

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Atención Primaria

Atención Primaria en el INSALUD: Diecisiete años de experiencia

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2002

Dirección Técnica: Subdirección General de Atención Primaria

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Mercedes **ALFARO LATORRE**

Belén **CRESPO SÁNCHEZ-EZNARRIAGA**

Jordi **CUSTODI i CANOSA**

Javier **GUERRA AGUIRRE**

M^ª Santos **ICHASO HERNÁNDEZ RUBIO**

José Antonio **PÉREZ DOBLADO**

Ana M^ª **RUIZ MARTINEZ**

Procesamiento de textos y composición del documento

Marta **GOSÁ DE OTEIZA**

Agradecimientos

El desarrollo de la Atención Primaria que se refleja en este libro no hubiera sido posible sin los profesionales ni los Equipos Directivos de las Gerencias de Atención Primaria y 061, así como sin el conjunto de profesionales de esta Subdirección, por lo que queremos agradecer su inestimable labor llevada a cabo con entusiasmo, tolerancia y crítica constructiva. De igual forma, gracias a todos aquellos que han contribuido, desde cualquiera que sea o hay sido su ámbito de actuación.

Subdirectores/as Generales de Atención Primaria del INSALUD

*Desde su creación a principios de 1984 y hasta noviembre de 1985, **D. José M^ª Rivera Guzmán**; a continuación y hasta octubre de 1987, **D. Antonio Marrón Gallardo**; desde esta fecha hasta julio de 1994, **D. Manuel García Encabo**; con posterioridad, hasta junio de 1996, **Dña. Belén Alonso Durán**; desde ese momento y hasta finales del año 2000, **D. Javier Doder de Solano** y, desde entonces, **Dña. M^ª de los Santos Ichaso Hernández-Rubio**.*

PRÓLOGO DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSALUD

En el transcurrir diario de nuestro trabajo, al mismo tiempo que mantenemos la mirada puesta en el futuro, solemos tener muy presente todo lo que nos queda por hacer, centrados habitualmente en lo pendiente, en lo que hay que mejorar y en lo nuevo que debemos hacer. Esto ha sido además una tónica cuando hablamos de Atención Primaria, ya que desde su inicio como sistema reformado en el ámbito del INSALUD, ha mantenido un importante nivel de autocrítica y renovación.

Sin embargo, cuando como en este caso se hace balance de lo acontecido y se mira un poco hacia atrás, se percibe entonces con nitidez el camino recorrido. Es hora, dado el momento histórico que vivimos, de realizar ese balance y poner de relieve distintos aspectos que, desde la perspectiva del nivel central de gestión de este Instituto, considero que constituyen un exponente de la trayectoria llevada a cabo por la Atención Primaria. Al revisar lo andado por este nivel de atención, resultan especialmente significativos los logros alcanzados, no siempre suficientemente valorados, pero que constituyen un logro social indiscutible.

En numerosas ocasiones se ha utilizado el término de “puerta de entrada al sistema” como una clave a la hora de definir o caracterizar a la Atención Primaria. En mi opinión, resulta insuficiente para expresar la responsabilidad que asume este nivel en su papel de auténtico gestor de los cuidados de salud que requieren los ciudadanos. La accesibilidad, la cualificación científico-técnica, el criterio de eficiencia como eje de las decisiones sobre los recursos a los que debe acceder el ciudadano para mantener o mejorar su salud, son responsabilidades claves que redundan en todo el sistema y que exigen a los profesionales de Atención Primaria un conjunto de habilidades más allá de la exclusiva cualificación técnica. Esta superación constante se realiza además de forma discreta, sin espectacularidad, sin protagonismos.

Lo que se expone a continuación pretende dejar constancia y servir de reflexión de cara al futuro, recopilando la implantación de distintos aspectos que han jugado un papel relevante en el desarrollo de nuestra Atención Primaria. Es evidente que no quedarán reflejados todos los trabajos llevados a cabo, ni se pretende; sería imposible plasmar 17 años de continua labor e innovación. De igual forma, no quedará suficientemente reflejado aquí aquello que ha acompañado y caracterizado todo este trascendental proceso, como la enorme ilusión, el esfuerzo sostenido y la creatividad aportada por miles de profesionales, tanto desde la función asistencial como desde los puestos de gestión.

Por todo ello, desde el privilegio que me otorga el haber vivido la evolución de la Atención Primaria, primero como profesional en los primeros pasos previos a la reforma y hoy tras haber culminado el proceso de transferencia a las CCAA, quiero expresar mi sincero

reconocimiento a tantos profesionales que han construido y mejorado de manera constante el nivel de Atención Primaria sin caer en el desaliento, a nuestro gestores que han sabido impulsarlo, a los que han inducido y conducido desde la Subdirección General de Atención Primaria su implantación y desarrollo y a los que me han antecedido en la responsabilidad que ostento.

