados son definidos por la OMS como “la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva directa, entre una población que no ha buscado atención médica por síntomas relacionados con esa enfermedad”.

Las estrategias de cribado permiten instaurar tratamientos en fases tempranas del problema de salud, de modo que es más factible la prevención de secuelas o de una resolución de la enfermedad que merme las capacidades del individuo o de la comunidad. En esta línea, también implica que se puedan emplear tratamientos menos agresivos y más eficientes.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que los procesos de cribado también llevan aparejados una serie de riesgos y, sobre todo, una serie de exigencias. En este sentido, cabe señalar como riesgos el hecho de que algunos procesos de cribado pueden no ser inocuos, ser costosos o, en el peor de los casos, generar falsos positivos.

Para garantizar la idoneidad de establecer un programa de cribado se establecieron los criterios de Crossroads en 1999:

- Conocimiento de la población y la enfermedad
 - La enfermedad diana debe ser importante
 - La población diana debe ser identificable

- La población en fase subclínica o preclínica debe ser considerable
- La historia natural debe comprenderse suficiente
- Factibilidad de los procedimientos de cribado
 - La prueba debe ser válida y reproducible
 - Los procedimientos son aceptables para la población
 - El cribado es continuo y todos sus procesos coordinados
- Intervención y seguimiento
 - Beneficio neto comprobado
 - Se da una disponibilidad de recursos
 - Hay un consenso sobre las intervenciones a realizar sobre los positivos
- Aspectos sociales y sanitarios
 - Los costes son asumibles a nivel médico, económico, social y psicológico
 - La prueba es accesible y no penaliza a los que no participan
 - Los procesos son confidenciales

En definitiva, a los procesos de cribado se les exige que sean sencillos de realizar y que no conlleven efectos adversos de entidad. A su vez, que sean pruebas con alta sensibilidad, especificidad y valor efectivo, es decir, que se dé el menor número posible de falsos positivos y negativos. Y otro requisito es que sean aceptables por la población, tanto a nivel social y cultural como económico.

En la actualidad, posiblemente los programas de cribado de mayor extensión en nuestro país son aquellos referidos a las metabopatías en los recién nacidos, así como los cribados de cáncer de mama o de cáncer colorrectal. Sin embargo, hay otros cribados en salud con cierta extensión que también comprenden otras dimensiones de la salud como los programas de cribado de la violencia de género.

Prevención terciaria

Son aquellas medidas o acciones enfocadas a evitar, retrasar o disminuir la aparición de secuelas de una enfermedad o problema de salud. Los pilares claves de la prevención terciaria son: control y seguimiento del paciente para de este modo

poder poner tratamiento y medidas de rehabilitación oportunas. El objetivo consiste en minimizar las complicaciones ya causadas por la pérdida de su estado de salud y disminuir al máximo las recidivas de la enfermedad.

No son tan numerosos los ejemplos a este nivel, aunque el trabajo aquí también es importante. Un ejemplo de la prevención terciaria sería el tratamiento rehabilitador en paciente con secuelas de ictus o en paciente con lesión medular.

Otros niveles de prevención

Diferentes autores han descrito otros niveles de prevención que se sitúan en un punto diferente de la historia natural de la enfermedad. Podemos destacar:

- **Prevención primordial.**

Descrita por algunos autores como aquellas medidas enfocadas a evitar la aparición y consolidación de determinados patrones sociales, económicos o culturales que pueden elevar el riesgo de la enfermedad (Beaglehole, 1994). Las acciones de este tipo de prevención van muy relacionadas a las políticas sanitarias y muchas veces es necesario un compromiso político para su ejecución.

Aunque pudiera considerarse hermana de la prevención primaria, la prevención primordial actúa en todos los niveles. Un ejemplo ilustrativo sería un programa de educación para la salud en dietas cardiosaludables o políticas de desincentivo al consumo de bebidas azucaradas. Estos programas no sólo evitan la aparición de problemas de salud, sino que también mitigarían sus efectos y evitarían la aparición de comorbilidades.

- **Prevención clínica.**

Se ha definido como la “interacción entre médico y paciente que favorece la salud y previene la enfermedad o lesión” (OPS, 1998). Al igual que el punto anterior, se da en todos los niveles.

Son componentes de la atención preventiva clínica:

- Examen clínico general e información basal: historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio rutinarias.
- Examen periódico de la salud: programas de seguimiento como el programa de niño sano o el PAPPS.

- Cuidados preventivos para condiciones específicas: ejemplo son los relativos a enfermedades crónicas (HTA, DM2, EPOC...)
- Extensión de la prevención a la familia y a la comunidad: un caso ilustrativo es el estudio y tratamiento a los contactos de una persona con Tuberculosis.

3.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El término *educación para la salud (EpS)* incluye las oportunidades de aprendizaje, creadas conscientemente, orientadas a mejorar la alfabetización sanitaria. Aquí se incluye la mejora del conocimiento de la población y el consecuente desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud.

La EpS podemos entenderla como un proceso educativo, cuya finalidad radica en responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es una pieza clave del engranaje de la promoción de la salud. De igual manera, la educación para la salud es parte del proceso asistencial, donde también se incluye prevención, tratamiento y rehabilitación.

Han existido distintos conceptos a lo largo de la evolución de la EpS, cuya historia es relativamente reciente. En 1969, la OMS se refería a la educación en salud como aquella que “se aplica a todos los acontecimientos de la vida de un individuo, un grupo o una colectividad, que influyen en creencias, actitudes o comportamientos, en los que se refiere a salud y comprende también todas las situaciones que lo llevan a alcanzar una salud óptima”.

Por su parte, Rodrigo Álvarez en 1998 la definió como “un proceso de adquisición, reafirmación o cambio de conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de individuos, grupos y comunidades con respecto a la salud”. En esta línea, la American Academy of Family Physicians, en 2000 detalló que la educación para la salud “se puede definir como el proceso de influir el comportamiento del paciente y producir los cambios en conocimiento, actitudes y destrezas, necesarios para mantener o mejorar la salud”.

La OMS destaca la importancia de la educación para la salud por el auge del porcentaje de muertes atribuibles a enfermedades crónicas, que sitúa para su región europea en el 86%. En esta línea, se señala que las enfermedades crónicas y su carga de comorbilidad están muy relacionadas con los estilos de vida.

De igual modo, el Ministerio de Sanidad llega a determinar que entre un 19% y un 33% de la carga de enfermedad se debe a la inactividad física en enfermedades como las cardiovasculares (19%), diabetes mellitus 2 (31%) o cáncer de colon (31%). Similar carga de enfermedad atribuible ocurre en los casos de alimentación no saludable, consumo de alcohol o consumo de tabaco. De aquí la gran importancia de la educación para la salud como herramienta principal en la modificación de estilos de vida.

Tipos de intervención y niveles en educación para la salud

La educación para la salud varía en su ejecución según la población a la que se dirige y su finalidad. En este sentido podemos distinguir:

- *Consejo/información*: Intervención breve con una propuesta de cambio de estilo de vida que se ejecuta en el marco de una consulta o encuentro oportunista.
- *Educación masiva o intervención comunitaria*: se encarga de la promoción de la salud dirigida a comunidades, grupos u organizaciones. Depende tanto de sistemas de salud locales como de los gubernamentales. Puede llevarse a cabo a través de prensa, folletos, radio, televisión, internet... Puede requerir de la acción combinada de diferentes agentes sociales y sanitarios o el despliegue de estrategias jurídicas y normativas.
- *Educación grupal*: el motivo de dicha educación radica en la fuerza del propio grupo para producir cambio de conductas y una mayor fuerza formadora. Esta educación puede ser formal o reglada (colegios, universidad) o informal (charlas educativas de distinta índole).
- *Educación individual*: el personal sanitario personaliza la información necesaria que debe hacer llegar al paciente en función de las necesidades o factores de riesgo establecidos con el objetivo de fomentar la capacidad del individuo sobre un tema. Pese a todo, posee como principal desventaja el poco tiempo disponible en consulta para atender al paciente en nuestros actuales modelos sanitarios. Durante la entrevista clínica el personal sanitario puede utilizar tres registros distintos para fomentar la educación con el paciente:
 - Informar: explicación estructurada.

- Instruir: dar instrucciones, es decir, ir explicando las acciones a realizar por parte del paciente de manera ordenada (por qué, cuándo y cómo). El acto de instruir debe ser bilateral y el paciente debe ser capaz de aprender, querer hacerlo, poder hacerlo y realizarlo.
- Recomendar: dar recomendaciones, consejos... es la manera más habitual en la práctica clínica diaria de ofrecer educación para la salud. Principalmente las recomendaciones van dirigidas a cambios de estilo de vida.

Cabe también señalar que la planificación de un proyecto educativo en salud consta de 6 fases:

1. Identificación de las necesidades
2. Elaboración de objetivos tanto generales como específicos
3. Determinación de contenidos
4. Definir técnicas y métodos educativos a utilizar
5. Recursos materiales y humanos de que disponemos
6. Evaluación

MICROGESTIÓN: GESTIÓN CLÍNICA

**Rafael Manuel Micó Pérez, **María Inmaculada Ceruera Pérez*

*Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembros del Grupo de Trabajo de Gestión Sanitaria SEMERGEN*

**Miembro del Grupo de Trabajo de Cronicidad SEMERGEN*

** Centro de Atención Primaria Fontanars dels Alforins. EAP Ontinyent (Valencia)*

***Centro de Salud Utiel. Departamento de Salud Requena (Valencia)*

1. INTRODUCCIÓN: GESTIÓN CLÍNICA

La gestión clínica o microgestión sanitaria parte de la constatación de que los profesionales sanitarios (los clínicos fundamentalmente) asignan un alto porcentaje de los recursos sanitarios en sus decisiones, diagnósticas y terapéuticas, realizadas en condiciones de incertidumbre.

El término “gestión clínica” se refiere, tal y como hemos apuntando anteriormente, a intentar coordinar y motivar personas (gestión) y tomar las decisiones diagnósticas y terapéuticas correctas (clínica). La gestión clínica pretende incorporar al profesional sanitario para gestionar de modo eficiente los recursos utilizados en la práctica clínica diaria.

