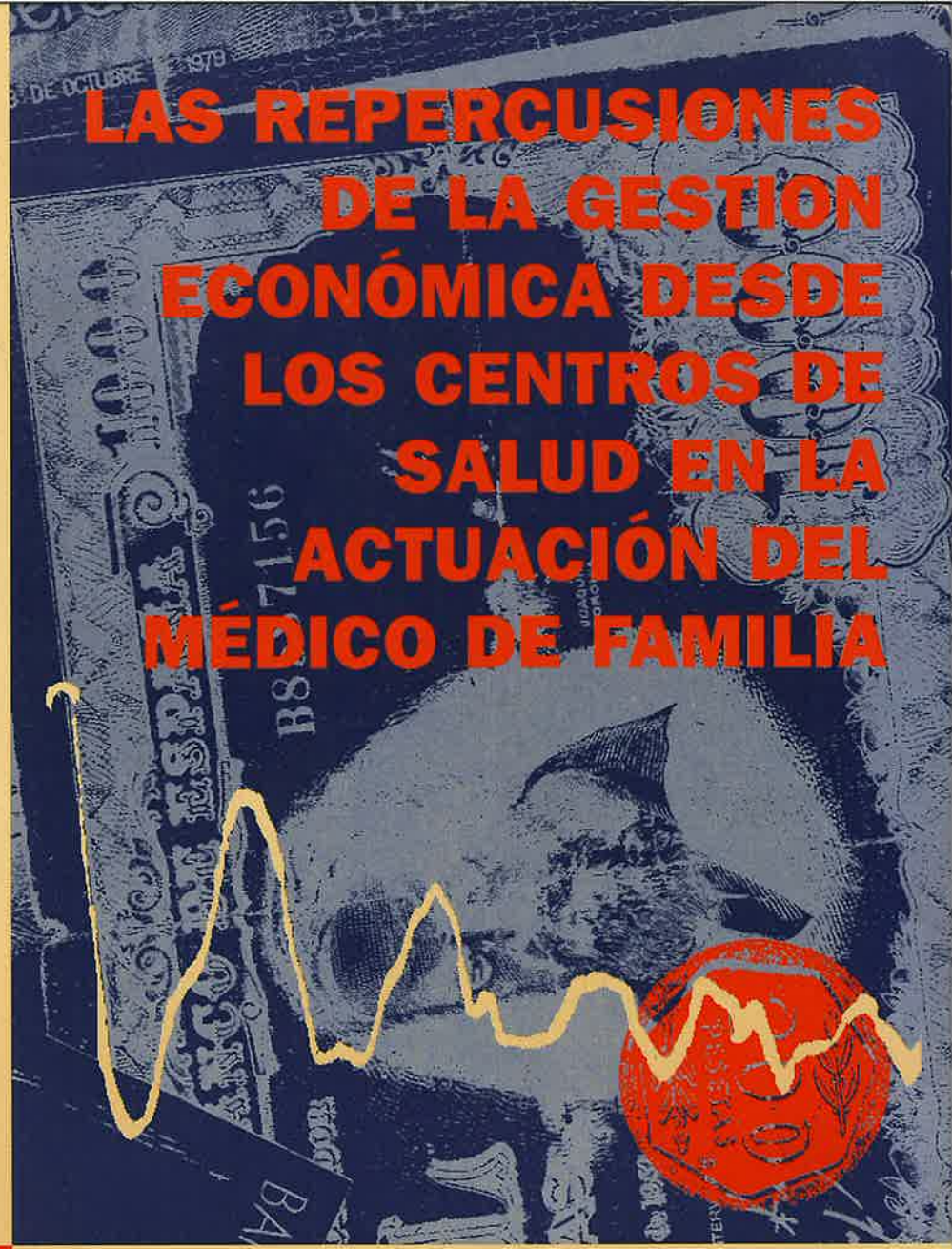




Documentos semFYC

Nº 2



**LAS REPERCUSIONES
DE LA GESTIÓN
ECONÓMICA DESDE
LOS CENTROS DE
SALUD EN LA
ACTUACIÓN DEL
MÉDICO DE FAMILIA**



**LAS REPERCUSIONES
DE LA GESTIÓN
ECONÓMICA DESDE
LOS CENTROS DE
SALUD EN LA
ACTUACIÓN DEL
MÉDICO DE FAMILIA.**

Grupo de trabajo de la semFYC

Composición.

Josè Manuel Iglesias Clemente

José Juan Alemán Sánchez

Françés Borrell Carrio

Roger Ruiz Moral

Juan Antonio Sánchez Sánchez

PRESENTACIÓN 5

INTRODUCCIÓN 7

QUÉ ES EL ACUERDO COOPERATIVO 8

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER GENERAL 9

LA FORMACIÓN 13

LA INFORMACIÓN 13

LOS PACIENTES 17

LOS RECURSOS 20

 El salario 20

 La asignación presupuestaria 20

 El equipamiento. Bienes corrientes y de reposición 22

 La compra de servicios 23

 Los consumos de farmacia 27

 Los recursos humanos 29

 Los recursos organizacionales 31

LOS CONDICIONANTES INTERNOS 34

EL PROCESO 36

LAS SALIDAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN SANITARIA 38

LOS CONDICIONANTES EXTERNOS 40

OTRO MODELOS DE ORGANIZACIÓN 41

**EL PAPEL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y
COMUNITARIA** 42

CONCLUSIONES 43

*"Entrega tu corazón al oficio que has aprendido
y así hallarás sosiego"*

Marco Antonio. Meditaciones

En el mes de febrero de 1993 la semFYC encargó a un grupo de trabajo la elaboración de un documento de discusión sobre **las repercusiones de la gestión económica desde los centros de salud en la actuación del médico de familia**, estableciendo los siguientes objetivos:

Analizar la forma en que puede afectar la inclusión de la variable económica a:

1. La consecución de una atención integral de salud.
2. La organización de los equipos de atención primaria.
3. La toma de decisiones en la práctica asistencial, y en nuestro caso, de la medicina familiar.

El grupo siguió un método de análisis sistémico de todos los elementos que configuran el trabajo del médico de familia y el equipo de atención primaria y de las interrelaciones que se producen entre ellos. Se elaboró un cuestionario con preguntas abiertas al que respondieron los participantes de forma independiente. Una síntesis de las contestaciones aportadas fue discutida y consensuada. El resultado del estudio fue presentado en las Jornadas de Primavera que tuvieron lugar en Toledo los días 21 y 22 de Mayo de 1993 se discutió por todos los asistentes y se acordó elaborar un documento resumen del trabajo y de las principales conclusiones.

INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la variedad de situaciones contractuales en las que trabaja o puede trabajar el médico de familia, el estudio estableció a priori una limitación metodológica acotando el análisis a un perfil determinado:

1. Está hecho desde la perspectiva del médico de familia (MF) y no tiene en cuenta, salvo citas aisladas, la repercusiones que el modelo tiene sobre otros profesionales de los equipos de atención primaria (EAP).
2. Se refiere al MF que trabaja en el seno de un EAP urbano fundamentalmente, dentro del sistema público (financiación, gestión y provisión pública de servicios) y con una relación contractual estatutaria.
3. Analiza el modelo de gestión basado en un Acuerdo Cooperativo (AC) tal y como se refleja en los documentos elaborados por la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Dirección General del INSALUD (Contrato Programa, Asignación de Recursos, Cartera de Servicios...).