*Josep M^a Bonet Bertomeu
Director General del INSALUD*

PRÓLOGO DE LA SUBDIRECTORA GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSALUD

Describir lo que significa la Atención Primaria en unas pocas líneas no me resulta una tarea sencilla. Sin pretender plasmar ninguna trayectoria personal, pues no es ese el interés, no puedo menos que recordar muchos acontecimientos vividos a lo largo de los años en los que he tenido la suerte de participar intensamente, sobre todo desde el INSALUD, en el nacimiento y desarrollo de este nivel de atención. No me dejaré llevar por tantas cosas que podrías contarse y tan sólo apuntaré algunas consideraciones sobre aspectos importantes que la legitiman.

Desde sus inicios, esta gran reforma ha contado con un elemento esencial, clave para poder entenderla, como es la alta dosis de motivación, dedicación y empuje de los profesionales que debían impulsarla. Desde los movimientos precursores de la reforma de finales de los años 70, al inicio formal de la misma en 1984 y hasta llegar a la situación actual -en la que la inmensa mayoría de la población está atendida por lo que llamamos "el nuevo modelo"- muchos profesionales han dejado una parte importante de sí mismos para lograr que, lo que para algunos era un utopía, pasase a ser una realidad.

Muchas han sido las contribuciones para su progreso, tanto desde los puestos asistenciales como desde los de gestión, facilitadas a raíz de la existencia de las gerencias de atención primaria. Todas ellas han hecho que, actualmente, exista un nivel de Atención Primaria con una desarrollada metodología de trabajo, bien documentada y claramente orientada hacia el ciudadano, en torno al cual giran sus sistemas de planificación, información y provisión de servicios, no solo desde la óptica de sus necesidades, sino también desde la consideración de trabajar para una población con derechos sobre el cuidado de su salud, los cuales el sistema sanitario debe contribuir especialmente a garantizar.

Es lógico que así sea, ya que la reorientación que supone la reforma y lo que de ella se deriva, no hace sino cumplir el mandato constitucional de asegurar el acceso, en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos, a las prestaciones sanitarias precisas en función exclusivamente de su idoneidad e independientemente de otros condicionantes, ya sean económicos, sociodemográficos o culturales.

Ello implica jugar un papel destacado como uno de los mecanismos más importantes de redistribución de riqueza y bienestar. Disponer de una Atención Primaria accesible y de calidad, que garantice además las prestaciones complementarias del Sistema y asegure a su vez el acceso a otros dispositivos cuando se exceda su nivel de resolución, contribuye de manera decisiva a la equidad y solidaridad social.

Considero que para mantener esta garantía se precisa continuar enriqueciendo y potenciando este nivel de atención como eje del Sistema Nacional de Salud, lo que sin duda se verá facilitado desde la gestión más cercana de las Comunidades Autónomas.

*María de los Santos Ichoas Hernández-Rubio
Subdirectora General de Atención Primaria - INSALUD*

ÍNDICE

	<u>PÁGINA</u>
I. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL INSALUD.....	1
II. OFERTA DE SERVICIOS (INTRODUCCIÓN).....	7
II.1. CARTERA DE SERVICIOS.....	8
II.2. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CON EQUIPO DE SOPORTE.....	41
II.3. LOS PROGRAMAS ESPECIALES	62
II.4. ATENCIÓN A URGENCIAS-EMERGENCIAS	78
III. FARMACIA (INTRODUCCIÓN).....	97
III.1. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA	97
III.2. PROGRAMA DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA	162
IV. CALIDAD (INTRODUCCIÓN)	172
IV.1. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA.....	173
IV.1.1. CALIDAD ASISTENCIAL (NORMAS TÉCNICAS, CALIDAD DE LA Hª CLÍNICA, HOJA CLÍNICO-ASISTENCIAL 061).....	173
IV.1.2. CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN.....	182
IV.2. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS	193
IV.3. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA..	206
IV.4. PROGRAMAS DE CALIDAD.....	231

	<u>PÁGINA</u>
V. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES	240
VI. MAPA DE RECURSOS	261
VII. ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	290
VII.1. CAPÍTULOS I Y II.....	301
VII.2. CAPÍTULO IV: FARMACIA.....	335
VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN (INTRODUCCIÓN)	347
VIII.1. TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL Y BASE DE DATOS DE POBLACIÓN PROTEGIDA .	354
VIII.2. CRITERIOS DE CODIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	378
VIII.3. ACTIVIDAD.....	395
VIII.4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE FARMACIA	420
VIII.5. INFORMATIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	436
IX. FORMACIÓN CONTINUADA Y FORMACIÓN POSTGRADUADA.....	473
X. CONTRATO DE GESTIÓN.....	480
XI. SISTEMAS DE INCENTIVACIÓN.....	500
GRUPOS DE TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA	511

I. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL INSALUD

María Santos Ichaso Hernández-Rubio

Recientemente ha sido completado el proceso de transferencia de la gestión sanitaria que realizaba el INSALUD a las Comunidades Autónomas. En estos momentos de cambio hemos considerado de interés recoger en este libro la situación actual de la Atención Primaria y su evolución histórica con el objetivo de que pueda servir de referencia para la nueva etapa que se inicia, así como de reflexión para todos los profesionales que hemos participado activamente en esta joven y compleja organización.

