

Reflexiones sobre la atención primaria de salud

**Antoni Dedeu, Carolina Lapena,
Tino Martí, Josep M.^a Monguet,
y Josep M. Picas**

Documento de trabajo 172/2011



Antoni Dedeu, médico de familia. Actualmente es director de Asuntos Internacionales y Cooperación Sanitaria del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Ha ejercido tanto de médico de familia como de gestor de atención primaria en el área de Barcelona del Institut Català de la Salut. Ha sido consultor internacional para reformas sanitarias en países de Europa del Este. Miembro del European Forum of Primary Care y de BSalut.

Carolina Lapena, diplomada en Enfermería por la UAB. Actualmente ejerce como enfermera asistencial en el Centro de Salud Sanllehy (ICS), en Barcelona. Licenciada en Antropología. Máster en salud pública. Máster en Antropología y Etnografía por la UB. Ha desarrollado su actividad profesional en la atención primaria desde el año 1998. Miembro del grupo de trabajo creado para fomentar la continuidad asistencial en la zona Dreta de Barcelona ciudad.

Tino Martí, economista de la salud. Actualmente es responsable económico y de innovación del Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP). Ha ejercido desde 2001 funciones de administración y gestión de atención primaria en el Institut Català de la Salut (ICS). Ha colaborado con la OMS en proyectos de reforma hospitalaria y emergencias en Asia Central y Europa del Este. Miembro del grupo Bsalut y editor de la Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (RISAI.org).

Josep M.^a Monguet, Dr. ingeniero industrial. Profesor en la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC). Investigador en i2Cat. Miembro de la Comisión Ejecutiva de BCD (Barcelona Centro de Diseño). Coordinador del Programa de Doctorado en Ingeniería de Sistemas de la UPC. Ha sido vicerrector de la UPC, director de Graduado Superior en Diseño de la UPC, director del Graduado en Multimedia de la UOC y la UPC, y director del Laboratorio Multimedia de la UPC de la red Tecnio. Última publicación: Por qué algunas empresas tienen éxito y otras no. Modelos de negocio, ideas clave y herramientas para innovar.

Josep M. Picas, médico. Actualmente es director de Sistemas de Información y TIC del Hospital de la Sta Creu i Sant Pau de Barcelona. Es diplomado en Gestión Sanitaria en ESADE. Ha sido gerente de atención primaria del ICS en Barcelona ciudad y anteriormente director asistencial de PAMEM (Servicios de atención primaria del Ayuntamiento de Barcelona). Ha formado parte del Board del International Disease Management Alliance en New Jersey (EE UU) y del Medical Records Institute en Boston (EE UU). Actualmente es vicepresidente del Forum catalán de informática y salud y presidente del Healthcare IT Management Association en Bruselas.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet y Josep Manel Picas

ISBN: 978-84-92957-74-3

Depósito Legal: M-38699-2011

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1. Orígenes y evolución del modelo en el entorno de los países desarrollados	9
1.1 Antecedentes de la atención primaria	9
1.2 Impacto de la atención primaria	12
1.3 Tendencias	14
1.4 Influencias para el desarrollo futuro	15
2. Una visión histórica de la atención primaria y su encuadre en la evolución del país	17
2.1 Primera fase (1960-1980): la atención primaria antes de la reforma	19
2.2 Segunda fase (1980-2000): la reforma de la atención primaria y su despliegue..	21
2.3 Tercera fase (2000-2010): el desgaste del impulso reformista	23
3. Redefinición en el modelo organizativo y de financiación que se está generando en algunos países	25
3.1 Condicionantes/ <i>drivers</i>	25
3.2 Antecedentes organizativos en España	28
3.3 <i>Accountable Care Organizations</i> (ACO)	31
4. Una aproximación a la continuidad asistencial en España. Un análisis de la dinámica de relaciones entre la atención primaria y los entornos hospitalario y social	37
4.1 Reforma de la atención primaria	39
4.2 La diferenciación: ámbitos asistenciales	41
4.3 La desigualdad: niveles asistenciales	42
4.4 La tecnología y la especialización	43
4.5 Colaboración entre niveles: ¿reciprocidad o subordinación?	45
4.6 Paradoja	46
5. Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en la salud	48
5.1 Las TIC que conocemos y las que vendrán	48
5.2 Las TIC son una condición necesaria, pero no suficiente	49
5.3 Aplicaciones de las TIC en salud	50
5.4 Innovación abierta en TIC y salud	55
5.5 Barreras a la innovación	56
5.6 Innovación sostenible	57
5.7 Cultura de la excelencia y los resultados	58
5.8 Consecuencias de la aplicación de las TIC en salud	59

6. Conclusiones y recomendaciones	60
6.1 Hacia un nuevo periodo reformista	61
6.2 Premisas para una reforma viable	62
6.3 Instrumentos para el cambio	63
6.4 Los trazos principales	65
Bibliografía	67
Índice de Tablas y Gráficos	71

Siglas y abreviaturas

ACO	<i>Accountable Care Organizations</i>
AP	Atención primaria
EAP	Equipos de atención primaria
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i>
MIR	Médico interno residente
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCMH	<i>Patient Centered Medical Home</i>
PIB	Producto interior bruto
TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Reflexiones sobre la atención primaria de salud

Antoni Dedeu

Director de Asuntos Internacionales y Cooperación Sanitaria
del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Carolina Lapena

Enfermera asistencial en el Centro de Salud Sanllehy

Tino Martí

Responsable económico y de innovación del
Consorci Castelldefels Agents de Salut

Josep M.ª Monguet

Profesor en la Universitat Politècnica de Catalunya

Josep M. Picas

Director de Sistemas de Información y TIC
del Hospital de la Sta Creu i Sant Pau de Barcelona

Desde hace unos años, diversas voces sugieren que el modelo actual de atención primaria en España ha alcanzado su madurez y que debería iniciar un nuevo replanteamiento. Un grupo de profesionales, procedentes de diversas disciplinas de conocimiento y con diversa experiencia profesional, abordan el reto de plantear cuáles deberían ser las líneas futuras de evolución.

A lo largo de los diversos capítulos se realiza siempre un análisis dentro de los contextos que corresponden y estando siempre atentos a las dinámicas de relaciones con entornos, situaciones socioeconómicas y de los diversos agentes que interactúan, intentando evitar situarse en la retórica, realzando por el contrario los aspectos más pragmáticos.

El texto transcurre, tras el análisis histórico, por los distintos recorridos en otros países, para acabar centrado en la dinámica de relaciones y en la aportación que puedan realizar las nuevas tecnologías; finaliza en el apartado de recomendaciones y conclusiones con la voluntad de concretar tanto los futuros puntos de discusión como los aspectos más operativos para el avance. Se sugiere:

- Iniciar un nuevo periodo reformista viable con las características siguientes:
 - Sostenible, en especial teniendo en cuenta un entorno de gran incertidumbre económica como es el actual.
 - Coste efectivo, junto con la reconsideración de muchas de las actividades realizadas actualmente.
 - Con gobernanza de la equidad y de la calidad con la participación de todos los agentes implicados para establecer las líneas de evaluación.
 - Productivo sanitariamente, aplicando conceptos industriales.
 - Flexible ante los cambios del entorno.

- Potenciar la utilización de un conjunto de instrumentos para el cambio:
 - Nuevo profesionalismo basado en el liderazgo y el esfuerzo, bien orientado, con la colaboración de las TIC.
 - Ordenación de la demanda sanitaria y su gestión, en especial en los pacientes crónicos, conjuntamente con la potenciación del conocimiento del paciente.
 - Nuevo sistema organizativo sanitario de financiación y pago, una condición básica e imprescindible para iniciar los cambios necesarios.
 - Centrado en el paciente y en sus problemas de salud, con una atención concurrente y soportado por la evolución del proceso de informatización/digitalización, enlaces y las redes sociales.

- Los trazos principales recomendados son:
 - Mantener y potenciar la independencia de la atención primaria, de su estructura de gestión y de la organización sanitaria hospitalaria.
 - Reducir las rigideces del sistema funcional, es fundamental para que la atención primaria posea capacidad de autoorganización, gestión y negociación.
 - Cambiar el sistema de contratación de servicios, que definirá los cambios de actuación de los profesionales clínicos.
 - Aplicar la lógica de redes, iniciando un proceso de estructuras distribuidas y superando la actual concentración de actuaciones presenciales.

Introducción

La actual atención primaria española procede del modelo iniciado por el Instituto Nacional de Previsión (INP), organismo gestor de las prestaciones sociales, creado en el año 1908 por Antonio Maura, que, tras una sucesiva administración de beneficios en las pensiones y asistencia sanitaria de diversos colectivos, generó en el año 1942 el seguro obligatorio de enfermedad. Se basaba en un modelo de médico de cabecera que tenía cuatro funciones básicas: atención a procesos asistenciales generalmente agudos, ordenación de flujos de pacientes (básicamente gracias a una herramienta burocrática conocida como P10), prescripción farmacéutica y control de bajas laborales. El servicio, inicialmente, era obligatorio solo para los trabajadores del sector “productivo” y mayoritariamente industrial. Posteriormente, fue extendiéndose a otros colectivos y evidentemente al sector de jubilados.

En los años ochenta (del siglo pasado) se inició la denominada reforma de la atención primaria, que, de acuerdo con tendencias de otros países desarrollados, introdujo una orientación más preventivista, de gestión de procesos tanto agudos como crónicos, basada en un modelo de trabajo en equipo, introduciendo las consultas de enfermería y coincidiendo, posteriormente, con la generalización y universalización de la cobertura. Si continuamos con la cadencia de 30 años, actualmente en 2010 nos encontramos ante una tesitura (entendida como actitud o estado de ánimo) que exige un nuevo replanteamiento de la situación, tanto desde el punto de vista organizativo como funcional. Diferentes factores contribuyen a ello:

- La evolución cultural del entorno sanitario, el aumento del conocimiento sanitario, tanto por parte de los profesionales como por parte de los ciudadanos (y en concreto de los pacientes).
- La promoción y aceptación de una cultura de (auto)organización y gestión por parte de los propios profesionales.
- La introducción de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) como herramientas que facilitan la gestión de la información y del conocimiento, su compartición y posiblemente el autocontrol por parte de los pacientes. Tampoco es desdeñable su contribución a la reducción del alto componente burocrático ligado hasta ahora a la actividad sanitaria.

- La persistencia de “culturas propias” y a veces enfrentadas entre los entornos de la atención primaria y la atención especializada-hospitalaria que han hecho fracasar sucesivamente diversos intentos de potenciar y obtener una real atención integrada de servicios.
- La obsolescencia del modelo de financiación actual, que es antitético en su aplicación a la atención primaria o a la hospitalaria y, por lo tanto, dificulta la gestión integrada de procesos clínicos.
- El cambio de modelo epidemiológico, con la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, y el consiguiente cambio de orientación del papel de los hospitales.
- La necesidad de ser eficientes y actuar bajo patrones de calidad y de garantizar la seguridad del paciente.
- La facilidad en conocer, evaluar y compartir otras experiencias internacionales, que progresivamente van acercando modelos que inicialmente dibujaban modelos organizativos y aproximaciones asistenciales totalmente opuestas. Las TIC facilitan que la información sobre buenas prácticas y modelos se extienda rápidamente.
- Por último, y aunque desconocemos hasta qué punto pueda ser coyuntural, la difícil situación de la dinámica económica actual, que dificulta la financiación de los servicios públicos y en concreto los sanitarios, ya sea a través de los impuestos generales o las cotizaciones sociales, a lo que cabe añadir la discusión sobre la conveniencia de introducir tasas en el uso de estos servicios y la afectación que esto producirá sobre los ciudadanos-pacientes.

Dada la complejidad de la situación actual, la obsolescencia y agotamiento del modelo actual y la oportunidad de iniciar un replanteamiento, un grupo de profesionales procedentes de diversas áreas de conocimiento y con experiencias profesionales dispares, pero complementarias, pretenden abordar la situación a través de un análisis poliédrico y apuntar dentro de sus posibilidades un conjunto de conclusiones que promuevan la apertura de un debate que facilite la redefinición de los planteamientos actuales.

La pretensión de los autores es entrar en profundidad en los distintos aspectos enunciados. Por este motivo, se han unido profesionales de atención primaria, de las tecnologías de la información, economía de la salud y gestores (con diversa experiencia nacional e internacional y con conocimientos base ligados a diversos campos: medicina, enfermería, ingeniería, economía, antropología).

Los autores hemos decidido realizar un redactado conjunto, basado en distintos apartados que se corresponden con nuestras áreas de conocimiento.

1. Orígenes y evolución del modelo en el entorno de los países desarrollados

1.1 Antecedentes de la atención primaria

La evolución de la atención primaria va ligada a la propia evolución histórica de la medicina. La medicina ha seguido diferentes cursos a través del tiempo y de las diferentes culturas. Es imposible cifrar con precisión los orígenes de la medicina; de todas formas, y sobre la base de estudios arqueológicos (Hong, 2004), es en la Edad de Piedra, coincidiendo con la transición de una sociedad nómada basada en la caza a una sedentaria, cuando se documentan los primeros vestigios relacionados con la curación. El hecho de que estos primeros seres humanos se asentaran en un territorio estable les brindó la oportunidad de conocer la naturaleza que les rodeaba y les permitió observar y reconocer las plantas y sus propiedades. Ello dio pie a que algunos individuos de estas comunidades adoptaran un papel referente frente a la curación y fueran los encargados de vigilar y mejorar la salud de sus comunidades, al mismo tiempo que se les reconociera como tales. Estos individuos tenían un papel más amplio, no centrado tan solo en la curación, sino que asumían al mismo tiempo el papel de líderes espirituales y conocedores de los ciclos de la naturaleza, así como de sus efectos en las cosechas y las enfermedades. Estos líderes eran el eslabón entre lo sobrenatural y lo terrenal. De hecho, es en este papel donde se evidencia que unos individuos de ciertas comunidades ya incorporaban la visión holística del ser humano y tenían presente el aspecto multifactorial del estado de salud de los individuos. Consecuentemente, esta manera de concebir la salud del ser humano existente en la prehistoria es un factor clave para no subestimar ningún periodo histórico en la evolución de la medicina, y nos atrevemos a confirmar, desde una óptica amplia, que también de la atención primaria (Scheid, 1999).

Siguiendo la revisión histórica, hay evidencias arqueológicas de la Edad de Bronce, concretamente en el periodo Shang (siglos XVI a XI a. C.), en territorio de la actual China, donde se encontraron restos de semillas con fines medicinales y objetos que se asemejan a instrumentos quirúrgicos utilizados actualmente en la medicina china (Hong, 2004). Estos hechos reflejan la propia evolución de la medicina china, pudiendo establecerse un nexo con el concepto actual de atención primaria, donde la curación se llevaba a cabo desde una perspectiva amplia con los recursos disponibles. En Occidente, los primeros

vestigios de la existencia de la medicina datan del antiguo Egipto, alrededor del año 2600 a. C., con la descripción de 200 tratamientos médicos. No es hasta 2.150 años después, con Hipócrates (460 a. C.), y posteriormente con Galeno (130 a. C.) cuando se inicia el estudio científico de la medicina y se sientan las bases de la medicina tradicional. Ya en aquellos tiempos, el conocimiento científico no se circunscribe en un territorio, una cultura, un imperio, sino que, de acuerdo con la terminología actual, en la antigüedad el conocimiento médico se disemina y se globaliza. La información existente sobre la práctica médica durante más de quince siglos, antes y después de Cristo, tiene muchas semejanzas y paralelismos conceptuales con el modelo actual de la atención primaria, como proximidad, continuidad, longitudinalidad, el enfoque holístico y la atención centrada en la familia más que en el individuo. Este es un modelo que persiste a lo largo del tiempo y sufre adaptaciones con el propio desarrollo del saber médico y de los cambios sociales de los países.

En Europa, el conocimiento de la anatomía del cuerpo humano, de las enfermedades infecciosas y de las plantas y de sus propiedades curativas se da de forma paralela, y a principios del siglo x ya se diferencian tres tipos de médicos: los generalistas, los barberos-cirujanos y los apotecarios. Coincide también con el nacimiento de los primeros hospitales establecidos por algunas órdenes religiosas. Esta división persiste intacta durante varios siglos, y el desarrollo de la medicina sigue centrándose en el conocimiento anatómico y de la fisiología del cuerpo humano. En el año 1590, Zacarias Jannssen inventa el microscopio y la medicina entra en una fase de descubrimientos y avances médicos que se suceden de forma exponencial. Con un área de conocimiento médico que se amplía de forma permanente, surge la necesidad de garantizar la calidad de los profesionales. Como consecuencia de ello, a principios del siglo xvi, en el Reino Unido se constituye el Colegio de Médicos de Londres, con el objetivo de acreditar y examinar a los médicos para que puedan ejercer. Sin embargo, y a pesar de estos sistemas de acreditación, los contenidos de la formación médica eran muy variables y muchos médicos no disponían de cualificaciones reconocidas. A mediados del siglo xviii, los cirujanos se separan de los barberos y forman la Compañía de Cirujanos de Londres, constituyéndose como Colegio de Cirujanos en el año 1800. En este periodo se produce un resurgimiento de los hospitales, por un lado, con la creación de unidades de dispensarios, como una forma incipiente de las consultas externas de hoy día y, por otro, con el desarrollo de hospitales especializados. Esto dio pie a una mayor separación entre los médicos que prestaban sus servicios en los hospitales y los que trabajaban en la comunidad (Ham, 2009). Este hecho podría ser considerado como el punto de partida de la diferenciación de los niveles asistenciales y con ello de la aparición del concepto de atención primaria. Sin duda, esta división del trabajo de los médicos influirá en el diseño y la organización de los servicios sanitarios a nivel internacional.

No es hasta mediados del siglo xix cuando el Reino Unido inicia la regulación de la medicina y de algunas especialidades, tomando cuerpo propio el papel de los médicos generalistas, y a finales del siglo xix se inicia el primer sistema de derivaciones entre

especialistas y generalistas. En el año 1920, Lord Dawson of Penn publica el libro blanco sobre la organización del sistema de salud británico, en el que se diferenciaban tres niveles principales de salud: los centros primarios de salud, los centros secundarios y los docentes, además de que se establecían las relaciones formales entre ellos (Starfield, 1998).

A diferencia del Reino Unido, en la mayoría de países el enfoque estructurado de la atención sanitaria era prácticamente inexistente y la práctica médica tenía lugar sin una cobertura sanitaria pública, con profesionales trabajando solos y sin apenas apoyo de otras estructuras.

Paralelamente a la evolución de los servicios sanitarios de los países occidentales desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, por lo que respecta a la atención primaria, el modelo de referencia es el del Reino Unido. Sin embargo, en la primera parte del siglo XX, en Rusia se desarrolló un modelo propio de salud, como consecuencia de la experiencia acaecida después de la Primera Guerra Mundial, su guerra civil y periodos de hambruna y epidemias que devastaron el país. De esta forma, y ya en pleno desarrollo de la Unión Soviética, se diseñó un plan de reconstrucción del sistema sanitario elaborado por Nikolai Semashko, cuyos principios eran que, bajo la responsabilidad del Gobierno por la salud de la población, se establecía el acceso universal y gratuito a los servicios sanitarios, se enfatizaba el control epidémico y preventivo de las enfermedades infecciosas, se establecían mecanismos de relación entre ciencia y práctica médica, y se definía la continuidad de la asistencia entre promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. Este modelo dio lugar a la creación de policlínicas para trabajadores industriales y campesinos. De forma paralela, surgieron servicios sanitarios para ciertas industrias, ministerios, líderes del partido, defensa, seguridad, mineros, etc. El resultado desde el punto de vista de la atención primaria fue que las policlínicas disponían de dos categorías de profesionales médicos, los generalistas, llamados terapeutas y con muy poca capacidad resolutoria; y enfermeras que realizaban tareas únicamente de soporte al terapeuta, personal de laboratorio, comadronas y médicos especialistas, muchas veces sin relación con la medicina hospitalaria. Las consecuencias de este modelo llevaron a que, pese a la fácil accesibilidad a los servicios, estos eran de muy baja calidad y el hospital se reforzó como centro de prestigio y excelencia, aumentando el número de camas hospitalarias. Estamos ante un paradigma, una atención primaria cercana pero con muy baja capacidad resolutoria. Este modelo fue exportado a la mayoría de países de la esfera soviética y no ha sido hasta la caída de la Unión Soviética y los regímenes comunistas cuando se ha replanteado este modelo.

