fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

UNIVERSIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA

Modelos organizativos de la Atención Primaria en España. Revisión bibliográfica.

Autor: Alberto Belenguer Guillot
Tutorización: Dr. Álvaro Bonet Pla

Trabajo Final de Grado en Medicina, curso 2018-2019. Universitat de València.

Resumen: El Sistema Sanitario español siempre ha sido considerado uno de los mejores del mundo, caracterizado por su universalización de la atención, independientemente de la condición económica; gran accesibilidad creando una red sanitaria estatal; y descentralización de la gestión en manos de las Comunidades Autónomas, las cuales ajustan los recursos en función de la necesidad poblacional. Pero la base de la fuerza que caracteriza la sanidad española es el primer nivel asistencial, la Atención Primaria, que ofrece una atención integral, en la que se incluye la promoción y prevención de la salud, además de funcionar como puerta de entrada a los niveles asistenciales superiores, evitando sobrecargar el sistema sanitario.

Existen estudios mostrando que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados y que la atención secundaria genera mayor coste y iatrogenia sin obtener mejores resultados. Es por ello que un sistema sanitario ideal debe tener una atención primaria fuerte.

En esta revisión bibliográfica se exponen diferentes modelos de gestión sanitaria de la Atención Primaria para extraer los puntos fuertes y débiles de cada uno, con la finalidad de valorar qué modelo es susceptible de ser adoptado e impulsado/podría ser tomado como referencia.

Palabras clave: Atención Primaria, sistema sanitario, eficiencia, calidad asistencial, modelo de gestión, autonomía de gestión, análisis envolvente de datos.

fml. Febrero 2020; Volumen 25, número 1.
Publicación oficial SoVaMFiC.
Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:
Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Modelos organizativos de la Atención Primaria en España

Revisión bibliográfica

Alberto Belenguer Guillot

Curso 2018-2019

1ªConvocatoria

Tutor: Dr. Álvaro Bonet Pla

Contenido:

1. **Resumen**
2. **Introducción**
3. **Objetivos**
4. **Materiales y métodos**
5. **Resultados**

    5. 1. Eficiencia técnica

5.2. Oferta de servicios

5.3. Actividad Asistencial

5.4. Accesibilidad

5.5. Cobertura vacunas

5.6. Control de factores de riesgo

5.7. Gasto unitario y gasto farmacológico

5.8. Resultado de la Gestión Clínica Asturias

5.9. Conocimiento sobre autogestión y otros modelos de gestión

6. **Discusión**
7. **Conclusiones**
8. **Bibliografía**

1. RESUMEN

Palabras Clave:

Atención Primaria

Sistema Sanitario

Eficiencia

Calidad Asistencial

Modelo de gestión

Autonomía de gestión

Análisis Envolvente de Datos

El Sistema Sanitario español siempre ha sido considerado uno de los mejores del mundo, caracterizado por su universalización de la atención, independientemente de la condición económica; gran accesibilidad creando una red sanitaria estatal; y descentralización de la gestión en manos de las Comunidades Autónomas, las cuales ajustan los recursos en función de la necesidad poblacional. Pero la base de la fuerza que caracteriza la sanidad española es el primer nivel asistencial, la Atención Primaria, que ofrece una atención integral, en la que se incluye la promoción y prevención de la salud, además de funcionar como puerta de entrada a los niveles asistenciales superiores, evitando sobrecargar el sistema sanitario.

Existen estudios mostrando que los sistemas sanitarios centrados en la atención primaria son más eficientes y obtienen mejores resultados y que la atención secundaria genera mayor coste e iatrogenia sin obtener mejores resultados. Es por ello que un sistema sanitario ideal debe tener una atención primaria fuerte.

En esta revisión bibliográfica se exponen diferentes modelos de gestión sanitaria de la Atención Primaria para extraer los puntos fuertes y débiles de cada uno, con la finalidad de valorar qué modelo es susceptible de ser adoptado e impulsado/podría ser tomado como referencia.

Palabras Clave:

Atención Primaria

Sistema Sanitario

Eficiencia

Calidad Asistencial

Modelo de gestión

Autonomía de gestión

Análisis Envolvente de Datos

The Spanish Health System has always been considered one of the best in the world, characterized by its universalization of care, regardless of the economic condition; great accessibility by creating a state health network; and decentralization of management in the hands of the Autonomous Communities, which adjust resources according to the population's need. But the basis of the force that characterizes the Spanish health is the first level of care, Primary Care, which offers comprehensive care, including the promotion and prevention of health, as well as serving as a gateway to the levels health care, avoiding overloading the health system.

There are studies showing that health systems focused on primary care are more efficient and obtain better results and that secondary care generates greater cost and iatrogenic without obtaining better results. That is why an ideal health system should have a strong primary care.

In this bibliographic review different models of health care of primary care are exposed to extract the strengths and weaknesses of each one, with the

purpose of assessing which model is susceptible to be adopted and promoted / could be taken as a reference.

2. INTRODUCCION

Contexto histórico

La sanidad española y específicamente la atención primaria, ha sufrido una evolución histórica a lo largo del siglo XX marcada por los preceptos recogidos en las dos Constituciones (1931 y 1978) y en diferentes textos legales. 1

Como antecedente de lo que posteriormente será la medicina general hay que citar la Ley de Beneficencia Municipal de 1822 que instituye la Asistencia domiciliaria de los pobres inscritos e incluye salud pública y crea las figuras de los médicos, farmacéuticos, cirujanos titulares. Posteriormente en 1865 la Ley de sanidad de 1865 hace obligatoria la beneficencia municipal.

Ya en el siglo pasado, en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión que obliga a la contratación libre de seguros de retiro obrero y maternidad; en 1936 durante la Segunda República, se crearía el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión Social y se plantea la creación de lo que podría haber sido un sistema nacional de salud. Después de la instauración en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que por primera vez ofrece asistencia sanitaria a los trabajadores por cuenta ajena, dos años más tarde se hace un primer punto de inflexión con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional en 1944. En esta ley no se regula la estructura que dependía del ministerio de Gobernación, pero se asume la coordinación de las actividades sanitarias a distintos niveles, siendo el medico local el que se ocuparía a nivel municipal y los hospitales provinciales, de familias sin recursos. Solo quedaría a nivel estatal el control de enfermedades infecciosa tales como lepra o tuberculosis.

El SOE a nivel de asistencia especializada favoreció la construcción de grandes hospitales en todo en territorio nacional, mientras que en medicina general como se la llamó entonces, empezó ofreciendo asistencia domiciliaria para posteriormente crear **Consultorios** en los trabajan MG y practicantes. Allí los médicos tenían **2.5 horas de consulta** y avisos a domicilio, en el medio rural el horario era de 24 horas al día siete días a la semana. No existía cita previa en MG ni en especializada lo que se traducía en gran masificación y escaso tiempo de atención. La retribución era **cuasi capitativa, se cobraba por un** Cupo de "familias", según “cartillas” (trabajador y familia) +igualas. El Cupo tenía un sistema piramidal, varios cupos formaban sectoriales, con un "director médico", una "enfermera jefe“ y un "inspector médico"; había copago de medicación.

Conferencia internacional Alma Ata 1978

Coincidiendo con la promulgación de la constitución española la OMS y UNICEF organizan la conferencia internacional de Alma Ata, suponiendo un cambio global de la asistencia sanitaria. El objetivo de la misma es establecer unos principios básicos que todos los países deberían tener como referencia para garantizar una atención sanitaria esencial a toda la población antes del 2000.

En la declaración final se recogen aspectos fundamentales como la definición actual de salud, el principio de equidad, la responsabilidad gubernamental de la sanidad de su población, formulación de políticas y estrategias para iniciar e impulsar la Atención Primaria Sanitaria como parte del SNS en coordinación con otros sectores, etc.

Por su especial relevancia recogemos los enunciados VI y VII que definen la Atención Primaria y sus componentes:

VI. La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada[2].

VII. Los componentes de la atención primaria de salud son:

- *Promoción*
- *Prevención*
- *Asistencia*
- *Rehabilitación*

Constitución Española, Real Decreto 137/84 y Ley General Sanidad 1986

El siguiente punto de inflexión lo encontramos con la promulgación de la Constitución Española y la organización del territorio por Comunidades autónomas, así como el Real Decreto 137/84 de Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 que permitirá la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El RD 137/ 84 de Estructuras Básicas de Salud, define la organización de la nueva AP. Se establece la Zona de Salud como el marco territorial de actuación de la AP, el Centro de Salud como estructura física donde se realizan las actividades, y los Equipos de Atención Primaria (EAP) como los profesionales que trabajan en dicha zona de salud[3]. Basándose en los principios dictados en la conferencia internacional de Alma Ata la función principal de la Atención Primaria debe ser una atención integral, completa y continua. Estos EAP estarán dirigidos por un coordinador médico, reconocido como cargo directivo con una retribución específica. Por último se fija la jornada de trabajo en 40 horas semanales.

Hasta el momento el Sistema de Salud español se basaba en el sistema social alemán o modelo Bismarck. Se trata de un sistema mutualista en el que la financiación depende principalmente

de las cuotas obligatorias del asegurado, del empleador y en ocasiones del Estado; la cobertura sanitaria dependía de la condición laboral del individuo y no tenía carácter universal.

Con la LGS y la creación del SNS se adopta el sistema Beveridge o sistema de impuestos el cual desplaza un modelo de Seguridad Social que llevaba más de 20 años en nuestro país, adaptando dicho modelo a las necesidades de nuestro Estado y su organización por Comunidades Autónomas (Tabla 1).