Se descentraliza la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y se dota a los centros de salud de capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades; es decir, aumenta la autonomía y responsabilidad de los profesionales, generando un modelo diferente, más horizontal. Por lo tanto, distinto al mando y ordeno actual. Recordemos que hablamos de profesionales universitarios a los que, por decisiones políticas, con cierta periodicidad, se les solicita unos indicadores por imperativo legal.

El desarrollo de una cultura de “nueva gestión del servicio público” es un elemento decisivo para el planteamiento de la sanidad pública futura.

La gestión clínica es una estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, basados en la mejor evidencia científica y con la participación de los profesionales desde la transparencia y la evaluación de resultados.

El modelo de gestión clínica se inició como un cambio organizativo que incorporaba como elementos clave la autonomía y la cesión de poder y riesgos a los profesionales. Pero probablemente se ha avanzado mucho más en el desarrollo teórico del modelo y en la creación de una estructura de dirección de los servicios, por otro lado, poco sostenida normativamente, sin que se hayan podido descentralizar aspectos que los profesionales consideran relevantes, como la selección de personas o la capacidad de decisión real sobre la utilización de los recursos en los procesos clínicos.

No obstante, todos los cambios generan una resistencia. En este caso la dificultad en la implantación del sistema no está sólo en la parte del gestor que intenta implementar una herramienta como la gestión clínica impulsando un modelo nuevo de gobernanza, también está presente en la parte del profesional. En el sistema público, la dificultad de alinear el interés particular con el del conjunto tiene que salvar las dudas de una supuesta amenaza en los equilibrios corporativos.

La gestión clínica en AP tiene sus diferencias sobre otras especialidades médicas dado que su relación coste/beneficio no se puede alcanzar en otros niveles asistenciales.

La AP ha de dirigir y gestionar un sistema sanitario centrado en el paciente y la comunidad. Dada la evolución de nuestra sociedad, este sistema estará marcado por la atención a la cronicidad. Un nuevo sistema, donde la continuidad asistencial del paciente, y la atención integral sea lo fundamental y donde la AP ejerza el papel de coordinación.

1.1. CRONICIDAD

La gestión clínica, la microgestión, está centrada en el paciente. Como hemos dicho anteriormente el clínico utiliza un porcentaje alto de los recursos del sistema y en la actualidad más del 80% de ese gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas: diabetes, artrosis, enfermedades respiratorias, obesidad, salud

mental. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen varias enfermedades crónicas de forma simultánea, dándole la comorbilidad un valor añadido a la necesidad de un nuevo modo de organización del sistema.

Sabiendo que el grueso de atención a crónicos se realiza en AP, ésta ha de liderar el cambio en la organización del sistema. Tenemos que aprovechar el capital intelectual, promover la experimentación local en los EAP e impulsar los cambios desde abajo hacia arriba (bottom-up).

La atención a los pacientes crónicos discurre en los tres planos que hemos mencionado: macro, meso y microgestión. Éstos se superponen: el sistema de salud, con sus organizaciones proveedoras y aseguramiento, la comunidad con sus políticas y recursos público-privados y el nivel de la práctica clínica.

Entre los cambios que supone la orientación a la cronicidad necesitamos estratificar a los pacientes según su riesgo clínico y social con el objetivo de planificar los recursos humanos y evitar ingresos hospitalarios. También es necesaria la colaboración del paciente para el autocontrol de su enfermedad: hablamos del empoderamiento del paciente.

Estas líneas de trabajo están orientadas a garantizar la sostenibilidad del sistema y suponen toda una revolución de futuro para la organización.

En la actualidad existen modelos de atención a crónicos desarrollados en sistemas de salud de otros países. El principal modelo de atención a crónicos es el Chronic Care Model (CCM) de Wagner.

El CCM identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí (interdependientes y sinérgicos) y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos: organización del sistema sanitario, relaciones con la comunidad, ayuda y soporte al autocuidado, diseño del sistema asistencial, apoyos a la toma de decisiones y los sistemas de información clínica.

La visión y el fin último del modelo son que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivos y con las capacidades y pericias necesarias, y que todo ello tenga como resultado una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

La OMS a través de su programa Innovate Care for Chronic Conditions (ICCC) hace una adaptación del CCM. El modelo ICCC enriquece al CCM al desarrollar su entronque con las políticas de salud y se define como un abordaje integrado de las enfermedades crónicas que busca alinear de forma óptima el mix de intervenciones (preventivas, curativas, rehabilitadoras, etc.) coordinando los recursos existentes y garantizando la continuidad de cuidados.

El modelo de pirámide de riesgo identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso. Organizar a los pacientes según el riesgo permite orientar mejor los programas de intervención de los diferentes grupos. De este modo podemos utilizar de manera más adecuada los recursos humanos, centrándonos en los pacientes más complejos y evitando así ingresos hospitalarios innecesarios.

Este modelo ya ha trascendido la organización que lo creó (Kaiser Permanente) y forma parte de las nuevas políticas de salud de países como Canadá, Reino Unido, Dinamarca, Australia, Estados Unidos. Aquí en España la población, salvo excepciones, no está estratificada y se requiere un mayor esfuerzo sobre los pacientes más complejos cuando hablamos de programas de intervención en general.

Una de las adaptaciones más interesantes de la pirámide de Kaiser que se ha puesto en marcha es la pirámide definida en el King's Fund en el Reino Unido. En esta adaptación destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.

Todos estos nuevos modos de organización presentan *intervenciones* que han demostrado evidencia científica de su efectividad, mostrando la posibilidad de mejorar los resultados en distintos niveles (resultados de salud, satisfacción y calidad de vida de pacientes y cuidadores, sostenibilidad) a través del cambio en la manera de gestionar a los enfermos crónicos.

El auténtico cambio es pues la propia AP en sí, innovación y desarrollo.

Transformar un sistema de salud con el fin de mejorar la gestión de las enfermedades crónicas es un cambio cultural y complejo. No hay varita mágica y es un cambio a medio plazo.

1.2. PACIENTE RESPONSABLE, PACIENTE ACTIVO

La relación médico-paciente ha dejado de ser una relación paternalista para pasar a una de confianza en la que el protagonista es el paciente.

Se busca el abandono del rol pasivo del paciente, para convertirse en una persona con capacidad de autocuidado y de autogestión de su proceso de enfermedad. Un paciente activo, un paciente experto con participación en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad con su salud.

El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento o *empowerment* de los pacientes: pacientes que tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con los profesionales sanitarios las decisiones que les permiten asumir esos objetivos.

La OMS considera positivo fomentar la participación de los ciudadanos en todo lo relacionado con su salud, y ve en ello un modo de reducir las visitas a los centros de asistencia sanitaria, a la vez que una manera de economizar en el gasto de la sanidad pública.

El paciente es el principal responsable del autocuidado de su salud y es responsable con el sistema sanitario.

Autocuidado

Con este concepto nos referimos al conjunto de recursos personales que, voluntariamente, pone en marcha el individuo sano o enfermo, para consigo o para con otros, con el fin de incrementar la calidad de vida integral a lo largo de toda su vida.

En el documento del Ministerio de Sanidad sobre la estrategia para el abordaje de la cronicidad, entre sus objetivos, figura la importancia del Autocuidado:

“Promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención de enfermedades crónicas”.

La implicación del paciente en el autocuidado traduce entre otras una mejora en la aceptación de la enfermedad, más calidad de vida, mayor seguridad del paciente, mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados en salud.

El paciente informado y formado que se autocuida colabora en la sostenibilidad del sistema en reducción de costes y es un paciente más satisfecho y sano. Hablamos de corresponsabilidad.

En el autocuidado el paciente conoce los síntomas de su enfermedad y sabe cómo manejarlos. Maneja algunas situaciones clínicas menores como la fiebre, el dolor leve, etc. El paciente se implica e identifica sus factores de riesgo (obesidad, tensión arterial, etc.).

Uno de los pilares básicos del autocuidado es la modificación de los estilos de vida. Nos referimos a la actividad física, la alimentación, el descanso, la ausencia de tabaco y drogas. En definitiva, se trata de la prevención y de la promoción de la salud.

Adherencia al tratamiento

Un paciente activo es un paciente informado, participativo y que tiene una mayor adherencia a sus tratamientos.

Se define la adherencia al tratamiento como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito. La persistencia es tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Utilizamos más el término adherencia que el de cumplimiento por el propio concepto de paciente activo.

El motivo es que el cumplimiento sugiere que el paciente sigue de forma pasiva las indicaciones de su médico y que el plan de cuidados no se basa en una alianza establecida entre médico y paciente.

Generalmente la falta de adherencia terapéutica se traduce en que el paciente no toma la suficiente cantidad de medicación. En algunas ocasiones ocurre lo contrario: el paciente aumenta por sí mismo las dosis, bien porque pretende acortar la duración del tratamiento o por intentar obtener un mayor efecto terapéutico.

La OMS estima que casi la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito:

- El 12% de los medicamentos prescritos nunca llegará a adquirirse en la farmacia.
- El 12% se abandonará a los seis meses.
- El 29% se abandonará al año.

Esto significa que únicamente el 47% de los tratamientos prescritos llegará a cumplirse correctamente.

La falta de adherencia puede provocar consecuencias indeseables para el paciente.

La no adherencia al tratamiento contribuye a unas 200.000 muertes prematuras de ciudadanos europeos al año. Si se realiza una extrapolación (por el número de habitantes) a la realidad española, se puede estimar en unas 18.400 muertes evitables por esta causa. Estas cifras pueden darnos una idea de la magnitud del problema, así como de la oportunidad de mejora que existe.

Por tanto, la falta de adherencia puede conducir al fracaso terapéutico y a importantes consecuencias en la salud de los pacientes:

- Aumento carga asistencia.
- Peores resultados en salud
- Mayores costes para el sistema por complicaciones, reagudizaciones, ingresos hospitalarios....

En todo este proceso los factores que afectan a la adherencia se centran en el paciente, el médico, la propia enfermedad y la medicación.

Ante esta evidencia es necesario generar estrategias de prevención en cuanto a la adherencia se refiere. Estas estrategias vendrían referidas, entre otras a:

- La educación del paciente, punto básico y necesario desde nuestro sistema educativo. Podemos contar con un gran aliado: el personal de enfermería. Su cercanía a los pacientes complejos y encamados, le facilita el seguimiento de la adherencia y la valoración de posibles efectos secundarios.