Muchos de los comentarios suscitados tienen una aplicabilidad de carácter general sea cual sea la financiación, gestión y provisión de servicios, el medio (urbano, rural) donde se ejerza o el mayor o menor nivel de competencias sanitarias transferidas a las Comunidades Autónomas. Sin embargo otros surgen de las propuestas concretas que se contienen en los documentos citados o de las condiciones normativas específicas del régimen contractual estatutario y de la legislación vigente sobre la organización y funcionamiento de los Centros de Salud. En cualquier caso, la reflexión sobre la progresiva responsabilización de la gestión económica por parte de los clínicos, es de aplicabilidad general.

Finalmente debemos advertir que se ha utilizado una terminología propia del Sistema Nacional de Salud (SNS)

gestionado por el INSALUD, en donde la zona de salud (ZS) es la unidad poblacional y territorial que atiende un Centro de Salud (CS), y el área sanitaria (AS) el conjunto de zonas de salud que son gestionadas por un mismo equipo administrativo y disponen de los mismos servicios especializados de apoyo. Con nombres distintos cada CC.AA con competencias transferidas reproduce una organización semejante.

QUÉ ES EL ACUERDO COOPERATIVO

En síntesis entendemos que el Acuerdo Cooperativo es un pacto sobre incentivos económicos en relación con la consecución de objetivos acordados entre el Equipo de Atención Primaria (EAP) con el nivel de gestión para aumentar la eficiencia técnica y/o económica garantizando la calidad de la atención sanitaria. Precisa de la existencia de un sistema de información y promueve la corresponsabilidad de la gestión y mayores niveles de autonomía en la organización interna del EAP.

Se justifica su instauración fundamentalmente por la importancia que tienen los costes de personal y su crecimiento anual, el papel del médico y del personal sanitario, en general, en la determinación del gasto sanitario y la ausencia de conciencia del coste en los profesionales. En segundo término por la falta de vinculación de los profesionales a los objetivos institucionales, la carencia de participación y la ausencia de incentivos económicos o profesionales.

Entre los siete objetivos que cita el documento, cuatro se refieren a la contención de costes: de personal, gasto farmacéutico, capítulos I y II, y creación de conciencia de los costes sanitarios. Los otros tres hacen referencia a la corresponsabilización, implicación en los objetivos del Sistema Nacional de Salud e incremento de la satisfacción de los profesionales sanitarios.

Sus premisas principales son:

La introducción de la competencia dentro del EAP y entre los distintos Equipos; la responsabilidad de los profesionales sobre los recursos asignados y en los servicios prestados a la población y la existencia de un sistema de incentivación basado en la cobertura, en la limitación de costes y en la mayor provisión de servicios.

CONSIDERACIONES DE CARACTER GENERAL

El AC aporta un conjunto de proposiciones que consideramos muy pertinentes.

1. La consideración de la gestión económica como una función más de los EAP y del médico de familia en particular representa la introducción de variables económicas en el proceso de toma de decisiones clínicas donde, en general ha permanecido y permanece ausente hasta la fecha. El MF debe tener en cuenta el coste de los procesos diagnósticos y terapéuticos en función de la efectividad esperada de cada uno de ellos y por tanto, es muy positivo la introducción de instrumentos de gestión que realcen su papel protagonista en su racionalización y la progresiva toma de conciencia de los costes de sus intervenciones.
2. Se reconoce el lugar fundamental que ocupa el EAP y el médico familia en especial en el proceso general de la gestión sanitaria y define de forma explícita el EAP como unidad de producción, de responsabilidad y de decisión.
3. Obliga la racionalización del sistema de gestión introduciendo conceptos como la asignación de presupuestos específicos a cada uno de los EAP, en función de

objetivos previamente acordados, sistemas de información en función de las necesidades clínicas y de gestión y configuración de las gerencias como empresas de servicios y apoyo a los EAP. Es un cambio de cultura de empresa absoluto si tenemos en cuenta los usos y costumbres actuales.

4. Incorpora el concepto de cartera de servicios como el conjunto de los prestados por cada EAP a su población de referencia y define la existencia de unas Normas Técnicas Mínimas (NTM) para cada uno de ellos como requisito imprescindible para su aprobación.
5. Propone un modelo de control, seguimiento y evaluación de los resultados que incluye aspectos novedosos no incorporados en la actualidad como las actividades de docencia, formación continuada e investigación.
6. Defiende una mayor autonomía de los EAP en la definición de su cartera de servicios, organización interna y gestión del presupuesto asignado.
7. Considera la existencia de incentivos económicos y profesionales en relación con el cumplimiento de los objetivos acordados y la calidad de los servicios prestados.

Sin embargo en los documentos estudiados surgen zonas importantes de sombra que precisan de un estudio más cuidadoso antes de su aplicación práctica.

1. Entendemos que existe una contradicción evidente entre el objetivo de contención del gasto y la creación de un mercado interno de servicios que conlleva la consideración cada vez mayor del paciente como cliente. Consideramos que la satisfacción de los usuarios del SNS es un elemento fundamental de la calidad de la asistencia y legitimador del sistema de salud, pero el

riesgo de caer en una medicina "de complacencia" es de suficiente magnitud como para no ser tenido en cuenta.

2. El AC nos parece de muy difícil aplicación en el régimen jurídico y organizacional actual. Presupone un cambio en la cultura de gestión que es muy difícil que se produzca a corto plazo. No proporciona instrumentos de gestión al EAP y que son, sobre todo, la capacidad de decisión sobre la política de personal y el presupuesto. No tiene en cuenta un conjunto de decisiones secuestradas en el nivel de atención primaria: derivación de pacientes, gasto farmacéutico inducido en el segundo nivel, ILT que dependen de los tiempos de espera para consultas o intervenciones especializadas, etc..
3. Reduce el acto clínico a lo que de él queda registrado. Por una parte la cartera de servicios no considera un porcentaje muy elevado de actuaciones clínicas en atención primaria; por otra, los indicadores que se utilizan son fundamentalmente de gestión e inevitablemente fragmentarios (para cada uno de los servicios). Finalmente cae en la falacia burocrática del registro: quien mejor registra es quién mejores indicadores obtiene pero no necesariamente quién mejor acto sanitario realiza.
4. No da respuestas para la organización interna del EAP de selección de personal, ajuste a los protocolos acordados, etc. El nuevo papel del coordinador es de muy difícil ejecución.
5. Por último, el trasladar el nivel de responsabilidad de niveles de administrativos a otros ejecutivos, sin herramientas adecuadas de gestión, puede generar una culpabilización del grupo más débil y vulnerable. La decisión de comenzar por los EAP, que no son precisamente el eslabón menos eficiente del SNS, y no

por el nivel hospitalario o el sector de ambulatorios, apunta a una planificación en función de la vulnerabilidad y no de otros criterios a nuestro juicio mas prioritarios.

El AC no puede ser una excusa para delegar responsabilidades políticas ni para evitar otras decisiones que en niveles más altos del SNS no se quiere o no se pueden tomar. La política de contención del gasto farmacéutico puede ser un ejemplo ilustrativo.

Teniendo en cuenta las dificultades señaladas bien pudiera ocurrir que todo se limite a una dirección por objetivos expresada de un modo quizá grandilocuente. Por el contrario, llevado a sus últimas consecuencias debería generar compromisos en cascada, incluyendo a todos los niveles del SNC y reflejar de forma explícita los instrumentos de incentivación.

El trabajo se propone explicar estas referencias enunciadas de un modo general, aportar algunas ideas que deberían tenerse en cuenta si se desea abordar en el futuro semejante y proponer iniciativas de colaboración que la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) puede realizarse en colaboración con la Administración Pública.