Este modelo surge a mitad del siglo XX en Reino Unido a raíz de los informes realizados por el político británico William Beveridge. El Plan Beveridge supondría una revolución del sistema de seguridad social, siendo necesaria para ello una reforma sociopolítica completa y a gran escala. El objetivo es garantizar una asistencia sanitaria mínima a toda la población, sin distinción por estatus social o económico. Este plan se desarrolla combinando distintos métodos:

- *Seguro social: todos deben contribuir pagando unas cuotas obligatorias, garantizando que las futuras generaciones cubran con sus cuotas las necesidades de los asegurados actuales.*
- *Asistencia nacional: Corre a cargo del Estado la obtención de recursos en casos especiales de necesidad para asegurar una asistencia gratuita.*
- *Seguros voluntarios: cuotas para crear un fondo con el objetivo de cubrir la cobertura sanitaria propia en un futuro*[3]*.*

Tabla 1: Sistemas sanitarios Alemania – España[4]

	Alemania	España
Sistema sanitario	Bismarck (Sistema de seguridad social)	Beveridge (Sistema de impuestos)
Gastos sanitarios según PIB	11,3%	9,3%
Financiación de los médicos de familia	Prestaciones (flexible)	Salario (fijo)
Tipo de contrato de los médicos de familia	Autónomo	Funcionario
Figura de filtro del médico de familia	No	Sí
Libre elección de especialistas	Sí	No
Copago por visita médica	No	No
Copago de medicamentos	Sí	Sí

Así pues la financiación de este sistema sanitario público viene de los Presupuestos Generales del estado, destinando un porcentaje determinado del PIB en dicha materia. La organización, planificación de salud y responsabilidad de la salud pública corre a cargo del Estado y de las comunidades autónomas (CCAA).

Serán estas las que gestionen el presupuesto adjudicado por el organismo central. Como proveedores estaría el profesional sanitario, así como los centros y hospitales, que son los que ofrecen el servicio a los usuarios, que serían los pacientes, la población (Figura 1).

Figura 1: Estructura básica del sistema sanitario

El sistema sanitario, o mejor dicho, la evaluación de dicho sistema sanitario se basa en términos generales en unos inputs (recursos destinados) y unos outputs (resultados en salud).

El ministerio de sanidad cede las competencias a las consejerías de salud de las CCAA (hecho que ha sucedido de manera heterogénea hasta completarse en 2001). Siguiendo las directrices de la LGS y del RD 137/84 desde el punto de vista sanitario, en áreas de salud, que son demarcaciones geográficas que abarcan entre 200.000 y 500.000 habitantes en torno a un hospital público. Por último cada área de salud se divide en zonas básicas de salud (ZBS), que abarcan una población de 5.000-25.000 habitantes y tienen un centro de salud (CS) como pilar central de la asistencia (Figura 2).

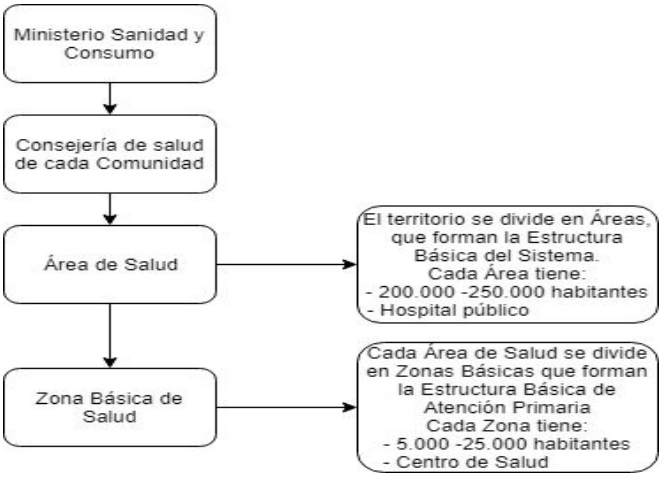


Figura 2. Estructura del SNS

A lo largo de estos últimos años también se produce un cambio en la dirección en la que se proyecta la sanidad: así como antes todo el peso (e inversión) recaía sobre los hospitales, adquiriendo una mayor tecnología y especialización, se comienza a defender como figura central del sistema sanitario a la Atención Primaria y dentro de ella, al médico de familia. A ello contribuyó la creación en 1978 de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la incorporación en el año 1979 de los primeros residentes dentro del sistema MIR. El objetivo es convertir a esta figura en protagonista principal del sistema sanitario, haciendo de su práctica una atención asistencial, con carácter curativo, rehabilitador pero más importante la actividad preventiva. A partir de 1981 salen los primeros especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y se empiezan a crear los primeros EAP multidisciplinarios, de acuerdo con las directrices de Alma-Ata. Es el inicio del nuevo modelo de AP que no dejará de crecer en la década de los 80.

Este nuevo modelo incorpora importantísimas novedades en el panorama de la medicina de familia de nuestro país: una mayor dedicación horaria a la consulta, la realización de actividades de promoción y prevención, la docencia y la investigación. En ese proceso de mejora de la calidad de la atención sanitaria que supuso el nuevo modelo de AP, jugó un papel fundamental la incorporación de la Historia Clínica, soporte que dio continuidad a la asistencia y permitió la puesta en marcha de auditorías de calidad y estudios de investigación. La creación

de las Direcciones/Gerencias contribuyó a dar peso directivo y aumentar la financiación de la AP.

La implantación del modelo aunque paulatina se hizo de modo excesivamente lento como se comprueba en la figura 3 que muestra que a principios de los 90, la mayor parte de las CCAA no superaba el 60%.

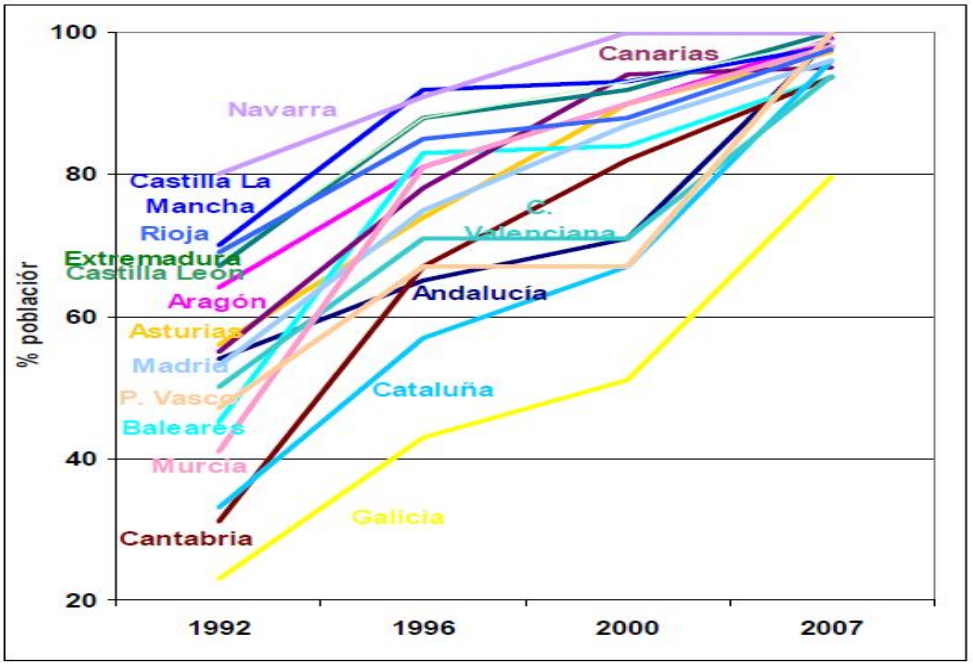


Figura 3: Evolución de la implantación del nuevo modelo de AP

Con el cambio de década comienza a crecer la sensación de la imposibilidad de mantener los SNS tal y cómo se existían en algunos países europeos (Suecia, Reino Unido, Holanda) y se plantea la necesidad de realizar reconversiones hacia modelos mutualistas o recortar prestaciones. En nuestro país esa corriente mundial se une a la incompleta reconversión de la AP lo que se traduce en una menor inversión y en un freno a la evolución del modelo. El Informe Abril Martorell de 1991, que recoge la opinión de los grupos parlamentarios del momento, plantea medidas potenciadoras de la AP a la vez que favorece al sector privado. Sin embargo ninguna de las propuestas es llevada adelante. El INSALUD comienza a poner en marcha iniciativas para mejorar el funcionamiento de los servicios sanitarios racionalizando costes y para ello crea los llamados Contratos Programa que pretenden aumentar los resultados conteniendo costes a través de evaluaciones sistemáticas y de mecanismos de incentivación.

En 1997 el gobierno del Partido Popular promulga el Real Decreto 10/96 de nuevas formas de gestión y posteriormente la Ley 15/97 que amplía el anterior. En dichos textos se establece que "(en los servicios sanitarios públicos)……. *La administración de los mismos pudiera llevarse a cabo, no sólo directamente, sino indirectamente mediante cualesquiera entidades*

admitidas en Derecho…… ". A partir de este momento se da libertad a las CCAA a poner en marcha diferentes modelos organizativos y de gestión de la AP, algunos dentro del derecho público y otros del derecho privado.

Modelos gestión en las CCAA

1. Gestión directa pública

1.a) Gerencia única

La gerencia única es un modelo de organización en el que la atención primaria y la atención especializada de cada Departamento pasan a estar dirigidas por una misma Gerencia (Tabla 2). *Entre los objetivos fundamentales de la gerencia única se encuentra el de alcanzar la máxima coordinación asistencial posible, mediante la sincronización de ambos tipos de asistencia, basándose en mantenimiento de un flujo continuo de información y una relación estructurada, que garantizarán la integridad de todas las actuaciones*[1].