- Haciendo más sencillos los tratamientos, es decir simplificación de los regímenes terapéuticos. Podemos dar instrucciones con gráficos de horarios cuando lo consideremos necesario.
- Mejorando la accesibilidad del paciente al personal sanitario que lo atiende y la comunicación entre ellos
- Involucrando a los pacientes en las decisiones acerca de las prescripciones de los médicos.

Según la OMS “Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos”.

1.3. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

La definición de la OMS del uso racional de medicamentos (URM) se basa en que los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad.

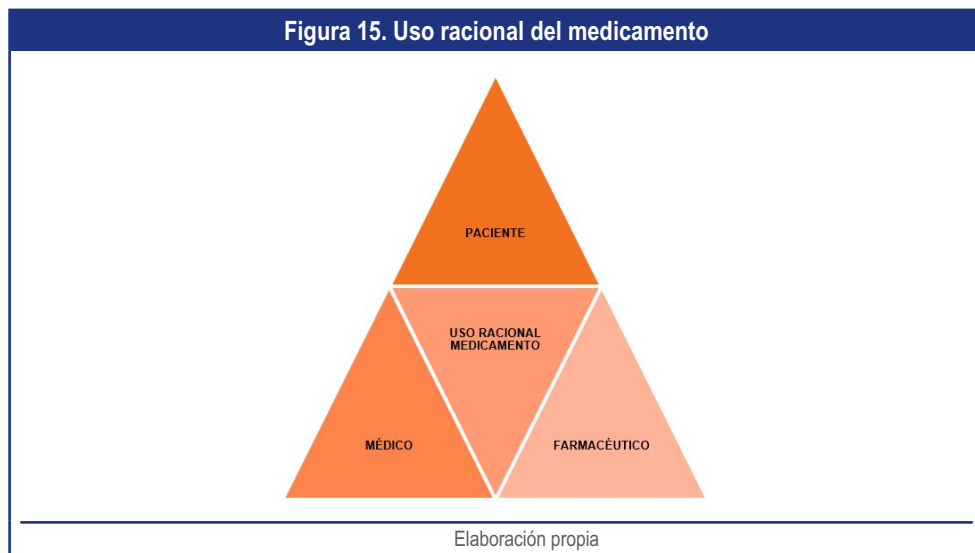
La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantía y URM y productos sanitarios, para intensificar el URM, marca estrategias orientadas a ofrecer una información de calidad, periódica e independiente a los profesionales, a garantizar una formación sobre uso racional de los medicamentos a los profesionales sanitarios, al refuerzo de la exigencia de la receta médica como documento imprescindible para la seguridad del paciente o las referidas a la modificación de los prospectos de los medicamentos para hacerlos inteligibles a los ciudadanos, ayudando a la consecución de la necesaria adherencia al tratamiento para que pueda alcanzarse el éxito terapéutico previsto por el médico con la imprescindible cooperación del farmacéutico.

El seguimiento farmacoterapéutico personalizado es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM), lo que implica un servicio comprometido con el paciente, y que debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los de-

más profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.

En los centros de salud de AP el contacto de los médicos es con los farmacéuticos comunitarios y con los farmacéuticos estatutarios de los departamentos sanitarios o farmacéuticos de AP.

Figura 15. Uso racional del medicamento



Un uso inadecuado de medicamentos tiene consecuencias negativas tanto para los pacientes como para la sociedad en general. Una de las finalidades del URM es evitar los errores de medicación (EM). Aunque en muchas ocasiones se identifican con las reacciones adversas a los medicamentos (RAM), el término es mucho más amplio.

En los centros de salud, dentro del acuerdo de gestión, el URM tiene un peso específico elevado en todas las CC.AA. Dado el contexto económico por el que pasamos, se ha acentuado esta situación perdiendo de vista los resultados de salud del paciente. Esta es una cuestión que provoca cierto desapego en los profesionales al parecer una medida excesivamente economicista.

Históricamente hay indicadores cuantitativos, referidos al gasto y otros cualitativos en función de las innovaciones terapéuticas que surgían en cada grupo terapéutico.

Entre los cuantitativos se utilizaba el gasto por habitante que luego se fue perfilando por paciente activo o pensionista hasta evolucionar al gasto por receta. En la actualidad tenemos el gasto en función de las patologías (estratificación) que tiene nuestro paciente. En la Comunidad Valenciana se utiliza un sistema de clasificación de pacientes (SCP) basado en un sistema desarrollado y mantenido por 3M. Es el Clinical Risk Groups (CRG), un sistema de clasificación de pacientes que permite visualizar el grupo CRG en que está clasificado cada paciente según su morbilidad (Tabla 11), así como su gasto esperado por su patología y el real observado. También podemos disponer del gasto por la adecuación diagnóstica (prescripción ligada a diagnóstico según indicación terapéutica) en la historia clínica electrónica de ese paciente.

Tabla 11. Grupos de riesgo clínico (CRG)

Estado de Salud
1. Estado de salud sano
2. Historia de enfermedad aguda significativa
3. Enfermedad crónica menor única
4. Enfermedad crónica menor en diferentes sistemas orgánicos
5. Enfermedad dominante o moderada crónica única
6. Enfermedad significativa crónica en dos o más sistemas orgánicos
7. Enfermedad dominante crónica en múltiples sistemas orgánicos
8. Neoplasias dominantes, metastásicas y complicadas
9. Necesidades sanitarias elevadas

Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2014. 63-5.

Vinculado a la parte económica encontrábamos, al inicio del nuevo siglo, como indicadores aquellos referidos al porcentaje de genéricos, el de fármacos UTB (utili-

dad terapéutica baja) y los de reciente innovación (potencial C). Ya en esta década había indicadores por principios activos y por denominación oficial española (DOE).

- Entre los cualitativos nos hemos familiarizado con las unidades DDD y la DHD. La DDD (dosis diarias definidas) es una unidad técnica de medida que corresponde a la dosis de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos. Las DDD las establece la OMS y están publicadas en la web de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.

El cálculo de la DHD (dosis cada 1000 habitante y día) a partir del número de envases dispensados se realiza mediante la siguiente fórmula:

DHD =	UV x FF x C x 1000
	DDD x N° de habitantes x 365 días

Dónde: UV = unidades de envase vendidas

FF = número de formas farmacéuticas por envase.

C = cantidad de principio activo en cada forma farmacéutica.

De modo que una utilización de 30 DHD en un año es interpretada como si cada día del año 30 de cada 1000 habitantes de nuestro cupo hubiesen recibido una DDD del medicamento.

Para citar unos ejemplos podemos recordar:

- Indicador DHD de Inhibidores selectivos de la COX-2 (COXIB) (número de DDD de COXIB/1000 personas estandarizadas/día).
- Indicador de utilización de omeprazol respecto al total de inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol y esomeprazol). Porcentaje de DDD de omeprazol dividido entre la suma de DDD de todos los inhibidores de la bomba de protones.
- Indicador de uso de benzodiacepinas en mayores de 75 años respecto al número total de mayores de 75 años (con uso y sin uso)

Con el tiempo se ha añadido un control más exhaustivo de la prescripción y actualmente se ha de revisar al paciente polimedocado y contestar on-line a los

farmacéuticos de área o mandos intermedios sobre cuestiones como duplicidad, adherencia, dosis adecuada, reacción adversa, control farmacológico, indicación terapéutica, etc.

Para los estudios de utilización de medicamentos y con el fin de garantizar la calidad y comparabilidad se utilizan las unidades técnicas mencionadas (DDD y DHD) y la clasificación anatómica-terapéutica (Anatomical Therapeutic Chemical classification, ATC). En este sistema los medicamentos se dividen en catorce grupos anatómicos principales (primer nivel), según el sistema u órgano sobre el que actúan. A su vez, estos grupos se subdividen en subgrupos terapéuticos (segundo y tercer nivel).

En algunas CC.AA. hay guías clínicas de ayuda y en otras CC.AA. algoritmos de prescripción que desvirtúan la relación médico-paciente y son cuestionadas ante la falta de una evaluación de resultados y la imposición de unas medidas obligadas y sencillamente economicistas.

Sin lugar a dudas son cuestiones necesarias para la seguridad del paciente que obligan a plantear la adecuación del tiempo de consulta y si estamos haciendo bien las cosas. Por tanto, han de ser objeto de reflexión.

1.4. CALIDAD ASISTENCIAL

La calidad es un concepto intuitivamente cercano (hacer las cosas bien a la primera) pero muy complejo desde el punto de vista de su gestión debido a múltiples factores.

En el ámbito sanitario, la evaluación de resultados técnicos de las actuaciones asistenciales ha constituido siempre un pilar fundamental de la orientación y mejora de la ciencia médica (auditorías, evaluación) y supone el equivalente al control de calidad. Estas dificultades en el sector servicios facilitaron que se incorporaran al sector sanitario conceptos y metodologías de aseguramiento de la calidad (acreditación, certificación).

Tenemos como enfoques útiles:

- La adecuación de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades sustentada en la medicina basada en la evidencia.

- La calidad percibida, mediante encuestas y en la que se exploran tanto aspectos de resultados clínicos como aquellos relacionados con el respeto a la autonomía, la dignidad, el trato, la información.
- La calidad científico-técnica de las intervenciones, definida y estandarizada por parte de los profesionales y/o sociedades científicas y que puede incidir sobre dimensiones como la efectividad, adecuación, seguridad, accesibilidad, oportunidad o continuidad de cuidados.
- El coste y la eficiencia de las actuaciones, que en el sector público deben incorporar además los valores de equidad y universalidad.

Los retos más importantes están dirigidos a reducir la variabilidad, corregir el uso indebido de servicios, acabar con la fragmentación y la falta de coordinación y satisfacer las expectativas del paciente.

Eficacia, efectividad, eficiencia.

La *eficacia* mide la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología médica para la resolución de un problema de salud, bajo condiciones ideales de actuación.

La *efectividad* también pretende medir la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología médica, pero en condiciones reales de aplicación.