La Atención Primaria se ha enfrentado, desde sus inicios y durante todo el periodo de desarrollo del nuevo modelo, con importantes retos y con no menos cambios. De una parte, retos continuos para lograr atender a una población creciente, en progresivo envejecimiento, con modificaciones en su perfil de morbilidad y con niveles de exigencia cada vez mayores. De otra, cambios organizativos e introducción de innovaciones en el campo de la gestión, requiriendo la implicación de los profesionales y exigiendo mejores rendimientos y mayores niveles de calidad y resolutivez sin perder, o mejor, aumentando al mismo tiempo todas aquellas acciones de mejora de la atención personalizada y de la accesibilidad del ciudadano a los servicios.

Durante el proceso de elaboración del texto hemos quedado gratamente sorprendidos tanto del elevado nivel alcanzado en muchos de los aspectos trabajados, como de la alta participación de los profesionales en la evolución de las herramientas desarrolladas. Ambos factores han intervenido decisivamente, en nuestra opinión, en la consolidación de Atención Primaria.

La oferta de servicios, la accesibilidad a los mismos, el mapa de recursos, la asignación presupuestaria, el sistema de información, la formación continuada y de postgrado, el contrato de gestión, los sistemas de incentivación, la prestación farmacéutica, la calidad de la atención y la coordinación entre los niveles asistenciales, son los aspectos que han adquirido la consideración de capítulos. Dentro de ellos se ha profundizado en temas en función de su importancia en la organización y de su complejidad técnica. En todos se recogen datos cuantitativos, tablas y gráficos que facilitan la comprensión del texto.

A lo largo del documento se observa la importancia que ha adquirido la **atención del**

ciudadano para la Atención Primaria, que ha priorizado la eliminación de trabas administrativas en el acceso, facilitando la libertad de elección de centro y de profesional. La universalidad del derecho a la asistencia y el principio de equidad en el acceso a los servicios ha exigido el desarrollo desde Atención Primaria del Programa de Mejora de la Accesibilidad de los Usuarios a los Servicios Sanitarios, así como la introducción de herramientas de evaluación de la satisfacción de éstos en su relación con nuestros centros. El programa se ha considerado como una línea de trabajo continua y en permanente evolución, que pueda dar respuesta a las expectativas que los ciudadanos tienen sobre *cómo* debe desarrollarse su relación con el sistema sanitario y, paralelamente, colaboren con la detección y solución de los problemas que puedan presentarse en este sentido. El proceso histórico de introducción de la cita previa, la creación de las unidades administrativas de los centros de salud, la coordinación de la cita en atención especializada, la simplificación de diversos procesos administrativos, etc. se recogen de forma muy clara y sistemática en el capítulo correspondiente, en el que, asimismo se describe la situación actual.

La optimización de la capacidad resolutoria de este nivel de atención ha sido un objetivo que ha exigido el desarrollo de nuestra **Cartera de Servicios** cuyo nivel alcanzado es de gran interés. La Cartera de Servicios de Atención Primaria nace, tal y como se indica en el correspondiente capítulo, como el catálogo de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención. Cada Servicio está compuesto por actividades de promoción, prevención, curación y seguimiento del problema y/o rehabilitación. Esta Cartera de Servicios ordena la respuesta de la demanda creciente ante el sistema sanitario público basada en el principio de equidad.

El trabajo desarrollado para mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada, fundamental para la adecuada asistencia sanitaria del ciudadano, se recoge en el Capítulo V. Resulta importante resaltar aquí el papel que ha tenido la Atención Primaria en la autorización para el acceso al nivel especializado de asistencia. La importancia que para el INSALUD ha tenido este aspecto organizativo de la actividad asistencial se refleja en la introducción, en el Contrato de Gestión de 1997, de una Adenda de **Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada**, en la que introducen compromisos relacionados, tanto con la tasa anual de pacientes derivados desde primaria hacia especializada, como con objetivos de mejora en la continuidad de la atención de los problemas de salud.

Por otra parte, desde los Servicios Centrales del INSALUD se ha realizado un importante esfuerzo en la definición, elaboración y análisis del **Mapa de Recursos de la Atención Primaria** para permitir realizar una foto de nuestra institución, evaluar el importante esfuerzo dotacional realizado, así como conocer las desigualdades de recursos humanos o de infraestructura existentes. Esta interesante información se recoge en el Capítulo VI.