Hasta el momento la asistencia sanitaria estaba gestionada por un gerente de hospital en el área especializada, su competencia era el hospital y los centros de especialidades. La asistencia de la AP tenía un director o gerente de todos los centros de salud de dicha Área de Salud. Cada uno de ellos funcionaba con su presupuesto independiente.

En la ley 3/2003 Ordenación Sanitaria de la CV se hace una unificación de la gerencia, es decir, solo un gerente llevaría toda el Área de Salud, pero dicha ley marcaba que el gerente del hospital pasa a ser el gerente del departamento.

Aquello que pretendía ser la solución a la mayoría de problemas de gestión y de coordinación entre los distintos niveles asistenciales se llevó a cabo de manera heterogénea y muy dispar entre comunidades. Por otro lado, aunque los resultados fueron diferentes según las características de los equipos directivos de cada Departamento, en general se puede afirmar que la Gerencia única ha supuesto una pérdida de peso de la AP por la unificación de los presupuestos y el fenómeno de "hospitalocentrismo" [5].

1.b) Unidades de Gestión Clínica (UGC)

Las Unidades de Gestión Clínica se crean en algunas Comunidades como Asturias y Andalucía con la finalidad de ir un paso más allá del Contrato Programa y el Contrato de Gestión que abrió el camino a una nueva forma de gerencia de la AP.

Dentro del marco del sistema sanitario público estas unidades gozan de cierta autonomía de gestión dividida en tres niveles en función del contrato negociado con la administración pública. Mediante este modelo un área de salud puede pactar ciertos objetivos con la administración a cambio de cierta libertad de movilizar presupuestos, adquisición de recursos por su propia cuenta e incluso gestión del personal, todo ello con la finalidad principal de aumentar la calidad asistencial y el grado de satisfacción del personal sanitario.

En 2009, Asturias se construyeron 5 unidades de Gestión clínica de Atención Primaria como centros piloto, con el fin de validar el nuevo modelo de gestión clínica en el servicio de salud

del Principado[6]. Los resultados obtenidos en estudios hasta el 2011 fueron realmente positivos en cuanto a índices de calidad, satisfacción del personal y del paciente y en cuanto a eficiencia.

2. Gestión Indirecta (Derecho Privado)

2.1. Entidades de Base Asociativa (EBA)

Se trata de un modelo de autogestión que no pertenece al Instituto Catalán de Salud (ICS). Para constituir una EBA un conjunto de profesionales crean una sociedad mercantil (SA, SAL, SL, Cooperativa) y adquieren personalidad jurídica con la capacidad de gestionar una zona básica de salud. La EBA recibe mediante concesión administrativa y previo contrato una cantidad de dinero por paciente igual a la recibida por cualquier centro de salud. Los médicos fundadores son los dueños y gestores de esa unidad básica de salud, aunque ningún socio puede tener más de un 25% del capital. Los propietarios tienen libertad "absoluta" para manejar presupuestos, sistemas de provisión, es decir, personal y herramientas, líneas de investigación, etc. La EBA tiene responsabilidad de la prestación farmacéutica (entre el 20% y el 100% del ahorro revierte EAP) y asumen el riesgo en forma de pérdidas si hay incrementos de gasto. El acuerdo supone que la EBA debe comprometerse a alcanzar los objetivos marcados por la administración sanitaria manteniendo, como mínimo, el mismo nivel de calidad asistencial[7-8].

2.1. Modelo Alzira

Consistía en su forma inicial en la concesión administrativa de la asistencia sanitaria especializada de una comarca (La Ribera) de la Comunidad Valenciana a una unión temporal de empresas (UTE) formada por un banco, una constructora y una aseguradora, por un período de 10 años. La UTE comprometía a construir el hospital de Alzira la administración sanitaria pagaba una cápita por habitante un 20% inferior a la que se adjudicaba a los hospitales públicos. En 2003 renunciaron al contrato y firmaron uno nuevo adquiriendo también el área de AP y un aumento considerable de retribución per cápita. El modelo en lo que se refiere a la AP supuso el nombramiento de jefes de zona básica con contratos laborales y salarios diferenciados del personal estatutario (habitualmente estatutarios que aceptaban pasar a situación de excedencia), la gestión directa por parte de la UTE y la incorporación de profesionales contratados laborales complementando la plantilla de la administración pública.

Techo actuación del SNS/ declive de la AP

Después de más de 30 años del inicio de la "nueva AP" y a pesar del esfuerzo y motivación de los EAP, del impulso del SNS por incentivar una reorganización de los recursos y dotar a la AP el papel protagonista y central de la asistencia sanitaria, la situación actual es de estancamiento cuando no de un claro declinar del modelo.

En la Tabla 2 se recoge la situación de las diferentes CCAA en lo que se refiere a las iniciativas para mejorar el funcionamiento de los EAP

Tabla 2: Modelos de gestión en atención primaria por Comunidad Autónoma[7]

Comunidad	Gestión pública	Modelos de gestión	Gestión privada	Modelos de gestión
Andalucía	Sí	Unidades de gestión clínica	No	No
Aragón	Sí	Sectores sanitarios: gerencia única	No	No
Asturias	Sí	Unidades gestión clínica	No	No
Cantabria	Sí	Tradicional	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Modelo descentralización y gerencia única	No	No
Castilla-León	Sí	Descentralización de toma de decisiones	No	No
Cataluña	Sí	Equipos autogestionados	Sí	EBA, entidades privadas y mixtas
Ceuta	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Extremadura	Sí	Gerencia única	No	No
Galicia	Sí	Gerencia de atención primaria: modelo tradicional	No	No
Islas Baleares	Sí	Descentralización de la gestión	No	No
Islas Canarias	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
La Rioja	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Madrid	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Melilla	Sí	Gerencia única: modelo tradicional	No	No
Murcia	Sí	Gerencia única: descentralización de la gestión	No	No
Navarra	Sí	Descentralización de la gestión: modelo tradicional	No	No
País Vasco	Sí	Unidades clínicas	No	No
Valencia	Sí	Unidades de gestión unificadas	Sí	Entidades privadas modelo integrado

Una de las razones de que nos encontremos en esta situación de desconcierto es política, la consideración de la sanidad como un bien de consumo más, hace que la asignación de recursos sanitarios se haya ha ido focalizando en actuaciones individuales, primando lo curativo sobre lo preventivo, invirtiendo en una medicina híper especializada, buscando resolver las consecuencias de la enfermedad y olvidando las causas y los determinantes del proceso de salud y enfermedad. Sin embargo junto con esta tendencia a lo inmediato y a lo especializado, el patrón de morbilidad ha cambiado hacia la pluripatología en personas mayores, un patrón que exige cada vez más una atención más global y continuada, más cercana al entorno del paciente, más de cuidados que de curación……es decir necesita una Atención Primaria de calidad y eficiente. Por esa razón existe una necesidad imperiosa de encontrar un modelo de AP que se ajuste y se superponga a la realidad sociosanitaria que estamos viviendo y para ello es obligatorio un análisis de los diferentes modelos existentes.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de esta revisión bibliográfica son:

- Conocer la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud de España
- Conocer los distintos modelos de gestión de la Atención Primaria en nuestro país
- Valorar qué modelo organizativo de asistencia primaria del sistema nacional de salud es más técnico-eficiente.
- Averiguar el grado de conocimiento de los profesionales acerca de nuevas formas de gestión de la Atención Primaria.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo es una revisión bibliográfica de los artículos y documentos acerca de los distintos modelos de gestión en Atención Primaria puestos en marcha en las diferentes CCAA, de manera que se pueda establecer una comparación entre dichas formas de gestión.

En la búsqueda bibliográfica se emplearon las siguientes fuentes de información y los siguientes sistemas de búsqueda:

En la base de datos Pubmed se realizó una búsqueda en todos los campos con los términos "*atención primaria"* y "*eficiencia"* sin utilizar ningún filtro de año de publicación ni disponibilidad de texto. Además, los resultados obtenidos fueron ordenados por relevancia según el filtro que aparece en la base de datos Pubmed de *"text availability".* De los 7 artículos encontrados únicamente se seleccionan 2 artículos que tienen que ver con el tema a tratar. Después cambiamos las palabras clave a los términos "sistema sanitario" o "sistema de salud" y "España" otra vez sin filtros de año de publicación ni disponibilidad de texto, ordenando la búsqueda por orden de relevancia. De los 20 artículos encontrados seleccionamos 5 artículos útiles para la realización del apartado de Introducción del trabajo. Se descartan los otros 15 artículos que tienen relación con patologías concretas o hablan únicamente del departamento hospitalario. Por tanto en total tenemos a nuestra disposición 7 artículos.

La siguiente base de datos utilizada fue Scielo, ya que al ser un repositorio Iberoamericano podría contener artículos más específicos de España. Para la primera búsqueda se utilizaron como palabras clave "eficiencia" y "atención primaria". Se aplicaron los filtros de año de publicación posteriores al 2000, se admitieron artículos en español de cualquier revista asociada a la web. Se aceptaron todo tipo de artículos menos revisiones bibliográficas y metanálisis (Tabla 3).

Tabla 3: criterios de búsqueda en base de datos Scielo

Criterio	Inclusión	Criterio	Inclusión
Año publicación	2000-2018	WoS Áreas citaciones	Todas
Idioma	Español	Artículos citables	Sí
Revista	Todas	Tipo Literatura	Artículos, informes
Área temática	Ciencias Salud	WoS Áreas temáticas	Todas

Otra fuente utilizada para la elaboración de esta revisión ha sido la web de la Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), de la cual hemos extraído sus informes bienales desde el 2012 hasta el 2018.