La *eficiencia* relaciona los beneficios medidos por la efectividad, con los costes que supone obtenerlos.

Podríamos definir la calidad de la atención médica como la diferencia entre la eficacia y la efectividad que puede atribuirse a los médicos, dado el entorno en el que trabajan.

De entre las alternativas a nuestro alcance para diagnosticar o tratar una enfermedad debemos elegir primero las más eficaces. Entre éstas habrá que inclinarse por aquellas que más beneficios rindan en la práctica, es decir las más efectivas. Finalmente, entre estas seleccionadas habrá que buscar la que rinda mayores beneficios en relación a su coste, la más eficiente.

La mayor dificultad para conocer la eficiencia es la medida de los beneficios.

Hablamos de *coste-efectividad* cuando se comparan los beneficios medidos en unidades naturales o consustanciales al programa.

El análisis de *coste-beneficio* es cuando los beneficios se miden en unidades monetarias.

Hablamos de *coste-utilidad* cuando se miden los beneficios subjetivos (utilidad o satisfacción).

En la práctica clínica, en el contexto social, la eficiencia clínica significa conseguir lo mejor para la mayoría de los enfermos, no lo mejor para un solo enfermo.

La gestión clínica se orienta a conseguir la máxima utilización de los recursos disponibles siempre con la condición: calidad asistencial/coste. Es decir, más con menos.

La implantación del programa de control de calidad asistencial pretende aumentar el nivel de calidad de los servicios sanitarios mediante acciones integrales que implican procesos de planificación, organización, ejecución, evaluación y toma de decisiones.

Seguridad del paciente

El tema de la seguridad ha cobrado mayor protagonismo durante los últimos años en el conjunto del sistema sanitario a nivel mundial. El informe “Errar es humano” del Instituto de Medicina Americana (Institute of Medicine) es un punto de inflexión importante, donde se pone en evidencia que el uso de nuevas técnicas diagnósticas y otros procesos, desde los más complejos hasta los más simples, como puede ser la higiene de las manos por parte de los sanitarios, puede tener efectos indeseables en los pacientes.

A partir de ahí se inicia un movimiento, que en los últimos años está liderado por la OMS a través de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Ese liderazgo de la OMS ha hecho que todos los actores implicados (instituciones sanitarias, profesionales, sociedades científicas, industria...) hayan desarrollado estrategias nuevas para abordar este problema, y esto es interesante porque de forma complementaria diferentes actores del sistema actúan al unísono en este ámbito.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ha publicado en 2016 la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de todas las sociedades científicas, incluidas las de atención primaria, y todas las CC. AA.

Cuando hablamos de seguridad pretendemos identificar y cuantificar riesgos para evitarlos o que su presencia sea mínima.

Todos tenemos en mente las frases “primum non nocere” (lo primero no hacer daño) y que “errar es humano” (pero sólo los estúpidos perseveran en el error, como decía Cicerón).

La AP es el nivel asistencial más utilizado por la población y en España tenemos unas de las cifras de frecuentación de las más altas de Europa. Por tanto, dado el número elevado de consultas es necesario prevenir posibles errores.

Uno de los objetivos de la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que los tratamientos y los cuidados que reciben los pacientes no les supongan daños, lesiones o complicaciones más allá de los derivados de la evolución natural de la enfermedad y de los justificados para el adecuado manejo diagnóstico, terapéutico o paliativo de la enfermedad.

Cuando un paciente sufre un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño o complicación y que es consecuencia de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece hablamos de efecto adverso (EA). Si el EA no llega a producir daño se denomina incidente (IN). Los EA y los IN constituyen los denominados sucesos adversos (SA).

En AP se ha de promover una cultura de seguridad clínica de los pacientes para evitar aquellos SA que se produzcan por error de una técnica, una posología inadecuada, una cura inadecuada.

En el estudio APEAS se abordó el análisis de la frecuencia y tipo de los EA en AP. Los EA afectaron a 7 de cada 100 ciudadanos (en un año) y el 70% fueron evitables. La etiología fue multicausal. Los factores causantes del EA estuvieron relacionados con la medicación, la comunicación, los cuidados, el diagnóstico, la gestión y otros varios. Como estrategias preventivas se establecen la mejora de la formación

de los profesionales, mejorar la comunicación con el paciente y una actualización permanente de los procedimientos y cuidados.

En general se trata de ser proactivos y disponer de los medios y procedimientos para evitar errores médicos, así como registro y monitorización de los mismos para poder diseñar un mapeo del riesgo en nuestras organizaciones. Además, estas estrategias pueden ser también institucionales y el resultado repercutiría en la salud de todos.

El papel del paciente en su seguridad (empoderamiento) y el intercambio de experiencias entre centros son fundamentales en la mejora de la seguridad del paciente.

El paciente participa mucho más del proceso asistencial, y exige del sistema sanitario que sea seguro, no sólo que cure, sino que cause el menor daño posible.

El futuro también pasa por algo muy importante, que es la implicación de los pacientes en su propia seguridad, y para conseguirlo hay que hacer un esfuerzo en formación, un paciente bien formado garantiza mejores resultados en temas de seguridad.

1.5. INCAPACIDAD TEMPORAL

En nuestra agenda diaria todas las semanas tenemos una muestra importante de pacientes que presentan una Incapacidad Temporal (IT) y de otras que son dados de alta o entran en esta condición.

La IT (la antigua incapacidad laboral transitoria pasa a denominarse Incapacidad Temporal por la Ley 42/1994) es la situación del trabajador que, por problemas de salud, se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Las causas pueden ser enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo. La enfermedad común y el accidente no laboral constituyen las que denominamos contingencias comunes. La enfermedad profesional y el accidente de trabajo constituyen las contingencias profesionales.

En nuestro país desde hace unos meses ha habido un cambio legislativo a través del Real Decreto (RD) 625/2014. Su aplicación actual es diferente según la Comunidad Autónoma.

La duración en caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa es de 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presume que, durante ellos, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.

Una vez agotado el plazo de duración de 365 días de la IT, el INSS, a través de los **órganos** competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente, será **el único** competente para reconocer, mediante resolución, la situación de prórroga expresa con un límite de 180 días más, o bien, para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien, para emitir el alta médica de la prestación económica por IT por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS.

Se consideran *recaídas* cuando, tratándose de la misma enfermedad o patología entre dos procesos de IT, no ha transcurrido un periodo superior a 180 días.

La declaración de baja médica, derivada de contingencias comunes o profesionales, se formulará en el correspondiente parte médico de baja de IT, que será expedido inmediatamente después del reconocimiento del trabajador por el facultativo del sistema público de salud, cuando se trate de contingencias comunes y en las contingencias profesionales cuya cobertura esté a cargo de la entidad gestora (INSS).

Respecto al parte médico de alta, señalar que a partir de los 365 días en situación de IT, el INSS será el único competente para reconocer una prórroga, determinar el inicio de un expediente de incapacidad permanente o emitir un alta médica.

Respecto al parte médico de confirmación de baja, el RD modifica el modelo actual de gestión del subsidio de IT (transitoriamente mantienen su validez los vigentes según la implantación en cada CC.AA.). El RD agrupa las IT en cuatro tipos, en función de la enfermedad y del tiempo estimado de duración de ésta. Los tramos son de 1 a 5 días, entre 5 y 30, entre los 30 y 60 días y las mayores de 60 días. Con esto se pretende que el paciente no acuda cada semana a recoger su baja médica.



En cuanto a otras novedades del RD decir que el código nacional de ocupación pasa a ser un requisito obligatorio para dar la baja, las mutuas pueden hacer propuestas de alta para ser respondidas en un plazo breve de 5 días y se recoge la exigencia de presentar unos informes complementarios que acompañen a ese segundo parte de confirmación de la baja, y que se irían actualizando, necesariamente, con cada dos partes de confirmación. En ellos, tenemos que explicar las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado.

En algunas CC.AA. suelen llegar a la Dirección o a la Coordinación del centro de salud informes con diferentes indicadores de inspección de los cupos médicos. Entre otros parámetros se reflejan los resultados estadísticos relativos a índices de ausencia, duración media y su incidencia mensual, los 20 diagnósticos más habituales, etc. todo ello referido a la IT con el objeto de obtener desde estos datos reales una visión objetiva y fiable de la gestión de los procesos de IT en los centros sanitarios y posibilitar de este modo un mayor control y supervisión en la gestión de esta prestación. La finalidad es conseguir una óptima gestión de la IT a partir del análisis de los índices y de la aplicación de oportunas medidas de mejora.

Otro reto en nuestras consultas de AP es aumentar la declaración de enfermedades profesionales y accidentes laborales en nuestros pacientes, cuyo tratamiento, baja laboral si procediera y seguimiento corresponde a las Mutuas Laborales.

Históricamente nuestro país se ha caracterizado por el infradiagnóstico de las mismas. Afortunadamente existen actualmente iniciativas en diferentes CC.AA. que están intentando unificar los criterios de comunicación de sospechas y determinación de posibles enfermedades profesionales coordinando a los diferentes agentes implicados (médicos de familia, inspección médica, unidades de salud laboral y mutuas, sociedades científicas) a la vez que se implementan herramientas informáticas que facilitan al profesional el diagnóstico y la declaración de las mismas.