La Segunda Guerra Mundial afecta considerablemente a los sistemas sanitarios de los países europeos. Un hecho que hay que destacar en el desarrollo de la atención primaria tuvo lugar con el establecimiento del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido en el año 1948, producto de la posguerra. Su estructura fue el resultado de múltiples negociaciones en las que se tuvo en cuenta los antecedentes históricos. El papel central que

se adjudicó a los médicos generalistas, actuando como puerta de entrada del sistema y respetando su carácter de profesionales independientes, ha contribuido al desarrollo de la atención primaria a nivel mundial. El trabajo coordinado con dentistas, ópticos y farmacéuticos estableció las bases de la nueva atención primaria de salud en la que no solo profesionales médicos adquieren un papel relevante, sino que las enfermeras de distrito, comadronas y educadores sanitarios se incorporan a la atención sanitaria en el primer nivel asistencial con un alto reconocimiento por parte de la sociedad. Este modelo partió del Informe Beveridge y un gran número de países occidentales ha adoptado el modelo con ciertas variaciones, entre ellos España con la Ley General de Sanidad del año 1986. Este desarrollo va acompañado de la aparición de la medicina de familia en el mundo académico, aunque su desarrollo a nivel internacional es lento y paulatino. Paralelamente, la atención primaria va incrementando su valoración social gracias a la imagen del médico de familia y a su grado de resolución. El modelo británico tuvo capacidad vital y se extendió por la mayor parte de países de influencia inglesa a excepción de Estados Unidos. También fue seguido por algunos países europeos. En España, la evolución de la atención primaria tiene múltiples orígenes. Se aprecian influencias del modelo occidental, tanto de Bismarck como de Beveridge, y soviético. En el ámbito académico es excesivamente teórico, muy basado en la medicina preventiva y poco en la comunitaria. En el ámbito profesional, el discurso suele ser muy extremado, mientras que la práctica tiende a un comportamiento asalariado. En los países basados en sistemas sanitarios bismarckianos, la medicina de familia tiene menor presencia, prestigio y visibilidad.

Contrariamente al papel de los médicos de familia, el desarrollo del papel de la enfermería no evoluciona al mismo ritmo, y en la mayoría de países sigue siendo una reforma pendiente o está en unas etapas muy incipientes de definición del papel autónomo en la primaria.

1.2 Impacto de la atención primaria

La evolución de la atención primaria después de la Segunda Guerra Mundial fue dispar en su conjunto, pero la evidencia surgida de las múltiples experiencias con resultados positivos en términos de salud y equidad dio lugar a que en la Conferencia Internacional de Atención Primaria, patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los representantes de 134 naciones convinieran en los términos de una solemne Declaración, la Declaración de Alma Ata. Esta fue aprobada el 12 de setiembre de 1978, en Alma Ata, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán (Almaty desde 1994), en la que se instó a los gobiernos, a los agentes de salud y desarrollo y a la comunidad mundial a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. En la declaración se reconoció la atención primaria como una parte integral, permanente y omnipresente del sistema sanitario formal de todos los

países, y no sencillamente como un elemento sobreañadido a él. También especificó los componentes esenciales de la atención primaria. Podemos enfatizar que la Declaración de Alma Ata es un punto y aparte en la evolución de la atención primaria. Define un nuevo modelo que influye en multitud de reformas.

Realizando un seguimiento de la evolución de la atención primaria, destaca que en los países industrializados se han conseguido muchos de los objetivos específicos definidos en Alma Ata. La atención primaria concebida a raíz de la Conferencia de Alma Ata tiene unos ejes en los que el objetivo es la salud y no la enfermedad; la prevención, atención y curación. Su contenido incluye la promoción de la salud, la atención continuada e integral. En cuanto a la organización, los proveedores de salud trabajan en equipo y estos están constituidos por médicos generales y de familia, enfermeras y otros profesionales de la salud con responsabilidad de colaboración intersectorial, participación de la comunidad y autorresponsabilidad de los ciudadanos, siguiendo la conceptualización de Vuori (Vuori, 1986).

Bárbara Starfield marca un punto de inflexión en el cuerpo de conocimiento de la atención primaria (AP). Dos obras emblemáticas y una infinidad de artículos de increíble rigor científico exponen el pensamiento de la AP bajo la perspectiva del análisis, la evaluación y una forma de entender los sistemas sanitarios en los que la AP es determinante (Starfield, 1992). Su obra proporciona pruebas científicas y cambia paradigmas y demuestra que la AP es una atención de salud compleja y eficiente. A modo de resumen del trabajo de la profesora Starfield, podemos afirmar que nos confirma que la AP es reconocida, cada vez más, como un componente fundamental de los sistemas sanitarios y que un sistema sanitario “fuerte” necesita de una AP “fuerte”. La forma con que ha llegado a sus conclusiones parte de la elaboración de un marco conceptual para medir la AP y su comparación con otros tipos de atención sanitaria. Bárbara Starfield conecta evidencias entre el desarrollo de la AP y la mejora de la salud (indicadores de mortalidad), la eficiencia del sistema de salud (gasto sanitario) y la reducción de las desigualdades de salud.

La siguiente etapa en la evolución de la atención primaria es la incorporación del modelo de atención crónica de Wagner. El modelo introduce la visión de conjunto del sistema e interrelaciona diversos componentes como la comunidad, el paciente, los elementos estructurales del sistema, el equipo de salud y las políticas sanitarias concretas para enfermedades crónicas (Wagner, 1996). Hasta el momento, y con escasas experiencias implementadas en su totalidad, tiene una alta aceptación teórica, pero dificultad en llevarlo a la práctica. Del modelo de crónicos ha evolucionado la atención integrada, y aquí cada país ha seguido adaptaciones diferentes.

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica el informe La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, en el que, aprovechando las enseñanzas del pasado, recupera la perspectiva ambiciosa de la atención primaria como un conjunto de valores y principios que orientan el desarrollo de los sistemas de salud, proponiendo

reformas en pro de la cobertura universal, de la prestación de servicios, de las políticas públicas y del liderazgo (OMS, 2008). Por ello, y ante el interrogante de si se debe renovar la atención primaria de salud más que nunca, existe un pronunciamiento unánime de los profesionales de la salud y también de los políticos en que esta renovación es imprescindible. A pesar de los logros de la AP, la globalización está afectando a la cohesión social de muchos países y la estructura social actual no satisface a una gran parte de la sociedad. Existe un descontento creciente ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar una cobertura que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades. De esta forma, las reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos se pueden resumir en cuatro objetivos finales: a) la mejora de la equidad sanitaria; b) sistemas de salud centrados en las personas; c) promoción y protección de la salud de las comunidades y, finalmente; d) la ganancia de confianza de las autoridades sanitarias por parte de la población.

1.3 Tendencias

En el Reino Unido, los médicos generalistas siguen siendo grupos de presión y desarrollan capacidad de influencia mediante la organización y haciendo valer su reputación. Es decir, la organización profesional es anterior a la organización derivada de la reforma institucional, y esta situación ha posicionado a los médicos generalistas de forma ventajosa. En España no se dio esta situación ni en los momentos previos a la Ley General de Sanidad ni posteriormente. De esta forma, el colectivo médico y el resto de profesionales de la AP, mayoritariamente asalariados, dispone de poca capacidad en la toma de decisiones y no se ha organizado para liderar los procesos de cambio de la AP.

Ante experiencias exitosas de equipos multidisciplinarios en Canadá, otros países miran el modelo canadiense como una oportunidad para avanzar en la AP. Destaca el interés en redimensionar los equipos de AP en Holanda y Francia. Recientemente Portugal ha llevado a cabo una reforma de la AP en la que sus equipos incluyen la dimensión social en su cartera de servicios. Sin embargo, hay países en los que esta reforma se ve a muy largo plazo. Coinciden algunos países con modelos bismarckianos y en los que las aseguradoras centran sus esfuerzos en desarrollar programas de gestión de patologías antes que en introducir reformas estructurales de mayor alcance. En España, y tras la experiencia de más de 25 años en equipos de salud, sería el momento oportuno de reflexionar sobre el papel, composición y dimensión de los equipos. Por ello, las experiencias internacionales que se están llevando a cabo actualmente deberían estar en la agenda política para el replanteamiento de los equipos, las funciones de cada miembro del equipo y el papel en el conjunto del sistema y, en especial, el sistema de pago de los distintos niveles asistenciales para incentivar la coordinación entre proveedores y niveles asistenciales. Tal vez sean los países que han decidido este camino en segunda instancia quienes hagan un planteamiento más funcional.

La introducción de elementos de incentivación y monitorización de la calidad, con fórmulas de “dirección por objetivos” o “*pay for performance*”, ha despertado múltiples detractores, argumentando que no se puede oponer a la evolución lógica de la gestión mediante sistemas de información. Tal vez, el aspecto valioso de su visión es la recuperación de tiempo para la práctica clínica.

En referencia al modelo de AP de España, esta goza de elevada reputación en el exterior en algunos ámbitos concretos. Por un lado, el modelo basado en la práctica de equipo multidisciplinar, y en especial el papel de la enfermería, es un elemento que suscita interés. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC), por otra parte, aportan hoy modelos y herramientas de trabajo en equipo que permiten no solamente grandes aumentos de productividad, sino el desarrollo de nuevas formas de inteligencia colectiva. El desarrollo y la implementación de las nuevas tecnologías, como la receta electrónica o las experiencias de digitalización de imágenes, el historial clínico electrónico con capacidad de ser compartido entre proveedores, así como el uso de las redes sociales y el desarrollo de sistemas de información compartidos para la toma de decisiones, son elementos que a fecha de hoy suscitan interés a nivel internacional; por no hablar de la experiencia en la gestión de equipos, que es uno de los valores añadidos de la atención primaria de España (Borkan *et al.*, 2010).

1.4 Influencias para el desarrollo futuro

¿La capacidad de compra debe recaer en los médicos de familia? Uno se puede cuestionar si el riesgo debe compartirse o debe recaer solo en el primer nivel asistencial (Ham *et al.*, 2011). La discusión vuelve a estar en la palestra a raíz del documento definitorio de la reforma sanitaria conservadora de David Cameron. El documento, titulado *Equity and Excellence: Liberating the NHS* (julio de 2010), vuelve a darle poder de compra a una nueva unidad denominada consorcios de médicos de familia (*GP consortia*). Una de las críticas importantes de esta apuesta es el hecho de la concentración de la función en grupos de médicos, prescindiendo del concepto de equipo. A su vez, también es criticado el proceso de privatización encubierta que puede suponer la gestión de estos consorcios externalizada a empresas de seguros, alguna de capital estadounidense.

En Estados Unidos, cabe destacar la experiencia del *Patient Centered Medical Home* (PCMH) y de las *Accountable Care Organizations*. El segundo caso será expuesto con más detalle en el capítulo de organización. En referencia a los estándares del PCMH, estos enfatizan el uso sistemático de procesos de gestión de atención centrada en el paciente y la coordinación de la atención. Concretamente, este programa facilita información a los centros de salud para organizar la atención de los pacientes, trabajando en equipo, coordinando y haciendo un seguimiento continuado.

También en los Estados Unidos, *Kaiser Permanente* desarrolla distintos modelos de atención, entre los que destaca la gestión de patologías crónicas y basadas en datos facilitados por modelos predictivos. Otro ámbito que hay que resaltar de *Kaiser Permanente* es el desarrollo de sistemas únicos de procesamiento de la información, que contribuye a la coordinación entre profesionales e integra los programas dirigidos a cada paciente.

La reforma introducida en algunos estados de Brasil, con una concepción combinada en la que se incluyen aspectos sociales y comunitarios, deberá ser también motivo de análisis.

Las nuevas tecnologías y la información biomédica de los ciudadanos permiten ya la interacción de los ciudadanos con la AP, no de una forma aislada, sino de una forma integral. La existencia de plataformas sociales, consulta directa y el flujo de información médica van a cambiar la manera de entender la atención sanitaria en general y, muy probablemente, los compartimentos estancos por niveles no tendrán sentido y el paciente navegará por el sistema sanitario desde su domicilio y con control remoto; también este aspecto será tratado en mayor profundidad en su capítulo correspondiente. De todas formas, el debate de dónde debe ir y cómo debería ser la AP sigue estando en los foros de discusión a nivel internacional.

2. Una visión histórica de la atención primaria en España y su encuadre en la evolución económica del país

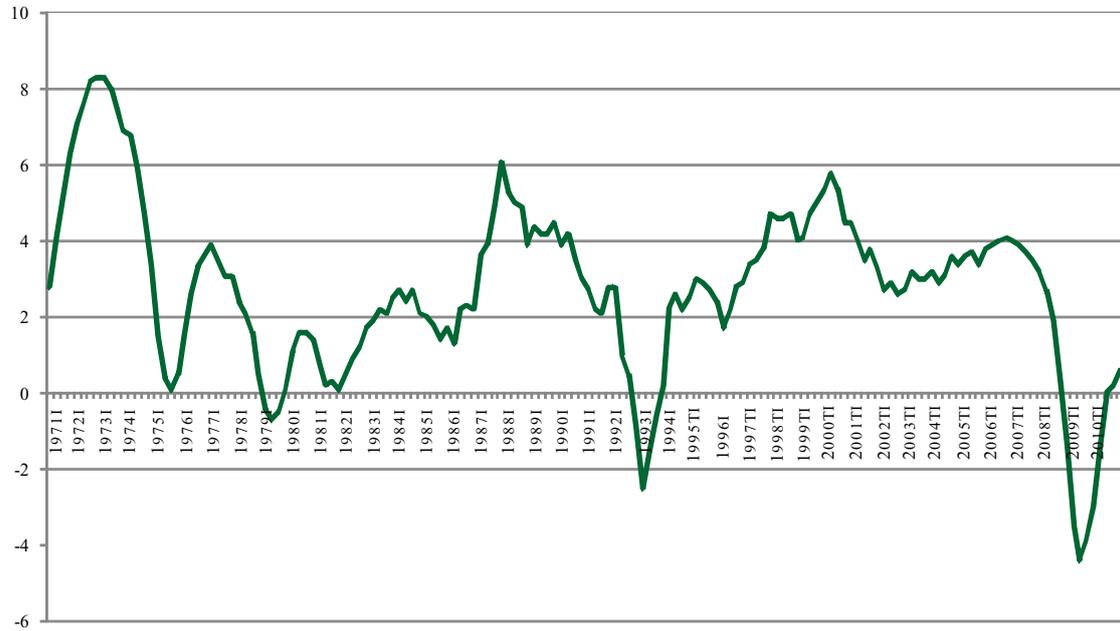
Pensar en décadas es un ejercicio habitual al analizar fenómenos sociales y culturales. Las décadas son agrupaciones de tiempo respetuosas con el sistema decimal lo suficientemente cortas para ser comprendidas desde una perspectiva existencial y lo suficientemente largas para poder ser una buena unidad de análisis de los cambios acontecidos en aquellos fenómenos que requieren de lapsos temporales largos para poder manifestar las consecuencias de lo decidido y hecho.

Al inicio de una nueva década, la comprendida entre 2010 y 2020, la economía española se halla en una encrucijada cuyo recuerdo más cercano fue el vivido en la década de los setenta del pasado siglo. Recesión económica, precrisis energética y un panorama poco halagüeño en términos de expectativas de crecimiento. Es aquí donde el ejercicio de volver la vista atrás puede aportarnos una visión más esperanzadora. En los últimos 50 años, nuestra economía ha experimentado un crecimiento sin parangón, que nos ha transformado como país. Sin embargo, no todo ha sido camino llano y se han superado momentos de dificultad económica importantes con crecimientos negativos (Gráfico 1). Entre ellos, las crisis energéticas de 1973 y 1979, la crisis posolímpica de 1993 y la actual crisis con inicio en 2008. Tres momentos que coinciden con crecimientos negativos de la economía seguidos de un proceso de recuperación más o menos rápido.

Democracia, economía de mercado y bienestar social configuran los tres ejes transformadores que nos han convertido en un Estado de bienestar, aunque no sea de corte nórdico.

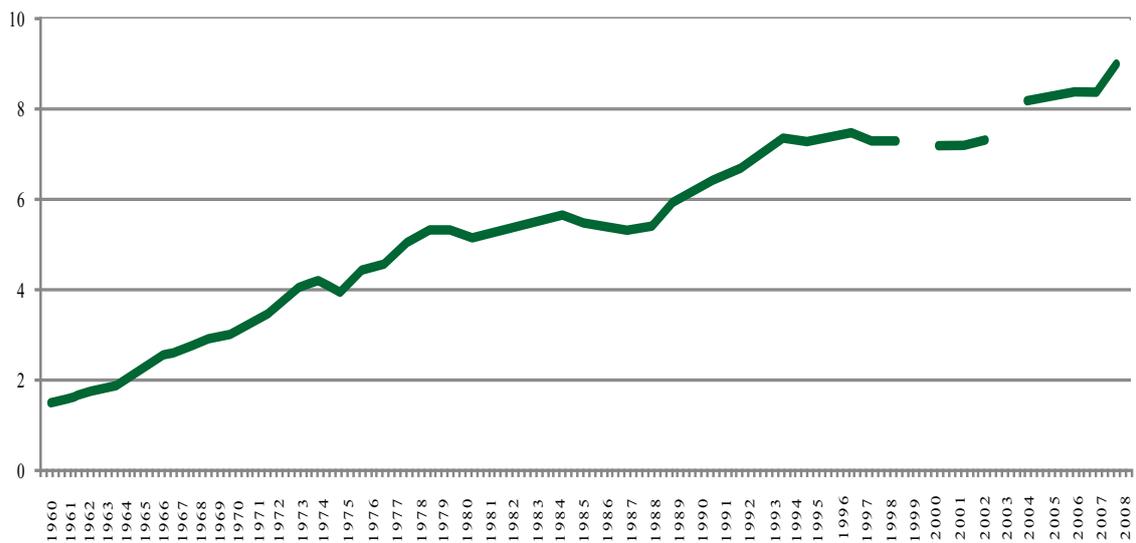
Entre los servicios públicos que definen el Estado del bienestar, los servicios sanitarios son uno de los más importantes, tanto en términos cuantitativos (porcentaje del presupuesto público) como en términos cualitativos (capacidad de generar bienestar o capital salud) (Grossman, 1972). Además, la sanidad es un bien de elasticidad-renta alta, es decir, a mayor riqueza mayor proporción de gasto incurrido en sanidad, como se puede observar en la evolución del gasto sanitario en relación con el PIB en los últimos 50 años, teniendo en cuenta que la renta real per cápita no ha parado de crecer. España ha pasado de destinar menos del 2% a sanidad a dedicarle más del 9% del PIB, situándose por encima incluso de la media de los países de la OCDE (Gráfico 2).

Gráfico 1. Evolución de la variación trimestral del PIB durante 1971-2010



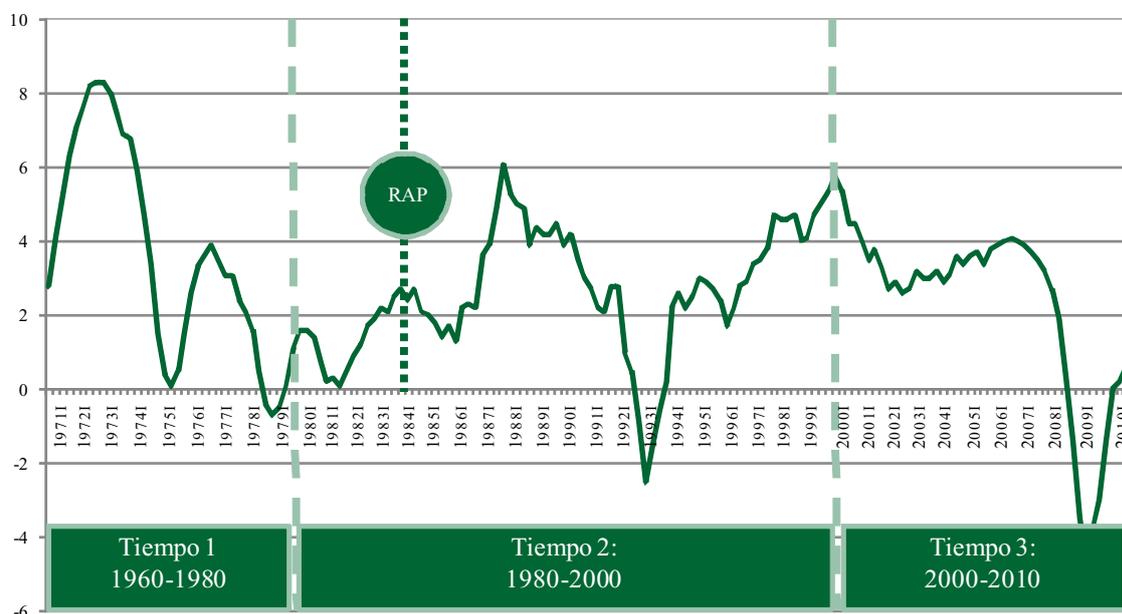
Fuente: INE producto interior bruto. Volumen encadenado, referencia año 2000. Datos corregidos de efectos estacionales y de calendario

Gráfico 2. Gasto sanitario como porcentaje del PIB



Fuente: OCDE Health Data 2011

Gráfico 3. Estructuración temporal del análisis



Fuente: elaboración propia a partir del Gráfico 1

Nuestro cometido en este capítulo es realizar una revisión con perspectiva histórica de la evolución de la atención primaria en España durante las últimas décadas. Si tuviésemos que escoger un hito en la historia de la atención primaria en España, este sería, sin lugar a dudas, la reforma de la atención primaria de 1984. A partir de este hecho singular, dividimos el análisis en tres fases:

- Fase 1. La atención primaria antes de la reforma (1960-1980).
- Fase 2. La reforma de la atención primaria y su despliegue (1980-2000).
- Fase 3. El desgaste del impulso reformista (2000-2010).

El Gráfico 3 vincula la variación económica del PIB con los periodos de desarrollo.