Por otro lado se ha consultado con el tutor del trabajo de fin de grado, el cual nos ha proporcionado material de diversas fuentes para establecer conceptos, situar el marco histórico y como base para realizar la búsqueda de bibliografía. Para empezar disponemos de una presentación PowerPoint realizado por el Dr. Bonet como conmemoración del 25º Aniversario del CS Salvador Pau. En dicha presentación recorre el marco histórico del sistema

nacional de salud de España desde antes el S.XX, expone los diferentes modelos de gestión sanitaria que han surgido desde el inicio de la democracia y remarca los logros y fracasos del sistema sanitario español. Además se ha utilizado algunos artículos cuyos criterios de inclusión coinciden con los establecidos para este trabajo y a través de los cuales se ha ampliado la búsqueda.

Debido a que no se encontró información suficiente sobre comparaciones de diferentes modelos organizativos de atención primaria se utilizó el buscador Google Académico. Las palabras clave que se utilizaron en la primera búsqueda fueron "análisis eficiencia atención primaria". Se aplicaron los filtros de "buscar sólo páginas en español" y el intervalo específico de búsqueda entre 2000 y 2018, todo ello ordenado por relevancia. De los miles de resultados obtenidos se hizo una selección y análisis de los artículos que aparecen en las 5 primeras páginas del buscador, seleccionando así 3 artículos que coinciden con los criterios para nuestra revisión. A continuación cambiamos el filtro a "ordenar por fecha", con el cual extraemos 1 artículo más. Posteriormente realizamos una segunda búsqueda cambiando las palabras clave a "análisis envolvente equipos atención primaria" con los mismos filtros de la búsqueda anterior. Se encuentran 3 artículos más de interés, además de los 3 de la primera búsqueda. Se descartan los estudios comparativos entre hospitales o de otros países y artículos no comparativos.

Por último se consultó el Boletín Oficial del Estado y se extrajeron los siguientes documentos:

- Real decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

En la selección de los artículos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Se incluyeron los artículos publicados entre 2000 y 2018 (aunque en las búsquedas de artículos citados se admitieron más antiguos). Cabe decir que algunos artículos que aparecen en la bibliografía datados antes del 2000 han sido utilizados para citar o aclarar el marco teórico-histórico en el apartado de Introducción, por lo que no altera el apartado de Resultados.

Se hizo una primera selección de aquellos cuya temática estuviera directamente relacionada con estudios analíticos de diferentes modelos de gestión.

Se admitieron tanto estudios transversales como prospectivos, así como revisiones.

El factor de impacto de la revista no se tuvo en cuenta en el momento de la preselección de los artículos (Tabla 4). Se admitieron documentos redactados en inglés o en español.

Tabla 4: Criterios generales de inclusión y exclusión

Criterios	Inclusión	Exclusión
Idioma	Español	Inglés y otros idiomas
Tipo de artículo	Artículos Cohortes Casos y controles Estudios transversales	Metanálisis Revisiones bibliográficas Opinión de expertos
Fecha	2000-2018	Antes del 2000
Método de análisis	Análisis envolvente de datos (AED)	Cualquier otro método de análisis
Comparación	Se incluirán los estudios donde se comparen diferentes aspectos técnico-efectivos entre distintos modelos de gestión	

5. RESULTADOS

Para la elaboración de los resultados de este trabajo se han utilizado un total de 8 artículos pertenecientes a distintas CCAA que informan distintos modelos de gestión, en ellos se estudian y comparan una serie de variables comunes entre los mismos, con el objetivo de identificar aquellos modelos con una mayor eficiencia técnica. Como se ha comentado en el apartado anterior, el método de análisis utilizado en los artículos seleccionados es el Análisis Envolvente de Datos (AED) y no otros, de manera que se pueda hacer una aproximación más veraz al comparar distintos artículos que si se usaran diferentes parámetros y técnicas de análisis de eficiencia técnica. Expondremos pues, una a una, todas las variables susceptibles de ser comparada entre los distintos estudios y análisis.

5.1. EFICIENCIA TÉCNICA

La metodología empleada para la medición de la eficiencia técnica es el AED. Mediante este se es capaz de transformar una situación productiva, en la que diversos recursos generan múltiples productos, en un único índice de eficiencia. Esta técnica permite medir la eficiencia de unidades de decisión que realizan actividades homogéneas. Se trata de una técnica de programación lineal, no paramétrica, que facilita la construcción de una superficie envolvente, frontera eficiente o función de producción eficiente, a partir de las unidades que presenten las mejores prácticas, de manera que pueda medirse la ineficiencia del resto de las unidades como distancia a la frontera[9-11]. Para ello se utilizan una serie de variables clasificadas como inputs y outputs (además de variables exógenas, si procede).

M. Pinillos y F. Antoñanzas (2002) realizan un análisis comparado de la eficiencia técnica de 66 centros de salud de Álava (14), Navarra (41) y La Rioja (11) con el propósito de comprobar si el comportamiento productivo de los centros de salud pertenecientes a comunidades autónomas con competencias en sanidad (Álava y Navarra) es más eficiente que el de los centros dependientes del INSALUD (La Rioja) mediante un análisis envolvente de datos (AED). En este estudio se seleccionaron tres variables como representativas del output suministrado por el centro de salud: número consultas de medicina general al año, número de consultas de pediatría al año y número de consultas de enfermería al año. Como inputs fueron cuatro variables las seleccionadas: médicos a jornada completa o equivalente, pediatras a jornada

completa o equivalente, enfermeras a jornada completa o equivalente y gasto en bienes y servicios corrientes.

Del total de CAP alrededor de un 50% alcanza un índice de eficiencia unitario, requisito que el AED exige para que un centro sea considerado eficiente. Por otro lado la tasa de ineficiencia media ronda el 40% pero dicha tasa varía entre el 94% de un CAP navarro y el 4% de un CAP alavés (Tabla 5). Si comparamos la eficiencia según el área geográfica la mayor proporción de centros eficientes se da en La Rioja (63,6%), siendo además los centros ineficientes riojanos los que menor margen de mejora potencial presentan respecto a los centros alaveses y navarros. Sin embargo al realizar el contraste no paramétrico de las tasas de eficiencia media se pone de manifiesto que no existen diferencias significativas en el comportamiento productivo entre los centros de salud descentralizados y los pertenecientes al INSALUD[12].

Tabla 5: Índices eficiencia técnica[12]

Centros eficientes (total): 33 (50%)[b]	EF media (total): 1,203	IEF media (total): 0,406[c]
Centros eficientes (Álava): 6 (42,9%)[b]	EF media (Álava): 1,187	IEF media (Álava): 0,326[c]
Centros eficientes (La Rioja): 7 (63,6%)[b]	EF media (La Rioja): 1,116	IEF media (La Rioja): 0,319[c]
Centros eficientes (Navarra): 20 (48,8%)[b]	EF media (Navarra):1,232	IEF media (Navarra): 0,453[c]

CSA: centro de salud (Álava); CSR: centro de salud (La Rioja); CSN: centro de salud (Navarra); EF: nivel de eficiencia técnica; IEF: nivel de ineficiencia técnica.
[a]Los EF iguales a la unidad indican comportamiento productivo eficiente y, en el resto, la diferencia respecto a 1, la tasa de ineficiencia; [b]porcentaje calculado sobre el total de centros pertenecientes a cada grupo; [c]valor calculado considerando sólo los centros ineficientes.

JM.Cordero, R. Nuño, J. Orueta et all evalúan durante un periodo de 3 años (2010 – 2013) la eficiencia técnica de las unidades de provisión de atención primaria del Servicio Vasco de Salud. En 2010 se puso en marcha la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi mediante una reorientación de las organizaciones sanitarias hacia modelos innovadores que teóricamente proporcionarían una respuesta más eficiente a la salud poblacional. Estas nuevas unidades proveedoras resultantes se llaman organizaciones sanitarias integradas (OSI), que básicamente están gestionados por el modelo de gerencia única (estructura común entre un hospital y CAP de un área geográfica determinada bajo gobernanza, gestión y objetivos comunes), a diferencia del modelo tradicional en el que la AP y la AE poseen direcciones independientes. El estudio está formado entonces por 8 comarcas de AP con modelo de gestión tradicional y 4 OSI recién incorporadas. Las variables utilizadas como inputs son similares al artículo anterior: número profesionales de medicina, número de profesionales de enfermería y prescripciones (en millones de euros). En cuanto a los outputs se utilizará en primer lugar un *indicador interno desarrollado por Osakidetza para evaluar la calidad de la asistencia*[13], cuyo nombre es "calidad de Oferta Preferente", y en segundo lugar un indicador que hace referencia a las hospitalizaciones evitables. Como variable exógena aparece el índice de morbilidad (adelantamos ya que su valor es similar durante los tres años de estudio).