Tabla 12. Ejemplo de un informe de servicios de inspección con los 20 diagnósticos más habituales por días perdidos

Datos autonómicos - febrero 2013		Estadísticas sobre procesos de incapacidad temporal de personal sanitario			
 		AUT-15			
TABLA 1. LOS 20 DIAGNÓSTICOS MÁS HABITUALES POR DÍAS PERDIDOS EN FEBRERO DE 2013 Y 2014					
	Grupo diagnóstico	Días perdidos	Procesos I.T	Índice de ausencia	Peso específico
1	724 Otras alteraciones de la espalda no especificadas	4.393	125	0,31	7,64%
2	300 Trastornos neuróticos	3.112	62	0,22	5,41%
3	487 Gripe	1.971	342	0,14	3,43%
4	460 Nasofaringitis aguda (resfriado común)	1.264	215	0,09	2,20%
5	311 Trastorno depresivo no clasificado bajo otros conceptos	1.180	11	0,08	2,05%
6	723 Otras alteraciones columna cervical	1.178	29	0,08	2,05%
7	726 Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos	1.053	27	0,08	1,83%
8	845 Esguinces y torceduras de tobillo y pie	1.046	33	0,07	1,82%
9	466 Bronquitis y bronquiolitis agudas	992	100	0,07	1,73%
10	719 Otros trastornos y trastornos neom de articulación	979	25	0,07	1,70%
11	813 Fractura de radio y cúbito	955	6	0,07	1,66%
12	309 Reacción de adaptación	874	17	0,06	1,52%
13	640 Hemorragia en fase temprana de embarazo	869	18	0,06	1,51%
14	735 Deformación adquirida de dedo gordo del pie	768	13	0,05	1,34%
15	727 Otros trastornos de sinovia tendón y bursa	706	18	0,05	1,23%
16	850 Peraciones sobre la mama	704	10	0,05	1,22%
17	780 Síntomas generales	697	49	0,05	1,21%
18	722 Trastorno del disco intervertebral	694	13	0,05	1,21%
19	174 Neoplasia maligna mama mujer	667	5	0,05	1,16%
20	717 Trastorno interno rodilla	652	7	0,05	1,13%

SUBSECRETARÍA DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD - INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Rev Asoc Esp Espec Med Trab vol.24 no.1 Madrid mar. 2015

1.6. HOSPITALIZACIONES EVITABLES

La aplicación adecuada de intervenciones habitualmente proporcionadas por AP como prevención, diagnóstico, tratamiento temprano y control adecuado junto a unos cuidados ambulatorios y una cooperación entre niveles asistenciales, contando con unos adecuados servicios sociales, pueden suponer una reducción de tasas de hospitalizaciones.

Las hospitalizaciones evitables (HE) son aquellas que podían haberse evitado si se hubiese realizado una atención adecuada desde AP. Una HE no quiere decir que sea innecesaria, ya que una vez que no se ha podido evitar el daño, o no se ha podido controlar la situación, la hospitalización y cuidados hospitalarios pueden resultar imprescindibles

Las HE son un indicador indirecto de la capacidad de resolución de la AP con carácter “centinela”. Según Rutstein se considerarán eventos centinela aquellos que tienen una baja probabilidad de ocurrir y/o alta probabilidad de ser consecuencia de deficiencias en la asistencia prestada o a la inexistencia de esa asistencia.

Uno de los instrumentos utilizados para las HE son las Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC).

Este indicador fue desarrollado en los Estados Unidos a mediados de los ochenta con el fin de analizar la accesibilidad de la población indigente (Medicaid) a la atención sanitaria. En los noventa es propuesto por el National Health Service para el análisis de la calidad de la AP. En la actualidad instituciones y organismos monitorizan este indicador para evaluar servicios de salud.

Las ACSC se definen como un conjunto de códigos diagnósticos (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) que se obtienen a partir de los diagnósticos al alta hospitalaria recogidos en la base de datos de morbilidad hospitalaria, es lo que denominamos Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Esta base administrativa recoge 23 variables de todos los ingresos hospitalarios de la población. Se instauró como obligatoria para los hospitales de todo el país en 1992 y es prácticamente única para todas las CC.AA.

Aplicando los criterios de Weissman (el consenso, la importancia, la validez clínica y la claridad de los datos) se utilizan distintos listados de códigos de HE

como los que fijó el grupo United Hospital Fund of New York (en España Casanova y Starfield), Pappas, Culler y algunos más restrictivos como los de Caminal. También hemos encontrado listados reducidos a un grupo de condiciones crónicas para pacientes más frágiles.

El indicador hospitalizaciones evitables por ACSC (HE-ACSC) puede presentar una serie de limitaciones atribuibles a la validez interna del indicador y a la variabilidad en el comportamiento del indicador debida a la influencia en el resultado de múltiples factores.

En España encontramos cifras de ingresos hospitalarios por causas de HE del 15,8% que se repiten en estudios locales como en Granada con un 15,7%.

El perfil del paciente ingresado por causas de HE sería un varón, en edades extremas de la vida, sobre todo mayor de 70 años, ingresado por urgencias, con alta comorbilidad, con estancia media y estancia preoperatorias prolongadas y atendido en un hospital de alta complejidad.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) más frecuentes son los correspondientes al sistema cardiovascular y al sistema respiratorio.

Se han constatado diferencias entre ámbitos geográficos, comprobada en nuestro medio entre las tres provincias que componen la Comunidad Valenciana, las distintas áreas básicas de salud de Cataluña o entre áreas sanitarias en la Comunidad de Madrid.

Esta variabilidad se ha correlacionado con diferentes variables sociodemográficas, de nivel de salud o de capacidad de los servicios sanitarios. Parece existir correlación positiva con la disponibilidad de camas o el volumen total de actividad del hospital de referencia.

Un factor que puede hacer variar las tasas de HE es la distribución etaria de la población: mayores tasas en pacientes en edades extremas de la vida, es decir, en población infantil y en población anciana

Otros factores que hay que tener en cuenta como causas de variabilidad de ingresos por HE serían el estilo de práctica médica, los hábitos profesionales del personal sanitario motivados por la formación teórico-práctica diferente, así como la educación sanitaria y conducta del propio paciente. Igualmente hay que tener en

cuenta que la movilidad de la población puede originar variaciones artificiales de prevalencia de HE en las zonas a las que se desplaza, aunque en España apenas tendría efecto dado que sólo suele ocurrir, en todo caso, en los meses de vacaciones.

La presencia de una alta comorbilidad en los pacientes ingresados por HE, hace pensar que el ingreso hospitalario es adecuado.

Con el HE-ASCS existen factores determinantes de la hospitalización (características del paciente, la variabilidad de la práctica clínica hospitalaria, las políticas de admisión de los centros, etc.) que no dependen de la AP. Para evitar este sesgo tenemos otras posibilidades como el caso de los Ambulatory Care Group (ACG) que serían más adecuados para estudiar las variaciones observables en la propia AP. No obstante, pensamos que el paciente es un todo y la continuidad asistencial, tal como ya hemos señalado, es un objetivo a alcanzar. La idea de beber de distintas fuentes nos da una imagen global de la salud de nuestro paciente y de cómo mejorarla.

2. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En las últimas décadas del siglo XX se comenzaron a publicar estudios que ponían de manifiesto la tremenda variabilidad en la práctica médica entre los diferentes profesionales de la salud y la escasa relación de algunas prácticas habituales con la mejoría de la salud individual y colectiva. Se produjo también, durante este periodo, una superespecialización y tecnificación de la sanidad, elevando los costes sanitarios de forma exponencial. Junto a esto, la crisis económica y financiera de este siglo ha empujado a los sistemas sanitarios a hacer un mejor uso de los recursos disponibles donde el coste y la eficacia estén presentes, convirtiéndose en una ocasión de mejora.

Con la Gestión Clínica, se pretende ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en nuestra práctica diaria (efectividad) acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia) y la salud poblacional, con los menores inconvenientes y costes para el paciente y para la sociedad en su conjunto

(eficiencia), con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones. Del conjunto de gastos que genera un centro de salud, alrededor del 80% corresponde a recursos que gestiona básicamente el médico de Atención Primaria. Se trata de ayudar a implantar la triple meta de obtener más y mejor asistencia sanitaria, con impacto en la salud poblacional, al menor coste posible.

No se puede entender la Gestión Clínica ni la calidad en la asistencia sanitaria sin una evaluación de la misma. Cuando hablamos de evaluación en la Gestión Clínica deberemos tener en cuenta no sólo los resultados en salud (curar la enfermedad, frenar el proceso y aliviar el sufrimiento) si queremos obtener una calidad adecuada en la sanidad. En la sanidad existen muchos procesos sanitarios y muchos recursos e instalaciones que son necesarios evaluar, complementando, de esta forma, el enfoque finalista de los resultados aspirando así a un concepto más amplio de la calidad. La evaluación será el primer paso para poder diseñar sistemas sanitarios donde esté presente la cultura de la calidad total.

Niveles de Gestión de Calidad en Sanidad

Cuando hablamos de calidad en sanidad nos encontramos con diferentes niveles de gestión pasando del simple análisis de los datos a crear herramientas que detecten precozmente los problemas o que incluso se diseñen medidas correctoras teniendo en cuenta en todo momento la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

- **Evaluación de la Calidad:**

Es el nivel más básico de la gestión de calidad, donde se miden de manera puntual algunos aspectos sanitarios. En ocasiones, puede proponer medidas para su corrección, pero la implantación de las mismas no forma parte de ella. Se usan técnicas cualitativas o cuantitativas para el análisis de los problemas, estableciendo prioridades en la evaluación.

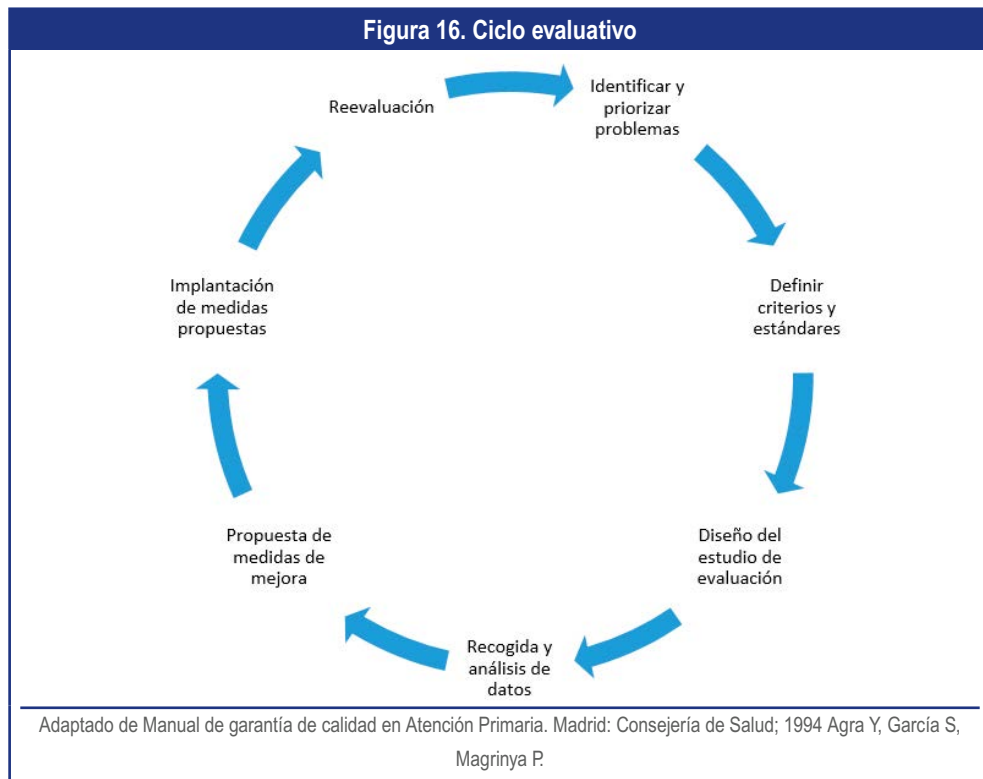
- **Control de Calidad:**

Es la evaluación continuada del nivel de calidad de algún aspecto concreto. Se produce una recogida de datos sistemática de un indicador asistencial. Permite introducir acciones de mejora de forma temprana, en el caso de detectar pro-

blemas. Para ellos se utiliza la monitorización que es la medición sistemática y continuada de un aspecto asistencial relevante. La herramienta que usa son los indicadores clínicos y suele utilizar gráficos de control donde se representan.

