

COLABORACION ESPECIAL**DISTRITOS DE ATENCION PRIMARIA: LA EXPERIENCIA ANDALUZA**

**J. I. Martínez Millán (1), J. C. March Cerdá (1), L. A. López Fernández (1),
M. C. Gracia Sánchez Román (2)**

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública.

(2) Equipo de Atención Primaria.

RESUMEN

La creación de los distritos de atención primaria ha supuesto una importante transformación en la gestión y funcionamiento de los servicios sanitarios en Andalucía, constituyendo la primera experiencia de creación de una administración específica de recursos para la nueva red de centros de salud.

En este trabajo se analizan sus principales líneas de desarrollo estratégico (Descentralización en la gestión, incorporación del modelo de atención primaria de salud, coordinación entre niveles, participación comunitaria) y algunos de los factores que están determinando su configuración.

Palabras Clave: Atención primaria, Andalucía.

ABSTRACT**Primary Health Care Districts: The Experience Of Andalusia**

The establishment of the Primary Care Districts has supposed a very important change of the management and functions of the Andalusian health services. This experience, implies the creation of a specific administration of resources for the new primary care level.

In this paper we analyze the main strategic development lines (management decentralization, supply of health services in accordance with an integrated health concept -P.H.C. model-coordination between levels, community involvement) and some determinating factors of these strategies.

Key Words: Attention primary, Andalucía.

1. INTRODUCCION

El ordenamiento legal de los servicios sanitarios andaluces establece un nivel intermedio de gestión que es el Distrito de Atención Primaria. Esta estructura organizativa constituye la primera experiencia de crear una administración específica de recursos para el nuevo modelo de Atención Primaria, diseñada para facilitar su desarrollo y reforzar los componentes de Medicina Comunitaria y Salud Pública.

En el debate actual eficiencia-satisfacción vs. metas de salud-equidad, la

consolidación de la estructura de los Distritos de Atención Primaria (D.A.P.), enmarcados en la cultura integradora y potente de la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), puede ser una pieza clave, máxime cuando los resultados, en cuanto a satisfacción del usuario y eficiencia de los procedimientos de gestión en Atención Primaria, aportados desde los D.A.P. son alentadores, como se reconoció en la reciente reunión de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria celebrada en Málaga este año, (marzo 1990).

2. EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En las figuras 1 a 3, se presenta esque-

Correspondencia:

J. I. Martínez Millán.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Campus Universitario de Cartuja.

Ap. Correos 2070, 18060 Granada.

máticamente la estructura orgánica del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.) en sus

niveles centrales y provinciales de Atención Primaria.