LA FORMACIÓN

Asumimos que todos los profesionales sanitarios deben tener sensibilidad y conocimientos sobre su papel fundamental en la definición del gasto sanitario y de los costes económicos de las decisiones clínicas. Sin embargo estos aspectos no están incluidos en los programas de formación de pregrado, en muy pocas especialidades en los de postgrado y sólo algunos temas en la formación continuada (gasto farmacéutico).

Sin pretender que todos los médicos sean gestores, pues la profesión tiene ya la suficiente complejidad para asumir otros contenidos, deberían incluirse desde el pregrado aspectos de economía de la salud, sobre todo en el proceso de toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas; considerar en los protocolos existentes un apartado de estimación de costes y facilitar, con carácter optativo, en la formación postgraduada, períodos breves de rotación por servicios técnicos del área de gestión.

LA INFORMACION

La primera cuestión que se suscita es si disponemos de sensores (indicadores) capaces (suficiente validez global) de recoger las variables clínicas y económicas, tanto en la estructura, como en el proceso y en el resultado.

Desde un punto de vista teórico se acepta de forma general la existencia de indicadores válidos para la medición del componente estructural de la asistencia sanitaria; sin embargo no es tan unánime la aceptación de indicadores de procesos y son mucho más controvertibles los de resultados. Probablemente donde mas imperfecto se encuentra el sistema de indicadores sea en la medición cualitativa de la asistencia.

El procedimiento de ajuste a unas NTM permite la valoración de los aspectos protocolizables y protocolizados, de la asis-

tencia; pero, ni todas las intervenciones sanitarias son protocolizables ni los protocolos de las que lo son abarcan el acto clínico en toda su complejidad: aspectos de empatía y relacionales, por ejemplo, etc.

Por otra parte un uso inadecuado de los indicadores puede prestarse a errores de juicio muy importantes. Por ejemplo, sería muy ingenuo considerar que el porcentaje de pacientes diabéticos controlados crece linealmente todos los años. Mas bien la curva del indicador se configurará como una parábola con un incremento inicial importante y otro tramo posterior decreciente y asintótico. Este hecho puede conducir a error en las previsiones relativas al progreso anual de un determinado servicio y, también cuando se pretenda comparar unos EAP con otros, por cuanto siendo diferentes sus puntos de partida, número de pacientes controlados, etc. serán diferentes sus incrementos anuales.

Al margen de esta primera dificultad teórica surgen otras que ponen en cuestión la comparación de indicadores entre unos EAP y otros cuando los indicadores se consideran de forma aislada. Las variables externas de carácter ..., sociodemográfico y económico que inciden sobre unos centros y otros tienen diferencias suficientemente significativas como para que las comparaciones deban ser muy matizadas. Por estas razones se suscitan dudas razonables sobre la utilización de los indicadores de un modo fragmentario, servicio por servicio. La valoración global de un EAP debería estar configurada por una parrilla de indicadores que definieran rangos o perfiles de calidad (alto, medio, bajo). Esta parrilla se formaría con los correspondientes a los elementos clásicos de la calidad: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad y competencia profesional. Incluiría, por tanto, los indicadores derivados de lo esencial de la práctica profesional y que, a nuestro juicio, deben representar el aspecto fundamental de la evaluación e incentivación (70-80%) y otros de carácter temporal correspondientes a los objetivos de gestión (30-20%).

Finalmente llamar la atención, también desde un punto de vista teórico, de lo que se podría llamar la falacia del registro: Quién mejor registra es quién mejor indicador obtiene; pero, ¿Quién mejor registra es quién mejor asistencia presta?.

Desde un punto de vista práctico existen diferentes problemas que deben ser considerados cuando se valoran los cambios que el modelo de AC representa.

En tanto no se concluya el programa de tarjeta sanitaria individual y no lleve un tiempo de funcionamiento aceptable, la fiabilidad de los indicadores de población asistida (fundamentales para todos los demás y la retribución de los profesionales) es baja, aleatoria y descontrolada. Por otra parte, no se tiene en cuenta el problema de las personas desplazadas que en algunos EAP, y en algunas épocas del año, pueden representar un porcentaje muy estimable de la asistencia sanitaria. Aunque es un problema difícil de resolver, el control ágil de los mismos es una cuestión ineludible ya que puede influir de un modo muy revelante en las cargas asistenciales y consumo de recursos de los equipos. Deberían estudiarse algunos sistemas compensadores como el establecimiento de un canon de compensación salarial cuando la estancia del desplazado sea mayor a 3 meses y la corrección presupuestaria semestral basada en la estimación de los costes generados en farmacia, interconsultas, etc. o la emisión de tarjetas sanitarias con carácter temporal para aquellos usuarios desplazados durante un período de tiempo suficiente (tres meses, por ejemplo). Todo ello precisa de una pronta comunicación y gestión de altas y bajas en los distintos centros de gasto que parece difícil en las actuales circunstancias.

Otro aspecto fundamental es la heterogeneidad en la calidad de la gestión del proceso informativo y que afecta tanto a los servicios de apoyo (gerencias de atención primaria) como a los EAP. Esto puede repercutir de una forma directa en la asistencia y en su evaluación. Parece necesario garantizar

mínimamente la idoneidad de todas las etapas de la información: recogida, almacenamiento, transporte, análisis, explotación y transmisión.

En los EAP es imprescindible la dotación de material informático y una revisión de las funciones y cuantía del personal de apoyo administrativo puesto que, soportará un incremento de la actividad burocrática que debe recaer lo mínimo posible en el personal sanitario. El papel de las gerencias de atención primaria en el suministro de información, es fundamental de modo que deben garantizar previamente su capacidad para gestionar la información que se requiere en el contrato programa con errores no significativos y la agilidad de la retroalimentación a los centros de salud en los distintos capítulos de gasto: farmacia, personal, derivaciones, ILT, etc. e información comparada con otros centros de salud. Lo estipulado en el contrato programa en cuanto a información que suministra la gerencia a los EAP (gastos fijos y variables de los capítulos I y II, gastos de farmacia, compra de productos y gasto centralizado) puede ser suficiente en un primer momento pero sería importante añadir información sobre el gasto histórico. El período de un mes de demora para la retroalimentación es adecuado.

LOS PACIENTES

La introducción del mercado interno y, por tanto, la competencia entre los EAP y entre los médicos dentro de los EAP puede ocasionar efectos no deseados en los servicios sanitarios que se proporcionen. La insistencia en la consideración de los pacientes como clientes puede conducir a buscar su satisfacción como único indicador de calidad con efecto inmediato en los ingresos de los profesionales. Sin embargo, la satisfacción del paciente es una buena medida de la accesibilidad y aceptabilidad de la asistencia, estando muy ligada a las aptitudes y actitudes con respecto a las relaciones interpersonales pero no lo es tanto de la competencia técnica que es otro requisito de la calidad. No se puede menoscabar, en lo más mínimo, el derecho de todo ciudadano a que un sistema público de servicios de salud le proporcione la mejor asistencia sanitaria que precisa a lo largo de toda la vida, y es una cuestión irrenunciable. Pero la Administración debe acompañar a su programa de toma de conciencia de los costes sanitarios por los profesionales otro, igualmente importante, hacia la población que explique las limitaciones económicas del sistema e intente modificar las actitudes consumistas existentes.

Si el pago capitativo llega a representar un porcentaje elevado del total del salario pueden producirse fenómenos de saturación en la asistencia con menoscabo de la calidad de los servicios, disminución del tiempo de consulta y fenómenos de selección adversa de los pacientes: población joven, ancianos sin patologías crónicas, población poco dispersa con buen nivel de renta y cultura., El pago por servicios tiene también sus efectos secundarios: saturación de unos servicios, los de mayor rentabilidad, en detrimento de otros que exigen un mayor consumo de recursos, mayor coste, o tiempo de realización.