También hemos abordado el gran desarrollo del **Sistema de Información de Atención**

Primaria, con su carácter descentralizado desde el punto de vista de generación de la información y que utiliza un sistema de codificación único y común, lo que permite el intercambio y agregación de la información. Además debemos resaltar su capacidad de adaptación para dar respuesta a las necesidades de información de una estructura de gestión cada vez más compleja, especialmente a las derivadas de la implantación de nuevas herramientas, como el Contrato de Gestión, que impulsa el desarrollo de mecanismos de evaluación y control mas descentralizados y basados en el principio de responsabilidad de cada gestor en su nivel y ámbito de decisión. Los requerimientos básicos son la existencia de una codificación, una red informática comunes y las aplicaciones informáticas del sistema de Tarjeta Sanitaria y Cartera de Servicios. Se integra además con las Subaplicaciones de inventario de recursos humanos, inventario de edificios, seguimiento presupuestario –SICOSS-, seguimiento de farmacia (inicialmente a través de FAR-90), imputación de costes, tratamiento del censo y de las modificaciones territoriales, facturación atención primaria-atención especializada y de actividad.

Todos los aspectos comentados anteriormente y algunos más se introducen en los **Contratos de Gestión de Atención Primaria** en 1993, dada la necesidad de relacionar los resultados del sistema con el consumo de recursos (inicialmente se denominaron Contratos Programas). Han permitido negociar anualmente con los gestores responsables y los profesionales, dentro de una intensa dinámica participativa, los objetivos esperados y los recursos asignados. En el último periodo, desde 1998, recoge los siguientes epígrafes: Población, Oferta Asistencial, Financiación, Objetivos y Calidad Asistencial, Coordinación de primaria-especializada, Participación de los profesionales, Contratos de Gestión Asistencial, Incentivación, Formación Continuada e Incapacidad Temporal.

La separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios sanitarios iniciada con este Contrato de Gestión de Atención Primaria del INSALUD, posiblemente es el primer paso en el establecimiento de relaciones contractuales entre los responsables de ambas, enmarcadas en las prioridades establecidas en los Planes de Salud de la Comunidad respectiva, así como en la capacidad presupuestaria y los derechos y expectativas de los ciudadanos.

La **financiación** de cada Gerencia de Atención Primaria ha sido un componente básico de los Contratos de Gestión suscritos anualmente entre la Dirección General del INSALUD y las Gerencias de Atención Primaria.

Los principios recogidos en el texto del Contrato de Gestión, en cuanto a la financiación de cada Gerencia, han sido:

- Suficiencia presupuestaria para el desarrollo de programas y cumplimiento de objetivos asistenciales.
- Compromiso de ajustar gastos en cuantía y finalidad a la asignación presupuestaria.

- Implantación de nuevas acciones anuales condicionada a la asignación de recursos financieros adicionales.
- Eficacia y eficiencia en la gestión, optimizando la utilización de recursos para alcanzar una mejor relación coste-efectividad.
- El resultado del balance presupuestario no condiciona la financiación del ejercicio siguiente, es decir, es el presupuesto y no el gasto del año anterior el que sirve de base para la formación del presupuesto del ejercicio siguiente.

Los criterios de asignación presupuestaria en Atención Primaria quedan recogidos en varios de los capítulos elaborados y han sido fruto de múltiples grupos de trabajo de responsables de distintos niveles, tal y como se recoge a lo largo de la obra.

El Presupuesto de Atención Primaria se configura en tres grandes capítulos, I Personal, II Bienes y Servicios y Farmacia. En el año 2001 Personal ha representado el 34,1 % del total, el Capítulo II de Bienes y Servicios ha supuesto el 4,7 %, mientras que Farmacia ha representado en 61,2 %, tal y como se recoge y analiza en el correspondiente Capítulo. La evolución histórica de cada uno de ellos ha sido condicionada por diferentes factores, entre los que cabe señalar, por su relevancia, el esfuerzo financiero de la reforma del modelo asistencial de atención primaria que ha impregnado esta etapa del INSALUD.

Es muy interesante realizar un análisis de los diferentes factores que intervienen en el gasto y en la utilización de recursos y en el capítulo VII se recogen Tablas y Gráficos que lo permiten.

Tal y como se señala en el Capítulo XI, la necesidad de discriminar entre aquellas Gerencias que alcanzarán un mayor grado de cumplimiento de objetivos (actividad, utilización de recursos, calidad, participación de los profesionales,...) establecidos en los Contratos Programas, impulsó la introducción del **sistema de incentivación en Atención Primaria**. El elemento básico de dicho sistema ha sido la "comparabilidad entre Gerencias". Ha requerido la introducción de herramientas de ajuste (demográficas y de dispersión) en la asignación de recursos, con su correspondiente traducción presupuestaria, desarrollándose el concepto de subfinanciación/subvención de cada Gerencia, que se analizan con detalle en el correspondiente capítulo.