FIGURA 1
NIVEL LOCAL

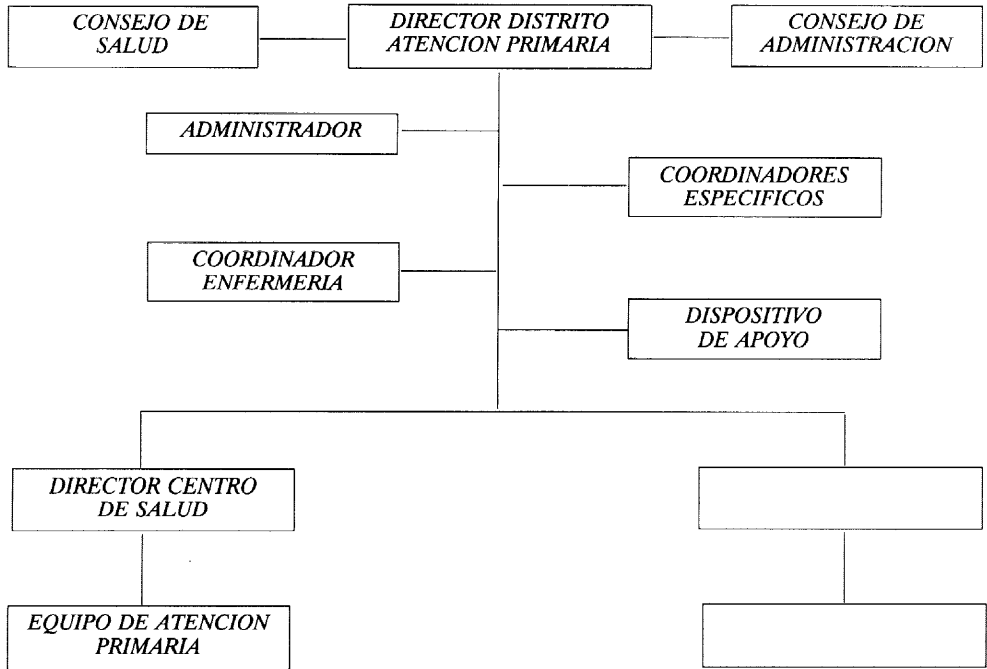
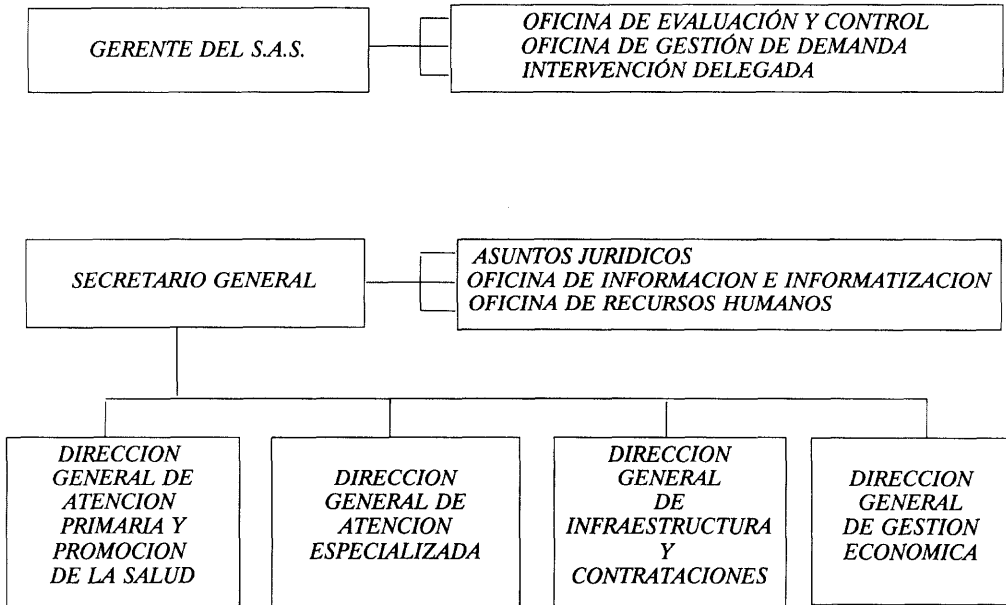


FIGURA 2
NIVEL PROVINCIAL



FIGURA 3
ESTRUCTURA ORGANICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
NIVEL CENTRAL



El Decreto 195/85¹, sobre ordenación de los servicios de A.P.S. en Andalucía, establece el D.A.P. como la demarcación geográfica para la planificación, prestación y gestión de los servicios sanitarios de la Atención Primaria que abarca el conjunto de las zonas básicas de salud (Z.B.S.), vinculadas a una misma estructura de gestión, dirección y administración.

Este mismo decreto define la estructura organizativa y funciones del distrito, desarrolladas por los siguientes órganos:

La Junta de Administración: Dirigida por el Director del D.A.P. e integrada por representantes de la Consejería de Salud y Consumo y de las corporaciones locales comprendidas en el ámbito del D.A.P., se responsabiliza del establecimiento de las

directrices sanitarias y de la gestión del mismo.

La Dirección del Distrito asume la autoridad y responsabilidad sobre el personal y el funcionamiento de todos los servicios de Atención Primaria, incluyendo el dispositivo de apoyo específico. Del Director del Distrito dependen el administrador y coordinador de enfermería y, en función de las características de la zona, puede contar con coordinadores de epidemiología y programas, educación para la salud y participación comunitaria, y coordinadores de programas específicos.

Como órgano de asesoramiento al Director del Distrito se crea la Comisión de Dirección, integrada por los componentes del equipo de dirección del distrito.

to y las direcciones de los centros de salud. Debe reunirse al menos con periodicidad mensual.

Como órgano de carácter consultivo en el Distrito se constituyen Consejos de Salud, con representación de los municipios, trabajadores sanitarios y usuarios.