Tabla 6: Índices eficiencia técnica con el modelo AED condicionados[11]

Unidad	2010-2011			2011-2012			2012-2013		
	Índice	Índice corregido	IC95% *(Bootstrap)*	Índice	Índice corregido	IC95% *(Bootstrap)*	Índice	Índice corregido	IC95% *(Bootstrap)*
Alto Deba[a]	1,000	0,991	(0,972-1,000)	1,000	0,990	(0,936-1,000)	1,000	0,968	(0,856-1,000)
Araba	0,842	0,841	(0,839-0,842)	0,851	0,850	(0,848-0,851)	1,000	0,999	(0,996-1,000)
Bajo Deba[a]	0,996	0,992	(0,985-0,995)	0,994	0,987	(0,961-0,993)	1,000	0,992	(0,936-1,000)
Barakaldo-Sestao	0,998	0,995	(0,989-0,998)	0,984	0,982	(0,979-0,984)	1,000	0,996	(0,986-1,000)
Barrualde	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)
Bidasoa[a]	0,982	0,979	(0,972-0,982)	0,997	0,993	(0,986-0,997)	1,000	0,967	(0,849-1,000)
Bilbao-Basurto	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)
Donostialdea	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)	1,000	0,999	(0,997-1,000)
Ezkerraldea	0,893	0,891	(0,886-0,893)	1,000	0,998	(0,994-1,000)	1,000	0,996	(0,988-1,000)
Goierri-Alto Urola[a]	0,983	0,981	(0,978-0,983)	0,984	0,981	(0,978-0,984)	0,989	0,985	(0,979-0,988)
Uribe	0,867	0,865	(0,862-0,867)	0,818	0,815	(0,808-0,818)	0,842	0,840	(0,836-0,842)
Media (11 unidades)	0,960	0,957	(0,952-0,960)	0,966	0,963	(0,953-0,966)	0,985	0,977	(0,947-0,985)
Media (33 unidades)	0,969	0,966	(0,951-0,970)						

IC95%: intervalo de confianza del 95%.
[a] Unidades constituidas como OSI.

La eficiencia media del total de centros de salud evaluados es muy elevada 0.96 con respecto a la unidad (Tabla 6). A lo largo de los tres años de evaluación los valores medios han aumentado ligeramente, tanto por el mantenimiento de los niveles en algunos centros como la mejora sustancial de otros. Comparando CAP constituidos como OSI con los CAP tradicionales se muestra una mayor eficiencia según el Índice AED. Sin embargo al aplicar el Índice Corregido se refleja que las diferencias no son significativas, e incluso algunos de los CAP tradicionales son más eficientes que uno de los OSI.

Romano J. y Choi A., estudian un total de 58 EAP pertenecientes a tres servicios de atención primaria de Barcelona (2016). La importancia de este estudio no radica en la comparación de la eficiencia técnica entre diferentes modelos de gestión, sino que en función de las variables incorporadas durante el proceso de AED los resultados pueden tildar de (in)eficientes a EAP que no lo son (Tabla 7). Por ello se realizan tres modelos cuya composición de variables es diferente, siendo el modelo 1 aquel que únicamente incorpora indicadores cuantitativos y el modelo 3 aquel que incorpora una serie de variables cualitativas y que tienen relación con la calidad de la asistencia.

Tabla 7: Composición de los modelos y definición de variables[14]

Composición de los modelos y definición de variables

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Inputs	Número de médicos[a] Número de enfermeras[a] Grupos de riesgo clínico[b] Población[c] <75 años	Número de médicos Número de enfermeras Grupos de riesgo clínico Población <75 años Gasto farmacéutico[e] por usuario	Número de médicos Número de enfermeras Grupos de riesgo clínico Población <75 años Gasto farmacéutico por usuario
Outputs	Número de visitas medicina[d] Número de visitas enfermería[d]	Número de visitas medicina Número de visitas enfermería	Número de visitas medicina Número de visitas enfermería Tasa de resolución de visitas[f] Índice de prescripción farmacológica[g] Cobertura vacuna de la gripe[h] Prevalencia atendida de diabetes[i]

[a] Número de profesionales contratados a jornada completa adscritos al EAP.
[b] Agrupadores de morbilidad medidos como 100 – X% (crónicos dominantes, neoplasias y necesidades elevadas).
[c] Porcentaje de población <75 años de edad.
[d] Media de visitas realizadas por profesional y día.
[e] Relación entre el número de recetas médicas dispensadas efectivas y el número de asegurados consumidores.
[f] Tasa de resolución de visitas medida como 1 – tasa de hospitalizaciones potencialmente evitables.
[g] Indicador compuesto (indicador de prevalencia 25%, indicador universal 25% e indicadores de selección 50%).
[h] Porcentaje de población asignada al EAP con edad ≥60 años correctamente vacunada contra la gripe.
[i] Porcentaje de población ≥15 años asignada y atendida que tiene el diagnóstico de diabetes. Registro CMBD-AP.

En el modelo 1, solo 9 (15.5%) de los 58 EAP alcanzan la puntuación máxima de eficiencia, con un rango entre 0.497 y 1. Al incorporar el gasto farmacéutico como variable en el modelo 2 el número de unidades eficientes aumenta a 10, con un rango entre 0.569 y 1. Por tanto se concluye que el número de EAP eficientes no varía de manera importante con la incorporación del gasto farmacéutico, aunque el rango de los EAP ineficientes aumenta ligeramente. Al

incorporar variables de calidad, en el modelo 3, el número de EAP eficientes aumenta hasta 34 y la media de eficiencia de los equipos ineficientes aumenta hasta 0.981.

Posteriormente se decide comprar los resultados por modelo y tipo de provisión de servicios (público o privado). Se observa que la eficiencia media varía entre ellos en cada modelo y que existe un mayor porcentaje de EAP de gestión privada eficientes con respecto a los EAP del ICS. Sin embargo, el hecho de únicamente contar con 5 EAP de gestión privada con respecto a los 53 EAP pertenecientes al ICS hace que al combinar los resultados por emparejamiento esta diferencia deje de ser estadísticamente significativa.

5.2. OFERTA DE SERVICIOS

Ponsà J., Cutillas S., Elías A. et al comparan 50 Equipos de Atención Primaria (EAP): 34 gestionados por el Instituto Catalán de Salud (ICS), 5 gestionados por entidades de base asociativa (EBA), y 11 gestionados por Otras entidades Proveedoras (OEP)[15]. En cuanto al ratio de pacientes por profesional médico la media de todos los EAP es de 1 médico de atención primaria cada 1599 habitantes, 1 pediatra cada 1102 pacientes menores de 15 años y 1 odontólogo cada 1618 habitantes. La diferencia entre los distintos proveedores se encuentra en el personal de enfermería (1/1549 en ICS, 1/2903 en EBA y 1/1530 en OEP) y administrativo (1/2534 en ICS, 1/2318 en EBA, 1/1829 en OEP).

Guarga A., Gil M., Pasarín M. et al realizan un estudio con 23 EAP de Barcelona, 20 de los cuales pertenecen al ICS y 3 son gestionados por OEP. Para cada EAP-OEP se seleccionó un EAP-ICS comparable en estado de salud (medido a través de indicadores globales de morbimortalidad) y nivel socioeconómico[16]. En términos generales el modelo de gestión ICS posee una mayor oferta de profesionales médicos (1/1534 frente a 1/1973 de OEP) y profesionales de enfermería (1/1714 ICS frente a 1/4340 de OEP), por el contrario el modelo de gestión OEP presenta mayor ratio de personal administrativo (1/4069 frente a 1/4484 de ICS).

Ballart X, Galais C. recogen durante 2015 datos de un total de 368 CAP de toda Cataluña. Doscientos ochenta y cuatro de estos eran gestionados directamente por el ICS, 71 son centros gestionados por consorcios hospitalarios creados en torno a hospitales preexistentes (OEP), y 13 centros gestionados a través del modelo EBA[17]. En éste se comparan 18 indicadores clasificados en tres categorías: actividad, efectividad y eficiencia. Primero se realizó una comparación directa de las medias de los valores obtenidos por cada modelo de gestión para cada variable estudiada, y posteriormente, mediante un proceso de emparejamiento controlado por indicadores socioeconómicos se vuelven a comparar los modelos de gestión tomando como referencia el modelo EBA y estableciendo si la diferencia es significativa o no.

En cuanto al ratio de pacientes por profesional no se proporcionan los datos en valores absolutos, sino que el parámetro de estudio en este caso es “población asignada atendida (%)”, donde se observan diferencias significativas ya que el porcentaje de población asignada en los CAP ICS es 75,4% mientras que en los CAP EBA es 67,05%. En los CAP OEP el porcentaje es de 73,11%.

5.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Ponsà J., Cutillas S., Elías A. et all encuentran los siguientes resultados en cuanto a número de visitas por habitante/año: ICS 6.8, EBA 5.3 y OEP 7.5. Hablando del número de visitas por profesional/día no contamos con datos separados por modelo de gestión, sino que los datos que se reflejan son la media de los tres modelos, por tanto no puede establecerse una comparación de este indicador. La distribución sería de 28.5 consultas de atención primaria, 24 de pediatría y 15 de enfermería.

Guarga A., Gil M., Pasarín M. et all presentan estos datos: en cuanto al parámetro "visitas/ población atendida" el número de éstas es mayor en los CAP ICS (10.1) que en los CAP OEP (7.5). Por el contra, el número de visitas (médico general + pediatra) por día es significativamente mayor en OEP (25.6) que en ICS (20.6). También es mayor el número de consultas de enfermería por día en OEP (22.4) que ICS (14.7).

Ballart X, Galais C. muestran los siguientes resultados: Antes del emparejamiento el número de visitas por profesional al día en ICS es 25.43, en OEP 25.32 y en EBA 23.37. Tras el emparejamiento se confirma que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el modelo de EBA y el resto de modelos de gestión ya que el primero presenta una media de 1.70 visitas menos al día por profesional, traduciéndose en menor carga laboral.

Romano J. y Choi A., muestran para el indicador de número de visitas por profesional médico/día una media de 26.3, siendo este dato inferior a la media de visitas/día en los EAP de gestión privada (5 de los 58 EAP que participan en el estudio) cuya media diaria es de 28.6. En cambio para el número de consultas de enfermería por día la media total, la media de los EAP del ICS y la media de los EAP de gestión privada es prácticamente la misma, siendo 13, 13 y 12.9, respectivamente.