Algunas propuestas pueden ser consideradas para disminuir estos efectos. Es posible que los grupos de población recogidos en el contrato programa (menores de 3 años, de 3 a 65 y mayores de 65), sean insuficientes. Deberían considerarse otros grupos de edad, sobre todo los mayores de 80 años que representan un grupo de riesgo con una carga asistencial muy importante, tanto en el centro de salud como en el domicilio. Así mismo, deberían recogerse en el modelo retributivo y en la asignación de recursos otras variables demográficas, como se hace con la edad y la dispersión, cuando su peso sea muy importante: nivel cultural y de renta, marginalidad, presencia de morbilidades específicas que representen un incremento de la frecuentación y un mayor consumo de servicios, o la existencia, por ejemplo, de residencias de ancianos en la ZS.

Deberían ponderarse los servicios para su retribución en función de criterios de cargas de trabajo y recursos consumidos y no solo de cobertura y proveedores y también en función de las necesidades de salud detectadas en la zona de influencia del centro.

Para evitar la saturación es esencial establecer mecanismos de cierre de cupos cuando se alcancen unos criterios previamente definidos: tope en la asignación de pacientes, máximo de consultas día, etc.

La disminución de la calidad, es un riesgo que debería estudiarse con detenimiento pues no siempre será detectada por el usuario. Nos parece conveniente exigir que se mantengan unos adecuados promedios de tiempo de atención al usuario y la auditoría externa de aquellos indicadores previos del EAP que se deterioren: incremento del porcentaje de interconsultas, por ejemplo, o el citado de disminución del tiempo medio por consulta.

Finalmente, pero quizá lo más importante para evitar los fenómenos de selección adversa es no basar los incentivos económicos del MF en la limitación de los servicios o recursos

sanitarios disponibles, o en la contención del crecimiento de los costes (personal, farmacia, etc.) sino en su contribución a la racionalización de los mismos mediante su participación protagonista en la gestión y la evaluación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en términos de efectividad, eficiencia, seguridad, disponibilidad y aceptabilidad.

LOS RECURSOS

El salario

A lo largo de este documento ya hemos mencionado algunos aspectos del acuerdo cooperativo que inciden directamente en las retribuciones de los médicos de familia. Nuestra opinión es que en el salario deben ser considerados factores como la cualificación, para lo que se hace imprescindible el desarrollo de la carrera profesional, las cargas asistenciales y los servicios que se prestan, la penosidad en el desempeño del puesto de trabajo (dispersión, atención continuada, variables externas como los perfiles de morbilidad, niveles de renta, medio urbano o rural, etc.), racionalidad en la gestión de los recursos, docencia a médicos residentes y a alumnos. Aproximadamente podrían ser consideradas las siguientes proporciones: 50% salario base, 30% incentivos, 10% capitación y 10% restantes los otros elementos considerados.

La asignación presupuestaria

En principio nos parece claramente insuficiente un procedimiento de asignación presupuestaria que tenga en cuenta solamente la cobertura poblacional con los criterios de ponderación de la dispersión y los grupos de edad de mayores de 65 años y menores de tres.

Existen diversas razones. La cobertura poblacional no la conoceremos con suficiente exactitud en tanto no se concluya el programa de tarjeta sanitaria. Desconocemos también con precisión que incrementos en los costes de la atención primaria produce la dispersión o el envejecimiento: cuanto el grupo de 65 a 75 años, cuanto los mayores de esta edad.

El gasto histórico del EAP es un aspecto fundamental a tener en cuenta, no tanto para consolidarlo sino para establecer los períodos de tiempo necesarios para su corrección.

El presupuesto de los servicios de dirección y administración del área y de las unidades de apoyo como salud mental, planificación familiar, fisioterapia, etc, requiere también algunas consideraciones. Desconocemos como se asignará el presupuesto total del área de gestión de atención primaria, pero cabe suponer que el presupuesto de estos servicios saldrá de la misma "bolsa" que el de los EAP. En este caso su mayor o menor racionalidad previa (exceso de plantillas, mayor o menor eficiencia de las unidades de apoyo, etc.) repercute en el presupuesto que posteriormente se asigne a lo equipos, en que estos tengan que comprar servicios al nivel hospitalario que deberían haber sido satisfechos por las unidades de apoyo. La imputación de los costes de estos servicios centrales entre los EAP introduce un elemento de confusión en el cálculo de su eficiencia, pues se obliga a los EAP a comprar unos servicios de asesoría administrativa o técnica sobre los que no han tenido ninguna capacidad de decisión en su configuración.

Nos parece que en este momento la experiencia es muy limitada, tanto para la asignación presupuestaria como para establecer las desviaciones aceptables en función de los factores condicionantes externos al EAP. En un cambio de filosofía de la empresa, tan ambicioso como el que se pretende, se impone una buena dosis de humildad y el desarrollo de experiencias piloto en algunos centros durante dos o tres años.

El Equipamiento. Bienes corrientes y de reposición.

Hay que tener en cuenta que cada CS parte de un momento histórico diferente. Los hay con 8 años de funcionamiento y otros recién inaugurados; los que aprovechan estructuras de ambulatorios anteriores y los de nueva construcción; los que disponen de espacio suficiente para realizar todas las actividades y los que fueron configurados con limitaciones estructurales. En consecuencia habrá que prever procedimientos individualizados para la remodelación de instalaciones, la reposición de material, amortización y dotación de fungibles que tengan en cuenta estos factores y el mayor o menor uso que por cargas asistenciales diferentes o provisión de mayores servicios se les da en cada CS. De nuevo se impone humildad y precaución para no aplicar criterios económicos rígidos: el mayor consumo de lancetas en diabéticos puede significar un mayor grado de autocontrol y, por tanto, un incremento de la eficiencia técnica.

Probablemente una fórmula factible, que valdría para la asignación presupuestaria en general, estaría relacionada con pactos de consumo que tengan en cuenta los gastos históricos del CS y las estimaciones basadas en promedios de gasto de los CS del área ponderadas por población.

Otro aspecto a tener en cuenta es el grado de libertad que tendrán los EAPs en la decisión de tecnologías propias y ajenas que utiliza. Entendemos que cada uno debe tener autonomía para la adquisición de equipos siempre y cuando se encuentren dentro de un catálogo de tecnologías homologadas para la prestación de la cartera de servicios en atención primaria, se cumplan los criterios de cobertura poblacional adecuados al uso

de cada una de ellas y demuestre su capacidad de amortización del equipo. En la definición de este catálogo tiene una papel importante la semFYC que puede participar en la evaluación de nuevas tecnologías en términos de eficacia, efectividad, eficiencia, aceptabilidad, seguridad y disponibilidad.

La compra de servicios

Uno de los propósitos del AC es la reducción de costes en interconsultas al nivel especializado: tanto las referentes al consumo de pruebas diagnósticas como las derivaciones al segundo nivel. De hecho liga los incentivos económicos del equipo a la reducción, también de este capítulo de gastos.

Creemos que existen bastantes escollos de índole teórica y práctica para un cálculo de consumos equitativo.

En primer lugar no es mejor quién menos derivaciones produce sino el que las realiza basándose en los criterios técnicos establecidos en función del estado actual de la ciencia y el arte de la medicina. La imposición de restricciones económicas en la toma de decisiones mediante la incentivación del ahorro puede conllevar un riesgo latente de iatrogenia, consecuencia de dilatar las etapas del diagnóstico hasta hacerlo clínicamente manifiesto o inducir errores de tratamiento por apreciaciones insuficientes de la afectación del paciente.