Para complementar la capacidad de prestación de servicios en su área de influencia, en cada distrito sanitario actuarán dispositivos de apoyo en las áreas materno-infantil, salud mental, salud dental, radiología, laboratorio, rehabilitación, sanidad ambiental, higiene de los alimentos y ordenación farmacéutica.

Distritos de Atención Primaria: Líneas estratégicas de desarrollo

En el apartado anterior se ha pretendido presentar brevemente lo que la normativa establece sobre los D.A.P.; siendo importante su conocimiento, lo que nos interesa analizar en estos momentos es el marco conceptual y de modelo sanitario que los origina y su concordancia con la realidad de los Distritos.

En este sentido, el espíritu de la normativa sobre Atención primaria y específicamente la referida a los distritos persigue:

1. Producir una descentralización efectiva en la gestión y planificación de las actividades.
2. Garantizar una oferta de servicios sanitarios, concordantes con una concepción integral de la salud. (Modelo A.P.S.).
3. Ofrecer cuidados continuados de salud a través de los mecanismos de coordinación necesarios.
4. Promover la participación ciudadana en la gestión de estos servicios.

Lo que consideramos un modelo organizativo coherente para la gestión de la Atención Primaria ha chocado en su desarrollo con importantes dificultades, que han originado, junto a un enlentecimiento en la consecución de los objetivos de racionalización de la gestión, cierto desencanto en sus gestores, los cuales esperaban quizás resultados más inmediatos y brillantes, con un menor coste organizativo que los alcanzados.

Intentaremos exponer algunos factores que, a nuestro juicio, pueden estar interviniendo en relación a estos objetivos:

1. Producir una descentralización efectiva en la gestión y planificación de las actividades

El modelo de gestión, propuesto para la Atención Primaria de salud, no es concordante con la cultura de administración prevalente en nuestro entorno, incluida la de los servicios sanitarios en su conjunto. Se confiere formalmente a los distritos de autonomía de gestión (dentro de las directrices generales y políticas, emanadas por los servicios centrales y provinciales) que no puede ser ejercitada plenamente, dadas las normativas y procedimientos existentes para la gestión de recursos humanos y la elaboración de presupuestos.

A) Recursos humanos: las normas para la gestión de recursos humanos están casi completamente centralizadas para el conjunto del estado. Los profesionales de los equipos de atención primaria obtienen, tras una oposición, su plaza en propiedad, quedando su régimen laboral establecido en el "Estatuto de la Seguridad Social" ², vigente desde el año 1966 y que está en proceso de negociación para su modificación. La rigidez normativa que establece dicho estatuto y el carácter de "por vida" de las

plazas de Atención Primaria confieren un estrecho margen de maniobra en la gestión de estos recursos.

Los salarios son establecidos también a través de una normativa general ³. El establecimiento reciente del complemento de productividad ⁴ pretendía conferir cierta capacidad de maniobra en los márgenes al estar prevista su distribución, en base al grado de consecución de objetivos, previamente negociados por unidades y/o personas, pero de hecho su efecto ha sido desvirtuado desde el momento en que fue asignado a todo el personal indistintamente. La profundización en la línea de dotar a los gestores de cierta capacidad de incentivar económica, aparece como uno de los mecanismos que pueden contribuir más eficientemente a la mejora de la gestión ⁵.

La autoridad y capacidad de gestión del director es en realidad bastante limitada. Metas de gestión como la selección de personal, el diseño de las carreras profesionales, la garantía de poder establecer recompensas adecuadas y la posibilidad de establecer mecanismos reales de control y corrección de desviaciones, no son sólo difíciles de conseguir, sino en algunos casos imposibles de desarrollar en el ámbito del distrito.

B) Elaboración de presupuestos: a pesar de los esfuerzos realizados en el conjunto de la Administración del Estado para incorporar la metodología de presupuestación por programas, esta metodología sólo es aplicada al capítulo de inversiones. El esquema real de presupuestación, basado en el reembolso de costes y centrado en los recursos, introduce contradicciones importantes en el modelo, ya que, por definición, incentiva la ineficiencia (recibe más quien más gasta), dificulta la asunción por los gestores de la valoración del coste de oportunidad en la utilización de los recursos, genera una cultura centrada en su incremento e imposibilita la transmisión por

parte de los gestores a los profesionales (específicamente a los médicos) de la necesidad de proceder a la utilización de los recursos en un marco presupuestario concreto y limitado.