Como hemos visto anteriormente, la **Prestación Farmacéutica** tiene un enorme peso presupuestario dentro de la Atención Primaria. Además, su utilización adecuada tiene una enorme importancia para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria y el desarrollo de líneas de **Uso Racional de los Medicamentos**. Tal y como se señala en el capítulo correspondiente, la existencia de sistemas de información sobre prescripción de medicamentos hace posible el desarrollo de políticas del medicamento, lo que permite detectar los problemas del sistema farmacéutico establecido. De este modo, orienta a los gestores en sus prioridades hacia un uso eficiente, eficaz y seguro de los

medicamentos. Además, contribuye a controlar el acceso a los mismos por parte de los pacientes, lo que posibilita detectar usos indebidos, contraindicados o fraudulentos. Finalmente, ayuda a establecer los recursos económicos (presupuestos) necesarios para poder dar la prestación. En definitiva, carecer de un buen sistema de información significa no alcanzar la meta deseada.

Para mejorar la calidad de la práctica asistencial, la información sobre la prescripción del médico y el consumo de medicamentos por el paciente tiene que estar integrada en el conjunto de información sobre actividad asistencial que tiene el médico. En todo caso, la operatividad de los sistemas de información está condicionada a la calidad de los datos de que se dispone y que se introducen en el sistema de información.

Desde el INSALUD se ha realizado un enorme esfuerzo en el desarrollo del sistema de información que se recoge en el Capítulo VIII.4, muy vinculado con el proceso de informatización de los Centros de Atención Primaria que se trata en el capítulo siguiente.

El Proyecto de Informatización de Centros de Salud se encuadra dentro de un proyecto global de tecnologías de la información y comunicación del INSALUD. Se inicia en 1997 dentro de un marco tecnológico basado en la definición de estándares, dotación y renovación tecnológica y servicios de apoyo, aunque la primera iniciativa institucional en esta línea se remonta a 1989 con la aparición del SICAP, aún en funcionamiento en diversos Centros de Salud, sistema que parte de una base de población propia, sobre la que se gestionan las citas de las consultas del centro y que permite el registro de morbilidad, conocer las coberturas de Cartera de Servicios y realizar varias explotaciones estadísticas sobre actividad.

Desde 1998 se incluyeron en el Contrato de Gestión compromisos **de Mejora de la Calidad en Atención Primaria** que exigían a las Gerencias introducir en sus Áreas una figura de responsable de calidad y realizar una programación de actividades sobre este tema basadas en la participación de los profesionales asistenciales, todo ello con el objetivo de contar con una estructura que permita detectar deficiencias en la actividad asistencial e introducir medidas correctoras.

La introducción de una política de calidad en atención primaria ha requerido de un importante esfuerzo formativo por parte de los profesionales, posterior históricamente al correspondiente a la puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria, a la introducción de habilidades gestoras en los Equipos Directivos y actividades formativas en colaboración con el nivel especializado de atención. El **Programa de Formación Continuada** en Atención Primaria ha representado un importante esfuerzo, tanto presupuestario como organizativo, en nuestra institución. La formación de los profesionales ha facilitado el cambio necesario para el proceso de reforma y ha introducido una dinámica previamente inexistente, permitiendo la puesta en marcha y acreditación de Programas de Postgrado en nuestros Centros de Salud, tanto de médicos como de enfermeras y otros profesionales sanitarios.

II. OFERTA DE SERVICIOS

Introducción

Este capítulo recoge la oferta de servicios que se ha dado en el primer nivel asistencial desde la implantación del modelo de Atención Primaria en el año 1984. Esta oferta se ha ido adecuando a las necesidades y demandas de la población y a la propia evolución del modelo a lo largo de los diecisiete años.

Los aspectos más destacables que se reflejan en los temas que a continuación se exponen, son:

- Cartera de Servicios
- Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte
- Programas Especiales
- Atención a Urgencias – Emergencias.