Carecemos de suficiente experiencia para conocer el consumo óptimo de pruebas diagnósticas y de interconsultas en los EAP. Los consumos promedio del área de salud son solo orientativos por cuanto son muy heterogéneos en entre unas áreas y otras y entre distintos EAP de una misma área de salud.

Esto es debido a muy diversos factores, además de la cobertura poblacional.

Se pueden producir también, demandas inducidas por informaciones sanitarias incorrectas en la cultura general de la población que son difíciles de corregir a corto plazo por la intervención del personal sanitario. Así existe una demanda popular de "chequeos" analíticos injustificados y una cultura social de acceso al especialista ante cualquier patología en parte consecuencia del desarrollo de un modelo hospitalocentrista y, también, del deterioro de los ambulatorios. A esto hay que añadir una falta de credibilidad en la capacidad técnica y diagnóstica del MF, solo parcialmente corregida en los últimos años con el desarrollo de la especialidad y el modelo de centros de salud.

La diferente estructura poblacional también genera diferentes consumos de atención especializada, por lo que no parece suficiente asignarlos en función del número de habitantes. Otros factores de carácter sociodemográfico ponen también en tela de juicio este indicador. Así, en grupos de población con un alto nivel de renta, donde es frecuente la existencia de cobertura privada sanitaria complementaria, es presumible que se produzcan menos derivaciones dentro del sistema público por el acceso particular a estos servicios. En consecuencia los EAP que atienden grupos de población más desfavorecidos estarían doblemente limitados: por un lado la relación epidemiológica evidente entre pobreza y enfermedad que conlleva mayor consumo de derivaciones; por otro la canalización de todas ellas a través del sistema público. Los criterios igualitarios que no tengan en cuenta estas variables socioeconómicas es probable que afec-

ten de forma directa a la población vulnerando el principio de equidad y la propia legitimación y rentabilidad social del sistema público de servicios de salud.

Desconocemos cómo influirá la introducción de nuevos servicios en el número de derivaciones, pero cabe presumir que se incrementarán las pruebas analíticas y complementarias, tanto por la asunción de nuevos servicios como por las exigencias de los protocolos de éstos. También, es probable que aflore una morbilidad no detectada o etiquetada hasta la fecha con la consiguiente derivación al nivel especializado, en la medida en que el médico (tanto el generalista como el especialista) y los pacientes no consideren legitimado al primer nivel para atenderlo.

Finalmente la afectación del AC a uno solo de los niveles de atención clínica produce un fenómeno de decisiones secuestradas muy difícil de solventar. Los EAP que decidan asumirlo se encontrarán con un mercado monopolizado para adquirir asesoría técnica o servicios de análisis clínicos y complementarios: los servicios especializados del sistema público del área de salud. Por tanto se les imputarán a ellos la ineficacia, la ineficiencia y la falta de accesibilidad que pudieran producirse en esos servicios o incrementos artificiales de la demanda especializada con el objeto de justificar los planes de explotación hospitalarios: índices de ocupación, número de consultas externas, etc.

También se produce una decisión secuestrada en el ámbito de las limitaciones cualitativas. Los médicos de familia no pueden solicitar todas las pruebas que consideran conveniente para un determinado

diagnóstico sino sólo aquellas que han sido reconocidas dentro de un petitorio establecido burocráticamente mediante el único criterio de la restricción. A título de ejemplo se puede dar el caso de libertad absoluta en la solicitud de estudios gastrointestinales con contraste y, sin embargo restricción en la derivación a endoscopias digestivas, estando el servicio infrautilizado.

En consecuencia creemos que los costes deben introducirse en el proceso de toma de decisiones como un elemento más del conjunto para optar por aquellas pruebas que hayan demostrado su validez global y, por tanto, no es posible incentivar el ahorro en este aspecto o limitar con una cifra su uso.

El nivel especializado debe involucrarse en los mismos términos que los EAP en la racionalización de interconsultas y pruebas diagnosticas asumiendo la responsabilidad de las consultas de revisión que se produzcan o de la demanda inducida por un exceso de apropiación de competencias.

Se precisa un esfuerzo en la educación de la población y en la exigencia de formación y acreditación de los médicos de familia que devuelva la confianza del paciente en su médico de cabecera y el prestigio a la atención primaria de salud. Para ello es necesario restituirle el poder en la toma de decisiones para que realmente sea el coordinador de el conjunto de servicios sanitarios que precisen sus pacientes.

Creemos que en este momento los consumos de recursos de atención especializada deben racionalizarse analizando los consumos históricos de cada EAP, o mejor de cada médico en particular, introduciendo medidas correctoras puntuales en

las derivaciones no justificadas y pactando procedimientos y períodos de ajuste.

El uso de tecnologías ajenas debe fundamentarse en niveles de justificación, más que en restricciones burocráticas unilaterales. En un primer nivel (libre) estarían las que no precisan justificación explícita y el acceso a ellas es directo (p.e. hemograma). Un segundo nivel (con criterio) se establecería mediante la justificación clínica explícita, pudiendo ser rechazada la solicitud, si no se ajusta a criterios (p.e. endoscopias, biopsias). Un tercer nivel (con protocolo) requeriría la existencia de protocolos previamente aprobados y consensuados en el área de salud (p.e. TAC en lumbalgias). Esta propuesta requiere la existencia de consensos entre gestores, médicos de familia y especialistas y el reconocimiento del papel asesor y formativo que las sociedades científicas pueden jugar.

Los consumos de farmacia

Muy parecidas son las reflexiones que se pueden hacer al respecto de este epígrafe, pues el consumo farmacéutico es muy sensible a informaciones inexactas de la población que conducen a demandas injustificadas, a el nivel de formación de los profesionales y a el nivel socioeconómico de la población. El lector puede aplicar de un modo casi literal los párrafos del epígrafe anterior.

Algunos aspectos más específicos merecen un comentario particular. Así debería tenerse en cuenta que los medicamentos juegan un papel mayor que sus propiedades terapéuticas científicamente demostradas y que muchas veces el efecto placebo que aportan representa una función de apoyo a la

educación sanitaria individual, la explicación de la enfermedad y la psicoterapia. Resulta muy difícil cambiar las creencias populares de la noche a la mañana.

También debe tenerse en cuenta la presión directa que ejerce la industria farmacéutica en una economía de mercado como la nuestra. Todos, Administración y profesionales deberíamos preguntarnos dónde poner los límites y cómo establecer procedimientos de vigilancia. No debería seguirse produciendo que la principal información reiterada y persistente sobre medicamentos que recibe el MF sea la proporcionada por el laboratorio productor.

En los consumos de farmacia también es de aplicación el concepto de decisión secuestrada por el nivel especializado, pues son ellos los que establecen las prescripciones que posteriormente reitera en los tratamientos crónicos el MF. La ausencia de informes de alta o de interconsulta añade un componente de servidumbre difícil de justificar y de asumir.

Finalmente mencionar las situaciones de desventaja que se producirán en un modelo de competición interna dentro del equipo por los "clientes" entre los médicos más complacientes y los más rigurosos.

Sabemos que lo que más ha influido en la racionalización del uso del medicamento ha sido la formación de los profesionales y la elaboración de guías farmacoterapéuticas consensuadas dentro de los EAP. Ignoramos si la incentivación económica del ahorro en el consumo de farmacia, posiblemente eficaz en la reducción de los costes, no tiene otros impactos en los pacientes menos evidentes pero de mayor gravedad. Por ello nos parece que

las medidas destinadas a reducir este importantísimo capítulo del gasto deben tener también otros destinatarios.