2.1 Primera fase (1960-1980): la atención primaria antes de la reforma

Los años que van desde el comienzo de la década de los sesenta a principios de los setenta se caracterizan por un periodo de expansión económica propiciado por el Plan

de Estabilización Económica de 1959 y que supuso la apertura de la economía española al exterior, y un periodo de crecimiento e industrialización sostenido. La segunda parte del periodo, la década de los setenta, se caracterizó por un declive económico acentuado por dos crisis del petróleo que provocaron la indeseada combinación de estancamiento económico e inflación. En este contexto se enmarca el proceso de transición política y la constitución de un nuevo Estado democrático con todo por regular.

La atención primaria de esta fase se fundamentaba en el modelo iniciado por el Instituto Nacional de Previsión (INP), organismo gestor de las prestaciones sociales, creado en el año 1908 por Antonio Maura, que, tras una sucesiva administración de beneficios en las pensiones y asistencia sanitaria de diversos colectivos, dio origen en el año 1942 al seguro obligatorio de enfermedad. Se basaba en un modelo de médico de cabecera que tenía cuatro funciones básicas: atención a procesos asistenciales generalmente agudos, ordenación de flujos de pacientes (básicamente gracias a una herramienta burocrática conocida como P10), prescripción farmacéutica y control de bajas laborales. Así, la orientación de la prestación sanitaria era inminentemente curativa y el sistema de pago al profesional era capitativo, basado en el sistema de cotización a la Seguridad Social del cabeza de familia y la cobertura a sus dependientes.

En septiembre de 1978, en la ciudad kazaja de Alma Ata, tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria organizada por la OMS y UNICEF que congregó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La principal aportación de la Declaración de Alma Ata fue resaltar el papel de la atención primaria como elemento fundamental del sistema sanitario y su función como impulsora del desarrollo económico y social. La declaración tuvo también un papel fundamental en la definición del concepto de atención primaria en su versión comprehensiva, ganando relieve los aspectos comunitarios y la orientación preventiva basada en actividades educativas y de promoción de la salud (Lawn *et al.*, 2008).

Los principios de Alma Ata fueron los detonadores de una ola de reformas sanitarias por toda Europa –Alemania, Finlandia, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia– por citar solo algunos ejemplos. Los principios de la declaración que se tradujeron en acciones reformadoras fueron el trabajo en equipo, la mayor accesibilidad, la asistencia comprehensiva y la participación comunitaria en la construcción de salud (Goicoechea, 1996).

La influencia de la declaración fue también un detonante de la creación de la especialidad de medicina de familia y comunitaria en España, mediante el Real Decreto 2015 de 1978. La especialidad había sido aprobada como tal en Estados Unidos en 1969. Su aprobación causó cierta polémica por el efecto que podía tener sobre las prácticas privadas de consultorios médicos. En 1979 empezaron la residencia los primeros MIR de familia no faltos de controversia entre sus colegas hospitalarios y los médicos generales (Gómez Gascón, 1997).

2.2 Segunda fase (1980-2000): la reforma de la atención primaria y su despliegue

Las décadas de los ochenta y noventa son determinantes en la proyección internacional de España una vez consolidado el régimen democrático. Se inició el proceso de convergencia en la Comunidad Económica Europea que convertiría al país en miembro de pleno derecho, otorgando unas condiciones económicas y sociales de estabilidad y crecimiento. Las Olimpiadas de Barcelona de 1992 son, probablemente, el símbolo más inequívoco de la transformación de nuestra imagen exterior.

En 1984, el Gobierno aprobó un Real Decreto (137/1984), algunas de cuyas líneas generales se trasladaron luego, dos años después, a la Ley General de Sanidad (14/1986), que recogía las voluntades de modernización del primer nivel asistencial y que albergaba la inquietud por mejorar el sistema sanitario una vez consolidada la transición política. La reforma adoptaba influencias del modelo sueco y finlandés de centros de salud públicos recomendado por la Oficina Europea de la OMS.

La influencia de la reforma de la atención primaria sobre el resto del sistema tuvo una doble vertiente. Una influencia directa basada en los efectos del cambio de modelo asistencial, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel, la coordinación con el resto de niveles asistenciales y particularmente con la atención especializada y un incremento sostenido de la satisfacción de los usuarios.

La segunda vertiente de influencia fue indirecta pero más poderosa como factor transformador del sistema de salud. La reforma propició el debate de política sanitaria que desembocó en la Ley General de Sanidad en 1986 y en menor medida en la regulación de acompañamiento de la reforma de la atención especializada.

¿Cuáles fueron los elementos transformadores de la reforma de la atención primaria?

- **Determinación de la población en base territorial:** la reforma instaba a las autoridades sanitarias a definir el territorio en unidades básicas de atención. Así se cartografió el territorio en áreas básicas de salud o zonas de salud en función de la comunidad autónoma. Esta clasificación territorial y poblacional ayudó al despliegue de la reforma de una forma estructurada y enfatizó el componente de responsabilidad poblacional y comunitaria de la atención primaria.
- **Equipos multidisciplinares:** el trabajo en equipo se materializó mediante la constitución de equipos de atención primaria (EAP) responsables de la salud del territorio asignado. Los EAP están formados principalmente por médicos de familia, pediatras y odontólogos, enfermeras (de adultos y puericultoras), auxiliares de clínica y personal administrativo de atención al usuario. También forma parte de los EAP una trabajadora social que actúa como vínculo sociosanitario

con los servicios sociales del territorio. La organización por turnos (mañana y tarde) y su solapamiento de 14:00 a 15:00 ofrece a los miembros del equipo un momento de interacción conjunta, habitualmente bajo el formato de sesiones clínicas o sesiones de equipo.

- **Cartera de servicios ampliada:** además de las tradicionales actividades asistenciales diagnósticas y terapéuticas, la reforma reconoció los servicios de prevención, promoción de la salud y educación sanitaria como parte fundamental de la atención primaria, principalmente mediante la aportación del desarrollo profesional de enfermería.
- **Jornada y sistema retributivo:** aunque menos visible actualmente, los cambios en la jornada laboral (la extensión de 2 horas y media a 6 horas) y el cambio en el modelo retributivo de los facultativos (de cápita por cartilla a salario) supusieron una nueva manera de trabajar basada en un nuevo conjunto de incentivos acordes con el principio de universalidad.

El despliegue de la reforma fue lento y duradero al encontrarse con diversos factores que impedían una aplicación más acelerada. En primer lugar, la reforma tuvo que convivir con la red “no reformada”, la compuesta por aquellos profesionales no jerarquizados en régimen de dedicación parcial. En segundo lugar, el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas supuso un diferente nivel de penetración de la reforma en el territorio español. El final de la descentralización en 2002 coincide con la consumación de la extensión de la reforma. Esta tuvo un ritmo acelerado entre 1992 y 1996 y decreció entre 1996 y 2000 (European Observatory on Health Care Systems, 2010).

El impacto de la reforma es objeto aún de discusión por la poca existencia de estudios con metodología científica en contraposición a la literatura de opinión. Junto con la de atención especializada, la reforma de la atención primaria ha supuesto una transformación en profundidad del sistema sanitario en España, cuya principal aportación ha sido la clarificación entre niveles asistenciales: primaria y hospitalaria. Se destaca habitualmente que la atención primaria es más dinámica gracias a la participación de equipos multidisciplinares, con un mayor énfasis en el uso de historias y protocolos clínicos, una reducción en las prescripciones y las derivaciones y una mayor dedicación de tiempo al paciente, asegurando con todo ello un aumento de la calidad del servicio (Borrell y Gené, 2008).

Tal vez uno de los abordajes más verosímiles es el del análisis de la evolución de la satisfacción con la atención primaria. Entre 1985 y 1990, el nivel de satisfacción pasó de estar por debajo del 50% a acercarse al 70%, mientras que en el quinquenio 1990-1995 se estabilizó alrededor del 75% (Rico y Pérez Nievas, 2000).

Otro de los clásicos en la evaluación de la reforma ha sido el debate alrededor de los modelos de producción de servicios de atención primaria derivados de la política de diversificación que tuvo lugar primero en Cataluña y que posteriormente se ha extendido a otras comunidades autónomas, adoptando novedosas modalidades público-privadas.

Entre las visiones críticas, destaca el contraste entre el aumento de la jornada en tiempo con un apenas nulo aumento del tiempo efectivo de atención a los pacientes y la constante subpresupuestación en relación con la atención hospitalaria (Gervás *et al.*, 2005).

2.3 Tercera fase (2000-2010): el desgaste del impulso reformista

La primera década del siglo XXI se ha caracterizado por un ritmo de crecimiento espectacular, espoleado por el *boom* de la construcción que ha supuesto superávits de las cuentas públicas y de tesorería de la Seguridad Social. Esa bonanza económica se tradujo en la atención primaria en reformas también constructivas de centros de salud, desaprovechando la oportunidad para realizar una necesaria reforma funcional. Este ritmo se ha detenido en seco en 2008 para dar paso a un nuevo periodo que está determinando no solo la evolución económica del país, sino también la política y social. Los eventos acaecidos durante el primer semestre de 2011 auguran un proceso largo de reflexión que pudiera ir acompañado de otro profundo de cambio en las instituciones.

De forma paralela, la atención primaria de estos últimos años muestra síntomas claros de agotamiento. Muchos han sido los cambios desde 1984, tanto en la población española como en el sistema sanitario, que han llevado la atención sanitaria a una situación cuyos síntomas son claros y su diagnóstico confuso. Envejecimiento poblacional y profesional, crecimiento poblacional acelerado por la inmigración, incremento de la complejidad cultural fruto de la globalización y el acceso fácil a la información, burocratización de la consulta y sensación de encorsetamiento tecnológico, etc.

Consciente de la situación, el Ministerio de Sanidad y Consumo inició entre 2003 y 2005, aprovechando la celebración de las onomásticas de la reforma y de la declaración de Alma Ata, un proyecto de revitalización apodado AP-21, Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI (Proyecto AP-21, 2005). En él se identificaron los retos a que hacía frente la atención primaria al inicio del nuevo siglo. Por un lado, una población envejecida con un incremento de las enfermedades crónicas, demandante de más atención y un nuevo perfil de paciente más autónomo y con mayor voluntad de decidir. Por otro lado, una oferta asistencial medicalizada, con un clima laboral deteriorado por la burocratización de la asistencia y la sobrecarga asistencial de una población hiperfrecuentadora en comparación con Europa (6,2 contactos en 1998 frente a 9 contactos en 2010) y de un sistema que autogenera actividad e induce demanda. A estos retos, cabe añadir la situación de la oferta de profesionales médicos, que durante los últimos años ha experimentado dos grandes cambios. La feminización de la profesión y la escasez de profesionales, que ha llevado al sistema a contratar profesionales de otros países como nunca antes había ocurrido. Este déficit de profesionales ha acentuado la sensación de sobrecarga asistencial y ha abierto un proceso de competitividad entre comunidades autónomas para atraer profesionales.

El paisaje que dibujan estos retos ayuda a comprender que el agotamiento del modelo que emergió de la reforma de la atención primaria viene acompañado de un agotamiento de carácter profesional que no ha prosperado pese a las mejoras en las condiciones laborales que se han introducido en los últimos años (carrera profesional, complemento de retribución variable o la mejora de la retribución por la hora de guardia). La distancia entre el profesional y el gestor sanitario y, por ende, con la administración sanitaria no ha dejado de acentuarse en los últimos años (Magallon, 2009). El agotamiento profesional también se ha manifestado en movimientos de reivindicación, como la Plataforma 10 minutos, que reclama la calidad en la asistencia basada en un tiempo mínimo de dedicación, o la campaña mediática APXXI (12 meses, 12 causas), que reivindica una atención primaria de calidad haciendo uso de las redes sociales y su viabilidad.

Conviene destacar también, dentro de este escenario nebuloso, la corriente en gestión sanitaria de la atención integrada y su interpretación sesgada como integración de estructuras como camino óptimo para mejorar la coordinación entre niveles. Dicha integración se ha materializado mediante diferentes iniciativas, bajo el nombre de área única, gerencia territorial u organización sanitaria integrada, y que ha supuesto, con alguna excepción, la reducción del poder de influencia y decisión de la atención primaria y la supeditación de esta a la dirección hospitalaria.

No es de extrañar que la desilusión extendida entre los profesionales de la atención primaria y, particularmente, los médicos de familia esté transformándose en un deseo cada vez más mayoritario de autonomía clínica y de gestión, y se recupere la fascinación por los modelos de gestión basados en el asociacionismo profesional, mientras que no se abandona el deseo de la seguridad laboral del régimen estatutario o funcional (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, 2009).

Finalmente, el intento de renovar la atención primaria más reciente, el conocido como Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria del Departament de Salut de Catalunya, que basaba su estrategia en insuflar oxígeno a la base profesional mediante actividades encaminadas a la resolución e innovación en la prestación de servicios, no ha acabado ni de convencer ni de hacer moverse a los actores claves del sector (de hecho se ha tratado de un plan genérico de actuación sin ninguna dotación económica acompañante) (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010).

Todos los elementos citados configuran una situación que queda bien ilustrada mediante la metáfora del techo de cristal (Simó Miñana, 2009). Techo que asfixia, pero que determina que algo hay que hacer para poder recuperar la ilusión perdida y, con ella, la fuerza de mejorar el sistema de salud.

3. Redefinición en el modelo organizativo y de financiación que se está generando en algunos países

3.1 Condicionantes/*drivers*

Situación económica y sistemas de pago.

- Cronicidad.
- Integración hospital-primaria.
- Voluntad de aumentar el papel del clínico (profesionalismo).
- Innovación.

En anteriores capítulos de este texto ya hemos abordado la problemática y la relación existente entre economía y salud. Si bien asistimos continuamente a discusiones que plantean qué porcentaje del PIB debe dedicarse a la salud y, dentro de este, qué parte debe cubrirse por financiación pública y qué parte por financiación privada, lo cierto es que existe un consenso generalizado en que el coste sanitario no puede continuar subiendo imparablemente, ya que se llegaría a un punto crítico, amenazando la propia sostenibilidad del sistema.

Ciertamente, la sanidad ha sido un mecanismo de redistribución de la riqueza en los países desarrollados, bajo distintas fórmulas de “solidaridad social”, dependiendo del modelo sanitario. Varios factores han contribuido a que el incremento de costes tenga tanta fuerza, a pesar de que el sistema contribuye también a la riqueza de un país, área o ciudad por los puestos de trabajo, servicios añadidos y consumo de productos diagnóstico-terapéuticos; sin embargo, al final acaba gravando los costes productivos y amenaza con influir en la competitividad de los países.

A) Evolución de sistemas de pago a profesionales y proveedores

Desde hace años, la evolución de estos sistemas de pago puede decirse que se ha ido sofisticando. Inicialmente, el pago por acto o por servicio, siguiendo la lógica de los mercados, era prácticamente exclusivo y, de hecho, se mantiene todavía en muchos

países desarrollados, más o menos matizado por las intervenciones de aseguradoras, mutuas u organizaciones gubernamentales; en pocos países como el nuestro, el nivel de dependencia de un salario de los profesionales sanitarios, y en concreto de los médicos, es tan mayoritario.

La tendencia es ir hacia la disminución del pago por acto sanitario. En los Estados Unidos han anunciado formalmente que se dirigen hacia la desaparición del *fee for service*; no obstante, el tema es complicado, en especial porque afecta a la forma de retribuir el trabajo profesional en un colectivo que tiene una alta capacidad de presión y, en general, una buena imagen pública del trabajo que desarrollan.

B) Costes de productos farmacéuticos

También participan en la línea incremental. Durante el último siglo han aportado en algunas de sus líneas verdaderos avances en la mejora o cura de enfermedades, aunque desde hace aproximadamente unos 10 años, excepto en determinadas líneas terapéuticas, no aportan grandes novedades, por lo que también se encuentran al inicio de un cambio de modelo de negocio y, por lo tanto, empresarial bastante incierto.

C) Costes de producción

Finalmente, y no menos importantes, como apuntaba recientemente *The Economist*, los costes de la mayoría del instrumental de electromedicina sanitaria también son excesivos si los comparamos con los costes de producción en países que ya están fabricando gran cantidad de los productos que nos rodean.

Los distintos intentos de recortar estos costes han tenido un escaso éxito, ya que, o bien afectaban a sueldos y salarios y, por lo tanto, a las retribuciones de los profesionales, o bien incidían sobre industrias consideradas de valor estratégico en la economía de un país, por lo que se ha hecho necesario avanzar hacia un nuevo nivel de retribución del producto sanitario que alinee profesionales y recursos para la obtención del “bien salud”. Sobre este punto nos extenderemos más adelante.

D) Cronicidad

Este aspecto tiene gran importancia a partir del momento que en un país se produce la denominada transición epidemiológica (en donde se produce una mayor prevalencia de enfermedades crónicas frente a enfermedades agudas). Esta evolución se ha producido en la totalidad de economías medianamente desarrolladas, por lo que el sistema de prestación sanitaria debería readaptarse con un nuevo modelo asistencial. Sin embargo, esto no se ha producido y continúan atendándose los procesos crónicos y en concreto sus exacerbaciones, reagudizaciones o inestabilizaciones como si fueran episodios agudos; este hecho genera un sistema sanitario sobresaturado y con unas actuaciones de muy dudoso coste-efectividad.

Genéricamente, este fenómeno se atribuye al aumento de la esperanza de vida, producida por distintos factores, algunos gracias a las mejoras sanitarias, pero, mayoritariamente, por factores de entorno que, como es conocido, influyen más en el estado de salud que el propio sistema sanitario.

Aquí aparece una hipótesis que seguramente no está totalmente contrastada: frente a la idea de que a más edad más coste, muchos autores, basándose en estudios poblacionales, sugieren que muchas personas mayores de 80 años no sufren procesos de altos costes sanitarios, y que los que iniciaron procesos crónicos importantes entre los 50-60 años no han sobrevivido. Además, si se analiza los costes de algunos de ellos, puede resultar que probablemente vengan provocados por lo que genéricamente podría denominarse ensañamiento terapéutico, en tanto que otros costes nada despreciables estarían ocasionados por no haber establecido correctamente la fina barrera que separa los costes por “problemáticas sociales” de los costes sanitarios directos.

Aquí, una vez más, se echa en falta el establecimiento de políticas de prevención y de control de factores de riesgo, políticas que permitirían acercarnos al paradigma que afirma que con un estilo de vida realmente saludable podría llegarse a ser centenarios con problemas sanitarios menos importantes. Evidentemente, se hace necesario avanzar en el conocimiento de los desencadenantes de las multicausalidades que se encuentran detrás de las enfermedades crónicas y acabar de clarificar cuál es papel de la genética y su interacción con factores del entorno en su desarrollo. En todo ello, las TIC serán un facilitador determinante.

No es objetivo de este trabajo profundizar en el tema de la cronicidad y de las herramientas que se disponen para abordarlo, pero de forma paradójica en muchos sistemas sanitarios de países desarrollados se está planteando esta problemática y, de forma concreta, en nuestro país, salvo la excepción del País Vasco, que recientemente ha iniciado un ambicioso planteamiento, nadie ha abordado esta problemática con seriedad.

E) Relaciones entre hospitales y primaria

Este tema también podría dar para un extenso trabajo, dada la gran cantidad de literatura sobre las experiencias existentes o posibles soluciones, pero es necesario hacer hincapié en que es uno de los grandes retos pendientes en todos los sistemas sanitarios, aspecto que se aborda desde distintos puntos de vista en este texto. En este capítulo debemos centrarnos más en los modelos organizativos y económicos que se han experimentado y existen actualmente; debemos centrar la aproximación en un aspecto que define el trasfondo del problema, el sistema de financiación de hospitales y primaria es incoherente cuando no es antitético, es decir, se financian aspectos que en muchos casos no favorecen la continuidad asistencial y en la mayoría de ellos acaban afectando el recorrido asistencial del paciente en sus problemas de salud.

F) El papel de los profesionales

Finalmente, también debe mencionarse que existe una amplia literatura sobre el papel de los profesionales en el proceso/producto sanitario, su posible liderazgo, su mayor dependencia del salario y su proletarización, sobre el impacto de la feminización y sobre la conciliación de la vida familiar. No forma parte de los objetivos de este trabajo profundizar en este conjunto de aspectos, pero sí es necesario enfatizar que existe un consenso general en afirmar que se hace necesario tener presente, aumentar y facilitar el papel profesional de los clínicos en un conjunto de funciones en los que el capital humano es crítico para un correcto desarrollo de los distintas actuaciones preventivas y diagnóstico-terapéuticas.

G) Innovación

La innovación, reconocida hoy como el factor más importante del crecimiento económico, será también determinante en la prestación de servicios de salud y en particular en la atención primaria (esta temática se desarrolla con más amplitud en el punto 4 del capítulo sobre las TIC).

El *empowerment* y el compromiso de los usuarios con su propia salud pasará por desarrollar estrategias sometidas a un ritmo de innovación permanente que buscará tener mejores resultados tanto en términos de calidad asistencial como de coste. Las redes de telecomunicaciones, los ordenadores y los dispositivos móviles serán nuevamente esenciales.

3.2 Antecedentes organizativos en España

- Organización sanitaria integral (OSI).
- Capitativos (virtuales y reales).
- Gerencias territoriales.
- Mixtos (modelo Alzira y similares).