5.4. ACCESIBILIDAD

Ponsà J., Cutillas S., Elías A. et all informan que el 40% de los EAP son capaces de ofrecer una cita con el médico de familia asignado en menos de un día, el 28% entre uno y dos días y el 32% en más de dos días. Además, el porcentaje de EAP que tienen un espacio reservado para consultas espontaneas sin cita previa con el médico asignado es del 88%.

Guarga A., Gil M., Pasarín M. et all afirman que todos los CAP, tanto del ICS como OEP, ofrecen servicio de atención telefónica por parte de los profesionales asignados, ofrecen cita previa y también resolución de trámites administrativos de las prestaciones.

5.5. COBERTURA VACUNAS

Este aspecto lo clasificaremos en dos sub-apartados. Por un lado hablaremos de la cobertura de vacunas en edad pediátrica y por otro de la cobertura de vacuna antigripal en la población >64 años.

- Cobertura de vacunas en edad pediátrica:

Los resultados del estudio de ***Ponsà J., Cutillas S., Elías A. et all*** muestran una cobertura del 85,3% en la población adscrita, cuyos niveles separados por los distintos grupos de provisión son similares: ICS 84.7%, EBA 84.8% y OEP 89.3%.

Por lo que respecta a la vacunación correcta en niños menores de 2 años según ***Guarga A., Gil M., Pasarín M. et all*** las diferencias son significativas entre el grupo de provisión del ICS (86%) y OEP (93.5%).

El tercer artículo que compara los distintos modelos de provisión en Cataluña es el realizado por ***Ballart X, Galais C***. en 2018. Según dicho estudio al hacer la comparación de los valores medios del indicador "cobertura vacunal de la población infantil" se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) entre los tres modelos de provisión (ICS 91.83%, OEP 88.4% y EBA 86.28%). En cambio, tras el proceso de emparejamiento que se realiza para todos los indicadores estudiados, esta diferencia deja de ser significativa ya que la diferencia en % con respecto al EBA es de -10.79 pero el error estándar es de 16.

- Cobertura de vacuna antigripal en población >64 años:

Siguiendo el mismo orden de citación de los artículos del sub-apartado anterior encontramos para el primer artículo diferencias significativas en cuanto a la cobertura de vacunación antigripal entre los tres grupos de provisión: ICS 54.6%, EBA 59.2% y OEP 61.7%.

Por el contrario, en el segundo de los artículos analizados no se encuentras diferencias significativas entre los distintos modelos de gestión, siendo sus porcentajes prácticamente iguales (ICS 49.8% y OEP 48.9%).

Tampoco se encuentra en el tercer artículo estudiado una diferencia estadísticamente significativa en la "cobertura vacunal antigripal de la población >60 años" ni en la comparación de los valores medios ni tras el proceso de emparejamiento (ICS 48.46%, OEP 50.28% y EBA 51.32%).

Los datos del estudio de ***Romano J. y Choi A***., revelan una mayor cobertura de vacuna contra la gripe en los 5 EAP de gestión privada (55.5%) que en la media del estudio (50.9%). A pesar que esta disminución de la media es debida principalmente a un Área de salud concreta, Alt Penadés con 14 EAP, cuya cobertura vacunal es del 42.6%, las otras dos Áreas de Salud pertenecientes al ICS no superan el 51% de cobertura para población >64 años.

5.6. CONTROL FACTORES DE RIESGO

Para este apartado consideraremos solo dos factores de riesgo: hipertensión y diabetes. Tras una amplia búsqueda y análisis de varios artículos solamente se han encontrado dos estudios que hagan comparaciones entre distintos modelos de provisión del grado de control de la diabetes y la hipertensión.

El primero de los estudios (ambos realizados en Cataluña) detecta una prevalencia de hipertensión arterial del 24.3% y de hipertensos con un buen control (cifras inferiores a 140/90) por debajo del 50%. En el caso de los pacientes diabéticos hay una prevalencia del

8,5% de la población y le grado de buen control (hemoglobina glicosilada < 7%) de un 38,7%. En ningún caso se han mostrado resultados separados por distintos modelos de provisión de recursos ni se especifica si existen o no pacientes que poseen ambos factores de riesgo.

En este segundo estudio comparativo sí que se muestran los datos de los indicadores pertenecientes a este apartado separados por tipo de centro y posteriormente tras el emparejamiento por poblaciones de nivel socioeconómico similar. La prevalencia atendida de diabetes mellitus tipo 2 muestra diferencias estadísticamente significativas entre los distintos centros, siendo superior en los centros pertenecientes al ICS (10.96%) en comparación con los centros pertenecientes a OEP (8.61%) o EBA (9.3%). Esta diferencia significativa ($p<0.05$) se confirma tras el proceso de emparejamiento con una prevalencia atendida por las EBA 0.92% inferior a los otros modelos de gestión. La siguiente variable a tratar es el porcentaje de pacientes con un control glucémico aceptable en el que se encuentran diferencia significativas al realizar la comparación por centros, siendo mayor en centros del ICS (112%) que en el resto de formas de gestión OEP (70.32%) EBA (70.04%). Sin embargo tras el emparejamiento por estatus socioeconómico las diferencias dejan de ser significativas, mostrando una diferencia de -36.93 puntos con un error estándar de 35.43 puntos.

Para el factor de riesgo de la hipertensión no contamos con el dato de la prevalencia atendida del mismo, únicamente contamos con el indicador "control de la presión arterial aceptable". En este caso ni la comparación por centros ni tras el proceso de emparejamiento se muestran unas diferencias estadísticamente significativas para al variable estudiada, a pesar de encontrar valores superiores de control en los centros gestionados por ICS (103%) con respecto a los OEP (78.02) o EBA (76.34). En la comparación tras emparejamiento el error estándar es superior a la diferencia mostrada entre los centros de provisión EBA y el resto.

5.7. GASTO UNITARIO y GASTO FARMACOLÓGICO

El coste por habitante y año en concepto de personal, bienes y servicio es de 99.2€ y el importe líquido de la prescripción farmacéutica por habitante y año es de 162.5€ según ***Ponsà J., Cutillas S., Elías A. et all.*** El valor del primer indicador es similar entre el ICS (99.9€) y OEP (98.5€) a diferencia de las EBA, que es menor (95.4€); en concepto de prescripción farmacéutica es superior en los OEP (170.1€) frente al ICS (162.5€) y las EBA (149€).

Por lo que respecta al trabajo de ***Guarga A., Gil M., Pasarín M. et all*** los indicadores de costes analizados son superiores en los EAP ICS que en los EAP OEP comparables, siendo estos valores de 147.08€ frente a 104.43€ en gasto/población adscrita y 269.77€ frente a 171.66€ en gasto/ población atendida, respectivamente. Sin embargo la utilización del coste por visita, que valora el servicio realmente utilizado, es relativamente homogéneo entre los EAP comparables (42€ ICS frente a 35.92€ OEP) salvo en la zonas de nivel socioeconómico elevado en los que claramente existe un gasto mayor al doble en ICS frente a OEP.

Ballart X, Galais C compara el coste-eficiencia de 284 EAP ICS con 71 EAP OEP y 13 EAP EBA mediante los valores medios de cada indicador. En cuanto al índice de calidad farmacéutico (representado como tasa de usuarios polimedicados) es 9 puntos mayor entre los EBA con

respecto a ICS y OEP. Por otro lado la media del coste por usuario no presenta apenas diferencias entre los distintos modelos de provisión de servicios.

Sin embargo, tras el proceso de emparejamiento por estatus económico, población y superficie de región sanitaria encontramos que el coste por usuario sí que adquiere diferencias estadísticamente significativas, ya que los centros EBA gastan casi 33 euros menos por paciente que el resto de EAP. El índice de calidad farmacéutico sigue siendo más elevado entre los EBA pero con menor margen, aun manteniendo la diferencia significativa.

El gasto en farmacia por usuario en el estudio de ***Romano J. y Choi A***., es, de media, 216.2€. Entre los 53 EAP pertenecientes al ICS y los 5 EAP de gestión privada no existen diferencias estadísticamente significativas si únicamente utilizamos este indicador como medida de eficiencia. Esto corrobora que en el análisis envolvente de datos al introducir esta variable no genere mayores diferencias entre los centros del ICS y los de gestión privada, a pesar de que en ambos casos aumentaba el número de centros eficientes, y, los ineficientes incrementaban su rango de eficiencia.

5.8. RESULTADO DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN ASTURIAS

Se ha decidido dedicarle un apartado especial a los resultados de la gestión clínica en Asturias por diversos motivos. El primero es que la única fuente de datos y análisis es, hasta la fecha, el propio Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). El segundo motivo, es por tanto, que no existen estudios comparativos directos entre distintos modelos de provisión de servicios entre distintas Comunidades Autónomas que utilicen el mismo método de recogida de datos y análisis. El informe más reciente con datos que atañen directamente a la gestión en Atención Primaria es del 2011, dos años después de la creación de las primeras Unidades piloto.

El porcentaje de población atendida a través de las unidades de gestión clínica fue en dicho año del 6,2%, lo que equivale a un total de 66.042 usuarios.

La totalidad de las unidades y áreas activas cumplieron con sus compromisos de objetivos asistenciales y de objetivos de calidad, y 27 de las 32 Unidades (84.4%) cumplieron su presupuesto, generando ahorro. De estas 5 Unidades ninguna era una unidad de Atención Primaria. El presupuesto total gestionado por las Unidades de Atención primaria fue de 30.548.268€, con un balance positivo al final del año de 1.904.706€ (Tabla 8).