A los profesionales se les debe informar puntual y exhaustivamente de las propiedades farmacoterapéuticas de los medicamentos incluyendo el coste por tratamiento y las aportaciones novedosas científicamente demostradas, mediante el impulso de publicaciones independientes y el acceso a ellas. Suministrar periódica y puntualmente su perfil terapéutico y su gasto de farmacia. Desarrollar programas de formación continuada e impulsar la realización de guías farmacoterapéuticas orientativas por el propio equipo consensuadas con sus especialistas de referencia. Es preferible fomentar una cultura genuina de empresa a culpabilizar a todo un colectivo por el posible abuso de unos pocos; es en ellos donde debe ejercerse la acción inspectora y sancionadora.

Junto a ello se precisan medidas de educación de la población y la evaluación objetiva y científica de los fármacos que van a ser no sólo autorizados sino financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Los recursos humanos

El AC se aplica sobre EAPs ya constituidos, en su mayor parte con plantillas fijas, cuyo régimen laboral con la empresa es de carácter estatutario. Por tanto no tiene capacidad para la selección de personal o en la definición de los puestos de trabajo. La posibilidad de fijar plantillas que considera el AC difícilmente podrá hacerse si no se establecen con claridad y, sobre todo, se hacen cumplir los criterios máximos y mínimos de asignación de personal

sanitario y administrativo por número de habitantes. Su gestión se reduce a la capacidad de decisión sobre la contratación de personal eventual para sustituciones, para vacaciones, asuntos propios y bajas por enfermedad.

Cuando los ahorros producidos en este concepto repercutan en el EAP nos deberemos preguntar en qué medida puede afectar a la calidad la sobresaturación de tareas.

Creemos que el riesgo es mayor para aquellas actividades que no se incluyen en la cartera de servicios o no están sujetas a audit o estándares de control de calidad: demanda espontánea, docencia, investigación y promoción de la salud. La posibilidad de ser contrarrestado este efecto por los usuarios ejerciendo el derecho a la libre elección de médico es más que dudosa; en la actualidad, y a pesar de la masificación de las consultas de ambulatorio no se producen trasvases de pacientes a los centros de salud que comparten la misma zona de influencia.

El ahorro en este concepto presupuestario es una de las mayores tentaciones tanto para la gerencia como para el EAP (en el futuro) por su facilidad e inmediatez de gestión. Llevará a situaciones de agravio entre los equipos sobredimensionados en plantillas, con capacidad para asumir tareas asistenciales y los infradimensionados que ya trabajan al borde de la saturación o están sobrepasados. Por tanto su aplicación debe estar sujeta a una adecuación previa de las plantillas a las cargas asistenciales y supeditada a evaluaciones de su influencia sobre la calidad de la atención prestada.

Otros recursos humanos que hay que tener cada

vez más en cuenta son los administrativos. El AC conlleva un desarrollo de estas funciones en el centro de salud, en la medida que son delegadas por los servicios centrales de las gerencias. De hecho esto ya se ha producido con la introducción del programa mostrador en muchos EAP. Parece lógico que todo traspase de funciones conlleve los recursos humanos necesarios y cualificados para realizarlas.

Recursos organizacionales

La aplicación AC se realiza dentro del marco organizacional estatutario y de los reglamentos de régimen interno adaptados por los EAP de los publicados por las Comunidades Autónomas a partir del RD 137/1984. Por tanto, es necesario discutir si este marco es suficiente o precisa de nuevas reglamentaciones que lo adapten al modelo de gestión propuesto.

En el Acuerdo Cooperativo se establece que el EAP es la unidad de producción, de responsabilidad y de decisión. Sin embargo en la práctica y en la norma actual no es así. Cada médico es líder de un proyecto sanitario con autonomía limitada para la prescripción o la decisión sobre qué recursos especializados utiliza en cada intervención sanitaria. El EAP es una unidad resultante de otras más elementales que podríamos denominar Unidades de Atención Básicas (UAB) constituidas por cada equipo de consulta: médico de familia y enfermera. La cuestión es, por tanto, si tenemos las herramientas de organización necesarias para que el EAP funcione como un todo unitario, con un alto grado de consenso y establecer el grado de autonomía de las UAB, dentro de un modelo como propuesto por el AC.

Si la UAB es la verdadera unidad elemental, las decisiones del EAP deben ser asumidas por consenso, teniendo en cuenta que el estamento médico es el que toma las decisiones fundamentales sobre el gasto, adquiriendo la reunión de equipo un papel protagonista como instrumento de cohesión interna y de decisión. Entre sus cometidos estarían acordar los servicios que presta, los mecanismos de racionalización del gasto y de aumento de la eficiencia técnica y económica, legitimar al coordinador del EAP para que ejercite la dirección delegada por el EAP en un sistema que sólo puede ser participativo.

El AC afecta a los roles y status de todos los miembros del EAP. La cartera de servicios potencia el papel del personal administrativo del trabajador social y el trabajo del equipo de consulta, lo que a su vez permitirá que la población tome conciencia del trabajo de enfermería. En la medida en que se consiga una unidad de criterios de actuación puede ser que se incremente la cohesión interna y quizá consiga que muchos equipos trabajen realmente como tales.

La figura del coordinador también se ve afectada. Sigue siendo un puente entre el EAP y la sociedad y con los niveles técnicos de gestión. Su poder es delegado en la medida que reproduce un acuerdo con cada uno de los profesionales y coordina las decisiones asumidas por consenso. Sin embargo surgen muchos interrogantes. Asume responsabilidades presupuestarias cuando el gasto lo generan y gestionan otros. Las tareas de gestión probablemente disminuyan su competencia interna al mermarle dedicación a los pacientes o ir en detrimento de su rol clínico. Necesitará negociar con

sindicatos, autoridades locales: ¿Cual será su margen de maniobra?. No se contempla en el acuerdo cooperativo, de manera explícita, cuales son las responsabilidades del coordinador, siquiera delegadas, y cuales las de la gerencia.

El coordinador si tenemos en cuenta la reglamentación actual está en medio de quienes definen en gasto (los médicos) y quienes le imponen la restricción (gerencia). Su única herramienta de gestión es la autoridad delegada por consenso del EAP.

El lector posiblemente advierta el escaso desarrollo que tiene en este documento la figura del coordinador del EAP. La transcendencia de su papel en el modelo de AC que discutimos requiere una reflexión más específica y detallada que la marcada por los límites de este documento.

No parece viable la figura de un gerente externo. Reproduciría dentro de EAP un esquema gerencial que, hasta la fecha no ha funcionado, se viviría como un elemento fiscalizador y, lo que es mas importante, no tendría ninguna capacidad para reducir los costes de los servicios al margen del incremento de costes que representaría crear su figura.

Los documentos consultados no mencionan al responsable de enfermería.

LOS CONDICIONANTES INTERNOS

Hemos citado algunos de ellos: perfil profesional y capacitación de los recursos humanos, limitaciones en la estructura del CS, equipamiento diagnóstico. Pero otros de igual o mayor importancia son los condicionantes organizacionales como las relaciones laborales y el desarrollo organizativo del equipo.

Si las únicas herramientas del coordinador y del EAP son el consenso y la cohesión interna, se plantean varios interrogantes sobre cómo resolver dificultades cotidianas de considerable gravedad.