El sistema sanitario español se encuentra lastrado por un rígido modelo de financiación presupuestaria, muy similar, cuando no idéntico, a otros niveles de la Administración pública, y en muchos casos en dura competencia con otros organismos de la Administración, tanto en los aspectos de recursos de personal como en dotación económica, y tanto para el gasto en bienes y servicios como en inversión. Siempre flota la sensación de un posible descontrol presupuestario que aterroriza a los distintos responsables de economía de la descentralizada España autonómica y, finalmente, a toda la clase política.

De aquí emerge una “clase de gestores” y “político-técnicos” cuyo principal objetivo es el control del cumplimiento presupuestario, con poco margen para la imaginación organizativa y la actuación empresarial. Esos gestores acaban situándose en un nivel operativo que lógicamente funcionaliza su trabajo de forma similar al de otros departamentos administrativos, sin que se profundice en el hecho de que la relación contractual responde muy mayoritariamente a un entorno totalmente funcional, con unas reglas de juego en las que al final se encuentran cómodas las dinámicas sindicales, los departamentos de recursos humanos y, en último término, el mismo sistema en su conjunto.

Esto no quiere decir que no se hayan levantado voces críticas, a distintos niveles, ante el temor de que se acrecienten las ineficiencias, la poca flexibilidad y la difícil adaptación a cambios del entorno. El resultado puede observarse en el nulo avance en la integración de servicios entre niveles y, en muchos casos, en la aparición de señales de falta de confortabilidad en algunos colectivos profesionales, en especial médicos y enfermeras, paradójicamente a pesar de su seguridad en su puesto de trabajo.

En nuestro entorno se han producido varios intentos que han pretendido establecer elementos organizativos y herramientas que facilitasen una mejor coordinación e integración de servicios entre los distintos niveles asistenciales, y que han intentado cambiar el modelo de relaciones entre los hospitales y la atención primaria.

Siempre es peligroso simplificar o etiquetar las experiencias, pero, para poder facilitar el análisis, nos hemos centrado en tres modelos que consideramos que reflejan bien diferentes experiencias.

A) Organizaciones sanitarias integrales (OSI)

Mayoritariamente se han caracterizado por el hecho de que la misma organización o empresa gestiona tanto los servicios sanitarios primarios como los especializados, incluyendo evidentemente los hospitales. A su favor han tenido el hecho de que, al pertenecer todos los profesionales a la misma estructura empresarial, no han tenido las dificultades que aparecen cuando las dos organizaciones pertenecen a dos tipos de empresa distintos, con culturas, modelos de negocio y objetivos empresariales diferentes.

Sin embargo, su éxito ha sido limitado, debido fundamentalmente a dos razones. Por una parte, porque los modelos de financiación de hospitales y primaria son distintos y, por lo tanto, la voluntad de obtener los mejores resultados en ambos aspectos no es coincidente en el modelo de integración de servicios. En segundo lugar, y quizá más importante aún, es que al final, cuando se consolidan los estados contables y financieros, el peso del hospital, por su dinámica histórica, su impacto social en casos agudos, o bien de gravedad clínica, y también por la capacidad de ejercer de grupo de presión por parte de los clíni-

cos, en especial los facultativos, hacen que la balanza se incline hacia la potenciación del perfil clínico-sanitario del hospital, frente al de la atención primaria.

B) El modelo capitativo

Ha seguido la estela de algunas aproximaciones iniciadas en los años ochenta, en el sistema de salud estadounidense, que pretendían acabar de establecer un sistema de compartir el coste global por usuario/año entre los distintos proveedores sanitarios. El modelo adolecía de un defecto inicial consistente en la ausencia de ponderación de un conjunto de variables de coste que pueden afectar de forma importante, por ejemplo, morbilidad, distribución geográfica, dispositivos sanitarios complementarios (la media y larga estancia y en especial el tema del terciarismo).

Evidentemente, se parte de un sistema muy acostumbrado en nuestro país al funcionamiento presupuestario, que proporciona un supuesto clima de seguridad a los agentes que deciden, políticos y profesionales; por lo tanto, en la mayoría de las experiencias ha permitido alguna economía de escala en aspectos complementarios, traslados sanitarios, prestaciones ortopédicas y similares, pero no ha incentivado el cambio en los procesos clínicos entre niveles y menos aún el iniciar procesos de integración, si bien en su haber hay algunos avances en sistemas de información más integrados entre distintos proveedores.

C) El modelo de las gerencias territoriales

Pretende o pretendía (quizás ha ido perdiendo fuerza) situar en un único centro la responsabilidad de la gestión económico-asistencial de una determinada área poblacional, en la que se engloban distintos dispositivos sanitarios, incluidos los hospitalarios. En consecuencia, la intención es que esta visión unificada genere una redistribución de recursos que potencien la integración de servicios alrededor de un conjunto de procesos clínicos; de igual modo, puede considerarse que esta aproximación es una experiencia poco exitosa, ya que el poder real de estas gerencias ha sido muy limitado por las inercias propias de los centros sanitarios de las zonas respectivas y los pocos avances que se han realizado. Sin embargo, en este caso cabe mencionar la experiencia de la gerencia única de Puertollano y algunas otras similares, con la promoción de guías de práctica clínica compartidas y consensuadas entre los distintos niveles que en algunos casos han incluido población o poblaciones afectadas por determinados problemas de salud.

D) Modelos mixtos

Finalmente, en los que podríamos denominar modelos mixtos, que integran algunos de los aspectos más positivos de los tres citados anteriormente, se trata de concertar con una entidad privada la gestión de servicios de una área sanitaria que incluye todos los niveles asistenciales y, en la mayoría de los casos, también la financiación de la construcción de un hospital y los demás dispositivos asistenciales que sean necesarios.

Gestionan a los profesionales, integrando los que proceden del “sistema funcionarizado” y los de nueva contratación; este es el modelo desarrollado mayoritariamente al sur de la comunidad valenciana. Alguno ha demostrado un gran dinamismo, inicialmente Alzira y actualmente el creado en la zona de Torrevieja, habiéndose reflejado en un buen modelo de sistema de información del hospital/área y en un conjunto de innovaciones organizativas y de flujos de pacientes que muestran buenos resultados. Queda pendiente también en este caso solucionar el excesivo peso hospitalario frente a la atención primaria (recientemente se está iniciando un proceso de reconducción).

A pesar de que muestra unos buenos resultados, tanto en calidad como económicos, algunas sombras facilitan la crítica; por un lado, el tratamiento del tema del terciarismo, y en segundo lugar que los consejos de administración están constituidos por una mezcla de entidades bancarias y mutuas privadas que lógicamente esperan recibir beneficios de sus inversiones. El tratamiento de este tema, en especial en estos momentos de complejidad financiera, ha generado más de una crítica desde distintos sectores, muchos de ellos posicionados a favor de la provisión pública de los servicios sanitarios.

3.3 *Accountable Care Organizations (ACO)*

- *US Medicare.*
- *Universidad Dartmouth + Center for Medicare and Medicaid Services (CMS).*
- *Compartir procesos clínicos y costes (hospital-primaria).*
- *Repartir ahorros/beneficios según esfuerzos con la Administración y agentes.*

Dado que el conjunto de problemas enunciados previamente no son exclusivos de nuestro país y como queda evidente en otros apartados de este trabajo, en la mayoría de países, con independencia del modelo sanitario y su sistema de financiación y organización, nos enfrentamos siempre a las dificultades de integración de servicios entre los distintos niveles, así como a modelos de financiación dispares muchas veces incoherentes, cuando no antagonicos. Es por este motivo que desde hace años emerge con fuerza un movimiento académico en distintos países, pero principalmente en los Estados Unidos, liderado por el *Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice* y el *Engelberg Center for Health Care Reform at Brookings Institution*, que impulsa la idea de financiar de una manera compacta los procesos sanitarios que se encuentren compartidos entre la asistencia primaria y los hospitales (Emmanuel y Emanuel, 1996).

El planteamiento fue adoptado por el Gobierno estadounidense a través del *Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)* e incluido dentro lo que se ha dado en denomi-

nar la reforma sanitaria Obama, de la que en nuestro país se ha hecho especial hincapié en la extensión de cobertura, pero que tiene su principal impacto en la reforma del modelo de financiación, acompañada también por un ambicioso plan de informatización de la sanidad americana. Todo ello lo desarrollaremos en profundidad más adelante.

Como puede suponerse, esta aproximación no es de generación espontánea, sino que tiene sus antecedentes en la historia de reformas de la sanidad americana que se inicia con la aparición en los años ochenta de las denominadas *Health Maintenance Organizations* (HMO). Este modelo aparece como respuesta a los problemas de calidad y coste que generan modelos muy “liberalizados” basados en el pago por acto (*fee for service*) y con libertad total en la elección de profesionales y hospitales, que generan problemas importantes de coordinación e integración de servicios, en especial en los procesos crónicos (Picas y Manzanera, 1987).

Como modelo aplicado, el más conocido internacionalmente y más exitoso, en cuanto a sus resultados, es la *Kaiser Permanente*. La base de su éxito ha estado principalmente en que es una organización cerrada (una mutua con sus afiliados), con un cuadro profesional médico comprometido en los objetivos, que ha llegado a un pacto de equilibrio con la propiedad y los gestores de la entidad y que ha adoptado una política de innovación continuada que en cierta manera ha impregnado las reformas y evoluciones de los sistemas sanitarios occidentales.

Las principales características del modelo HMO han sido la implantación del *Disease Management*, la gestión de enfermedades crónicas soportada por la adaptación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, modelos predictivos poblacionales que han permitido la segmentación de la población en los conocidos tres niveles de la llamada pirámide Kaiser: la base (amplia), dedicada al mantenimiento y promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, el nivel intermedio (mediano), dedicado a la gestión de la patología crónica, y la cúspide (pequeña: 5%-10% de la población), dedicada a los pacientes con patología compleja.

Operativamente se potencia la gestión a distancia, ya sea por vía telefónica o a través de Internet, del cumplimiento terapéutico y la adhesión a políticas preventivas o de promoción de la salud que estimulen la adopción y mantenimiento de hábitos de vida más saludables. Se añade a esta aproximación la gestión de los casos complejos por parte de profesionales de enfermería y trabajadores sociales para los pacientes en los que se hace necesario un seguimiento más directo y personalizado de su problemática sociosanitaria.

Los otros elementos son el *Utilization Review/Management* (revisión de la utilización/gestión de servicios), gracias a cuadros de mando que implican la creación de DWH (*Data Warehouse*: almacenes de bases de datos), y BI (*Business Inteligency*: información orientada al negocio/producto sanitario), todos ellos de base poblacional que permitan el análisis y seguimiento de la utilización de servicios y sus costes, y la selección de proveedores,

abriendo la puerta a un determinado nivel de competitividad en busca de proveedores más eficientes, y finalmente las búsquedas de sistemas de pago más alineados con los resultados en salud que son esperables por una determinada prestación.

También profundiza en el concepto de *gatekeeping* (gestión de los servicios y derivaciones por parte de la atención primaria) que tanto éxito ha tenido (al menos conceptualmente) en los sistemas nacionales de salud.

Lógicamente ha habido distintas variaciones sobre el modelo, como el conocido como el *Cronic Model of Wagner*, que tiene en cuenta también factores sociales y otros de entorno que pueden afectar la gestión de los procesos crónicos.

El movimiento resultó desvirtuado en los años noventa básicamente por tres factores: las dificultades de replicar el modelo en el complejo entorno sanitario y la presión de las clásicas mutuas americanas con su capacidad de grupo de presión, la adopción por muchas de ellas del modelo, adaptándolo al concepto del *managed care* (en nuestro país se tradujo como sanidad gestionada), que en muchos casos causaba incomodidades por el control establecido tanto a pacientes como a profesionales, y finalmente la incursión de la industria farmacéutica en este terreno, que lo contempla como un mecanismo para aumentar sus ventas gracias al impulso del cumplimiento terapéutico. En último término, estos factores tergiversaron el modelo, generando unos años de confusión y dudas sobre cuál debía ser el camino para la creación de sistemas sanitarios que fueran más eficientes.

Algunos autores consideran que el *managed care* es la evolución de las HMO; ahora bien, tal consideración no es acertada, pues, en este camino, se pierde el concepto holístico e integrado de la filosofía inicial de las HMO.

A principios de este nuevo siglo persiste y mejora sus resultados la *Kaiser Permanent*, se produce una excelente evolución organizativa de la *Veterans Administration*, en muchos aspectos coincidentes con la *Kaiser*, y empiezan a moverse los grandes y mejores hospitales estadounidenses: el *Massachusetts General Hospital* de Boston, que crea una asociación en red con otros hospitales de la ciudad y con las mutuas, también la Clínica Mayo y el *Cleveland Clinic* crean sus propias mutuas con un modelo parecido, todos ellos con unas potentes líneas de innovación; el más conocido es el triángulo *Harvard University*, *Massachusetts General Hospital* y el *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), conocido por CIMIT (*Center for Integration of Medicine & Innovative Medicine*).

Sin embargo, a pesar de las distintas iniciativas, el modelo no es generalizable o transportable, y es cuando emerge con fuerza, a mitades de la primera década de los años 2000, el concepto de las *Accountable Care Organizations* (ACO), cuyo objetivo de forma resumida es la mejora financiera, operacional y de rendimiento clínico en una aproximación completa, exhaustiva y acelerada (Health Policy Brief, 2010).

El motivo por el que nos hemos detenido en la descripción de las ACO y de sus antecedentes es porque realmente es un modelo que no precisa de entornos sanitarios concretos, no adolece de los defectos antes enunciados en los modelos que les preceden y por su flexibilidad (Luft, 2010).

Su interés, en este caso para la atención primaria, es que concede capacidad negociadora a los colectivos profesionales que trabajan en una determinada área. Los profesionales de la atención primaria y los especialistas negocian cómo adaptan el modelo y cómo generan los procesos de un grupo de pacientes, con independencia de pertenecer a organizaciones distintas; además, pueden beneficiarse de los resultados obtenidos si sus actuaciones son más eficientes, es decir, que, manteniendo o mejorando la calidad, mantienen o disminuyen costes. En el caso estadounidense, los beneficios se comparten con la Administración para financiar la extensión de cobertura de la reforma (Rittenhouse *et al.*, 2009).

La viabilidad de llevar a cabo la experiencia en nuestro entorno es clara, siempre que se entienda en profundidad el modelo; fundamentalmente, es necesario el apoyo gubernamental, que debe actuar de promotor, pero en ningún caso intervenir en el desarrollo del proyecto.

Debe existir un compromiso por parte de los proveedores e indudablemente de los profesionales, lo que obliga a un profundo ejercicio de claridad y transparencia, tanto sobre aspectos cualitativos de su actuación como sobre sus costes.

Se hace necesaria la creación de bases de datos poblacionales que integren información clínica, de procesos y sus costes de los proveedores del área; este tema, tecnológicamente solucionable, tiene sus dificultades en la cantidad, calidad y capacidad de integración de la información fuente.

Los profesionales sanitarios de atención primaria deben acercarse al modelo del *Patient Centered Medical Home*, que considera al médico de primaria como el gestor informado de los problemas de salud de los pacientes, gracias a herramientas de sistemas expertos de gestión de la información clínica y de un trabajo en grupo más avanzado del que se realiza actualmente en nuestros centros de salud (Bodenheimer y Laing, 2007).

Finalmente, y no es lo menos importante, los proveedores tienen que constituirse en una *Integrated Delivery Network*, una red dinámica en la que deben aprovechar sinergias y reconducir redundancias.

Un ejemplo del potencial reformador del modelo viene dado por la caracterización de la organización de participantes en un modelo ACO, según la consultora *Advisory Board Company*:

- ACO principales:
 - Atención primaria.
 - Especialistas de base comunitaria (cardiología, ginecología...).

- ACO acompañantes:
 - Especialistas en procedimientos (cirugía general, ortopedia...).
 - Especialistas hospitalarios sin pacientes ingresados (radiología, laboratorios...).

- ACO periféricos:
 - Otras especialidades (oftalmología, ORL...).

Tal como hemos comentado reiteradamente, el potencial de cambio de la organización de un sistema sanitario y la base para una redefinición de papeles se encuentra en el sistema de financiación. Por este motivo, conjuntamente con el que podríamos denominar movimiento ACO, nos encontramos en la evolución de los sistemas de financiación sanitaria (Devers y Berenson, 2009).

En el terreno teórico, M. Porter (profesor de la *Harvard School of Business*) ha publicado recientemente el modelo de financiación del sistema sanitario del futuro (Porter, 2010), que incluye el concepto valor en la base; superaríamos, pues, el modelo actual de *Pay for Performance* (literalmente: pago por rendimiento), que en nuestro país se ha aplicado bajo el concepto de dirección por objetivos (DPO) y ha obtenido buenos resultados, por ejemplo, en la mejora de la prescripción farmacéutica. En Inglaterra fue desarrollado por la Universidad de York, aplicado a *General Practitioners* (médicos generalistas) también con buenos resultados.

Una evolución del sistema es el denominado *Value Based Purchasing* (literalmente, pago basado en el valor sanitario aportado) que promueve una compra de servicios sanitarios que potencie calidad y resultados en salud y transparencia de coste, a través de medidas concretas de actuaciones basadas en la evidencia. Esta aproximación, practicada por diversas entidades compradoras, proporciona buenos resultados, pero en aspectos dispersos se carece todavía de estudios que globalicen aproximación y resultados.

Recientemente se ha iniciado la aproximación a los *Bundled Payments* (literalmente, pagos por grupos de diagnósticos), que debe incluir el pago por episodios y posiblemente la extensión del pago por DRG, no tan solo intrahospitalarios, sino que incluiría la asistencia posaguda (posingreso); todo ello constituiría un nuevo modelo de capitación parcial previo al de una nueva capitación global ponderada. Este modelo está siendo implementado en distintas ACO estadounidenses y empieza a realizarse alguna aproxi-

mación en Europa, por ejemplo en Holanda (Struijs y Baan, 2011). Los resultados son todavía muy provisionales.

Lo que podemos esperar, por lo que conocemos hasta la actualidad de este modelo, lo podríamos sintetizar en los siguientes aspectos:

- Control/reducción de costes.
- Mejoría de la calidad.
- Innovación tecnológica: *eHealth*.
- Liderazgo clínico.
- Desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria.
- Desarrollo de un nuevo modelo de organización sanitaria: nos atrevemos a hablar de una nueva reforma sanitaria.
- La potencialidad de realizar análisis comparativos en profundidad con otros sistemas estadounidenses y europeos: Reino Unido, Holanda y Suecia, entre otros.

4. Una aproximación a la continuidad asistencial en España. Un análisis de la dinámica de relaciones entre la atención primaria y los entornos hospitalario y social

Los servicios sanitarios han contribuido a la mejora del estado de la salud junto con otros factores, como el medio ambiente o los estilos de vida. Estos cambios sociales y culturales serán esenciales para entender lo que la demografía y la epidemiología evidencian:

- a) Una mejora de la esperanza de vida que habría modificado las estructuras por edad y causa de muerte.
- b) Cambios en los patrones de morbilidad; principalmente el descenso de las enfermedades infecciosas y una mayor prevalencia de procesos crónicos y degenerativos (Perdiguero y Comelles, 2000).

El aumento de las enfermedades crónicas y la creciente complejidad científica y tecnológica hacen que las personas con malestares no solo sean tratadas y tenidas en cuenta por un único agente de salud. Distintos profesionales sanitarios pueden intervenir simultánea o consecutivamente para tratar o abordar un episodio concreto. Esto supondría una amenaza a la continuidad asistencial. La continuidad asistencial es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo (Reid *et al.*, 2002). La colaboración entre diferentes agentes de salud para preservarla requiere en muchos casos la cooperación de sanitarios de origen formativo y perfil profesional diverso (Martín Zurro y Cano Pérez, 2003).

El sistema sanitario público español tiene unas particulares características históricas, estructurales y de dinámicas que condicionan y determinan su funcionamiento. Hasta nuestros días, el abordaje de cualquier aspecto relacionado con el sistema sanitario ha beneficiado a los centros hospitalarios, que han recibido buena parte de los presupuestos (Simó, 2007), prestigio y reconocimiento.

A pesar de ello, se ha analizado que en los sistemas de atención primaria en los que el médico de familia actúa como filtro el 90%-95% de las enfermedades de los pacientes permanecen durante mucho tiempo en el ámbito de la atención primaria, incluso cuando

consultan (temporalmente) a especialistas. Pensemos que el 80% de los motivos de la consulta pueden resolverse definitivamente por parte de la atención primaria (Green *et al.*, 2001; Okkes *et al.*, 2002). Starfield ha demostrado que la fortaleza del sistema de atención primaria de un país está inversamente asociada a la mortalidad debida a cualquier causa y a la mortalidad prematura debida a causas específicas relacionadas con el asma, la bronquitis, enfisema y neumonía, la enfermedad cardiovascular y la cardiopatía (Starfield, 1994 y 1998; Starfield *et al.*, 2005). Según la misma autora, la atención primaria se define por las siguientes cuatro características: contacto inicial con las personas, longitudinalidad o continuidad, integración y coordinación (Starfield, 1994). La solidez de los sistemas de atención primaria y de las características del ejercicio profesional, tales como la ordenación geográfica, la continuidad de la asistencia en el tiempo o la coordinación y orientación comunitaria se correlacionan con una mejora de la salud de la población (Macinko *et al.*, 2003).