Ha habido otros proyectos asistenciales en los que Atención Primaria ha tenido un papel fundamental pero que abarcan a los dos niveles asistenciales, como el Plan Integral de Atención a la Mujer. Este plan se implantó en el año 1998 y recoge las intervenciones dirigidas a la población femenina de acuerdo a los problemas de salud prioritarios de las mujeres. Las intervenciones, cuya responsabilidad recae sobre el primer nivel asistencial, se encuentran reflejadas en los servicios específicos de la mujer de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

II.1. CARTERA DE SERVICIOS

Aguilera Guzmán, Marta / Vega López, Luis / Abad Bassols, Ángel / Romera García, M^a Teresa / García Solano, Marta / Palanca Sánchez, Inés / Gosá de Oteiza, Marta / Honduvilla Poveda, Ruperta

Con la colaboración de los miembros del Grupo de Trabajo de Cartera de Servicios

Introducción

La reforma de la Atención Primaria iniciada en 1984, representó un significativo incremento en las prestaciones y capacidad resolutoria del primer nivel asistencial. En 1991, se consideró necesario hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios que la Atención Primaria debía prestar y que en muchos casos venían ya desarrollándose a través de programas de salud.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS) nace, por tanto, como el catálogo de prestación de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención. Cada Servicio está compuesto por actividades de promoción, prevención, curación y seguimiento del problema y/o rehabilitación. Por tanto, las actividades de la Cartera de Servicios recogen una parte importante de los procesos asistenciales, siendo actuaciones contempladas en los programas o protocolos implantados en las Áreas de Salud. De hecho, para la acreditación de un servicio, éste debe estar sustentado en un programa o protocolo.

La línea seguida para su elaboración y actualización se ha sustentado en técnicas de consenso basadas en criterios científico-técnicos, que buscan desde el inicio una gran implicación de los profesionales de Atención Primaria y, esto se logra promoviendo la participación. En la actualidad, han colaborado casi quinientos profesionales en su elaboración y revisión, sin contar todos aquellos que envían sugerencias periódicamente, por lo que se puede considerar alcanzado el objetivo de participación. Con el fin de abrir más líneas de participación continua, existen dos grupos de trabajo – grupo de Cartera y grupo de Sociedades Científicas de Atención Primaria – que analizan las sugerencias recibidas y plantean mejoras tanto en sus contenidos como en los criterios para su evaluación.

La metodología de evaluación, que se ha venido desarrollando año a año, con el fin de lograr una evaluación rigurosa y fiable, se recoge en el Manual de Procedimiento para la Evaluación de Cartera de Servicios que se elabora anualmente. En él, se definen las fuentes de información, los sistemas de registro específicos o muestreo de historias clínicas, los criterios para el cálculo de los tamaños de muestra y selección de historias, la definición precisa de los criterios de inclusión y las aclaraciones necesarias para el cumplimiento de normas técnicas para el evaluador, de tal manera que los resultados puedan compararse entre Áreas y Unidades Proveedoras de Servicios. Para mejorar las normas, sus

aclaramientos y excepciones, se vienen realizando estudios de fiabilidad. Igualmente, desde el año 98 se viene realizando control de calidad de los sistemas de registro mediante evaluación de criterios de inclusión en los servicios.

Gracias a esta exhaustiva y continua revisión metodológica, difícil de encontrar en otros ámbitos no sólo de Atención Primaria sino en otros niveles asistenciales, se ha podido avanzar en la obtención de resultados en coberturas y normas técnicas más precisos y fiables.

La revisión continua de la Cartera de Servicios para adaptarse a los avances científico-técnicos y a las necesidades de salud hacen de ella un instrumento dinámico, que desde su implantación hasta la actualidad, ha originado un importante desarrollo de la misma tanto en el número y contenido de los servicios, como en su metodología de evaluación.

La Cartera de Servicios del 2002¹ está constituida por 38 servicios:

Servicios de Atención al Niño	Servicios de Atención al Adulto-Anciano
Consulta Niños Vacunaciones Infantiles de 0-14 años Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses Revisiones del Niño Sano de 2- 5 años Revisiones del niño sano de 6-14 años Educación para la Salud en Centros Educativos Prevención de la Caries Infantil	Consulta Adultos Vacunación de la Gripe Vacunación del Tétanos Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo Prevención de Enfermedades Cardiovasculares Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes Atención a Pacientes Crónicos: EPOC Atención a Pacientes Crónicos: Obesos Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia Atención a Pacientes con VIH-SIDA E.p.S. a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes Educación para la Salud a Otros Grupos Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados Atención a Pacientes Terminales Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol Prevención y Detección de Problemas en el Anciano Cirugía Menor Atención al Joven
Servicios de Atención a la Mujer	
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada Seguimiento Mujer Embarazada Preparación al Parto Visita Primer Mes de Postparto Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos Vacunación de la Rubéola Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama Atención al Climaterio	
Servicios de Unidades de Apoyo	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos Tratamientos Psicoterapéuticos	

Cada año, la SGAP establece los Servicios considerados "obligatorios" que las Áreas deben incluir en su Cartera de Servicios, garantizando una oferta homogénea en todas las Unidades de Provisión.