Los miembros de los EAP no participan de ninguna manera en la selección de futuros integrantes y, sin embargo, en el modelo que comentamos, de ellos dependerán aspectos tan fundamentales como el propio salario. Carecen de herramientas para "reducir a la norma" desviaciones en la prescripción farmacéutica, solicitud de interconsultas o la no realización de servicios por alguno de sus componentes. No debe descartarse que algunos profesionales que pretendan incrementar el número de servicios y racionalizar los costes de la atención se vean arrinconados por el resto del EAP que apuesta por técnicas de clientelismo y de satisfacción del consumidor.

Desconocemos quién distribuirá y cuál será el procedimiento de distribución de los hipotéticos incentivos económicos. No sabemos ni aproximadamente de qué cantidades estamos hablando. En el capítulo de personal, por ejemplo, la base inicial puede ser el gasto histórico de los tres últimos años, pero la introducción de restricciones hará que esta base sea progresivamente más pequeña. En el resto de los gastos (compra de servicios, gasto farmacéutico): ¿Cuál es el punto de referencia para el ahorro?. Tampoco sabemos cuál es el peso de cada profesional y cada categoría en cada servicio que se preste, ni si estos se van a retribuir por unidad (número de actos sanitarios) o en conjunto (en función de la cobertura).

Sin tener en cuenta estos factores nos preguntamos cómo se pueden establecer predicciones presupuestarias o prevenir los efectos perversos que todo modelo retributivo conlleva. ¿Se han calculado los costes administrativos que supondrá garantizar este modelo retributivo con agilidad?. Podría darse la circunstancia de que ahorremos en el capítulo del personal sanitario (función primordial) para gastarlo en personal administrativo (función de apoyo).

El AC precisa de una reflexión previa sobre los procedimientos de contratación de personal que propicien la participación de los miembros del EAP en donde el profesional vaya a trabajar. Sin ello es más difícil que se pueda producir la cohesión interna para generar consensos. Hay que redefinir las responsabilidades y competencias del coordinador del equipo y estudiar y acordar el sistema de incentivos con absoluta claridad: habría que evitar el reparto lineal; deberían estar apoyados en indicadores objetivos que recojan los perfiles globales de praxis profesional que se mantienen dentro de una franja de calidad; ser básicamente individuales, pactados previamente en función de los objetivos generales, escalas salariales y esfuerzo individual. Su reparto no debe ser materia de debate interno en el EAP por el peligro de paralizarlo.

Creemos que los Consejos de Salud, en la actualidad, no son representativos de la población, ni por sus inquietudes, ni por sus intereses. En un modelo de pago de servicios e incentivos al ahorro su papel de salvaguardar los intereses de la comunidad y la satisfacción del usuario es más evidente. Sin perder su carácter consultivo y asesor sí debería modificarse su composición.

EL PROCESO

Las funciones de producción del EAP, clásicamente se han dividido en funciones de atención directa, docencia e investigación y administrativas. Todas ellas se ven afectadas por el AC.

El riesgo fundamental es que se cambie el marco de planificación de las actividades: de hacerlas prioritariamente en función de las necesidades de salud de la población a hacerlas fundamentalmente en función de los recursos asignados, menores costes de los servicios o el beneficio esperado.

Otro riesgo, no menos importante, es que se infravaloren actividades no contempladas explícitamente en los contratos programa, que exige el establecimiento de objetivos de forma obligatoria sólo para ciertos servicios considerados como los de mayor eficacia. El resto de los incluidos en la "Cartera" tienen carácter opcional y algunos de ellos ni siquiera son citados. Puede producirse un sesgo en las actividades de los profesionales hacia aquello que va a ser objeto de incentivos y evaluación ulterior, de modo que actividades asistenciales no catalogadas se infravaloren.

Algo semejante puede ocurrir con la docencia y la investigación, si no se especifican en los contratos programa.

La ausencia de participación de la comunidad en la definición de objetivos, que se pactan entre la gerencia de área y el EAP, exige una reflexión más detallada que la de este documento, sobre las repercusiones del nuevo modelo en el concepto de Atención Primaria orientada a la Comunidad.

A nuestro juicio, el procedimiento de planificación, que en última instancia corresponde a niveles altos del sistema de servicios de salud, debe de tolerar márgenes de maniobra a las gerencias de área y a los EAP, y debe contar en todos los casos con la participación de la comunidad. De este modo el establecimiento de prioridades sobre los servicios y por tanto el de criterios de incentivación responderán a necesidades de

salud y no sólo a criterios de carácter económico. Como ya se ha dicho, la incentivación debería hacerse sobre perfiles globales de práctica profesional de calidad, antes que por objetivos de gestión en aspectos puntuales.

Las actividades de docencia e investigación deben considerarse de modo explícito en los contratos programa, bien como requisito para la evaluación e incentivación ulterior, bien como un servicio más de la cartera del EAP, bien como un criterio de ponderación. Podría considerarse, en principio, que la formación de pregrado y postgrado debería ser retribuida y la continuada como un criterio de calidad, del mismo modo que la realización de publicaciones y trabajos de investigación o la participación en otras actividades docentes de los miembros del EAP. El presupuesto de gastos de los EAP con formación de postgrado debe incrementarse porque en ellos se encarecen los costes de farmacia y solicitud de pruebas diagnósticas.

LAS SALIDAS DEL PROCESO DE ATENCION SANITARIA

Existen diferentes resultados, utilizando la expresión en sentido general, del proceso de atención clínica, por ello conviene aclarar el uso que hemos dado a los distintos términos. Denominamos productos a la consecuencia directa de los servicios prestados; es decir: consultas, charlas de educación sanitaria, vacunaciones, citologías, etc. Consideramos resultados a las consecuencias de los productos sobre el nivel de salud: morbilidad y mortalidad e impactos a la repercusión individual o social que tiene la intervención sanitaria más allá de la prevención, curación o el control de la enfermedad. Por ejemplo, el número de mediciones de PA justificadas sería un resultado, el control de la HTA un producto y el fenómeno de etiquetado un impacto.

La influencia del AC sobre las salidas del proceso introduce el concepto de legitimación del modelo en la medida en que éstas sean optimizadas: aumento de la eficacia, aumento de la efectividad, aumento de la eficiencia, aumento de la cobertura, aumento de la satisfacción de la población.

Cabe pensar que el AC puede reducir costes sanitarios como consecuencia de una racionalización en la prestación de los servicios e incrementar la satisfacción de los usuarios mejorando la accesibilidad y la aceptabilidad del sistema de salud, al ser un modelo que tiene muy en cuenta al paciente como cliente. Sin embargo, la mejora en la eficiencia económica, no bastaría para legitimarlo si no se apoya irrenunciablemente en la mejora de la eficiencia técnica y por tanto en la calidad de los servicios y la tecnología que se proporciona. Este es su mayor reto.

Ya hemos mencionado que es muy posible que se vean facilitadas las actividades que tengan una mejor relación entre el esfuerzo y gasto de recursos con los resultados, o con el

mayor incentivo económico o bien las actividades con productos o resultados más fácilmente medibles en detrimento de aquellas menos objetivables pero consustanciales a la práctica médica: consuelo, explicación de la enfermedad, seguridad...

Del mismo modo hemos citado que la presupuestación o incentivación en función de la cobertura y los proveedores de los servicios nos parece claramente insuficiente, al favorecer que se hagan actividades sin tener en cuenta lo suficiente las normas y procedimientos de las mismas y la consecuente pérdida progresiva de los aspectos cualitativos. Las normas técnicas mínimas intentan paliar ese riesgo pero ni se refieren, lo que sería muy difícil, a toda la actividad clínica, ni todas ellas son igual de afortunadas.