Los principales objetivos que pretende la “coordinación entre ámbitos asistenciales” serían conseguir dotar de coherencia y continuidad al proceso asistencial y optimizar el gasto sanitario (aspecto clave en cualquier sistema sanitario y, más si cabe, en uno público como el nuestro). La continuidad asistencial se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios, mejor calidad de vida percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones (Aller *et al.*, 2010).

Los estudios que focalizan su atención en la continuidad asistencial eran prácticamente inexistentes hasta los años setenta. Actualmente, la continuidad asistencial empieza a ser objeto de estudio por parte de algunos investigadores que han visto en ella una aliada para afrontar las dificultades económicas que atraviesan los Estados. La globalización de conocimientos y tecnología ha facilitado evidenciar que se trata de una preocupación común en muchos países y ha ayudado a visualizar su importancia (Foy *et al.*, 2010), pero nos debemos mantener cautos al respecto para evitar un *sesgo democrático*. Se trata de un aspecto que pretenden combatir desde hace tiempo las ciencias sociales; como Freidson definía, “la falacia consiste sencillamente en deducir conclusiones (aparentemente) válidas, analizando solamente la realidad social de los países que han sido estudiados masivamente por sociólogos” (Estados Unidos, Gran Bretaña, Suecia, Francia). Se cae así en una especie de *wishful thinking* sociológico en donde la única realidad parece que tiene que ser la de los países anglosajones, democráticos o desarrollados” (Freidson, 1978).

El nuestro es un país occidental y democrático, pero debemos mostrarnos prudentes a la hora de incorporar elementos exitosos en otros contextos. No analizar ni tener en cuenta las características sociales y culturales propias (ya no solo del Estado, sino también de las mismas dinámicas que se dan en el grupo de profesionales sanitarios) a la hora de incorporar mejoras puede hacer perder oportunidades en un sistema que muestra más que nunca sus limitaciones. Quizá la innovación pasaría por, sin dejar de mirar “fuera”, analizar qué sucede en nuestro sistema y permitir que muestre cómo mejorarse.

En general, cualquier empleado no es un ser pasivo de la autoridad, el capital y la tecnología organizados. Las personas “aun bajo las circunstancias más restringidas y sin el beneficio de la organización y el privilegio profesional, construyen, a partir del medio ambiente laboral y de sus recursos disponibles, la oportunidad para trabajar en el modo que ellos mismos consideran adecuado” (Freidson, 1978). En el caso de los trabajadores de la salud, ocurriría algo similar. Los profesionales sanitarios no son un grupo homogéneo en su composición y prácticas. Desarrollan una serie de estrategias alternativas a las que la estructura sanitaria les brinda para relacionarse con los pacientes y otros colegas. Por esto, deberían ser una parte esencial del análisis y parte de la solución, y más cuando una crisis pone en cuestión el propio sistema sanitario. La visión de quienes afrontan las dificultades cada día debería dotar de sentido a los procesos que se dan.

Puesto que los profesionales forman parte de este sistema sanitario y viven cada día su realidad, no incorporar ni contemplar su punto de vista es desperdiciar una información y conocimiento valiosos para desarrollar futuras estrategias de mejora.

Los sanitarios que ejercen en el ámbito público en nuestro país sienten que en las últimas décadas han perdido estatus social y poder en sus instituciones y, principalmente los primaristas, se sienten constreñidos por un exceso de visitas (masificación) y de burocracia que deshumaniza y fracciona sus atenciones a la población (Aguinaga *et al.*, 1986). La atención hospitalaria se entiende en el imaginario colectivo, dentro y fuera de las instituciones sanitarias, como técnica, puntual y resolutive. La atención primaria en cambio, incorporaría desde su concepción ideológica una atención holística, empática, acompañamiento en buena parte del proceso y orientación durante el mismo. Esta parte de la tarea de los sanitarios primaristas es su mayor valor, pero en cambio no suele registrarse, incentivarse ni valorarse. Para los sanitarios, principalmente médicos, un buen profesional es el que diagnostica bien, aprende nuevas técnicas, está al día en sus conocimientos y pone a la ciencia como principal promotor de la salud (Aguinaga *et al.*, 1986). La continuidad asistencial no formaría parte en el imaginario de los sanitarios de lo que constituyen las buenas prácticas. Aunque institucionalmente se reconoce la importancia de la continuidad asistencial en los discursos, las prácticas e inversiones tampoco la muestran como una prioridad, ya que no se exige.

4.1 Reforma de la atención primaria

Coincidiendo con los cambios que incorporaba la reforma de la atención primaria, estudios sociológicos sobre el sistema sanitario español previo a dicha reforma mostraron que “el sector público era grande, pero desorganizado, con un mal funcionamiento, una alarmante carencia de planificación y una desigual distribución de recursos” (De Miguel y Guillén, 1990). También se concluía que con la aplicación de esta reforma “se pretendía impulsar la red de asistencia sanitaria, pero el impacto de la tecnología y la instituciona-

lización fue tan grande que el resultado fue el reforzamiento del sector hospitalario” (De Miguel y Guillén, 1990).

Para optimizar el sistema sanitario, lo que se pretendía era descargar a los hospitales más caros presupuestariamente, principalmente de la burocracia y de aquellos procesos más “sencillos”. Se constataba que las consultas de medicina general eran “mecanismos burocráticos de distribución de pacientes en el sistema público. No se daban programas de acción sanitaria comunitaria, tampoco acciones preventivas, promoción de la salud o educación sanitaria. Permanecían como islas asistenciales masificadas de pacientes, desconectadas de las otras instituciones asistenciales del sector” (Bravo *et al.*, 1979). En aquel contexto, probablemente no se producía una mala continuidad o relación asistencial, simplemente no se daba ningún tipo de relación entre los distintos especialistas u otros sanitarios.

Las diferentes especialidades médicas tienen muchos años de antigüedad, pero la de medicina familiar y comunitaria, que informalmente se reconoce como la “del médico de toda la vida”, formal e institucionalmente tiene un recorrido mucho más corto: se empezó a reconocer en los años sesenta la figura del médico de cabecera, y no fue hasta los ochenta cuando se empezó a impartir como especialidad MIR en España. A partir de los años ochenta también empezó a desarrollarse la reforma de la atención primaria que dura hasta nuestros días.

En los años ochenta empezó a cambiar en nuestro país la visión de la sanidad, al igual que sucedió antes en otros lugares y en otros modelos, como los económicos: de un ordenamiento fordista, vertical y jerarquizado, donde se desarrollaban todas las actividades de producción, se pasó a subcontratar servicios, también a “externalizar” elementos o partes de la tarea que hasta entonces se realizaban en la misma “empresa”: cocina, laboratorios, pruebas complementarias, limpieza... y se pasó a tender hacia una mayor especialización y mayor autonomía de los servicios hospitalarios y los centros de atención primaria, que pasan a ser “equipos” que deben diseñar estrategias propias para responder mejor a las necesidades cambiantes de la población atendida.

La especialización flexible que se produjo antes en el ámbito de la economía se vería igualmente en la sanidad, lo que supondría cambios sustanciales:

- a) Obligaría a trabajar en red: de ahí parte también la importancia de la continuidad asistencial que ha ido ganando terreno con los años.
- b) Comenzó a centrar la atención en la autonomía de los niveles inferiores, para adaptarse mejor al consumidor final/paciente y abaratar costes.
- c) Debería permitir que resurgiesen los valores locales: lo que cada grupo o equipo se siente más preparado para hacer (Amin, 1989).

Bravo y De Miguel también concluyeron con su trabajo sociológico que “durante todo el proceso de reforma, la contratación, construcción de centros, jerarquización y el concierto con ‘otros’ proveedores supusieron una relación distinta entre hospitales y ambulatorios” (Bravo *et al.*, 1979).

La sectorización y la ordenación geográfica son claves para entender la diversidad que se da en cualquier lugar, y quizá más en la ciudad contemporánea, como lugar donde confluyen personas diversas y donde solo hay una convivencia aparente. La territorialización también parece ser cada vez más importante en los sistemas de gestión de la salud pública, pero desgraciadamente no sirve para contextualizar los procesos que se dan, sino que únicamente se entiende como un criterio de ordenamiento geográfico y presupuestario, donde, según el lugar que ocupe, se debe realizar una parte concreta del proceso, cada vez más fraccionado. En medio de ese reordenamiento de territorialización, se pretende que de manera espontánea los distintos agentes de salud que hasta el momento se han ignorado se tengan en cuenta, se coordinen, se entiendan y todo esto, por sí mismos, ya que la decisión de que formen parte de un mismo territorio no suele ir acompañada de normas que ayuden a regular.

4.2 La diferenciación: ámbitos asistenciales

Como hemos expuesto, en nuestro país, en las últimas décadas, el ámbito hospitalario y el de atención primaria siguen organizativa y estructuralmente caminos paralelos, distintos. A pesar de encontrarnos en la “era de la información”, y aunque cotidianamente oímos hablar de globalización de datos y conocimiento, las herramientas de trabajo a menudo no materializan este flujo de información.

Entre niveles asistenciales se sufre la ausencia de historia clínica única, lo que supone costes adicionales al sistema sanitario, ya que implica, por ejemplo, duplicar pruebas, perder información relevante sobre la persona atendida que ya había sido registrada y una pérdida que a menudo no se cuantifica ni valora: el desconocimiento entre profesionales, tanto por el trabajo realizado como por su calidad. Encontramos entonces que, a pesar de formar parte del mismo colectivo (los dos entornos son sanitarios, de la función pública y, además, probablemente atiendan al mismo individuo por el mismo proceso en momentos distintos), el sentimiento entre ambos es de alteridad: los profesionales de los ámbitos primario y hospitalario se perciben claramente como diferenciados, ellos mismos no se perciben como un mismo equipo, sino que se refieren entre ellos como a “los otros”.

Allí donde hay desconocimiento y “oscuridad” empieza a aparecer el imaginario: mitos y prejuicios generados y perpetuados por los profesionales sanitarios fruto del desconocimiento del “otro” nivel asistencial, que dificultan la fluidez de los circuitos entre niveles asistenciales y limitan la comunicación, lo que, a la vez, alimenta el imaginario creado.

Sanitarios de atención primaria y de hospitales serían, metafóricamente, dos grupos culturales diferenciados, con identidades diferenciadas, lo que sería congruente con la percepción de alteridad expresada de unos respecto de los otros. La diferenciación es real y necesariamente no debe sobrevenir como algo negativo, pero se convierte en un problema cuando es la precursora de desigualdades, de jerarquías que acabarían impactando negativamente sobre el paciente y el rendimiento del sistema sanitario.

4.3 La desigualdad: niveles asistenciales

La diferencia y la jerarquización entre ámbitos es entonces una realidad que iría más allá de la práctica cotidiana, que se origina, produce y reproduce:

- Académicamente, incluso antes de ejercer, también se muestra y alecciona al respecto: durante la formación de pregrado de los sanitarios se prestigia e incide más en la formación hospitalaria y se profundiza en las especialidades médicas: en todas excepto en la atención primaria. Aunque más del 50% de los médicos que desarrollan su labor en la sanidad pública lo hacen en la atención primaria, no existe una cátedra de medicina familiar y comunitaria en las facultades españolas, ni se contempla la formación obligatoria al respecto (solo es una optativa). Ya en la formación de pregrado de los profesionales médicos, hay un conocimiento de la dinámica hospitalaria, pero la dinámica y tareas de la atención primaria eran desconocidas hasta hace pocos años, con el mensaje implícito que se inculcaba de que se trataba de algo prescindible. Es posible que la “reciente” creación de la especialidad reduzca este desfase de 30 años, pero probablemente también tiene mucho que ver la no cesión a estas esferas de poder por parte de los especialistas hospitalarios. En la formación de las enfermeras, la docencia y las rotaciones por los servicios de atención primaria están contempladas e incorporadas en el plan de estudios.
- Políticamente, cuando con el pretexto de la especialización, se acentúa la diferencia y la desigualdad:
 - En los discursos: cuando al hablar sobre avances en aspectos de salud casi siempre se ligan al terciarismo: la alta tecnología y la superespecialización se presentan como una muestra de buena praxis, de vanguardia y progreso médico.
 - En los presupuestos: no se da una distribución equilibrada entre ambos niveles asistenciales. Hoy en día, los centros hospitalarios reciben, porcentualmente, mayores dotaciones económicas con relación a la atención primaria. Los presupuestos son claramente favorables a los hospitales, lo que les dota de más recursos y, por tanto, de poder (Simó, 2007).

4.4 La tecnología y la especialización

La diferenciación y especialización son propias del mundo de la salud. Good ya definió el cuerpo como “un ámbito con compartimentos naturales” (Good, 2003) y, siguiendo la disposición en órganos y sistemas del organismo humano, incluso se ordena el conocimiento médico.

Aprovechar los avances tecnológicos ha permitido avanzar en técnicas diagnósticas y terapéuticas que impactan directamente en la expectativa de vida y la calidad de vida de las personas. Pero hay, sin embargo, que ser cuidadosos en cómo se aborda entonces esta modernidad y la tecnología, que pueden aportar avances, pero que, al fragmentarse, podrían convertirse en precursor y facilitador de una ruptura aún mayor.

Con las nuevas tecnologías, se nos presentan nuevas oportunidades terapéuticas que requieren una especialización cada vez mayor. La promoción de una superespecialización mayor en nuestro medio es muy apetitosa, tanto política (se presenta como señal de progreso, inversión y desarrollo) como profesionalmente (ya que muchos sanitarios ven en la tecnologización una manera de ver reconocida su valía y prestigio perdidos o poco reconocidos).

Una tecnologización y superespecialización podrían suponer ventajas como la promoción de la experiencia en un aspecto concreto y la potenciación de lo local, de las cualidades de alguien concreto, pero también tiene hándicaps importantes. Pretender extender una superespecialización a todos los niveles y para todos es, como mínimo, arriesgado. Corremos el riesgo de perder la visión del proceso de forma global, de perder el punto de vista integral y holístico de la persona atendida. Con una excesiva tecnificación y fragmentación, se fomenta la despersonalización y deshumanización, haciendo que el tiempo, el sufrimiento, el dolor, la experiencia... todo se distancie, relativice y pierda sentido. Cuando cada profesional se hace cargo de su ámbito concreto, y este cada vez es más pequeño y más técnico, se puede garantizar la consecución de un protocolo, pero no el seguimiento de un proceso.

Últimamente este fenómeno de superespecialización, cómo no, también se pretende para los médicos de familia y enfermeras de atención primaria. Varias iniciativas en algunas comunidades han pretendido que haya en cada equipo de atención primaria referentes o subespecialistas en insuficiencia cardíaca, úlceras vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, manejo de anticoagulación con sintrón... y a menudo lo que servía para motivar la implicación en estos microespacios de conocimiento fue interpretado por los clínicos como una mayor vinculación con el hospital (que veía la oportunidad de tener pequeñas “sucursales” en los centros de salud y, por tanto, ahorrarse consultas y consultores) y de ofrecer tecnología: aparatos que confirmarían y

reforzaran esta subespecialización: eco-Dopplers, espirómetros, aparatos para el cálculo de INR, etc. Quizá se esperaba que con estas iniciativas los primaristas se entusiasmaran, pero también despertaron muchos recelos, ya que la tecnología tampoco les era desconocida; también tenían experiencias que les condicionaron. Por ejemplo, ya hace tiempo que en la práctica totalidad de los centros de salud se trabaja con registros informatizados (historia clínica 100% informatizada), y la vertiente menos amable de estos instrumentos de trabajo ya se empezó a hacer palpable. Con el pretexto de valorar la calidad, pasó a ser también usada como un instrumento para monitorizar buena parte de los procesos. Ciertos grupos de sanitarios lo reconocieron como un mecanismo de control institucional de los actos de los sanitarios: los observaba, examinaba, cuantificaba, permitió “saber” quién trabaja y ayudó a valorar y contener costes, para así, finalmente, enseñar y disciplinar. Lo que permitió fue, de nuevo, marcar y evidenciar otra diferencia; y es que este control tan pormenorizado se daba en atención primaria, pero no existía de forma tan exhaustiva en el entorno hospitalario, por más que ambos formasen parte del mismo sistema que administrar. En el ámbito de la farmacia, por ejemplo, el control y contención siguen centrados en el ámbito de la atención primaria, lo que genera conflictos en el día a día.

No menos curioso es cómo se justifica y presenta a los profesionales que los usan (y, al hacerlo, “son usados” a su vez por la institución): los discursos de los gerentes muestran la monitorización y control de las intervenciones como una herramienta de autoconocimiento, como una señal de innovación, de modernidad y objetividad (el mayor garante de criterio científico).

Con fenómenos como este, que ponen el acento fundamentalmente en aspectos economicistas, se corre el riesgo de pervertir la atención primaria y perder su esencia y su mayor valor: la visión integral, la espontaneidad para acompañar a la persona en su proceso desde un punto de vista holístico y dialógico que permite entender que un determinado individuo pasa por una experiencia única e irrepetible, que requerirá intervenciones concretas que podrán ajustarse o no inequívocamente a un protocolo, una guía farmacológica o una guía de práctica clínica. Pasar de una anarquía y variabilidad ilimitada a un encorsetamiento excesivo quizá no es la mejor opción.

La visión de la atención a la persona como un “proceso” es positiva cuando aporta longitudinalidad; establecer las premisas de qué se espera de cada etapa es, sin duda, algo positivo, pero debemos ser cautos con una excesiva estandarización y protocolización de este proceso. Además de deshumanizarlo, tener que aplicar protocolos que aparecen impuestos y sin la participación de los clínicos implicados desmotiva, resta creatividad a los clínicos, genera sensación de desconfianza y también corre el peligro de convertir al sanitario en el eslabón de una producción en cadena, donde aquel que aporte la actividad más especializada y tecnológica tendrá mayor valor añadido y mayor estatus. Con esto, el futuro y las expectativas de cada servicio o equipo dependerían del tipo de tarea que le toque desarrollar y de la jerarquía que ocupe en la institución sanitaria, lo que de nuevo

otorgaría ventaja al hospital, poseedor histórico de un mayor nivel de superespecialización y ventajas tecnológicas.

4.5 Colaboración entre niveles: ¿reciprocidad o subordinación?

Al pedir una mayor colaboración para resolver problemas cotidianos y vitales entre niveles asistenciales, hay implícita una clara premisa de reciprocidad (muy incorporada recientemente a los discursos gerenciales). Por reciprocidad, según la definición usada por Narotzki, entendemos un sistema de transferencia de bienes y servicios que se realizan bajo la base de lazos sociales ajenos al mercado y enmarcados en imperativos de orden moral (Narotzky, 2001).

Cualquier zona o territorio sanitario y los profesionales sanitarios que trabajan en él podrían entenderse como un estado intercultural. Estas relaciones que se dan entre niveles deben contemplar el contexto y las situaciones locales, que, más allá de zonas geográficamente delimitadas, están compuestas por sentimientos y experiencias vividas de una comunidad o equipo, que no es cuantificable ni medible, aunque las leyes de mercado nos pidan lo contrario.

Muchas de las actuales gestiones realizadas para mejorar las relaciones entre los centros sanitarios de zona se presentan por parte de algunos dirigentes como cesiones a realizar un acto concreto que beneficia al otro ámbito, pero el otro ámbito supuestamente beneficiado no lo ve así. Quizá debieran ser los mismos clínicos quienes conjuntamente decidieran qué hacer para mejorar la continuidad de sus cuidados, y la función de las gerencias y los políticos responsables fuera simplemente facilitar y materializarlo en un tiempo breve (la rapidez de respuesta es otra de las facetas mejorables de la estructura), en lugar de encorsetar y constreñir las iniciativas locales para resolver sus propios problemas. Afrontar las dificultades genera conflictos, pero solo encarándolos se podrán superar, tan solo dando poder a los interlocutores el pacto es válido.

Para vencer situaciones que ya se viven como conflictivas y decidir qué hacer y no hacer para superarlas, tal vez hay que cambiar el enfoque y no solo trabajar hacia unas normas generales abstractas y ambiguas, que responden a una ideología que premia la especialización tecnológica y cuantificación que nada tienen que ver con la realidad cotidiana.

En nuestra sociedad, disponer de más recursos es tener más poder, lo que permite, a su vez, producir y reproducir el modelo dominante, perpetuándose en sí mismo y rehuendo un aspecto implícito del poder: la responsabilidad con los demás.

Probablemente, para conseguir cambiar algo entre niveles asistenciales, para que cambie la situación de asimetría actual y que la relación mejore, lo que beneficiaría clara-

mente a los dos ámbitos, habría que fomentar un diálogo de tú a tú real, que respetase las identidades y capacidades locales y que crease lazos u órdenes morales particulares y locales; hay negociación, paridad, igualdad, establecer intereses y objetivos comunes y renunciadas pactadas, y para que esto se produzca es necesario cambiar el contexto en el que se da esta relación y dar voz a los protagonistas de estas relaciones: los profesionales de la salud.