En los últimos años, los servicios obligatorios han sido los siguientes:

- Consulta niños
- Vacunaciones infantiles de 0-14 años
- Revisiones del niño sano de 0-23 meses
- Revisiones del niño sano de 2-5 años
- Revisiones del niño sano de 6-14 años
- Prevención de Caries Infantil
- Captación y valoración de la mujer embarazada
- Preparación al parto
- Visita en el Primer mes postparto
- Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos
- Vacunación de la Rubéola
- Atención a la Mujer en el Climaterio
- Consulta adultos
- Vacunación de la gripe
- Vacunación del tétanos
- Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo
- Prevención de enfermedades cardiovasculares
- Atención a Pacientes crónicos: Hipertensos
- Atención a Pacientes crónicos: Diabéticos
- Atención a Pacientes con VIH-SIDA
- Atención domiciliaria de pacientes inmovilizados
- Atención a Pacientes Terminales
- Prevención y Detección de Problemas en el Anciano
- Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos (si existe unidad específica)
- Tratamientos Psicoterapéuticos (si existe unidad específica).

Además de estos Servicios, la CS incluye otros, cuya oferta a los usuarios es optativa. Esta opción depende de la planificación en programación de salud que se realice en las distintas Gerencias, interviniendo así en dicha selección criterios de extensión del problema y vulnerabilidad del mismo, así como los recursos existentes a nivel de cada Área.

La evaluación anual se realiza por grupos constituidos en cada Área con miembros de los EAP y del equipo directivo de la Gerencia, tal y como se recoge en el "Manual de Procedimientos para la Evaluación de Cartera de Servicios". Los resultados son enviados a la SGAP junto con un informe sobre la metodología llevada a cabo por la Gerencia y las posibles incidencias. La SGAP realiza la verificación sobre las Gerencias, contando con profesionales designados por las Sociedades Científicas de Atención Primaria y los Inspectores Médicos. Una vez finalizada la verificación, la SGAP emite un informe específico a cada una de las 57 Gerencias y un informe global del INSALUD, comparando los resultados de la Gerencia con el total de INSALUD y realizando recomendaciones para la mejora tanto de los resultados de la Cartera de Servicios como de la metodología de evaluación.

Desarrollo histórico de la oferta de Servicios en la Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios surgió **en 1991**, a partir de un debate realizado por un grupo de profesionales sanitarios del INSALUD, cuyo resultado fue el documento de "Cartera de Servicios en Atención Primaria"². Este debate buscaba definir criterios diferenciadores propios de la Atención Primaria, destacando las nuevas ofertas de ésta tras su reforma. Se pretendía articular un instrumento que agrupara las necesidades de política sanitaria, los criterios científico-técnicos y las expectativas de los usuarios, que fuera más operativo para todos, a la vez que se introducía la planificación por objetivos y la evaluación sistemática de las metas alcanzadas, con periodicidad anual.

Es decir, la CS debía responder a las necesidades de salud - impacto -, y a las demandas de los usuarios - satisfacción -.

En el documento de Cartera se describían una serie de prestaciones sanitarias a las que se denominó "servicios". Con ello, se intentaba definir la oferta de servicios de Atención Primaria, garantizando su homogeneidad en todo el territorio gestionado por el INSALUD.

La Cartera de Servicios del año 1991 constaba de los siguientes servicios:

Servicios de Atención al Niño	Servicios de Atención al Adulto-Anciano
Vacunaciones Revisiones del Niño Sano Consulta de facultativo y A.T.S. Información Sanitaria a Maestros Información Sanitaria a Padres	Vacunación Antigripal Consulta Adultos Vacunación Antitetánica Atención a Grupos de Crónicos Educación a Grupos de Crónicos Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Terminales Consulta en domicilio y centro de médicos y A.T.S.
Servicios de Atención a la Mujer	Salud Mental
Captación Precoz y Seg. de la Mujer Embarazada Administración y Seg. de Anticonceptivos Orales Administración/Seg. Otros Métodos Anticonceptivos Visita Primer Mes de Postparto Preparación al Parto Detección y Orientación de Problemas de Infertilidad Dco. Precoz del Cáncer Ginecológico y de Mama Educación a Madres Consulta domicilio/centro de facultativo/A.T.S./ matrona	Orientación, tratamiento y derivación de problemas mentales Tratamientos Psicoterapéuticos
	Atención Continuada
	Atención durante las 24 horas del día
	Prestaciones
	I.L.T. Incapacidad Farmacia
Atención en Salud Bucodental	Medios Diagnósticos
Aplicación de flúor tópico Sellado de fisuras en niño Extracción de piezas dentarias Educación en Salud Bucodental	Extracción y determinación de muestras Electrocardiograma Radiología Simple Espirometría Mamografía
Rehabilitación	
Tratamientos Fisioterapéuticos	Información-Atención-Gestoría

En este documento se establecieron 3 tipos de "indicadores" para cada servicio:

1. Indicadores de cobertura, que hacían referencia a la población incluida en servicio.
2. Indicadores de proveedores, que hacían referencia a las Unidades de Provisión que ofertan cada servicio.
3. Indicadores de resultado, que hacían referencia a la mejoría en el estado de salud de la población, derivada de la prestación de Servicios.