C) Procedimientos administrativos: Donde se han producido cambios significativos es en los procedimientos internos de gestión del distrito, generándose un nuevo estilo en el que el consenso y la participación priman sobre las líneas jerárquicas tradicionales; la planificación del desarrollo de los distritos y la programación de las actividades asistenciales y de salud pública son prácticas casi generalizadas en el entorno de la atención primaria; la evaluación de los resultados, auditorías internas, "revisión entre colegas" y las actividades de formación continuada van paulatinamente siendo generadas y aceptadas por el conjunto de los profesionales.

La cualificación de los cuadros directivos de los D.A.P. es netamente diferente a la que tradicionalmente se observa en el resto del sistema sanitario. Algo más de la mitad de los cincuenta y siete directores de distrito, existentes en la actualidad, poseen una maestría en Salud Pública, otros catorce han seguido un curso de 150 horas en administración sanitaria, dictado por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Este mismo curso ha sido recibido por siete administradores, once coordinadores de enfermería, cuatro coordinadores de educación para la salud, treinta y cinco directores de centro de salud y veintisiete adjuntos de enfermería.

2. *Garantizar una oferta de servicios concordante con una concepción integral de la Salud (Modelo de A.P.S.)*

La apertura de centros de salud y zonas básicas de salud ha supuesto un

cambio cualitativo importante en la prestación de servicios; estos cambios se refieren básicamente a un aumento de la calidad de la asistencia y del tiempo de trabajo de los facultativos, a la incorporación de nuevos profesionales (enfermeras comunitarias y trabajadores sociales) y a la mejora de los índices profesional/habitantes (1 médico/2000 h. y 1 enf./2000 h.).

El tiempo medio de consulta en Atención primaria ha subido de 2' a 5' en las consultas a demanda ⁶y se ha introducido la cita programada para seguimiento (20'/consulta). Se ha conseguido incorporar la historia individual y familiar unificada (anteriormente inexistente) y ha mejorado la cualificación formal de los recursos; la mayoría de las plazas de nueva incorporación en los centros de salud han sido cubiertas por especialistas en medicina familiar y comunitaria, las escuelas de enfermería modificaron su diseño curricular, adaptándolo a los principios de la A.P.S. en el año 1978.

Otro aspecto importante a destacar es el incremento de la equidad, conseguido al comparar la disponibilidad y accesibilidad a los recursos sanitarios entre los núcleos rurales y urbanos frente a la situación anterior.

Pero si este aumento en la calidad asistencial podríamos considerarlo genérico en los centros de Atención Primaria, el elemento diferenciador de los mismos puede establecerse en el grado de incorporación de la perspectiva comunitaria y de las estrategias de promoción y prevención. Solo el esfuerzo de gestión y control de la demanda de asistencia (de 90-110 consultas/día a un promedio de 40 en los centros con más de dos años de funcionamiento) permite la incorporación de estas tareas. Mientras se alcanza este objetivo, se ha generado cierto nivel de frustración entre los profesionales que, habiendo asumido el modelo de A.P.S.,

no han podido desarrollar sus contenidos por la importante presión asistencial.

Merece la pena asimismo destacar que, en los distritos con mayor implantación del modelo, se constata que el abordaje intersectorial de los problemas de salud es una necesidad real por encima de un supuesto conceptual. Será muy interesante el seguimiento de las dinámicas generadas desde los distritos ante esta percepción.

3. *Ofrecer cuidados continuados de salud a través de los mecanismos de coordinación necesarios*

Las Leyes General de Sanidad y del Servicio Andaluz de Salud prevén en su desarrollo la configuración de las áreas de Salud, como elementos de gestión unitaria de los recursos y de garantía de la continuidad e integralidad de la atención a los ciudadanos.

En nuestro entorno, el nivel de asistencia especializada está representado por el hospital, caracterizado por su elevada concentración de recursos de alta tecnología y especialización y por su importante capacidad resolutoria. Este nivel se encuentra fuertemente consolidado, constituyendo el eje de referencia del sistema sanitario o desde la década de los 60, tanto para sus gestores como para la población que era remitida sistemáticamente a este nivel o que accede, por propia decisión, a través de sus puertas de urgencia.