4.6 Paradoja

El sistema biomédico occidental ha tenido un papel fundamental en que se haya llegado a unos niveles de esperanza y calidad de vida que hasta hace pocas décadas eran impensables. Quizás ahora hay que repensarlo, ha de plantearse qué quiere para sí mismo, para evitar que se convierta en un tirano, tanto con las personas a las que atiende como con los profesionales que trabajan en él, cuando los forma y estructura.

Parece paradójico que discurso y práctica no consigan alinearse y caminar juntos. Por un lado, se tiene en cuenta y se alaba el valor de la atención primaria como integrador de las diferentes prácticas de salud de las personas, y se reconoce que uno de los mayores errores de la biomedicina ha sido imponerse como un modelo demasiado fraccionador, paternalista y despersonalizador. Sin embargo, las diferentes políticas de innovación y reforma del sistema sanitario parecen dirigidas a perpetuar y potenciar lo que se debería corregir: una fragmentación, instrumentalización e institucionalización de las personas.

En nuestro entorno, en España, al finalizar la dictadura existía un sistema sanitario grande, pero desorganizado. Se pretendió descongestionar los hospitales adjudicando la mayor parte de la burocracia a los centros de salud y asignándoles las tareas de menos valor o que requerían menos destreza; se trataba de que asumieran cuanto más mejor, sin importar demasiado la calidad. El paciente acudía de un servicio a otro, duplicando visitas y pruebas, y esperando encontrar respuestas de las que nadie se quería responsabilizar.

Después de 30 años de democracia, tras invertir algo más en atención primaria y que esta se haya esforzado por potenciar programas preventivos, ser más resolutiva, potenciar la educación sanitaria, contener las demandas sanitarias de la población y no ser solo un *gate-keeper*, las últimas propuestas para la reforma de la sanidad que se plantean parecen ir dirigidas a que los centros de salud, que se han mostrado capaces de ser resolutivos cuando se les da protagonismo y recursos, asuman más y más tareas, pero sin prestigiarlos ni asignarles más presupuesto, lo que equivale a recortarlos, masificando aún más los centros de salud, creando en ellos pequeñas sucursales hospitalarias, repitiendo el mismo error que se cometió durante la dictadura. Lo que se consiguió fue que las consultas de medicina general fueran mecanismos burocráticos de distribución de pacientes en el sis-

tema público, tan masificado que no permitía ni implicarse ni responsabilizarse ni otra comunicación fuera del P10 o volante de derivación.

A partir de ahora, la propuesta sería dar el salto de los discursos a la práctica y dar el protagonismo, un protagonismo real y material, a la atención primaria: incorporarla al currículum formativo de los sanitarios, que los primaristas encontrarán a sus representantes en instituciones decisorias (colegios profesionales, universidades, gobiernos...), dotarla de más recursos y exigirle entonces mayor responsabilidad y que fuera más resolutiva. Con una atención primaria potente y un mayor conocimiento por parte de los hospitales, un diálogo de tú a tú sería posible. No puede ignorarse por más tiempo qué tienen que decir los profesionales sanitarios sobre la continuidad asistencial, cuando depende en buena parte de ellos. Institucionalmente, la continuidad asistencial debería ser requerida y reclamada, puesto que supone ventajas para los pacientes y para el propio sistema sanitario.

5. Tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en la salud

Este capítulo se inicia con una reflexión general sobre las TIC y el papel que desempeñan en la sociedad, se presenta un modelo de aplicación de las TIC al ámbito de la salud expresado mediante tres etapas que cierran un ciclo: telesalud –servicios aumentados mediante las TIC–, gestión del conocimiento, y, finalmente, se analizan las características de la innovación basada en las TIC en el ámbito de la salud y, en particular, en la atención primaria.

Las TIC en el ámbito de la salud tiene por delante un largo recorrido que apenas se ha iniciado. En las conexiones entre el sistema de salud, cada vez más tecnificado, y las personas, profesionales y usuarios, las TIC son un elemento imprescindible. Gracias a la tecnología, mejoran de forma permanente los fármacos y los dispositivos médicos, los métodos de diagnóstico y los procesos de administración de fármacos. Todo junto contribuye a ofrecer un mejor tratamiento, menos perjudicial y/o doloroso y finalmente con un coste menor. Sensores para controlar de manera más eficaz al enfermo, sistemas de diagnóstico que prevengan a tiempo potenciales enfermedades o conecten las “islas” de información que diversos proveedores tiene de un mismo paciente o de pacientes del mismo tipo podrían reducir significativamente los costes (Herlinger, 2006).

5.1 Las TIC que conocemos y las que vendrán

Las TIC se desarrollan de forma acelerada. La capacidad de los ordenadores se duplica aproximadamente cada dos años y algo parecido sucede con el ancho de banda disponible para las telecomunicaciones. De una simple red de ordenadores, Internet ha pasado a conectar primero documentos (web), después personas (redes sociales) y pronto conectará todo tipo de cosas (Internet 0 o Internet de las cosas). Los teléfonos ya son de hecho ordenadores que actúan como asistente personal y se fabrican “etiquetas electrónicas” capaces de recibir, procesar y enviar información a un coste tan pequeño como su tamaño.

Las TIC son algo más que una simple herramienta para mejorar la productividad. Los ordenadores y la red que los conecta se han de entender como una extensión de las capacidades cognitivas del individuo y de su dimensión social. Un gran ejemplo de este

fenómeno es el sistema www.patientslikeme.com, en el que miles de enfermos crónicos comparten toda la información sobre sus enfermedades y sobre los medicamentos que toman y cómo les afectan.

La capacidad de las TIC para optimizar los procesos de comunicación y de información impacta intensamente en todos los ámbitos de la actividad económica y humana. El espacio virtual es global, no hay costes de desplazamiento y los medios de comunicación de masas han sido sustituidos por una especie de estado de comunicación permanente en tiempo real abierto a todos. Este estado de comunicación permanente se extenderá al campo de la atención primaria y dará lugar a una comunicación más intensa entre usuarios y sistema de salud a un coste menor.

Internet va ganando día a día en sensibilidad, agilidad, inteligencia artificial y creatividad, en medio de una compleja evolución de sus diversas dimensiones: las cosas, los datos, la información, las personas y la sociedad. El mayor potencial se encuentra, sin embargo, en la combinación entre dichas dimensiones y en enlazar el mundo físico y el mundo virtual. Los ejemplos se empiezan a multiplicar: sensores conectados a personas, que proporcionan datos sobre sus constantes y/o su comportamiento, colectivos que comparten información y colaboran para optimizar la salud de un paciente, nuevos procesos de asistencia a distancia, etc.

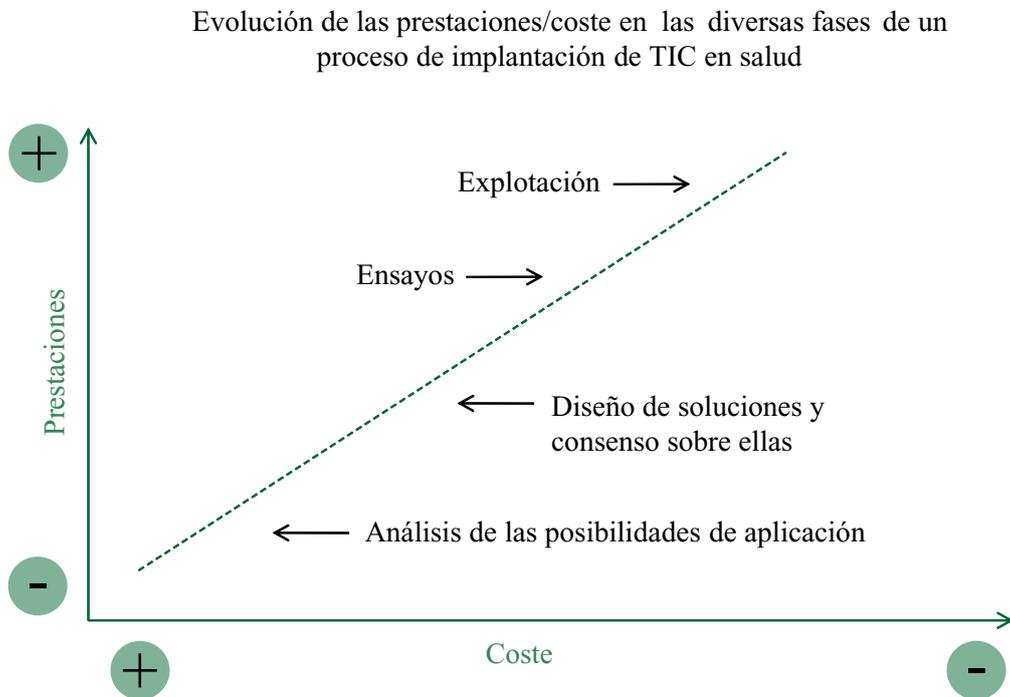
5.2 Las TIC son una condición necesaria, pero no suficiente

La implantación de las TIC en los diversos ámbitos de la salud es cada vez menos una cuestión estrictamente tecnológica y cada vez más una actividad relacionada con el diseño de servicios de salud y de creación-adaptación de nuevos procesos. Como veremos en el apartado sobre innovación abierta, la correcta aplicación de las TIC en la salud se ha de plantear con cierta visión de futuro y, considerando las tendencias:

- Es posible disponer de la información precisa en el momento y el lugar oportunos.
- Se incrementan las posibilidades de realizar trabajo colaborativo entre las personas.
- Se produce una fuerte aceleración en el desarrollo de nuevos productos y servicios, así como en su difusión y comercialización.

La complejidad de la gestión del ciclo de vida de las TIC en la salud, como se expresa en el Gráfico 4, es consecuencia del carácter dinámico de las TIC. Desde que se piensa en la aplicación de las TIC, se analizan las posibilidades, se diseña una solución, se realizan ensayos y se llega a su explotación efectiva, el desarrollo de las TIC ha sido muy significativo. En pocos años se ha vivido, por ejemplo, la súbita aparición del paradigma de la movilidad.

Gráfico 4. Evolución de las prestaciones/coste en las diversas fases de un proceso de implantación de las TIC en salud



Fuente: elaboración propia

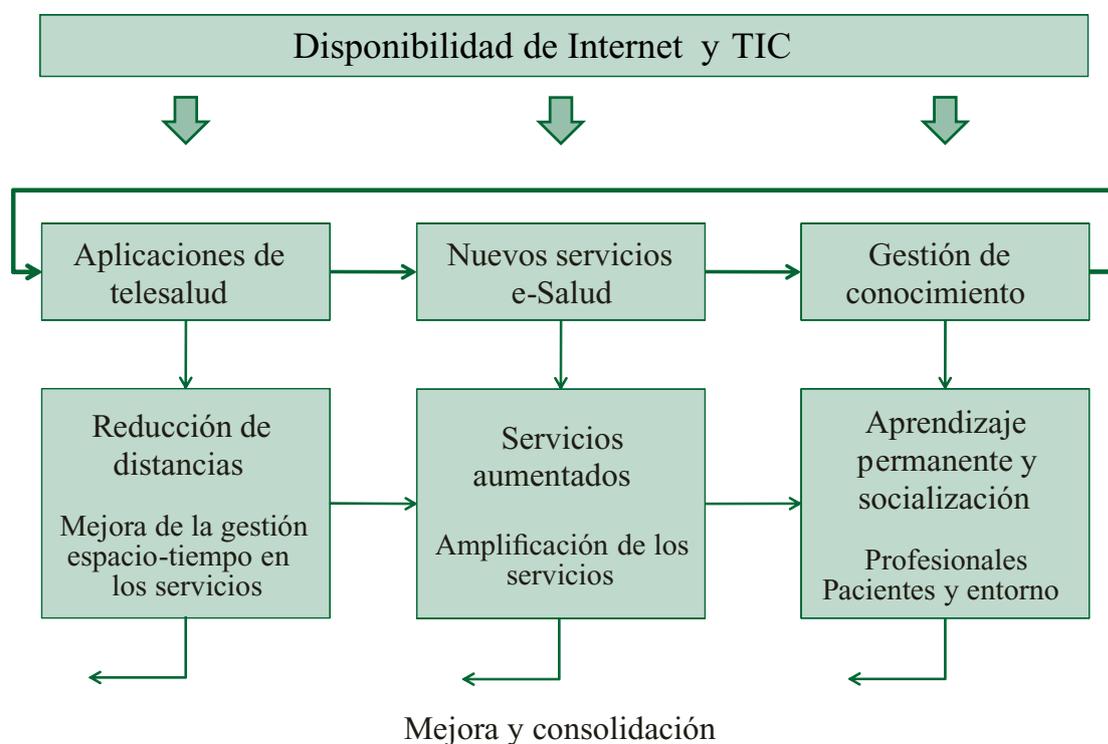
Los proyectos de mejora de servicios en la salud se deberían enfocar bajo un modelo de ingeniería concurrente en los que la tecnología con la que se realizan los ensayos no sea quizá la misma con la que se llega a la implantación efectiva de las soluciones.

Es necesario que las organizaciones de distinto tipo puedan colaborar en el diseño de los productos y los servicios, gestionando, además, un ciclo de vida sometido a un entorno tecnológico muy dinámico, y basado en innovación e investigación permanentes. El hecho de poder comunicar más rápida y económicamente hace posibles cambios más profundos, ya que las TIC son la base de una nueva y potente inteligencia colectiva. La comunicación interpersonal y la comunicación entre la propia información propicia la aceleración del conocimiento de una forma nunca antes experimentada.

5.3 Aplicaciones de las TIC en salud

La aplicación de las TIC en la salud se entiende mejor si se consideran tres etapas sucesivas cuyo desarrollo es gradual y cíclico.

Gráfico 5. Disponibilidad de Internet y TIC



Fuente: elaboración propia

Siguiendo el esquema del Gráfico 5, en primer lugar, las TIC reducen las distancias tiempo-espacio, y las aplicaciones de telesalud, sin modificar forzosamente los procesos en profundidad, introducen un cierto grado de flexibilidad y productividad en los servicios. Es el caso, por ejemplo, de comentar una analítica mediante el correo electrónico a un paciente que ya conocemos. El mismo nivel de servicio se puede prestar y recibir desde cualquier lugar a un coste seguramente menor. Reducir colas y tiempos de espera, concentrar visitas o simplemente reducir su número mediante consultas a distancia en pacientes crónicos, son solo algunos de los múltiples aspectos susceptibles de mejorar con las TIC.

En la segunda etapa se modifican los procesos y se generan nuevos servicios basados en la aplicación de las TIC. Las aplicaciones de telesalud de la primera etapa pueden no modificar sustancialmente el servicio, o pueden dar lugar a cambios relevantes en la prestación del servicio gracias a las nuevas opciones que conlleva la incorporación de tecnología. Continuando con el ejemplo anterior, el comentario sobre la analítica que va a enviar el médico por Internet lo podría redactar con la ayuda de un asistente que le facilita seleccionar las recomendaciones para el paciente. El paciente podría tener a su disposición un documento personalizado con recomendaciones sobre cuestiones

que sean de su interés. De este modo se está empezando a amplificar o aumentar el servicio.

El tercer y último escalón es el de la gestión del conocimiento. La mejora continuada de los servicios se basa en la producción de nuevo conocimiento, y demanda aprendizaje permanente por parte de todas las personas implicadas.

Las tres etapas anteriores solamente se pueden sustentar sobre una sólida base de información compartida sobre el historial clínico de los pacientes y la gestión electrónica de los medicamentos. Sobre esa base de información digital, estas tres etapas constituyen un ciclo virtuoso que dará paso gradualmente a servicios menos costosos y de mejor calidad.

Veamos con cierto detalle las características de estas tres etapas.

A) Reducción de las distancias y asincronía

Si bien la prestación de servicios de salud es básicamente regional, hay que tener muy en cuenta que las TIC facilitan el desarrollo de servicios a escala global. Un ejemplo evidente es el de la realización de informes a distancia y en tiempo diferido sobre imágenes médicas. Nuevamente, el telediagnóstico abre la opción de aumentar el servicio, en este caso incorporando fácilmente dobles informes ciegos. Los hospitales pueden, actualmente, elegir para el suministro de ese tipo de servicios un proveedor en cualquier parte del mundo. Hay que suponer que la competencia que existe hoy en los proveedores de medicamentos se extenderá de forma gradual a los servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento.

Más allá de los aspectos estrictamente económicos o de productividad, la verdadera importancia de la telesalud es la gran ventaja que puede suponer para las personas con limitaciones en su movilidad, que deben ser diagnosticadas, asistidas o pueden hacer rehabilitación desde sus casas. Por ejemplo, ir a ver al médico para que nos comente el resultado de unas pruebas o unos análisis puede resultar más o menos inconveniente para pacientes urbanos y sanos de un país rico, pero resulta poco eficiente cuando para realizar la consulta hay que recorrer ciertas distancias, perder días de trabajo o movilizar a la familia¹.

Al pensar en la reducción de las distancias no se puede ignorar el proceso de globalización y su impacto en la salud. Si por un momento, aunque no es el centro de interés de este trabajo, pensamos en los países en vías de desarrollo, con ratios bajas de profesional/usuario y limitado desarrollo urbano, la telesalud es la única forma que tienen de alcanzar grados de servicio deseables en plazos razonables.

¹ Según una encuesta encargada por KP, la mayoría de las personas en los Estados Unidos prefiere las compañías de seguros médicos que disponen de registros médicos informatizados, y más de la mitad de los encuestados prefiere acceder por Internet para comprobar la cobertura, hacer reclamaciones o acceder a sus registros médicos.

En resumen, en muchos casos, la prestación del servicio de salud a distancia y/o de forma asincrónica es coste-efectivo, ahorra desplazamientos innecesarios y optimiza la gestión de los centros dispensadores de servicios de salud, acercando los centros asistenciales y los especialistas entre sí.

La digitalización de las relaciones entre profesionales, usuarios y sistema de salud evoluciona hacia un nuevo modelo en el que se deja un rastro del proceso de asistencia a cada paciente. El telediagnóstico, la teleasistencia, los tratamientos a distancia y las consultas a distancia pueden escribir, para cada paciente, un diario de fondo en una caja negra.

Los servicios de atención primaria son candidatos potenciales a un modelo híbrido en el que la actividad presencial se combina con actividad a distancia síncrona o asíncrona y ya se deberían estar ensayando los correspondientes modelos de asistencia.

B) Servicios aumentados

Las TIC e Internet permiten aumentar el servicio, es decir, que con el mismo esfuerzo del profesional se multiplica o amplifica la intervención sobre el paciente. Existen ya multitud de ejemplos que señalan los caminos que van a convertirse a medio plazo en grandes rutas. Desde la monitorización de los pacientes y el seguimiento de conductas de riesgo, hasta el tratamiento de las depresiones y las fobias.

En un contexto de servicios aumentados, el paciente participa activamente en su salud y maximiza su esfuerzo personal para la mejora o para la contención cuando se enfrenta a un problema de salud de tipo crónico. Los servicios aumentados permiten, pues, intensificar la atención y el apoyo al paciente, aprovechando su propia información y el apoyo de su entorno. La disponibilidad de sensores cada vez más económicos y conectados a Internet abre infinitas posibilidades para aumentar los servicios de salud. Por otra parte, los servicios aumentados generan infinidad de datos sobre los usuarios y su respuesta a los servicios recibidos que, además de servir para ayudar al propio paciente, han de permitir incrementar el conocimiento científico para mejorar diagnósticos y tratamientos.

Habría que dar apoyo y hacer seguimiento de todas las personas con problemas derivados de conductas de riesgo o de un problema congénito y de todas las personas con enfermedades crónicas, pero el volumen de actividad que supone no se puede abordar con estrategias convencionales.

Es a caballo del desarrollo y la mejora sistemática de los servicios aumentados cuando se produce de forma gradual el cambio de paradigma en los servicios de salud. De un modelo centrado en el médico y en el centro asistencial, se pasa gradualmente a un modelo centrado en el paciente-usuario. Algo parecido a lo que ha pasado en la educación, de un modelo centrado en el profesor a un modelo centrado en el alumno.

C) Aprendizaje permanente

El aprendizaje es la tercera y definitiva etapa del ciclo. Cada día se toma una infinidad de decisiones relevantes en términos de salud, desde los pacientes, que deben seguir las instrucciones que han recibido, hasta los médicos, que han de resolver de forma rápida y en entornos de gran complejidad sobre aspectos que a menudo tienen consecuencias en relación con la vida y la muerte de las personas, y que tienen dimensión económica.

En la toma de decisiones desempeñan un papel importante los protocolos que se han decidido por parte del sistema de salud (autoridades *Top Down*), pero es fundamental el componente de decisión que se extiende capilarmente por todo el sistema. Los servicios de salud se basan en un liderazgo distribuido por todo el sistema que permite tomar decisiones óptimas a nivel local. Este liderazgo es el resultado de una estrategia basada en el aprendizaje permanente en todos los niveles del sistema, pero, sobre todo, en los capilares, que es donde el conocimiento se genera y se aplica.