Creemos que el procedimiento de evaluación puede evitar solo parcialmente este riesgo. Al ser la historia clínica la base de datos fundamental cabe la posibilidad de transformarse en un mero registro de NTM en vez de la consecuencia de un acto clínico.

Deben también calcularse las cargas burocráticas que supone para el EAP la evaluación interna y si está capacitado para afrontarla. En el caso de la evaluación externa, la elección de los evaluadores puede introducir errores de valoración de capital importancia. Si desconocen o están poco familiarizados con la medicina clínica es probable que no interpreten adecuadamente los datos registrados en la historia clínica en relación con las normas técnicas mínimas.

Las alternativas que se plantean deben ir, como ya se ha dicho, en el sentido de evaluaciones globales de perfiles de calidad, que tengan en cuenta la cobertura y los proveedores pero sobre todo la calidad del producto de los servicios de salud y los resultados de estos servicios.

Los evaluadores deben de estar familiarizados con la práctica clínica, idealmente médicos de atención primaria en ejercicio.

LOS CONDICIONANTES EXTERNOS

Así hemos considerado a los elementos extrínsecos al EAP que pueden influir en el proceso de producción. Medio urbano o rural características sociodemográficas, servicios de referencia como el hospital o los ambulatorios de especialidades, apoyo a la gestión desde el área de salud y coexistencia de otros proveedores de servicios sanitarios de carácter privado dentro del área de salud.

Algunos ya se han citado anteriormente. Merece la pena revisar con mayor detenimiento la relación con los proveedores de los servicios que compra el CS tanto clínicos como de apoyo. En la práctica el EAP no es libre para comprar los servicios que necesita allí donde la calidad, relación coste efectividad, coste beneficio etc. sean mejores. EL Hospital y los servicios administrativos de apoyo del área o sector están en una situación de monopolio. En realidad mientras el segundo nivel no nos considere clientes y no podamos modular su actuación seremos esclavos de sus decisiones.

Del mismo modo puede hipotecar el buen funcionamiento del EAP el mal funcionamiento de las gerencias de área, no proporcionándoles asesoría, proporcionando información de baja calidad, escasa o a destiempo, mala gestión de suministros, infraestructura, equipamiento o inversiones.

Como medidas correctoras que consideramos necesario estudiar proponemos que el AC sea para todos, de modo que los contratos programa afecten a todos los niveles, clínicos y gerenciales del sistema de salud, la introducción de protocolos comunes a través de interconsultas docentes y asistenciales con especialistas elegidos por el EAP y repercusión de los gastos generados en el segundo nivel en sus presupuestos.

Del mismo modo que los EAP son auditados para vigilar el cumplimiento de las normas técnicas mínimas debería hacerse con las gerencias que actúen como unidades de apoyo

administrativo y se confirme por observadores externos el cumplimiento de los requisitos establecidos en el contrato programa.

OTROS MODELOS DE ORGANIZACION

Aunque en todo momento las coordinadas de este informe se han establecido en torno a un sistema público, coexisten en estos momentos otros modelos de prestación de servicios de salud que pueden extenderse en un futuro próximo: concertación de servicios con médicos de familia o EAP por parte del sistema público, relación contractual del médico de familia con entidades aseguradoras privadas, ejercicio liberal de la profesión, procedimientos de pago por acto médico.

En general, pueden aplicarse muchas de las opiniones expresadas a lo largo del trabajo. Pero debe insistirse en algunos aspectos concretos. Por ejemplo, no es probable que las entidades gestoras privadas denuncien sus fallos y, en muchos casos que ni siquiera se percaten de ellos, de modo que es imprescindible la instauración de auditorías externas.

Se deberían asegurar el número de "horas-médico-población" de acuerdo con estándares de calidad y un proceso de selección que prime la excelencia profesional garantizando la independencia con respecto a la empresa de los EAP gestionados privadamente, de modo que puedan proporcionar una asistencia de calidad.

Deberían establecerse bases poblacionales (zonas de salud) y los niveles exigibles en los ratios de facultativos, personal de enfermería, etc. dotaciones de equipamiento. Asegurar los servicios mínimos que deben proporcionar incluyendo las actividades preventivas y la formación continuada y garantizar mecanismos de participación de la comunidad.

Tampoco en estos casos somos partidarios de los incentivos al ahorro en el presupuesto de prestaciones al paciente y consideramos que tiene ciertos riesgos que las entidades gestoras administren en un mismo territorio EAP y hospital de referencia.

EL PAPEL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA.

Entendemos que en el nuevo marco de gestión que representa el AC, la semFYC puede y tiene que intervenir de diversas maneras:

1. Dentro de su función general de impulsar y velar por el óptimo desarrollo de la Medicina Familiar y Comunitaria, debe actuar como garante de la calidad de los servicios que preste a la población el médico de familia y garantizar la independencia profesional en el ejercicio diario de su actividad.
2. Debe fomentar el estudio y la reflexión interna sobre lo que representa el AC y proponer las alternativas consideradas más adecuadas por sus socios y sus grupos de trabajo.
3. Definir y proponer los servicios que se deben prestar en atención primaria por el médico de familia y elaborar sus criterios, normas y procedimientos. Participar en los sistemas de evaluación.
4. Definir y proponer tecnologías propias de atención primaria.
5. Ejercer funciones de arbitraje en los conflictos de naturaleza científicotécnica que pudieran suscitarse.
6. Acreditar actividades de docencia e investigación. Diseñar procedimientos de recertificación periódica.

7. Participar en la definición de los baremos y requisitos para el acceso de los médicos de familia a los puestos de trabajo.

CONCLUSIONES

El AC es probable que produzca una reducción de los costes e incrementa la satisfacción del usuario al incrementar la aceptabilidad y la accesibilidad. Tiene que demostrar que incrementa la eficiencia. Para ello debe incrementar la efectividad o mantenerla a costes menores. En la medida que lo consiga supondrá una mayor legitimación del sistema público de servicios de salud al incrementar su rentabilidad social.

Sin embargo, la propuesta contenida en el AC en su redacción actual y desarrollada en los contratos programa y procedimientos de asignación de recursos presenta contradicciones y carencias que hacen muy difícil su aplicación actual.

Creemos que la instauración del AC debe ir precedida de los cambios normativos que permitan la participación del EAP en la contratación de los nuevos profesionales, definan el nuevo papel de las gerencias de atención primaria y proporcionen al EAP y al coordinador herramientas de gestión y dirección.

El modelo debe ser aplicado para todos y en "cascada" de modo que afecte a la Administración, las gerencias y a los dos niveles de atención sanitaria, el hospital y los EAP; debe desagregarse hasta la unidad de atención básica que es la constituida por los equipos de consulta.

Debe apostar por sistemas de evaluación basados en parrillas de indicadores que expresen perfiles globales de calidad.

El ahorro sobre prestaciones sanitarias nunca debe generar incentivos económicos en el profesional. Estos deben ser consecuencia de la racionalización de las prestaciones y su adecuación a rangos de calidad asistencial preestablecidos.

Posiblemente el proceso de la introducción de la gestión económica en los EAP debería de ser mas humilde y paulatino. Comenzar por un desarrollo de acuerdos por objetivos en aquellos EAP donde los condicionantes externos e internos sean más favorables, puede permitir detectar los errores del proyecto, sus efectos secundarios y perversos, e introducir las correcciones adecuadas.

El reto profesional no es el ahorro en las prestaciones sino proporcionar la atención sanitaria de mejor calidad con la inclusión de los costes de la misma en el proceso de toma de decisiones.