En farmacia por receta, las unidades de Atención Primaria han reducido su gasto cuatro veces más que los centro de salud tradicionales. En el periodo 2009-2011 el conjunto de Asturias redujo un 3.17% dicho gasto pasando de 27.73€ en 2009 a 26.85€ en 2011. Esta reducción fue del 10.53% para las unidades de gestión clínica de atención primaria: de 26.66€ se bajó a 23.85%; mientras los centros de salud tradicionales bajaron un 2.51% de 27.76€ a 27.06€ (Tabla 9). Estos resultados económicos se han producido en un entorno de mejores resultados asistenciales y de calidad.

Tabla 8: Balance económico de los 4 grupos según nivel y complejidad asistencial[6]

	Atención Primaria	Salud Mental	Atención Especializada No HUCA	HUCA	**Totales**
Presupuesto	30.548.268 €	32.037.031 €	34.965.957 €	103.884.669 €	**201.435.925 €**
Gastos	28.742.720 €	30.692.630 €	33.772.547 €	104.888.014 €	**198.095.910 €**
Ingresos	99.157 €	71.868 €	344.636 €	1.083.632 €	**1.599.294 €**
Balance	+1.904.706 €	+1.416.269 €	+1.538.046 €	+80.288 €	**+4.939.309 €**

Tabla 9: Farmacia por receta. Gasto medio mensual por persona protegida. Evolución 2009-2011[6]

	2009	2010	2011	**Diferencia % 2009-11**
Asturias Total	27,73 €	28,15 €	26,85 €	**-3,17%**
Asturias Gestión Clínica	26,66 €	25,33 €	23,85 €	**-10,53%**
Asturias No Gestión Clínica	27,76 €	28,36 €	27,06 €	**-2,51%**

Según el informe del SESPA las unidades de gestión clínica de atención primaria obtuvieron un mayor porcentaje de diabéticos e hipertensos que tienen su enfermedad bajo control y una mayor tasa de vacunación antigripal en mayores de 65 años, que los centros de salud tradicionales (Tabla 10). Además, desde la creación de estas unidades de gestión clínica, se ha producido un incremento del control de dichos factores de riesgo y cobertura de vacuna antigripal.

Tabla 10: Resultados de indicadores asistenciales de atención primaria comparando las Unidades de Gestión Clínica con el resto de la Atención Primaria no-gestión clínica[6.]

Ámbito	Periodo	Indicador	Media Asturias		Asturias - No GC		Asturias GC	
Primaria	2009-2011	Diabéticos controlados (1)	2009	24,98 %	2009	24,99 %	2009	24,66 %
			2011	25,17 %	2011	24,91 %	2011	28,81 %
			Variación	- 0,19 %	Variación	- 0,08 %	Variación	+ 4,15 %
Primaria	2009-2011	Hipertensos controlados (2)	2009	34,79 %	2009	34,74 %	2009	36,26 %
			2011	36,54 %	2011	36,39 %	2011	38,6 %
			Variación	+ 1.75 %	Variación	+ 1,65 %	Variación	+ 2,34 %
Primaria	2009-2011	Mayores de 65 años vacunados de la gripe	2009	59,36 %	2009	59,23%	2009	63,7 %
			2011	57,89 %	2011	57,31%	2011	66,7 %
			Variación	-1,47 %	Variación	-1,92%	Variación	+3 %

(1) Diabéticos con Hemoglobina glicosilada menor de 7
(2) Hipertensos con Tensión Arterial dentro de cifras normales

5.9. CONOCIMIENTOS SOBRE AUTOGESTIÓN Y OTROS MODELOS ORGANIZATIVOS

Se realizó una búsqueda a través de diferentes fuentes con la finalidad de encontrar publicaciones en las que reflejaran los conocimientos, percepciones y expectativas de los profesionales de Atención Primaria sobre la autonomía de gestión u otros modelos de gestión diferentes al modelo tradicional de su Comunidad Autónoma. Únicamente se ha podido encontrar un artículo realizado por ***Tamborero G, Esteva M, March S. et all*** en 2014 sobre dicho tema. Para el estudio se empleó un cuestionario anónimo y autocomplimentable de 15 ítems que fue enviado vía online a un total de 1097 profesionales de AP (personal médico, de enfermería y administrativos) del Área de Salud de Mallorca (que se compone de 45 CAP con cobertura de 862000 habitantes). La tasa de respuesta fue de casi el 50% obteniendo un total de 546 participantes.

Del total de participantes un 11% mostró un alto nivel de conocimientos sobre autogestión. En cuanto a los requisitos de un centro con autonomía de gestión (CAG) los profesionales consideraron que la capacitación de los coordinadores, la disponibilidad de sistemas de asignación presupuestaria correctos y contratos de gestión adecuados eran los requisitos de mayor importancia (Figura 2). Los requisitos menos factibles de conseguir, según los encuestados, fueron el pacto político sobre la autogestión y la obtención de cambios normativos facilitadores de una mayor autonomía.

Figura 2: Requisitos de un centro con autonomía de gestión. Valoración comparativa de su importancia y de su factibilidad (n=433)[18]

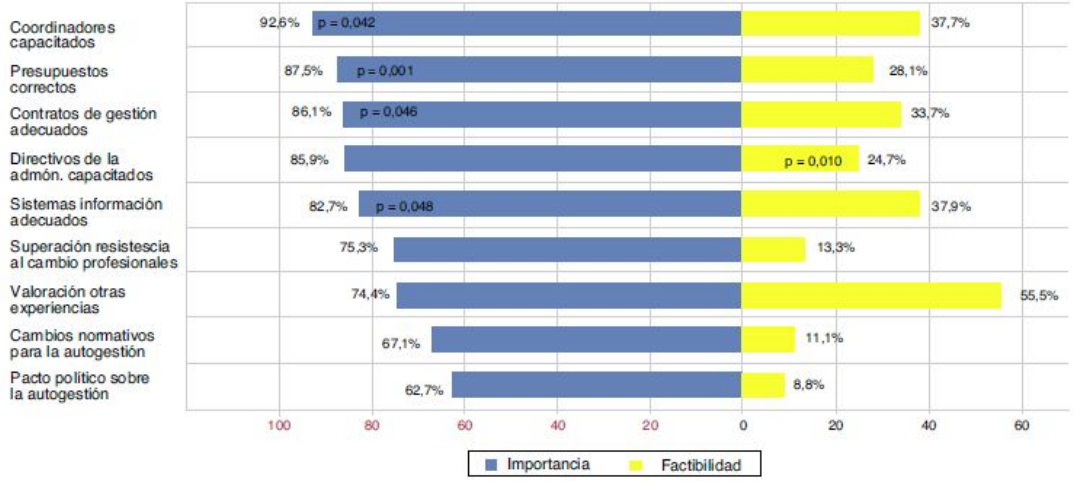
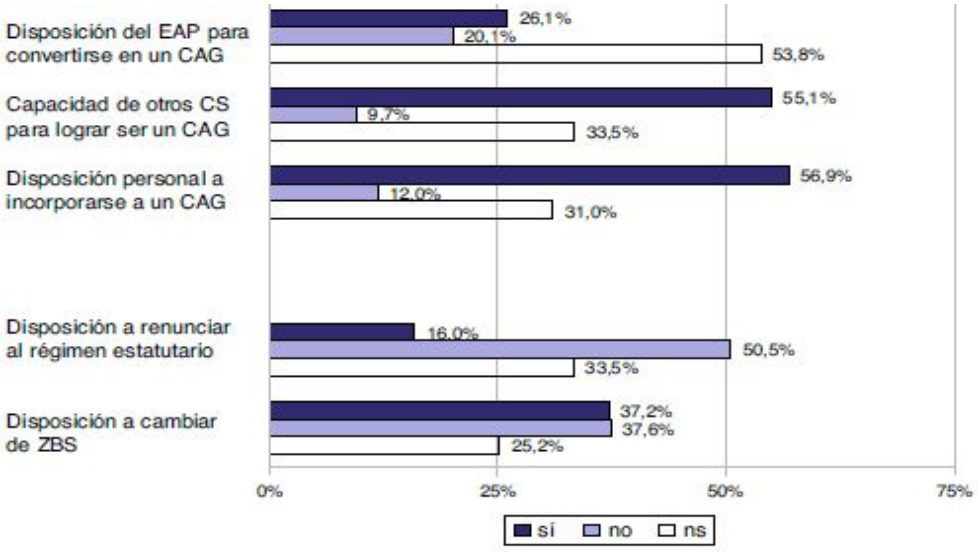


Figura 3: Interés y disposición de los profesionales para incorporarse a un centro con autonomía de gestión (n=432)[18]



Un 62.7% prefería que los CAG dependieran de la Administración Pública, el 31% de sociedades profesionales y un 5% de empresas públicas, mientras que un 0.9% apoyaría su dependencia de empresas privadas. Hasta casi un 80% de los encuestados se ofrecería a trabajar en un CAG piloto (Figura 3).

El 56.9% de los profesionales encuestados ven capacitados otros CAP para lograr ser un CAG, datos superiores a la percepción de ver su propio CAP como un CAG. A pesar de que un 56.9% estaría dispuesto a incorporarse a un CAG solamente el 16% estaría dispuesto a renunciar al régimen estatutario.

6. DISCUSIÓN

Han pasado ya 35 años desde la reforma de la Atención Primaria a través del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud[8]. Durante todo este tiempo el camino que ha recorrido la Atención Primaria ha sido, en términos generales, bastante difícil. La motivación e iniciativa de muchos profesionales hizo que el papel del Médico de Familia no fuera simplemente el de ofrecer simplemente asistencia médica ante un problema puntual, sino que se ha logrado, con mucho esfuerzo (reflejado institucionalmente en la conferencia internacional de Alma Ata), ofrecer un asistencia integral, que incluya la prevención y la promoción de la salud como máximo exponente, y en menor medida pero no por ello menos importante la tarea de investigación y docencia. La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986, junto con las medidas mencionadas anteriormente, crearon el clima perfecto para el auge de la atención primaria como puerta de entrada a los diferentes niveles asistenciales, sumado a ello la reorganización y reorientación del SNS mediante aumento de fondos, personal y un proceso de descentralización que a priori mejoraría la gestión de recursos y provisiones.