Más allá de facilitar la gestión del conocimiento que el conjunto de la actividad y de la práctica asistencial generan, las TIC desempeñan un papel determinante en la educación para la vida saludable, por cuanto permiten personalizar el entrenamiento, atacando los puntos débiles de las personas, y actuar de forma integral, alineando entorno y paciente. Una terapia de seguimiento mediante dispositivos móviles de la alimentación de niños y adolescentes con problemas de obesidad permite, al mismo tiempo que se realiza el seguimiento a los sujetos, educar a su entorno familiar, al que además se ha de comprometer para garantizar el éxito de la terapia.

La gestión del conocimiento se extiende, pues, por toda la cadena del servicio de la que pasan a formar parte muy relevante las redes sociales. Hay pruebas de que las personas con menor nivel de contacto social tienen mayores niveles de mortalidad que aquellos con fuertes redes sociales. Se sabe que hay efectos positivos en los resultados de salud y el bienestar de los pacientes relacionados con el intercambio de información y sentimientos acerca de su salud. La inclinación natural de las personas a confiar en “una persona como yo”, unida al efecto de empoderamiento de los consumidores, va a modificar rápidamente la relación paciente-sistema de salud.

Aprender habilidades, conseguir educación para gestionar o para crear conciencia en torno a una enfermedad, obtener apoyo emocional, compartir las propias experiencias sobre la medicación, los tratamientos o los problemas de salud van a ser dimensiones clave en las redes sociales.

Las TIC abren opciones innovadoras de todo tipo, inclusive la creación de juegos, como los empleados para combatir la obesidad, que en el fondo no es ningún juego si consideramos que en España hay más de un millón de jóvenes con sobrepeso, y el 75% de ellos van a ser adultos obesos y van a tener riesgos significativos de diabetes, cáncer, ataques

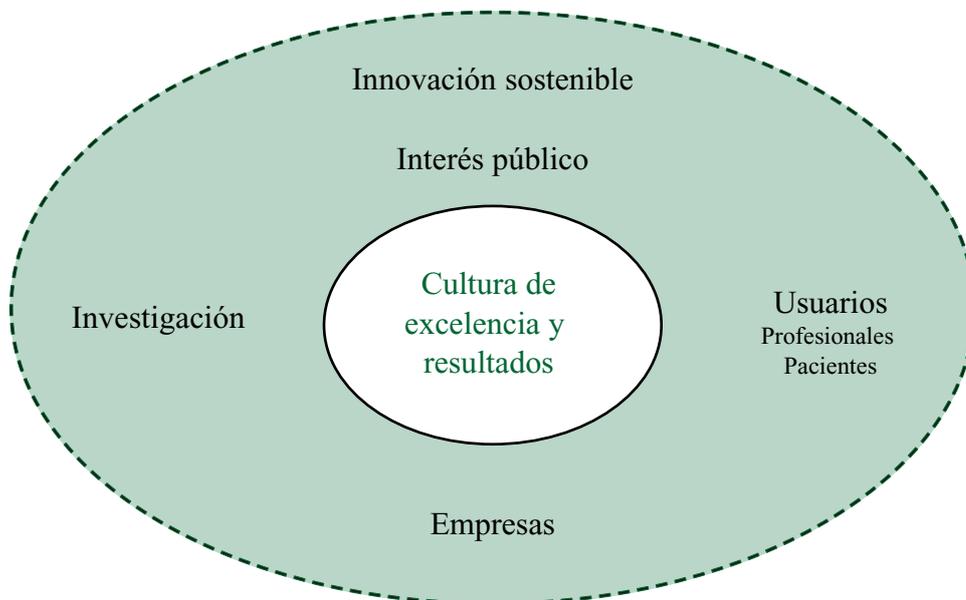
de corazón o derrames cerebrales, entre otras dolencias. La atención primaria puede ser líder de un modelo de información proactivo, facilitado por las TIC, en el que los pacientes son los responsables, primero, de tener una vida saludable y, en segunda instancia, de gestionar sus riesgos y/o de poner el empeño y el esfuerzo necesarios para gestionar sus propias enfermedades.

No hay duda de que las TIC pueden contribuir a educar y, por lo tanto, a gestionar la demanda de unos servicios de salud que se tornan cada vez más complejos y que se prestan en un mercado muy particular, bajo un modelo de derechos muy abierto.

5.4 Innovación abierta en TIC y salud

La aplicación de las TIC en la salud consiste, como hemos visto, en la aplicación de dispositivos y redes que permiten mejorar o desarrollar nuevos procesos. Se ha argumentado que las TIC pueden propiciar cambios en profundidad del modelo de prestación de servicios. En este apartado se comentan las barreras a la innovación y se propone un modelo general de innovación permanente cuya finalidad es promover la cultura de la excelencia y los resultados (Gráfico 6).

Gráfico 6. Barreras a la innovación



Fuente: elaboración propia

La concepción, el diseño, el ensayo, el desarrollo y la implantación de nuevos procesos, como los que se han comentado en el ámbito de la atención primaria, requieren un cambio cultural en una cadena que integra de forma armónica las aportaciones del sector público, la iniciativa privada, la investigación y la participación activa de los usuarios. Las metodologías para conseguir que se generen de forma efectiva dichas innovaciones resultan de cierta complejidad.

5.5 Barreras a la innovación

¿Por qué no se ha generalizado la digitalización en la prestación de servicios de atención primaria, como ha sucedido, por ejemplo, desde hace años en el sector financiero o en otros sectores industriales?

Las limitaciones a la innovación en general y a la aplicación de las TIC en particular se pueden agrupar en cuatro bloques, como puede observarse en la Tabla 1.

Faltan, pues, estímulos dentro del sistema para promover y amortizar inversiones, cuyos beneficios no son evidentes para todos los que han de contribuir con su sacrificio a impulsar las iniciativas. Las dificultades en la innovación, más allá de los límites de la tecnología, están muy relacionadas con la falta de voluntad y capacidad de los diversos agentes que actúan en el sistema de salud.

Tabla 1. Limitaciones a la innovación en general y a la aplicación de las TIC en particular

Organización de la oferta Impacto de la innovación en el <i>statu quo</i>	La divergencia de intereses y de las posiciones previas de los diversos jugadores dificulta la toma de decisiones y el progreso
Generación de la demanda Impacto de la innovación en los usuarios	La dificultad para la educación y el compromiso de los propios pacientes con su salud no estimula la demanda
Financiación Financiación de la innovación	La falta de claridad en la recuperación de las inversiones y en la regulación del mercado de los servicios no anima a la inversión
Desarrollo de la oferta Gestión de la innovación	La inestabilidad y la aceleración de la tecnología dificultan su aplicación

Fuente: elaboración propia

Las propuestas, que en último lugar tienen como finalidad mantener a los pacientes en casa, con supervisión y atención a menor coste que en los centros de salud, han de garantizar unos resultados sobre la salud del paciente al menos equivalente a los actuales. En pocas palabras, se produce una situación de tensión en la que, por una parte, las TIC pueden contribuir a avanzar hacia un modelo de salud más eficiente, centrado en el paciente, pero cuesta encontrar los elementos que estimulen a los diversos agentes cuya contribución es esencial para desarrollar un nuevo modelo de servicio.

En este contexto, la digitalización de la salud va a ser un proceso gradual, asimétrico, al que se irán incorporando los profesionales de la salud en parte debido al efecto generacional, en parte por la necesidad de hacer sostenible el modelo, aumentando la productividad.

5.6 Innovación sostenible

Iniciado el ciclo de innovación en los servicios de salud, y en particular de atención primaria, este se ha de hacer sostenible, para lo cual es necesario considerar tres aspectos clave:

- Codiseño de las soluciones.
- Conexión investigación-innovación.
- Modelos de negocio.

En primer lugar, el proceso de innovación ha de integrar las aportaciones de los diversos agentes implicados en los nuevos servicios. La concepción y la construcción de las nuevas soluciones se ha de realizar en forma de colaboración entre profesionales de la salud, ingenieros, economistas y diseñadores. No es viable desarrollar innovación en modalidad clásica de cliente-proveedor, puesto que las capacidades que hay que poner a prueba son las de todos los implicados, y alcanzar las soluciones óptimas requiere que se produzca un aprendizaje de colaboración.

El proceso de innovación, además de cooperativo, se ha de sustentar en la evidencia científica y, por lo tanto, se requiere un proceso de investigación paralelo al de la innovación, de forma que ambos se realimenten mutuamente. En el sistema de salud tiene un gran peso específico la investigación, de forma que ese es un punto fuerte.

La innovación da lugar a nuevos modelos de negocio capaces de encontrar nuevos puntos de equilibrio entre las partes implicadas. La prestación de servicios ha de evolucionar hacia modelos que equilibren la aplicación de reglas de mercado con el derecho universal a la salud. Sin reglas de mercado no va a ser posible situar al paciente en el centro del sistema, dándole más información, mayores posibilidades de elección, mayor facilidad de uso y un compromiso firme con su salud.

La innovación permitirá descubrir nuevos modelos de negocio que integren horizontal o verticalmente organizaciones y actividades de salud separadas, con el objeto de optimizar los procesos. Como se ha argumentado en capítulos precedentes, el encaje entre la atención primaria y el resto del sistema de salud mediante un modelo óptimo es imprescindible, y progresar en esa dirección no es solo una cuestión de aplicación de tecnologías, sino de estrategias de innovación.

En un marco en el que la demanda de salud está racionalizada, será determinante el soporte de las TIC para disponer de terapias personalizadas que hagan llegar directamente a cada paciente información relevante para su salud.

5.7 Cultura de la excelencia y los resultados

Se ha calculado que una parte muy significativa del gasto en salud, que podría ser superior al 30% (Fisher y Wenberg, 2003), se destina a atención ineficaz o superflua, derivada de la repercusión de los errores médicos y de la redundancia de procedimientos. Contrasta la convivencia entre la excelencia científica en los diversos campos del conocimiento médico con la limitada eficiencia del funcionamiento del sistema visto como un todo. Las TIC pueden contribuir a que el paciente no caiga entre las grietas de las diferentes disciplinas médicas y, aunque suene un poco mal, se habla de construir “fábricas” especializadas en las que el paciente se libera de la necesidad de coordinar una multitud de proveedores. La integración racional de servicios orientada al paciente no solo mejora la salud, sino que reduce los costes finales.

No es lógico que una información cuyo coste de generación es elevadísimo, por ejemplo, una resonancia magnética o una tomografía, no se almacene, con un coste variable adicional casi nulo, de forma que sea accesible siempre y en cualquier parte en que el paciente la necesite.

Parte de la solución al problema de la salud se basa en evitar ponerse enfermo o empeorar en las enfermedades que ya se tienen. Aunque parezca evidente, el hecho es que el sistema de salud invierte entre poco y nada en favorecer la vida saludable. Conectar el historial digitalizado del paciente con herramientas interactivas podría ayudarle a manejar enfermedades crónicas como la diabetes y el asma o a reconocer las situaciones de riesgo, analizando información en enciclopedias médicas escritas en términos fáciles de entender.

El punto de inflexión para que los productos-servicios sanitarios personalizados se empiecen a desarrollar se acerca a medida que se extiende la práctica de la telemedicina, los dispositivos y sensores se hacen más accesibles a las economías domésticas y los teléfonos inteligentes se generalizan. Los médicos podrán enviar resúmenes a los pacien-

tes que reiteran las recomendaciones de las visitas que, según muestran los estudios, los pacientes tienden a olvidar rápidamente.

En un sistema de salud “guiado por la innovación”, la demanda de servicios de salud pasa a ser un activo que genera oportunidades para diseñar, ensayar y poner a punto nuevos productos –servicios, estrategias y modelos de negocio– (Monguet *et al.*, 2010).

5.8 Consecuencias de la aplicación de las TIC en salud

El proceso de globalización y de hipercompetencia que se da en otros sectores está llegando a la prestación de los servicios de salud que podrían estar en puertas de un gran cambio de modelo de negocio impulsado por las TIC.

- Eliminación gradual de barreras a la libre competencia en el sector salud y cambio de escala de determinados servicios.
- Cambio económico y de competitividad del sector. Quien consiga mejor ratio servicio/coste estará en condiciones de exportar la tecnología y los servicios.
- Incremento de la oferta privada con servicios menos intermediados.
- Productos y servicios más dinámicos, pero disminución de la dificultad para entender los servicios.
- Menos externalidades, gracias a una mayor evidencia del compromiso de los diversos agentes.

6. Conclusiones y recomendaciones

La intención de esta sección final es resumir las ideas más importantes de los capítulos previos y, principalmente, abrir un debate que permita avanzar hacia un nuevo modelo de atención primaria. Para ello, pretendemos sentar algunas bases de discusión y, al mismo tiempo, apuntar algunas ideas asimilables al concepto de conclusiones que han ido apareciendo durante las diferentes discusiones en la elaboración de este documento.

Del recorrido por la historia de la atención primaria contextualizada en los diferentes escenarios socioeconómicos de los últimos cuarenta años, hemos visto que:

- Las crisis llegan tras periodos expansivos. Es cierto que la atención primaria en general, y más en nuestro país, se encuentra en crisis. Esta se basa en la incapacidad de rehacer un discurso que durante años ha sido potente, ilusionante, aunque quizás algo entrópico, ideologizado e identitario. Después de llegar a su cenit, ha mostrado claros signos de desorientación.
- La reforma de la atención primaria ha cambiado más la estructura que propiamente su función. Si nos dirigimos a los orígenes de nuestra atención primaria, su función era sorprendentemente muy similar a la actual. El cambio estructural que ha tenido durante estos años ha facilitado que se la pudiera desarrollar con mayor disponibilidad o, dicho de otro modo, queda aún recorrido para desplegar todas las virtudes que una estructura en forma de equipos de trabajo puede llegar a alcanzar.
- Los distintos desarrollos en el modelo de atención primaria, iniciados en las comunidades autónomas españolas, son de interés y hacen patente la necesidad de suprimir cierta regulación “planificadora” (por ejemplo, la de la Ley General de Sanidad) y hacen aconsejable un cierto planteamiento “de mínimos” común, (por ejemplo, los conceptos que se citan en el párrafo siguiente).

De la revisión de experiencias internacionales y la investigación en servicios sanitarios se extrae también que la función de puerta de entrada y filtro garantiza la eficiencia del conjunto del sistema sanitario. Subyace en esta característica, como base fundamental, la capacidad de resolución entendida no solo como la solución de determinada problemática, sino para poseer el conocimiento con el fin de situar y guiar al paciente hacia el camino correcto que pueda ayudarle en su problema de salud.

6.1 Hacia un nuevo periodo reformista

Llegados a este punto, la discusión se centra en considerar si la nueva atención primaria debe romper con la anterior o debemos iniciar un nuevo proceso de reforma. Seguramente, las rupturas se producen cuando existe una suficiente masa crítica que considera imposible continuar con la situación actual y que, claramente, conoce el camino hacia el que debe orientar su actuación. Ciertamente, parece claro que en la actualidad no se da ninguno de los dos factores antes mencionados, por lo que fácilmente podemos concluir que nos encontramos al inicio de un nuevo periodo reformista. Cuál sea la velocidad, intensidad, persistencia e impacto dependerá seguramente de muchos factores. Uno de ellos lo consideramos básico y se centra en su propia capacidad de liderazgo y voluntad de protagonismo. Si estos dos factores no aparecen, difícilmente podremos observar una evolución predecible y nos podríamos encaminar hacia unos planteamientos organizativos de resultados catastróficos para la atención primaria y quizá para el conjunto del sistema sanitario, al menos tal como lo conocemos actualmente.

• La aproximación mutua

Nos referimos concretamente al sistema de aseguramiento clásico, idea muy extendida en la mayoría de los países de la Europa continental y en los Estados Unidos. La fragmentación, la falta de continuidad e integración de servicios y la ausencia de alineamiento en los intereses económicos, clínicos y administrativos producen en general resultados poco satisfactorios. Esta idea está ganando adeptos incluso en nuestro entorno, a veces dentro del mal llamado entorno “liberal”, aunque no tan solo en él, quizá motivado por la ausencia de propuestas refundadoras en nuestro sistema de salud.

Sin entrar a fondo en la discusión y dejando aparte los problemas de equidad y accesibilidad que puede plantear, cabe recordar que un país considerado como paradigmático en Europa en este tema como es Holanda lleva más de 30 años desarrollando métodos de acreditación y monitorización con resultados insatisfactorios, que les obliga a reformular, frecuentemente, los aspectos organizativos y de financiación de su sistema. La más reciente, la desarrollada en ese país desde 2006, que privatiza la gestión del sistema de salud y en la que el gobierno garantiza la accesibilidad y la calidad.

El modelo está basado en un seguro básico que debe contratar el ciudadano (garantizando una cartera de servicios básica), con costes de aproximadamente 95 euros/mes, y un conjunto de costes adicionales según sueldo y compañía aseguradora que compiten de forma regulada entre sí; el sistema es muy complejo y excede los objetivos de este trabajo, pero, resumiendo, se puede afirmar de momento (la evaluación es quizá prematura) que, a pesar de mejorar la capacidad de elección del ciudadano, no hay evidencia de aumento de la equidad (han aumentado los no asegurados), ni la calidad, ni la accesibilidad han mejorado sensiblemente, habiendo aumentado, no obstante, los costes.

El modelo ciertamente ha interesado a los reformistas estadounidenses y alemanes, ya que les supone un avance en sus respectivas soluciones actuales (Dutch Health Care Performance Report, 2010).

6.2 Premisas para una reforma viable

Cualquier proceso reformador de la atención primaria o del conjunto del sistema sanitario, en el que el primer nivel asistencial se vea afectado, debería contemplar cinco premisas fundamentales. Las tres primeras hacen referencia a características propias del sistema de provisión, mientras que las dos últimas atañen al modelo de producción.

• Sostenibilidad del sistema sanitario

Es el primer aspecto digno de tenerse en cuenta. El entorno de incertidumbre económica posterior a la crisis financiera y de amplios efectos sobre las cuentas públicas de las economías con un Estado de bienestar desarrollado, la sensación de desorientación que lleva aparejada en el momento actual y el fenómeno de globalización e irrupción de las economías emergentes, todo ello obliga a que cualquier cambio deba incorporar un afinado cálculo de la capacidad de la sociedad para hacer frente a la reforma.

• Coste-efectividad

En segundo lugar, la cartera de servicios debe orientarse exclusivamente bajo conceptos de coste-efectividad. Como consecuencia, debería reconsiderarse bajo este prisma algunas de las actividades que actualmente se están realizando, tanto en el caso de diversas actuaciones preventivas como en el seguimiento de enfermos crónicos. A su vez, debe analizarse e investigarse actividades que en la actual situación muchas veces se realizan a nivel hospitalario, con un dudoso balance de coste-efectividad, en especial en consultas externas, urgencias hospitalarias y los denominados hospitales de día.

• Gobernanza de la equidad y de la calidad

En tercer lugar, la gobernanza de la equidad y de la calidad es uno de los elementos base que debe acompañar a las medidas anteriores. Esta gobernanza debe incluir distintas sensibilidades que faciliten el análisis de los resultados. Tal análisis debe llevarse a cabo con las distintas herramientas y los indicadores actualmente disponibles, o bien con los que se están desarrollando, muchos de ellos con esfuerzos multicéntricos y supranacionales, con el objetivo de que faciliten la comparación y el conocimiento de las mejores prácticas (*benchmark*). Esta es la clave para que los avances sean sólidos y comprensibles, nivel al que se hace necesaria la actuación conjunta de profesionales clínicos, de especialistas en gestión y de pacientes, todos ellos con la voluntad de acor-

dar, con madurez, los indicadores y su valoración y, evidentemente, dejando al lado, en lo posible, sus intereses a corto plazo, que han impedido hasta ahora el éxito de muchas de estas experiencias.

• **Productividad**

En cuarto lugar, la productividad debe mejorar tanto desde el punto de vista técnico (productividad clínica) como en los aspectos burocrático-administrativos que la soportan y acompañan. Podemos afirmar que la productividad sanitaria es baja con respecto a otros sectores, en especial con el industrial. La aplicación del concepto de industria sanitaria, aunque se trate de una empresa de servicios, es todavía muy prematura. La función de los administrativos situados como *front-office* de los centros debe evolucionar hacia formas de trabajo más polivalentes, tal como realizan sus homónimos en cualquier industria o servicio; automatizando al máximo cualquier tema de contactos que sea posible, las TIC a este nivel ya están disponibles.

Más reflexivo debe ser el hecho de considerar que la actuación de profesionales clínicos –médicos y enfermeras– debe circunscribirse a realizar principalmente labores y actuaciones de auténtico valor añadido para los pacientes, tanto en los aspectos diagnósticos como los terapéuticos. Las labores de acompañamiento, de cumplimiento terapéutico o de hábitos de vida saludable deben dejarse a otros profesionales o bien a herramientas tecnológicas que potencien la denominada medicina de la conducta. Las TIC pueden representar a distintos niveles un verdadero motor de cambio si superan las barreras de implementación y las soluciones están orientadas a las necesidades reales.

• **Flexibilidad**

Finalmente, en un entorno tan cambiante, el sistema sanitario debe ser flexible para poder adaptarse. En momentos de dificultades financieras, debe poder adelgazar en estructuras y costes (a corto y medio plazo). Por esto, a la flexibilidad para reducir costes a corto plazo debe añadirse cambios estructurales a medio-largo, la atención primaria debe también estar presente en ello en ambos sentidos y debe realizar sus propuestas. Las rigideces estructurales actuales y a veces ideológicas no favorecen esta flexibilidad.