- **Garantía de Calidad:**

Además de medir y evaluar la calidad, se intenta asegurar la calidad de ese servicio evaluado. Lo que le caracteriza es la implantación o ejecución de medidas correctoras que han sido propuestas en los procesos de evaluación o control. Tras su aplicación, se reevalúa de nuevo, entrando en un ciclo evaluativo (Figura 16).



- **Mejora continua de Calidad:**

Intenta anticiparse a la aparición de los problemas e incide en el diseño de los procesos, buscando prevenir errores antes que solucionar los problemas. Parte de la idea de que todo proceso, aunque esté bien hecho, es mejorable. Es imprescindible la implicación de los profesionales.

- **Calidad Total:**

Es una estrategia global de aplicación de los criterios de mejora continua en todas las actividades y miembros de la organización, teniendo como objetivo principal la satisfacción del cliente externo (pacientes, proveedores...) como interno (profesionales sanitarios). Se inspira en el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management).

En este nivel de calidad, el liderazgo es fundamental para la planificación y estrategia, para la gestión adecuada del personal y los recursos y para establecer alianzas entre los diferentes agentes. Se potencia el desarrollo de procesos asistenciales y organizativos que conducen a la excelencia de resultados en personas, clientes y sociedad. En este nivel se aplica el principio de autoevaluación, lo que permite la innovación y aprendizaje para la mejora continua de todos los implicados. El plan de calidad del SNS sigue este modelo.

Planificación sanitaria

En el sistema sanitario se debe utilizar una planificación de la actividad asistencial en base a una dirección por objetivos (DPO). Esta dirección por objetivos se suele plasmar en los diferentes planes de salud de cada Comunidad Autónoma (tal como nos hemos referido en el capítulo 2), que desarrollan en profundidad las estrategias necesarias para conseguir los fines propuestos. En la dirección por objetivos se necesita realizar la formulación de objetivos de forma adecuada, conocer con qué indicadores se van a evaluar dichos objetivos (tabla 1) y saber de dónde se van a obtener los datos. Se debe contar con el apoyo e iniciativa de los profesionales para definir dichos indicadores e intentar alinear los incentivos a la consecución de dichos objetivos.

Tabla 13. Formulación del objetivo

Identificar resultados específicos
Ser claro, fáciles de medir
Reflejar resultados clave
Ser importante
Ser realista
Ser aceptable y flexible
Formularse con verbo infinitivo

Adaptado de Mark L. McConkie

Una vez definidos los objetivos, el siguiente paso es definir los indicadores. Los indicadores son un elemento esencial para el funcionamiento del sistema de DPO puesto que nos van a proporcionar información sobre el grado de cumplimiento de los objetivos que cada unidad se haya establecido. La función que tiene es por tanto informar y valorar de una de la forma más precisa posible sobre el cumplimiento de los objetivos.

Herramientas para la monitorización:

Indicador: Mide aspectos importantes de la actividad asistencial y lo compara con un umbral de evaluación para determinar si está de acuerdo con una práctica aceptable. Debe existir un consenso en su uso como referencia para evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. Deben estar bien definidos para que los resultados sean fiables. Pueden ser de estructura, proceso o de resultado. Es la herramienta que permite *cuantificar* un criterio y compararlo con el objeto estándar. No es una medida directa de la calidad, pero señala aspectos concretos de la práctica que han de ser revisados a fondo. Permite monitorizar y evaluar qué les pasa a los pacientes como consecuencia de la práctica de los profesionales y el funcionamiento de la organización. Hay que establecer procedimientos de medida de los indicadores, periodicidad y como se presentan los resultados. Determina una zona de control y el límite a partir del cual salta la alarma.

Criterios: Son características predeterminadas de la atención médica, deseables o indeseables, que se pueden comparar con la asistencia prestada. Es el as-

pecto que se quiere evaluar o la norma que se quiere cumplir, expresada de forma *cualitativa* (p.e. control de caries en población infantil).

Estándares: El *estándar* es el valor objetivo y normativo de la medida de calidad asistencial, el punto que debe ser alcanzado, expresado de forma *cuantitativa*, que señala el límite entre la calidad aceptable e inaceptable. Un índice es el grado de cumplimiento de un estándar, en una situación determinada.

La calidad se puede definir como el grado de adhesión a los criterios establecidos, es decir, al grado de cumplimiento de los indicadores.

Acuerdo de Gestión

La necesidad de alinear los intereses de las organizaciones con aquellos que tienen los profesionales sanitarios ha llevado a buscar distintos elementos motivadores de la conducta. En España, en concreto, el RD 3/1987 ya establecía las bases para un sistema de incentivos al instaurar una retribución económica denominada “productividad variable”, vinculada a la consecución de unos objetivos específicos, y los paquetes retributivos de las distintas Comunidades Autónomas hoy en día contemplan en mayor o menor medida estos pagos variables a través de los contratos de gestión. Ventura, González y Cárcaba (2003) determinaron una mejoría en la eficiencia en 68 hospitales entre 1993 y 1996.

En la realización de los contratos de gestión se deben incluir aquellos objetivos importantes para mejorar la calidad del sistema sanitario, Debe acordarse al mismo tiempo que se definen los objetivo con qué indicadores se van a medir, cuál es el procedimiento de registro de datos, cuál es la amplitud de las desviaciones del estándar y quién va a realizar dicha evaluación. Es muy importante para conseguir la adherencia y consecución de los objetivos tener en cuenta las sugerencias e iniciativas de los profesionales con una comunicación fluida bidireccional.

Cuadro de mando y las TIC

El seguimiento de los indicadores se suele realizar a través de una herramienta conocida como *cuadro de mando*, que recoge y monitoriza los indicadores clave de las estrategias diseñadas para alcanzar los objetivos de salud determinados.

Esta herramienta está a disposición generalmente de los gestores y responsables sanitarios, pero para favorecer la participación de los profesionales, además de los incentivos económicos se deberá trasladar por parte de los responsables sanitarios periódicamente la información relativa a los resultados de los objetivos propuestos, de forma transparente y, si es posible, comparativa entre diferentes cupos del mismo centro. Esto ya ocurre en algunas comunidades autónomas y en otras comunidades, como Galicia y Comunidad Valenciana, se han establecido sistemas de información (Alumbra y Cuidiss en Comunidad Valenciana) que permiten, a raíz de los datos introducidos en la historia electrónica (IANUS en Galicia y Abucasis y Orion Clinic en Comunidad Valenciana), reportar datos individualizados de los indicadores de salud y de prescripción farmacéutica de cada cupo a través de la intranet, siendo de esta forma, el profesional el principal beneficiario de la información de los resultados de su propia práctica. Esto le permite corregir tendencias o prácticas con poca validez.

Los sistemas de información y el uso de las nuevas tecnologías están consiguiendo que se puedan tomar decisiones de salud con gran impacto poblacional, a la vez que mejoran la comunicación entre diferentes niveles asistenciales y aseguran la continuidad asistencial.

¿Qué se puede evaluar en Atención Primaria?

Nos puede ayudar el proyecto AP21 que, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de diciembre de 2006, incorporó un marco estratégico adecuado que permitía a cada una de las Comunidades Autónomas, desarrollar las medidas necesarias para la mejora de la AP de salud en España en el período 2007-2012. Se adjunta una tabla con algunas estrategias (Tabla 14). La Agencia de Calidad del SNS, de acuerdo con las Comunidades Autónomas y contando con la opinión de los profesionales, elaboraron los indicadores de cada estrategia, que permitieron realizar una evaluación y la consiguiente comparación entre comunidades.

Tabla 14. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud en el periodo 2007-2012. Ejemplos

Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientados al ciudadano
E02. Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad
E03. Adecuar la dotación de recursos para mejorar la existencia de listas de espera en Atención Primaria
E05. Impulsar una imagen de la Atención Primaria como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los ciudadanos
E07. Potenciar la autonomía de los ciudadanos y la capacidad de decidir sobre su salud
E08. Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria
E10. Potenciar las actividades de promoción de la salud y prevención
E11. Potenciar la calidad de la atención en los equipos de Atención Primaria rurales
Estrategias de mejora de la efectividad y resolución
E15. Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas
E17. Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos
E18. Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud
Estrategias de mejora de la calidad asistencial
E21. Potenciar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada
E22. Impulsar la gestión de los procesos asistenciales integrados entre Atención Primaria y Atención Especializada
E26. Potenciar las actividades de atención domiciliaria y la implicación de los profesionales en la atención a las personas con problemas de dependencia
Estrategias de mejora de eficiencia, gestión y organización
E36. Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios establecida en la planificación sanitaria

Extracto del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

También nos pueden ayudar los consejos de DianaSalud (www.dianasalud.com), una página web de Salud Pública y Epidemiología, para la divulgación de iniciativas para analizar la adecuación en Salud o el compromiso de las sociedades científicas junto con el Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, a través de Guíasalud con los consejos de que no hacer.