Sin embargo, este desarrollo comenzó a declinar. La implantación del nuevo modelo de manera desigual y heterogénea (que dependía mayormente de la voluntad política de cada gobierno autonómico), junto con un impulso de prácticas de mercado con orientación hacia procesos privatizadores (colaboración público privada) como la que permite la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre utilización de nuevas formas de gestión y de descentralización, comienza lo que Irigoyen denomina “segunda etapa” del SNS[5, 19].

Veinte años después, nos encontramos en una situación de, si no declive, de mantenimiento en cuanto a garantía de supervivencia de nuestro sistema sanitario se refiere. Si bien en diversos estudios europeos España se ubica entre los países con un sistema sanitario fuerte, universal y con una red de Atención Primaria amplia[20], la realidad es que el número de

pacientes crónicos aumenta, el número de profesionales de la Atención Primaria está bajo mínimos, al igual que el presupuesto destinado para este primer nivel asistencial, la carga laboral aumenta ya que en una mañana se pueden realizar hasta 40 consultas. Todo ello se refleja en una mayor tasa de derivación al segundo nivel asistencial, unas listas de espera más largas, un sobreuso de pruebas médicas, de prescripción innecesaria y una mayor distancia entre los profesionales del centro de salud y los profesionales de los centros hospitalarios.

Todo lo mencionado anteriormente refleja que el techo de actuación del sistema sanitario está muy cerca, y son necesarias medidas, nuevas formas de gestión que permitan lidiar con la realidad sociosanitaria a la cual nos vamos a exponer las siguientes décadas. La motivación de realizar este trabajo ha sido precisamente esa, buscar documentación de estudios que comparen diversos modelos de provisión con la finalidad de extraer los puntos fuertes de cada uno de ellos y valorar hacia donde podría encaminarse una reforma del sistema sanitario en cuanto a gestión clínica significa.

7. CONCLUSIONES

1. El principal objetivo del presente estudio era determinar qué modelo de gestión de Atención Primaria en España era el más técnico-eficiente, y por tanto capaz de ofrecer la mejor provisión de recursos con el menor coste posible, manteniendo unos buenos niveles de satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales. Sin embargo, existen dos motivos por los cuales ha resultado complicado esclarecer dicho objetivo. El primero de ellos, y más importante, es la falta de estudios y evaluaciones continuas tanto a nivel provincial como autonómico de las distintas Áreas de Salud, que permitan realizar un seguimiento de la eficiencia y calidad asistencial de la Atención Primaria. El segundo de los motivos es la ausencia de un método de análisis de indicadores estándar que incluya los mismos criterios para cada estudio, de manera que facilitaría la comprensión y comparación de los resultados entre Comunidades.
2. La gestión clínica que comenzó a instaurarse en Asturias se está mostrando como un modelo asistencial eficiente y satisfactorio, por lo que una extensión correctamente planificada de la misma al resto del SESPA puede contribuir a la sostenibilidad de los servicios sanitarios en el Principado de Asturias. Este modelo podría ser tomado como ejemplo en otras Comunidades Autónomas si realmente la evolución del mismo es satisfactoria.
3. En términos generales, se observa una mejora generalizada de la eficiencia técnica media de la mayoría de centros analizados durante los años de estudio. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en EAP con diferentes modelos de provisión de servicios ni ámbito territorial. Los resultados de esta investigación están condicionados por los indicadores disponibles y por la selección que se ha hecho de los mismos.
4. Se ha evidenciado la necesidad de incorporar como outputs en el Análisis Envolvente de Datos indicadores de calidad asistencial a la hora de plantear criterios de racionalización de los servicios de Atención Primaria. Su incorporación está vinculada a

errores de ineficiencia menores que si solo se ha tenido en cuenta indicadores cuantitativos.

5. Por lo que respecta a la oferta de servicios el porcentaje de población atendida por los EAP es significativamente menor que el ICS. En cuanto a los ratios pacientes/profesional son favorables para los EAP pertenecientes al ICS para los médicos y enfermeros en todos los estudios, pero no para los administrativos, donde presenta los peores ratios, en contraposición de los EAP OEP.
6. La cobertura del calendario vacunal en edad pediátrica es, en términos porcentuales, muy alta para todos los estudios y modelos de gestión, si bien los EAP OEP presentan cifras entre 2 y 4 puntos por encima del resto de centros. La mitad de los estudios muestran diferencias significativas para la cobertura de la vacuna antigripal, siendo favorable para los EBA con respecto a los centros pertenecientes al ICS.
7. Una limitación de este trabajo es la dificultad para encontrar estudios que comparen el grado de control de dos de los factores de riesgo más importantes actualmente como son la hipertensión y la diabetes en función del modelo de provisión de servicios. Por tanto, lejos de poder cumplir el objetivo de establecer qué modelo de gestión es más eficaz en el control de dichos factores de riesgo, podemos concluir que en general las tasas de control son aceptables.
8. Uno de los hallazgos más importantes en este estudio es la diferencia en el coste unitario y el gasto farmacológico según el modelo de provisión. En todos los artículos en los que se ha realizado una comparación por indicadores se ha mostrado una diferencia significativa siendo los costes de las EBA inferiores a otros modelos de provisión, en especial los pertenecientes al ICS. Esta disminución de costes se produce además en un contexto de mejor calidad de prescripción farmacológica de las EBA de hasta 9 puntos por encima de los centros del ICS.
9. Los datos aportados sobre los conocimientos y posicionamiento de los profesionales de Mallorca sobre la autonomía de gestión son de gran importancia ya que puede contribuir a planificar con otro enfoque y de forma participativa la puesta en marcha de Centros con Autonomía de Gestión en el Área de Salud estudiada. Por otro lado este trabajo nos revela la necesidad de realizar este tipo de estudios en las diferentes Comunidades Autónomas, tanto las gestionadas por un modelo tradicional como aquellas con programas piloto de nuevas formas de gestión para valorar el grado de conocimiento y de participación activa de los profesionales sanitarios en posibles nuevos CAG.
10. Finalmente podemos concluir a partir de los datos que es necesario, si no la promoción, el mantenimiento de otras formas de gestión de la Atención Primaria, en especial aquellas que doten de una mayor autonomía a los profesionales lo cual permite una mayor competencia y motivación entre ellos, a través del cumplimiento de diferentes objetivos pactados con la entidad gestora o la administración, que, si son cumplidos, pueden ser traducidos en incentivos y mejoras en el contrato laboral.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Jurado, J., Chacón, J., Martín, G., et al. Autogestión en la Atención Primaria española. http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/autogestion_ap.pdf
2. Bonet, A. 25 Aniversario Salvador Pau. Un proyecto inacabado. (diapositiva). Valencia. 110 diapositivas.
3. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, spnre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado,* 1 de febrero de 1984, Referencia: BOE-A-1984-2574. [consultado el 14 de octubre 2018]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574&p=19990426&tn=1
4. Salvador Comino, M. R., Krane, S., Schelling, J., & Regife García, V. (2016). Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España.
5. Martínez Cía, N., Pérez Pérez, M., Heras-Mosteiro, J., Gutiérrez Ávila, G., Díaz-Olalla, J. M., & Ruiz-Giménez Aguilar, J. L. (2018). Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria, 32, 17-21. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.004
6. Servicio de Gestión Clínica. Resultado de la Gestión Clínica en Asturias 2011 [Internet]. Asturias: SESPA; 2011 p. 1-11. Available from: http://gestionclinica.sespa.es/pdf/resultados_gc2011.pdf
7. Castelltort, A. L. (2012). ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 57-62. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.004
8. García, E. (2005). Modalidades organizativas y de gestión en Atención Primaria. Rev Adm Sani; 3 (1):67-72.
9. Herrero Tabanera, L., Martín Martín, J. J., & López del Amo González, M. P. (2015). Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, *29*(4), 274–281. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.001

10. Pérez-Romero C, et al. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gac Sanit. 2017. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005
11. Cordero J, Nuño-Solinís R, Orueta J, Polo C, del Río-Cámara M, Alonso-Morán E. Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. Gaceta Sanitaria. 2016;30(2):104-109.
12. Pinillos M, Antoñanzas F. La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia. Gaceta Sanitaria. 2002;16(5):401-407.
13. Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, et al. Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de atención primaria, Revisión de la oferta preferente uy del programa informático de soporte (PAP). Investigación comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, 2011. Informe Osteba D-11-01.
14. Romano J, Choi Á. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad. Gaceta Sanitaria. 2016; 30(5):359-365.
15. Ponsà J, Cutillas S, Elías À. Les noves formes de gestió de l'atenció primària. Annals de Medicina. 2003;86(4).
16. Guarga A, Gil M, Pasarín M, Manzanera R, Armengol R, Sintes J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión. Atención Primaria. 2000;26(9):600-606.
17. Ballart X, Galais C. ¿Gestión pública, privada o por el tercer sector? Diferencias en los resultados en atención primaria de Cataluña. Atención Primaria. 2018;.
18. Tamborero G, Esteva M, March S, Guillén M. Autonomía de gestión en atención primaria: posicionamiento de los profesionales de Mallorca. Atención Primaria. 2015;47(2):99-107.
19. Irigoyen J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Universida de Granada; 1997. P. 294.
20. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. British Journal of General Practice. 2013;63(616):e742-e750.