La reforma de Atención Primaria en Andalucía generó estructuras específicas de gestión (D.A.P.), como una estrategia que pretendía garantizar la potenciación, desarrollo y consolidación del modelo de atención primaria. Ahora es necesario dar un paso adelante en la coordinación efectiva de ambos niveles.

Es una realidad que los dos niveles poseen estructuras jerárquicas, presupuestos, filosofías y culturas organizativas diferentes ⁷. Será imprescindible, por tanto, desarrollar nuevas estrategias de gestión y de presupuestación, de negociación de objetivos estratégicos y asistenciales. Será imprescindible también delimitar nuevas líneas de autoridad, definir nuevos sistemas de información y conseguir una responsabilización compartida de ambos subsistemas, aunque, a nuestro juicio, el factor que está teniendo más impacto y seguirá teniéndolo en el futuro, para establecer una coordinación real es el choque entre las culturas prevalentes en los dos niveles.

Los profesionales de Atención Primaria en Andalucía han asumido y capitalizado las distintas formas en que ésta puede ser interpretada (conjunto de actividades, nivel de cuidados, estrategia de desarrollo y filosofía), claramente definidas por Vuori en su artículo *¿Qué es la Atención Primaria?* ⁸.

Los profesionales de asistencia especializada, encerrados en sus palacios de cristal y tecnología, y con ciertas dosis de inmovilismo en su posición de poder, no han sabido (tampoco se les ha facilitado) incorporar el potente instrumento que, en términos de misión o finalidades del sistema, aporta la A.P.S. en su vertiente estratégica y filosófica.

Nos encontramos con dos subsistemas claramente diferenciados, con idiomas distintos y diferentes conceptualizaciones de la salud y del papel que los servicios sanitarios pueden jugar en ella. Nuestro error puede haber sido no haber hecho partícipes de esta nueva cultura a todos los profesionales, habiendo potenciado su incorporación exclusivamente en los de Asistencia Primaria. Nuestro reto, si pretendemos conseguir una coordinación efectiva de niveles que haga posible una gestión más eficiente de la salud, sería el de permitir y facilitar una fertilización

cruzada entre los mismos, de manera que se vaya configurando una distribución de tareas consensuadas sobre una misión compartida para el conjunto del sistema de salud.

4. *Promover la participación ciudadana en la gestión de estos servicios*

El Decreto sobre ordenación de los servicios de atención primaria establece los mecanismos para la configuración de las Juntas de Administración del Distrito y de los Consejos de Salud.

La Junta de Administración, presidida por el Director de Distrito, tiene como funciones principales las de ordenar, organizar y determinar las prioridades sanitarias del Distrito, aprobar los planes de salud y programas a desarrollar, elaborar el anteproyecto de presupuestos, resolver las reclamaciones y sugerencias de los usuarios y coordinar la acción comunitaria, fomentando el protagonismo de los usuarios en su salud.

Los consejos de salud se establecen como órgano de carácter consultivo en la planificación y evaluación de las actividades sanitarias. Tiene como funciones las de fomentar y tutelar los derechos y deberes de los usuarios, fomentar el asociacionismo, analizar las sugerencias y reclamaciones de los usuarios, conocer y colaborar en la elaboración de programas específicos de actuación, informar sobre la memoria anual de actividades del distrito y evaluar el grado de cumplimiento de los acuerdos que se adopten.

Se pensó que, creando el mecanismo, esta participación se daría, pero la realidad demuestra que no es así, salvo en experiencias concretas no generalizables. Estas experiencias, relacionadas con la cooperación entre profesionales y algunos líderes comunitarios (no siempre pertenecientes a asociaciones formales), se han

dado en marcos de trabajo y de referencia muy específicos.

La falta de un claro interés por parte de la administración sanitaria, así como la escasa respuesta dada por la comunidad convocada a participar (alcaldes, concejales de sanidad, asociaciones vecinales, líderes sociales y sindicales, etc.) se traduce en la no existencia todavía de Juntas de Administración, ni Consejos de Salud de Distrito de los que se puedan extraer experiencias.

En una sociedad, escasamente articulada como la andaluza, en la que la oferta de participación se origina desde los propios servicios, como respuesta coherente, tanto al modelo sanitario elegido como a la ética social y política, generada en la transición democrática y no ante demandas explícitas de la población en busca de participación, parece claro que los mecanismos formales establecidos ni son suficientes ni pueden ser los únicos.