¿Qué son los procesos?

Según la European Foundation for Quality Management un proceso es la organización lógica de personas, materiales, energía, equipos y procedimientos en actividades de trabajo diseñadas para generar un resultado específico. Hay que protocolizar los procesos asistenciales según la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), intentando dar atención integral, utilizando los sistemas de información y de clasificación de pacientes.

En las últimas tendencias en la evolución de calidad se están incorporando indicadores que miden los planes de intervención poblacional (PIPs) especialmente la efectividad, la eficiencia y los resultados en salud. En AP tienen especial relevancia en el paciente pluripatológico, EPOC, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca. Ya se está efectuando en el País Vasco. Estos planes llevan aparejados una asignación económica para su desempeño y destacan por la clasificación de los pacientes según su gravedad, personalizando las estrategias en función del estadio de la enfermedad y de la evidencia científica disponible, en el lugar de asistencia más adecuado y más coste efectivo (casa, atención primaria u hospital). Los PIPs deben estar abiertos a iniciativas locales.

Los elementos clave de los modelos de atención a pacientes según su nivel de riesgo deben recorrer los siguientes pasos:

1. Registro de pacientes
2. Estratificación de la población en función de las patologías y necesidades
3. Definir las rutas asistenciales
4. Dar la prestación eficaz en el nivel asistencial que precise
5. Monitorización de los resultados
6. Asignación de recursos y financiación

2.1. ANÁLISIS DE COSTES: GESTIÓN DE LA EFICACIA Y LA SOSTENIBILIDAD

Si algo hemos aprendido durante estos años de crisis económica y financiera es que cada vez es más urgente introducir las variables de eficiencia en la práctica sanitaria. El anhelo de todo sistema sanitario debería no renunciar a tener más salud poblacional, mayor calidad en la asistencia con un gasto económico menor o, al menos, contenido. El médico de AP tiene un papel muy importante en la capacidad de orientar su actividad en aquellas prácticas que tengan valor para mejorar la salud de la población y para poder contener el gasto. Para ponernos en situación, recordar (ver capítulo 2) lo que supone el gasto sanitario en España en los últimos años y las medidas macro que se han impulsado desde los diferentes gobiernos central y autonómicos. Por último, vamos a plantear posibles mejoras en la práctica clínica que recojan esta triple meta: más salud, más calidad y menos gasto.

Gasto sanitario. Dimensión

Si hablamos del gasto en salud en relación del PIB, en los países de la OCDE, en 2012, en España fue del 9.4% PIB, a pesar de la crisis, y la media de la OCDE fue del 9.3%. El gasto sanitario público en España en relación con todo el gasto público es del 30-35% del total, siendo una de las mayores partidas presupuestarias del Estado. Del gasto sanitario total de España el 71.7% es de gasto público y el resto privado.

En el capítulo 2 tenemos la distribución del gasto sanitario público 2010-2014.

Dimensión poblacional del gasto

La población está sufriendo un envejecimiento progresivo que se acompaña de un aumento de la pluripatología que supone un aumento del gasto sanitario exponencial.

A medida que aumentan las enfermedades crónicas el coste para el sistema sanitario aumenta. Por ejemplo, un paciente con 9 o más enfermedades crónicas consume 47 veces más que un paciente no crónico, por lo que el 4.8% de la población con mayor nivel de complejidad consume el 32.5% de los recursos sanitarios.

Intervenciones para conseguir una mayor eficiencia desde la Atención Primaria

La crisis económica nos puede ayudar a visionar la importancia de la buena gestión de los recursos y de la necesidad de no disminuir los resultados en salud. Desde la atención primaria se puede intervenir en diferentes ámbitos para intentar alcanzar ese equilibrio.

- **Gestión de las pruebas complementarias:**

A la hora de realizar pruebas complementarias para definir diagnósticos, tendremos en cuenta el valor que cada prueba aporta al diagnóstico y al tratamiento, evitando aquellas que sean innecesarias.

De acuerdo con el grado de acierto y error de la prueba para clasificar a los pacientes, se describen su sensibilidad (proporción de personas con la enfermedad que presenta un resultado positivo en la prueba, verdaderos positivos entre el total de enfermos) y su especificidad (proporción de personas sin la enfermedad con un resultado negativo en la prueba, verdaderos negativos entre el total de no enfermos). Las pruebas muy sensibles, más que para ayudar a confirmar un diagnóstico, nos sirven para descartarlo, algo especialmente útil en Atención Primaria. A la hora de pedir pruebas, lo haremos sobre todo cuando la incertidumbre para realizar un diagnóstico, es mayor.

La AP es el foro idóneo para aproximar las pruebas diagnósticas a los pacientes, especialmente aquellas que tienen mayor impacto en la prevención secundaria en los pacientes crónicos. Todos los centros de salud deberían disponer de electrocardiograma, doppler arterial para poder medir el índice tobillo-brazo, retinógrafo no midriático para detectar la retinopatía por diabetes, MAPA (medición ambulatoria de la presión arterial), espirómetro (en su defecto COPD6) para el diagnóstico de la EPOC.

- **Gestión de las derivaciones:**

La capacidad resolutive es el mayor exponente de la eficiencia en la práctica clínica: cada problema debería ser atendido por quien pudiera obtener mejores resultados de salud con unos recursos determinados y lo más cerca del paciente. Los estudios publicados en España cifran la capacidad resolutive de la AP en torno al 90-95%, con una tasa de derivación del 5-10% dependiendo del profesional

y la población a la que se atiende. Esto supone un gran número de derivaciones que, en ocasiones, son innecesarias: segundas visitas no citadas por el especialista, petición propia del paciente, renovación de visados u ortesis, restricciones a la AP de pruebas complementarias... También puede ocurrir que no se derive al paciente cuando es necesario: limitación de distancia o estado del paciente, presiones familiares, sensación de pérdida de prestigio frente a los especialistas hospitalarios. Gran parte de estos problemas se pueden intentar solucionar con e-consulta con el especialista, a través de contacto telefónico o la intranet; ya existen experiencias con resultados satisfactorios.

- **Gestión de la farmacia:**

El 40% del gasto que genera la AP corresponde a la prescripción farmacéutica. El gasto farmacéutico ha ido aumentando durante la última década alrededor del 10% anual y sólo ha experimentado una contención de su crecimiento desde 2012.

Indicadores de calidad de prescripción:

Los indicadores de farmacia utilizan como fuente la base de datos de facturación de recetas oficiales del SNS dispensadas en las oficinas de farmacia y no están relacionadas con la indicación adecuada o no del fármaco, excepto en alguna CCAA como la valenciana, donde se introdujeron en 2013 los algoritmos terapéuticos que relacionaban diagnóstico y prescripción.

Los indicadores específicos son los más usados y son de dos tipos:

- Indicadores de selección de fármacos: pueden ser de tipo grupal (porcentaje de estatinas recomendadas (simvastatina-atorvastatina)/total estatinas) o más concretos
- Indicadores de intensidad de uso: nos aproximan al número de personas de una población que están usando ese fármaco. Son la dosis diaria definida (DDD) y las dosis por 1000 habitantes y día (DHD).

a) *Variabilidad de prescripción:*

Las medidas de ajuste en la prescripción deben estar ligadas a la calidad de la prescripción. La variabilidad es un dato muy estudiado en la literatura y no siempre un mayor gasto en farmacia va acompañado de mejores resultados clínicos.

La monitorización de los indicadores de farmacia y la comparación entre facultativos y/o diferentes centros de salud, pueden ayudar a disminuir esas diferencias. También la creación de grupos de trabajo multidisciplinares para elaborar consejos en la prescripción puede ayudar a unificar criterios.

b) Medidas de gestión farmacéutica de las CC.AA.:

Los algoritmos de decisión terapéutica corporativos, en la Comunidad Valenciana., la subasta de medicamentos, en Andalucía, el impuesto del euro por receta en Madrid y Cataluña o el catálogo priorizado de medicamentos en Galicia, son algunas de las medidas que las CC.AA. han tomado para intentar disminuir el gasto sanitario con mayor o menor acierto.

Otras medidas que han demostrado cierta contención del gasto han sido el aumentar el consumo de genéricos, el potenciar la prescripción por principio activo – DOE, ajustar la demanda, aumentar la dispensación hospitalaria, realizar contención de las tarifas o lograr mejoras en precios y economías de escala, junto con la implantación de la receta electrónica.

c) Prescripción en el paciente anciano y/o polimedicado:

Mención especial debe tener la atención al paciente crónico polimedicado, donde cobra especial importancia las recomendaciones del grupo Prescripción Prudente o incluso la desmedicalización, por ejemplo, siguiendo los criterios Stopp-Start.

• **Gestión de la incapacidad temporal (IT):**

La incapacidad temporal representa más de una tercera parte del coste total de un EAP. En 2014 se desembolsó por este concepto 4.878,37 millones de euros. Desde la AP no podemos renunciar a su gestión.

• Indicadores de IT:

Se usan tres indicadores clave:

- Incidencia de IT sobre la población activa: número de procesos nuevos en 1 mes por cada 1000 habitantes
- Duración media de los procesos de IT: es la duración media de todos los procesos dados de alta en ese periodo de tiempo

- Prevalencia de IT: número de procesos de IT activos en el último día del mes. Es el indicador idóneo para comparar entre profesionales, equipos y territorios.

Como en otros indicadores, existe una variabilidad importante entre diferentes profesionales.

- Propuestas control IT:

Ha habido intentos por parte de algunas administraciones de revisar los tiempos adecuados de IT para cada tipo de patología, reuniones entre los inspectores médicos y los profesionales y charlas formativas, informatización de los partes de confirmación e incluso flexibilidad para concertar nuevas citas con el paciente. En realidad, el control de la IT supone, en muchas ocasiones, motivo de conflicto para los médicos de familia con nuestros pacientes y con la administración, y el profesional se puede sentir como un mero administrativo del proceso laboral.

Se puede intentar dar un enfoque más positivo de la situación, considerando el manejo de la IT como una herramienta más en el tratamiento del paciente. El INSS ha publicado la Guía de valoración profesional y Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal y la Guía de incapacidad laboral temporal, enfocadas a la AP primordialmente, que nos pueden resultar útiles.