6.3 Instrumentos para el cambio

El nuevo proceso reformador requiere emplear una serie de instrumentos que, lejos de ser usados a modo de recetario, constituyen la caja de herramientas necesarias para el cambio y evolución del sistema, ya sea a modo de generador de entornos fértiles o como elemento estrictamente transformador.

- **Un nuevo profesionalismo**

La atención primaria debe contemplarse con liderazgo y protagonismo gracias al prestigio obtenido por su calidad. Para esto, solo existe un camino, que es el emprendido por otras especialidades clínicas: adquisición de conocimiento, de práctica, la discusión, y la comunicación. Alcanzarlo solo es posible gracias a un mayor esfuerzo personal y grupal bien orientado; en este nivel aparece la duda sobre si las sociedades científicas tan al uso en el siglo pasado y que tenían este cometido pueden y deben continuar intentando hacer este papel o quizá deben refundarse. La evolución global hacia la aplicación del concepto de red nos apunta hacia nuevas formas de avanzar, más colaborativas y multidisciplinares y, por tanto, más fieles a la naturaleza de la misma atención primaria. Se vislumbra un nuevo profesionalismo basado en una actuación transparente que valide la calidad de las actuaciones realizadas. En la medida en que pueden facilitar tanto la creación como el flujo continuado de conocimiento, las TIC son una pieza esencial para sustentar dicho liderazgo.

- **Ordenación de la demanda sanitaria**

Es el segundo instrumento base. La demanda debe gestionarse mediante un conjunto de herramientas complementarias que incluyen el concepto de coste por parte del usuario. Aquí emerge la discusión sobre la conveniencia de aplicar una tasa a la utilización de servicios sanitarios, el conocido como copago. Diversos estudios alertan sobre su impacto negativo en el estado de salud de subgrupos poblacionales o por diversos tipos de actuaciones sanitarias. Más interesante parece una nueva tendencia que busca la manera de hacer consciente a subgrupos poblacionales del impacto que pueden tener unos hábitos de vida poco saludables. En este punto, el impacto de las tecnologías de la información en otros países es evidente, desde la aplicación de modelos predictivos en la utilización de servicios a la aplicación de algoritmos complejos que faciliten la actuación sanitaria o el propio seguimiento por parte del paciente; a todo ello podemos añadir la aplicación del concepto de medicina personalizada que tiene en cuenta la carga genética de los pacientes y otras variables que pueden sofisticar todavía más el modelo, en especial en pacientes crónicos. En este punto también debe incluirse el propio control del paciente sobre su enfermedad, gracias a un aumento en su *expertise* en ella, con resultados alentadores aunque poco extendidos en nuestro entorno. Una dificultad en todo este conjunto de medidas, que está presente y seguramente continuará dificultando muchas actuaciones, es la protección de datos; desde una perspectiva legal, se entra muchas veces en colisión con este tema, lo que no es un tema menor, no puede obviarse y genera, y seguramente generará, muchos problemas.

- **El sistema organizativo sanitario. El sistema de financiación y pago del sistema sanitario**

Se trata con toda seguridad de la condición básica e imprescindible para iniciar el proceso. Como cualquier proceso complejo, debe iniciarse con conocimiento, comunicación,

perspectiva de evolución y firmeza. Está claro el valor de los incentivos en los profesionales, que no obligatoriamente se centran en aspectos económicos y que constituyen el motor de avance; los pasos iniciados para diluir los estamentos estancos del pago por atención hospitalaria-primaria, el pago global, el per cápita ponderado por morbilidades y teniendo en cuenta el valor del producto sanitario, han de generar un nuevo esquema organizativo, con un grado de dilución de funciones que actualmente tienen el hospital y la atención primaria.

- **Centrado en el paciente**

La atención debe funcionar alrededor del problema de salud del paciente (conocido como centrado en el paciente) y, por lo tanto, es necesario un sistema no centrado ni en los hospitales ni la atención primaria. A este nivel, emergen dos conceptos novedosos: la atención concurrente sobre el paciente (procede del concepto de ingeniería concurrente, actuación en paralelo centrada sobre el bien que producir) y el resultado de un plan de uso de la digitalización, los enlaces y las redes sociales (una aplicación de esto la encontramos en el ambicioso plan del *Meaningful Use* de la Administración sanitaria americana). Se trata del proyecto generado por David Blumenthal (Blumenthal y Tavenner, 2010), que especifica los distintos pasos en la generación y evolución del *Electronic Health Record*, historia clínica electrónica, que, de ser cumplidos, recibirán una importante financiación del Gobierno estadounidense (los montantes inicialmente previstos en 2010 eran de 27.000 millones de dólares, repartidos en 10 años). Se basa en establecer los distintos pasos de la informatización sanitaria, empezando desde los datos básicos estructurados, pasando por la prescripción electrónica, hasta llegar al complejo mundo de la interoperabilidad de sistemas que permitan la circulación y tratamiento de la información de los pacientes.

6.4 Los trazos principales

- **Independencia de la atención primaria**

Sobre los trazos iniciales de una futura reforma sanitaria, debería quedar clara la independencia de la que debe disfrutar la atención primaria en relación con el hospital. La atención primaria debe quedar situada como una entidad totalmente independiente del hospital y su estructura de gestión, y también de la organización sanitaria de la que dependa, cualquiera que sean sus características. Solo si la atención primaria tiene capacidad de gestión y organización y, a su vez, de discusión y negociación con el nivel hospitalario sobre cómo se comparten los procesos clínicos, puede avanzarse hacia un nuevo modelo más eficiente y con los distintos profesionales más cómodos al realizar funciones para las que tienen competencia. A este nivel, nos parece de interés seguir los resultados de la evolución del modelo organizativo y de pago que inicia Medicare (las ya citadas ACO) y no conside-

ramos que, en realidad, signifique un verdadero avance el emprendido actualmente por el *National Health Service* inglés con su modelo de compra desde la atención primaria, asistido por el conocimiento de los *comissioners* (la evolución de los *fundholders* ya demostró sus límites).

- **Reducción de rigideces del sistema funcionarial**

Otro trazo de gran claridad debería ser el concerniente a la reducción de estas rigideces presentes en la atención primaria. Para ello, es fundamental conceder verdadera capacidad de organización, gestión y negociación, situar a gestores y administración en el papel de promotores, aprender de las evoluciones de otros modelos y transferir lo que sea pertinente con respecto a nuestras propias características, aumentar el valor añadido del trabajo y su productividad utilizando las TIC, estar pendientes y participar de nuevas formas de relación, de gestión del conocimiento y aprendizaje permanente y potenciar la innovación y los procesos de colaboración.

- **Sistema de contratación de servicios**

Definido como instrumento, el sistema de contratación de servicios de atención primaria es capital para alterar el principal factor conductual de la atención primaria. Un sistema sanitario con puerta de entrada en la primaria debe acentuar el papel de resolución de esta por todos los medios posibles. Y, de todos ellos, el más efectivo es el sistema de compra y contratación que introduce potentes incentivos en el comportamiento de los agentes. Actualmente, la atención primaria está contratada o mediante presupuestos históricos que introducen muy poca conciencia de coste o mediante sistemas per cápita que no estimulan a la resolución. Por el contrario, bajo este esquema derivar es transferir coste sin alterar los ingresos. Una atención primaria más resolutive necesita incorporar en su sistema de contratación incentivos diáfanos de resolución, ya sea mediante la contratación de programas especiales o mediante el incremento de la franja variable del contrato en función de la consecución de objetivos que midan la capacidad de resolver.

- **Lógica de redes**

Por último, la incorporación de la lógica de redes en los nuevos diseños de prestación de servicios permite concebir estructuras distribuidas donde se aglutina conocimiento de diferentes fuentes mediante enlaces virtuales. Estos nuevos diseños podrían permitir superar el modelo basado en el acto presencial por uno que lo acompañe con contactos virtuales con un equipo multidisciplinar que no necesariamente reside en el mismo centro de trabajo, pero que, mediante la comunicación y el trabajo en red, colabora y aporta valor en el proceso asistencial. Una redefinición de la atención de tal calado debería tener muy presente el papel del ciudadano y su capacidad de gestionar su propia salud mediante herramientas de información y educación presentes en un portal personalizado de salud desde donde se pueda acceder a la diferente oferta de servicios de salud. Solo así podremos utilizar el concepto de atención centrada en el paciente de forma coherente.

Bibliografía

- Aguinaga, J. *et al.* (1986), La atención primaria hoy: profesionales frustrados y usuarios insatisfechos. *Revista Jano*, núm. 737, pp. 56-65.
- Aller Hernández, M.B. *et al.* (2010), La continuidad asistencial entre niveles percibidos por usuarios del sistema de salud en Catalunya, *Revista Española de Salud Pública*. 84: 371-387
- Amin, A. (1989), Flexible specialisation and small firms in Italy: myths and realities. *Antipode*, 21:1, pp. 13-34.
- Atención Primaria 12 meses 12 causas. <http://apxii.wordpress.com/> (accedido en mayo de 2011).
- Blumenthal D. y Tavenner M. (2010), The “Meaningful Use” Regulation for Electronic Health Records. *N Engl J Med.*, 363: 501-504.
- Bodenheimer T. y Laing, B.Y. (2007), The Teamlet Model of Primary Care. *Ann Fam Med*, 5: 457-461.
- Borkan J., Eaton C.B., Novillo-Ortiz D., Rivero P. y Jadad. (2010), AR Renewing Primary Care: Lessons Learned From The Spanish Health Care System. *Health Affairs* 29, (8): 1432–1441.
- Borrell F. y Gené J. (2008), La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*, (10) 1:3-13.
- Bravo, F. *et al.* (1979), Sociología de los Ambulatorios. Barcelona. Ariel.
- Declaración de Alma Ata (1978), International Conference on Primary Health Care. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (Accedido el 8 de abril de 2011).
- De Miguel, J.M. y Guillén, M.F (1990), La Sanidad en España. Sociedad y política. Madrid: Espasa-Calpe.
- Devers K. y Berenson R. (2009), Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries? (Washington, DC: Urban Institute, octubre).
- Dutch Health Care Performance Report (2010), National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven (Países Bajos).
- Emmanuel E.J. y Emanuel L.I. (1996), What is Accountability in Health Care. *Ann Intern Med*, 124: 229-239.
- European Observatory on Health Care Systems (2010), Health Care Systems in Transition: Spain.

- Fisher, Elliott S. y Wennberg, John E. (2003), Health Care Quality, Geographic Variations, and the Challenge of Supply-Sensitive Care. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol.46, núm. 1, Invierno, pp. 69-79.
- Foy, R. *et al.* (2010) Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. *Ann Intern Med.* 2010; 152:247-258.
- Freidson, E. (1978), La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2010), Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària.
- Gervás J., Pérez-Fernández M., Palomo-Cobos L. y Pastor-Sánchez R. (2005), Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo. www.msc.es.
- Goicoechea J. (1996), Primary Health Care Reforms. World Health Organization.
- Good, B.J. (2003), Medicina, racionalidad y experiencia. Barcelona. Edicions Bellaterra.
- Gómez Gascón T. y Ceitlin J. (1997), Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid, SEMFYC-CIMF.
- Green L.A., Fryer G.E., Yawn B.P., Lanier D. y Dovey S.M. (2001), The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*, 344: 2021-2025.
- Grossman M. (1972), On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Ham C. (2009), Health Policy in Britain. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Ham C., Dixon J. y Chantler C. (2011), Clinically integrated systems: the future of NHS reform in England? *BMJ*, 342:905.
- Health Policy Brief (2010), Accountable Care Organizations, *Health Affairs*, 27 de julio.
- Herzlinger Regina E. (2006), Why Innovation in Health Care Is So Hard. Harvard Business Review, mayo.
- Hong F. (2004), History of Medicine in China: When Medicine Took an Alternative Path, *McGill Journal of Medicine*, vol. 8: 79-84.
- Lawn J.E., Rohde J., Rifkin S., Were M., Paul V.K. y Chopra M. (2008), Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet*, 372: 917-27.
- Luft H.S. (2010), Becoming Accountable—Opportunities and Obstacles for ACOs N, *Engl J Med*, 363;15.
- Macinko J., Starfield B. y Shi L. (2003), The contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, *Health Services Research*, 38: 831-65.
- Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J., (2003) [1986], Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Hacourt-Brace, vol. I. Barcelona.

- Monguet, J.M. *et al.* (2010), E-Health Business Models Prototyping by Incremental Design, pp. 213-228 E-Business Issues, Challenges and Opportunities for SMEs: Driving Competitiveness. IGI Global.
- Narotzky, S. (2001) en Archipiélago. El afecto y el trabajo: la nueva economía. Entre la reciprocidad y el capital social. Cuadernos de crítica de la cultura nº 48.
- OCDE Health Data (2010), www.oecd.org/health/healthdata.
- Okkes I., Oskam, K. y Lamberts H. (2002), The probability of Specific Diagnoses for Patients Presenting with Common Symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract.* 51: 31-36.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2008), The world health report 2008: primary care now more than ever. www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (2000), Medicina y cultura. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- Picas J.M. y Manzanera R. (1987), Las Health Maintenance Organizations (HMO). En la búsqueda de un modelo de gestión sanitaria. *Med. Clin.*, Barcelona, 90: 383-389.
- Porter M.E. (2010), What is value in health care? *N Engl J Med*, 363: 2477-81.
- Proyecto AP-21 (2005), Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Ministerio de Salud, Política Social e Igualdad. <http://www.msps.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>.
- Reid R., Haggerty J., McKendry R. (2002) Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Rico, A. y Pérez-Nievas, S. (2000), La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de los servicios de salud. Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas. En: López-Casasnovas, G. (ed.), La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Análisis comparativo de las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña y el País Vasco. Fundación BBVA e Institut d'Estudis Autònoms, Bilbao.
- Rittenhouse D.R., Shortell S.M. y Fisher E.S. (2009), Primary Care and Accountable Care-Two Essential Elements of Delivery-System Reform, *N Engl J Med*, 361: 2301-3.
- Scheid V. (1999), Document the Globalization of Chinese medicine, *Lancet*, Diciembre, 354 suppl: SIV 10.
- Simó Miñana, J. (2007), El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria. Cienicienta del Sistema Nacional de Salud. *Revista Atención Primaria*, 39(3):127-32.
- Simó Miñana J. (2009), El techo de cristal de la atención primaria española, *Atención Primaria*, 41 (10): 572-577.
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (2009), Autogestión en la atención primaria española. Análisis de situación, de condicionantes y de posibles escenarios que introduce este modelo asistencial, así como de sus consecuencias a corto y medio plazo.
- Starfield B. (1992), Primary care: concept, evaluation, and policy. Oxford University Press, Nueva York.
- Starfield B. (1994), Is Primary Care Essential? *Lancet*, 344: 1129-33.

Starfield B. (1998), *Primary Care: Balancing health: Needs, Services, and Technology*. Oxford University Press, Nueva York.

Starfield B., Shi L. y Macinko J. (2005), Contribution of Primary care to Health Systems and Health. *Milbank Q.*, 83: 457-502.

Struijs J.N. y Baan C.A., (2011), Integrating Care through Bundled Payments–Lessons from the Netherlands, *N Engl J Med*, 364: 11.

Vuori H., (1986), Health for All, Primary Care and General Practice, WONCA 1986, Journal of Royal College o General Practitioners, 36, 398-402.

Wagner E.H. y Austin B.T. (1996), Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 74(4): 511-44.

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos

Gráfico 1. Evolución de la variación trimestral del PIB durante 1971-2010.....	18
Gráfico 2. Gasto sanitario como porcentaje del PIB.....	18
Gráfico 3. Estructuración temporal del análisis	19
Gráfico 4. Evolución de las prestaciones/coste en las diversas fases de un proceso de implantación de las TIC.....	50
Gráfico 5. Disponibilidad de Internet y TIC	51
Gráfico 6. Barreras a la innovación.....	55

Tablas

Tabla 1. Limitaciones a la innovación en general y a la aplicación de las TIC en particular	56
--	----

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.

- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubia Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.

- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.
- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.
- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.
- 130/2008. **La distribución y dispensación de medicamentos en España.** Ricard Meneu.

- 131/2008. **Nuevos mecanismos de fraude fiscal. Algunas propuestas para un modelo de investigación.** Juan Manuel Vera Priego.
- 132/2008. **Radio digital en España: incertidumbres tecnológicas y amenazas al pluralismo.** Rosa Franquet Calvet.
- 133/2008. **Dinámica emprendedora en España.** M.^a Jesús Alonso Nuez, Carmen Galve Górriz, Vicente Salas Fumás y J. Javier Sánchez Asín.
- 134(I)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. I.** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 134(II)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. II (Anexos).** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 135/2008. **El sindicalismo en España.** Andrew J. Richards.
- 136/2008. **La Genómica de plantas: una oportunidad para España.** Pere Arús y Pere Puigdomènech.
- 137/2008. **Planes y fondos de pensiones: propuestas de reforma.** José Luis Monereo Pérez y Juan Antonio Fernández Bernat.
- 138/2008. **Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas.** Óscar Moracho del Río.
- 139/2008. **La frontera de la innovación: la hora de la empresa industrial española.** Emilio Huertas Arribas y Carmen García Olaverri.
- 140/2008. **Propuestas para mejorar la calidad de vida en las ciudades.** María Cifuentes, Rafael Córdoba, Gloria Gómez (coord.), Carlos Hernández Pezzi, Marcos Montes, Raquel Rodríguez, Álvaro Sevilla.
- 141/2008. **La evolución de la productividad en España y el capital humano.** Rafael Doménech.
- 142/2008. **Los sindicatos en España frente a los retos de la globalización y del cambio tecnológico.** Holm-Detlev Köhler.
- 143/2009. **La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales.** Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya.
- 144/2009. **Biotecnología para una química verde, respetuosa con el medio ambiente.** José Luis García López.
- 145/2009. **Reinterpretando la rendición de cuentas o *accountability*: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España.** Eduard Jiménez Hernández.
- 146/2009. **Análisis económico de los efectos de la inmigración en el sistema educativo español.** Javier Salinas Jiménez y Daniel Santín González.
- 147/2009. **Seguridad, transparencia y protección de datos: el futuro de un necesario e incierto equilibrio.** José Luis Piñar Mañas.
- 148/2009. **La protección de la discapacidad en el sistema de seguridad social: propuestas de mejora.** Luis Cayo Pérez Bueno y Miguel Ángel Cabra de Luna.
- 149/2009. **El sistema de relaciones sindicales en España: un balance general del marco jurídico y del funcionamiento de la práctica sindical en el sistema social.** Manuel Carlos Palomeque López.
- 150/2009. **El papel del “Derecho” en la crisis. Algunos aspectos de la regulación financiera y de las grandes empresas en su relación con la Economía.** Andrés Recalde Castells.
- 151/2009. **Formación de los comunicadores en la era digital.** Manuel Santiago de Aguilar Gutiérrez y Pedro Soler Rojas.
- 152/2009. **Rescates y reestructuración bancaria: el caso español.** Santiago Fernández de Lis, Daniel Manzano, Emilio Ontiveros y Francisco J. Valero.
- 153/2010. **Cláusulas sociales, libre competencia y contratación pública.** Daniel Martínez Fons
- 154/2009. **Los efectos de los conciertos sobre la eficiencia y la equidad del sistema educativo español.** María Jesús Mancebón Torrubia y Domingo Pérez Ximénez de Embún.
- 155/2009. **Políticas de vivienda en un contexto de exceso de oferta.** Julio Rodríguez López.
- 156/2010. **El modelo de control interno del gasto público estatal. Propuestas de cambio.** Ximena Lazo Vitoria.
- 157/2010. **La flexiseguridad laboral en España.** Fernando Valdés Dal-Ré y Jesús Lahera Forteza.
- 158/2010. **Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España.** María José González, Marta Domínguez y Pau Baizán.
- 159/2010. **La atención a la dependencia y el empleo.** Ángel Rodríguez Castedo y Antonio Jiménez Lara.

- 160/2010. **La subcontratación empresarial. Hacia un nuevo modelo de regulación.** José Luis Monereo Pérez y Carolina Serrano Falcón.
- 161/2010. **Cambio demográfico y pensiones de la Seguridad Social.** Fidel Ferreras Alonso.
- 162/2010. **La enfermería frente al espejo: mitos y realidades.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 163/2010. **Estado autonómico, Unión Europea y mundialización.** Alberto Pérez Calvo.
- 164/2010. **¿Quiénes son y cómo votan los españoles “de izquierdas”?** Guillermo Cordero García e Irene Martín Cortés.
- 165/2010. **Pobreza y privación material en España en el periodo 2004-2008: del auge económico al inicio de la recesión.** Rosa Martínez López.
- 166/2010. **¿Se organiza mejor la derecha que la izquierda? Un estudio de la organización de los partidos de derechas en las democracias occidentales.** Javier Astudillo.
- 167/2010. **Valores y políticas que distinguen a los ciudadanos de derecha de los de izquierda.** Francisco Herreros Vázquez.
- 168/2011. **El significado y el contenido del centro ideológico en España.** Mariano Torcal Lorient.
- 169/2011. **Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España.** Braulio Gómez Fortes y Manuel Trujillo Carmona.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solá Morales.