Uno de los principales problemas de la participación comunitaria radica en la ingenua simplificación del concepto comunidad. Sobre la base de la aceptación de que la estructuración social expresa en sí misma al conjunto de la población, detectamos grupos especialmente concienciados, organizados o asociados, en los que identificamos líderes o representantes que ocupan nudos clave en esa interpretación de lo que constituye el espacio social. Estos supuestos no son aplicables en nuestra realidad, en la que este espacio es el resultado de la interacción de múltiples procesos que se dan inmersos en una amplia red de relaciones entre individuos y grupos primarios, grupos sociales, organizaciones y medios de comunicación ⁹.

Es imprescindible que diseñemos un modelo de participación que se base en un marco teórico, capaz de interpretar la nueva realidad social, que aprendamos a trabajar con individuos y grupos informa-

les que pueden surgir en un momento dado o que existen y son difíciles de localizar. Los profesionales de la salud deberían contar con el espacio y la capacitación necesaria para saber aprovechar las oportunidades. La descentralización en curso aparece como favorecedora de la participación en el ámbito local ¹⁰; las ciencias sociales tendrán que aportarnos nuevos instrumentos y habilidades para conseguirla, los poderes públicos deberían clarificar su voluntad de desarrollarla.

En resumen, hemos intentado mostrar un panorama general de la evolución de los D.A.P. partiendo del análisis de su estructura orgánica y de lo que consideramos son sus líneas de desarrollo estratégico, resaltando algunos de los factores que están interviniendo en su configuración: La rigidez del sistema, que conlleva una divergencia entre lo establecido por la normativa específica de los D.A.P. y la posibilidad real de su aplicación; la necesidad de incorporar nuevos mecanismos de incentivar económica, presupuestación y gestión de recursos, todo ello compensado en parte por el nuevo estilo de gestión y la cualificación de sus responsables; el aumento de la calidad asistencial que se produce en los nuevos centros de salud y la incorporación paulatina de las perspectivas de promoción y prevención; la importancia de la coordinación entre niveles, a pesar de la dificultad que entraña sus culturas diferentes, la necesidad de hacer más permeables los servicios sanitarios a las opiniones de la población, favoreciendo su participación en base a una concepción más realista (por definir) de lo que entendemos por comunidad.

El esfuerzo de adaptación de nuestros servicios sanitarios a la filosofía de la A.P.S. ha sido y continúa siéndolo un proceso apasionante, su camino, como siempre, está repleto de dificultades anécdotas y gratificaciones, pero sobre

todo constituye, y esperamos que siga siéndolo para todos los sectores implicados, un estímulo para la imaginación.

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto 195/1985 de 28 de agosto, sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. BOJA; 15 septiembre 1985.
2. Ministerio de Trabajo. Decreto 3.160/1966 de 23 diciembre por el que se aprueba el Estatuto Jurídico al personal médico de la Seguridad Social. Madrid: BOE; 30 diciembre 1966.
3. Servicio Andaluz de Salud. Acuerdo 11-4-89 sobre retribuciones del personal del S.A.S. BOJA; 5 de mayo de 1989.
4. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Resolución comunicada de 5 de julio de 1989 de la Consejería de Salud y Servicios Sociales sobre criterios para la asignación del complemento de productividad factor variable y su cuantía. Junta de Andalucía, 1989.
5. Martín J, de Manuel E, Carmona G et al. Eficiencia e incentivos en atención primaria. Los cambios necesarios para terminar la reforma. IX Jornadas de Economía de la Salud; 1989; Barcelona. Barcelona: IX Jornadas de Economía de la Salud 1989.
6. Servicio Andaluz de Salud. Los grandes datos de la Atención Primaria en Andalucía. Sevilla: Oficina de Evaluación y Control, 1988.
7. Garijo A. Innovaciones en los Servicios de Salud. IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria; 1989. Granada. Granada: IV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria.
8. Vouri H. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? Atención Primaria, 1983.
9. Irigoyen J. Social articulation in Southern Europe: A resource for health Promotion. Symposium of health promotion in southern Europe; 1989; Granada. Granada: SHPSE 1989.
10. W.H.O. Sumary Report. Third Forum on P.H.C. Development in Southern Europe. Pamplona, (Spain): WHO; 11-14 Oct. 1989. Eur/ICP/PHC. 314 (S). 9089 v.