2.2. RESULTADOS EN SALUD

Resultados de Salud Poblacional

Tenemos numerosas fuentes oficiales fiables donde se recogen indicadores interesantes para valorar la evolución de la salud poblacional. Los enlaces más interesantes para analizar datos comparativos entre países son:

- Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM)
<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- Índice de Desarrollo Humano (IDH)
<http://hdr.undp.org/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS)
<http://www.who.int/es/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)
<http://www.oecd.org/>
- Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT)
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- Comisión Europea (ECHI y HEIDI)
<http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list>
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (IC-SNS)
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasS-NS_DB.htm

Algunos de los indicadores que pueden ayudar a determinar la salud poblacional:

- Indicadores de salud de la población: esperanza de vida, tasa de mortalidad, años potenciales de vida perdida, motivos de ingreso en el hospital...
- Indicadores de salud del individuo: ver relación individuos sanos/enfermos
- Indicadores socio-económicos: % del gasto familiar dedicado a alimentación, % de viviendas con agua potable...
- Indicadores socio-culturales: tasa de analfabetización, tasa de paro, nº médicos/habitante, gastos públicos en educación...

Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria:

En la AP somos responsables de la prevención y promoción de la salud, estimulando estilos de vida cardiosaludables y educando a los pacientes en una mayor responsabilidad hacia su salud. La prevención y tratamiento de la obesidad, el tabaquismo y el fomento del ejercicio, así como las pautas de vacunación adecuadas a cada nivel de enfermedad, deben estar presentes en nuestras consultas.

Recomendaciones de salud en la prevención del Cáncer:

El Código Europeo Contra el Cáncer, cuyos consejos relativos a la prevención primaria parecen en este momento los más sólidamente relacionados con una disminución real de la incidencia del cáncer, difunde estas recomendaciones, de las que, especialmente en AP, debemos hacer eco para mejorar la salud de la población.

• Consejos para la prevención primaria del cáncer:

1. No fume. Si fuma, deje de fumar lo antes posible y no fume en presencia de otras personas. Si no fuma, no pruebe el tabaco.
2. Evite la obesidad.
3. Realice alguna actividad física de intensidad moderada todos los días.
4. Aumente el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: coma al menos 5 raciones al día. Limite el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal
5. Si bebe alcohol, ya sea vino, cerveza o bebidas de alta graduación, modere el consumo a un máximo de dos consumiciones o unidades diarias, si es hombre, o a una, si es mujer
6. Evite la exposición excesiva al sol.
7. Aplique estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias carcinogénicas. Siga los consejos de salud y de seguridad sobre el uso de estas sustancias y respete las normas de protección radiológica.

Existen programas de salud pública que pueden prevenir el cáncer o aumentar la posibilidad de curar un cáncer que ya ha aparecido:

- Las mujeres, a partir de los 25 años, deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de cuello de útero.
- Las mujeres, a partir de los 50 años, deberían someterse a una mamografía para la detección precoz de cáncer de mama.
- Los hombres y las mujeres, a partir de los 50 años, deberían someterse a pruebas de detección precoz de cáncer de colon.
- Si es población de riesgo, es necesaria la vacunación contra el virus de la hepatitis B.

2.3. ASPECTOS DE MEJORA

Investigación e inversión:

Con la crisis económica y financiera de estos últimos años, ahora más que nunca es necesario intentar demostrar la calidad e idoneidad de las prácticas sanitarias en la población. Tenemos una gran necesidad de conocer los resultados en salud de muchas actuaciones médicas.

El logro de este objetivo implica una reorientación profunda del SNS en la que se busque e incentive la recogida sistemática de información sobre resultados asignando recursos importantes al desarrollo y mantenimiento de registros en sistemas de información creando Big-data, o, enormes bases de datos que se puedan analizar y estratificar para determinar conclusiones eficientes en la sanidad. Esto no se conseguirá si no se produce un convencimiento de las autoridades sanitarias que para poder obtener resultados de salud en la población a un coste asumible es preciso dedicar parte del presupuesto sanitario a la investigación y la innovación.

Implicación y cuidado de los profesionales sanitarios:

Es tarea de todos, pero especialmente del profesional sanitario, el uso racional, basado en la evidencia científica de los recursos de los que disponemos. Sin la implicación de los profesionales a través de la información, motivación, incentivación y reconocimiento de su labor, difícilmente se podrá transformar y mejorar el sistema. Es tarea de los responsables políticos tener como prioridad el cuidado del cuidador por excelencia que son los profesionales sanitarios, detectando precozmente signos de agotamiento o del “quemado”, formando en habilidades de comunicación y manejo del estrés. El desarrollo de una carrera profesional adecuada y progresiva asociada a criterios de gestión clínica, puede estimular el hábito en las buenas prácticas médicas.

Impulso de la Gestión Clínica:

Es necesario que los profesionales y los gestores mejoren en la formación de la Gestión Clínica, materia ausente de los currículums académicos. Se deberá hacer hincapié en el enfoque poblacional y en los grupos de pacientes con mayor

carga de morbilidad para poder identificar sus necesidades y riesgos y poder asignarle los recursos adecuados a cada nivel de gravedad

Impulsar el uso de la Información:

Las estructuras y herramientas creadas para ayudar a los profesionales y gestores (Historial clínica, Receta electrónica...) también han requerido un periodo de definición y maduración. Su uso debe ayudarnos a poder tomar decisiones inteligentes en la consulta, con rutas diagnósticas, con alertas, avisos y recordatorios y rutas asistenciales definidas en procesos asistenciales prevalentes.

Es necesario potenciar herramientas que nos permitan la estratificación de la población para poder dedicar los recursos adecuados a cada nivel asistencial: prevención y promoción de la salud en los pacientes sanos y coordinación interdisciplinar y rutas asistenciales en pacientes pluripatológicos complejos. Los clínicos debemos realizar captación activa de los pacientes y hacer un seguimiento individual, según sus necesidades.

Es fundamental revisar continuamente el marco evaluativo y modificarlo adaptándolo a lo que se quiera medir y del modo más sencillo posible. Esta revisión debe ir de la mano con la evolución de los sistemas de información corporativos para hacer accesible la misma a todos los niveles asistenciales.

Los sistemas de información deben estar preparados para ofrecer en tiempo y forma la información sobre los indicadores de medición de resultados.

Impulso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC):

Se intentará que esté implantada en todos los niveles asistenciales la aplicación de las TIC en sanidad porque suponen una ayuda notable para mejorar los resultados en salud de la población. Existe evidencia clínica extensa a nivel nacional e internacional del impacto positivo en coste eficiencia en salud. Es la principal palanca a poner en marcha de cara a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Las principales herramientas que disponemos son:

- Historia clínica electrónica, comunicada entre diferentes niveles asistenciales y con sistemas sociosanitarios (residencias de ancianos, de discapacitados)

- Receta electrónica
- Telemedicina

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 18º encuesta a navegantes de la red - España. Asociación para la investigación de medios de comunicación. Marzo 2016:26-53
- Adweek.com. (2016). [online] Disponible en: <http://www.adweek.com/socialtimes/files/2014/06/social-media-statistics-2014.jpg?red=at> [Revisado el 20 Aug. 2016].
- Annual Report on the National Health System of Spain 2015 [Internet]. Madrid, MSSSI [citado 8 enero 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015_ENG.pdf
- Association of American Medical Colleges. Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency: Curriculum Developers' Guide. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2014. Disponible en: <https://members.aamc.org/eweb/upload/core%20EPA%20Curriculum%20Dev%20Guide.pdf>
- Bases de datos. Estratificación. [Internet]. Osakidetza 2011. [citado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
- Bengoa R. Curar y cuidar. En: Bengoa R, Nuño R, coordinadores. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 17-27.
- Berdud M; Cabasés JM; Nieto J. Incentives and intrinsic motivation in health-care. Gac Sanit 2016; 30(6): 408-14.
- Bma.org.uk. (2016). BMA - Ethics. [online] Disponible en: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics> [Revisado el 20 Aug. 2016].
- Borrell F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Aten Primaria 2012; 44:417-24.
- Casado V. La gestión de la demanda por parte de enfermería. Aten Primaria. 2016;48(6):343-4.

- Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. La gestión de la consulta en Atención Primaria. [Monografía en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2015 [citado 18 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/formacion/manuales%20y%20materiales/GESTION%20DE%20LA%20DEMANDA/LA%20GESTION%20DE%20LA%20CONSULTA%20EN%20ATENCION%20PRIMARIA.pdf>
- Compromiso por la calidad de las sociedades científicas de España. [Internet]. GuíaSalud [Internet]. [citado 12 enero 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. [citado 11 enero 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 10 enero 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2014. 63-5.
- Foz Gil G, Gofin J, Montaner I. Atención primaria orientada a la comunidad: una visión actual. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, coordinadores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Compendio. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 141-50.
- Freire JM, Repullo JR. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. Ciência & Saúde coletiva 2011.
- Gené B, Casajuana B, Bellón S. Gestión en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, coordinadores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Compendio. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 19-28.

- Grupo de coordinación del Proyecto AP-21 y colaboradores. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [citado 18 Ago 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstratégico2007_2012.pdf
- Grupo de trabajo de Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y colaboradores. Cartera de Servicios de Atención Primaria. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 18 Ago 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_servicios_de_Atencion_Primaria_2010.pdf
- Jimenez J, Argimon JM. Investigación en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, coordinadores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Compendio. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 79-86.
- Jovell A, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria 2006; 38:234-7.
- Junta Directiva de la SEDAP. Integración asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria: Grupo Saned; 2010. p. 3-25.
- Lillo Fernández, JM; Rodríguez Blas MC. Estadística de Gasto Sanitario Público 2014: principales resultados [Internet]. Edición mayo 2016 [citado 8 enero 2017] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- March JC, Prieto MA. Un equipo con emoción. En: March Cerdá JC, editor. Equipos con emoción. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2011. p. 11-44.
- Martín Zurro A. Organización de las actividades en Atención Primaria: el Centro y el Equipo de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, coordinadores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Compendio. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 11-8.
- Medina P. Comunicar y curar: un desafío para pacientes y profesionales sanitarios. Barcelona: UOC; 2012.