La **cobertura** de un servicio expresa el porcentaje de personas incluidas en el mismo, respecto a las personas susceptibles de recibir dicho servicio; es decir, respecto a la población diana del servicio en cuestión.

Pero los indicadores de cobertura, definidos entonces, no permitían conocer los servicios que se estaban prestando a la población con la sensibilidad, especificidad, fiabilidad y validez necesarias.

Para el seguimiento de la oferta de servicios desde las Unidades de Provisión (UP), no se consideró operativa la monitorización de los proveedores asociada a la evaluación de Cartera de Servicios.

En cuanto a indicadores de resultados, no era factible su medición, ya que la Cartera de Servicios mide la oferta de servicios y la calidad del proceso asistencial. Para medir resultados en salud, incluyendo resultados intermedios, es necesario diseños evaluativos mucho más complejos, - quasiexperimentales -, que puedan tener validez interna y externa. Así mismo, la obtención de resultados de salud no puede relacionarse directa y completamente con la calidad de la atención, dado que las múltiples referencias bibliográficas reflejan que la atención de los servicios de salud tiene una aportación entre un 10-12% en los niveles de salud de la población.

En relación con la oferta de servicios, **en el año 1992**, la SGAP decidió establecer criterios para una mejor definición de la inclusión en coberturas y de correcta atención. **Los criterios de correcta atención son los que componen las Normas Técnicas Mínimas (NTM) de cada servicio.**

Las **NTM** son criterios de correcta atención, específicamente definidos para cada Servicio, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico, por lo que su cumplimiento permite garantizar la calidad del servicio prestado.

Las características que debían reunir las NTM eran:

- Ser objetivables
- Ser fácilmente medibles
- Gozar de amplio consenso
- Referidas exclusivamente a las personas que van a recibir el servicio
- Ser utilizables para una evaluación retrospectiva del servicio
- Ser verificables, es decir, que se pueda constatar su fiabilidad.

Para elaborar las NTM, la SGAP solicitó la colaboración de los profesionales de las Áreas de Salud, dando lugar a la constitución de 58 grupos multidisciplinares cuyo trabajo fue supervisado por un grupo central estable ("grupo matriz"), utilizándose las técnicas de consenso. Para cada servicio, dos Gerencias, anónimas entre sí, elaboraban propuestas de las NTM de un mismo servicio. Posteriormente, el grupo "matriz" valoraba la concordancia entre ambas propuestas y, si el grado de concordancia era alto, establecía el indicador de cobertura y las NTM de cada servicio. En caso de baja concordancia, se remitían las propuestas a ambas Gerencias para que reconsiderasen su propuesta inicial.

En el año 1993, tras un año de intensa actividad de los grupos de trabajo de profesionales de Atención Primaria del ámbito del INSALUD, se estableció el primer documento "Normas Técnicas Mínimas"³ y el primer estudio de fiabilidad⁴.

Para cada servicio se determinaron:

- El indicador de cobertura: cantidad.
- Las NTM: calidad.

La CS de 1993⁵ estaba constituida por los siguientes servicios:

Servicio Consulta	Servicios de Atención a la Mujer
Servicios de Atención al Niño	Captación Precoz y Seguimiento de la Mujer Embarazada Administración y Seguimiento de Anticonceptivos Orales Administración y Seg. de Otros Métodos Anticonceptivos Visita Primer Mes de Postparto Preparación al Parto Detección y Orientación de Problemas de Infertilidad Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix y Endometrio Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama Educación Sanitaria a Madres
Vacunaciones Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses Revisiones del Niño Sano de 2- 5 años Revisiones del niño sano de 6-14 años Información Sanitaria a Maestros Información Sanitaria a Padres Educación en Salud Bucodental Aplicación del flúor tópico	
Servicios de Atención al Adulto-Anciano	Rehabilitación
Vacunación Antigripal Vacunación Antitetánica Atención a Grupos Crónicos: HTA Atención a Grupos Crónicos: Diabetes Atención a Grupos Crónicos: EPOC Atención a Grupos Crónicos: Obesidad Atención a Grupos Crónicos: Dislipemias Educación a Grupos de Crónicos Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Terminales	Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos
	Salud Mental
	Detección y Orientación de Problemas Mentales: Consumo Excesivo de Alcohol

El año 1994 fue un año especialmente intenso en el desarrollo de la CS, ya que en él **se revisaron tanto la estructura como la metodología de evaluación de la CS**. En este sentido, las aportaciones realizadas por los profesionales fueron numerosas, contribuyendo con este continuo aporte de ideas y sugerencias a su mejora progresiva.

En este mismo año, se constituyeron dos grupos de trabajo, denominados Básico y Técnico, compuestos por profesionales pertenecientes a Equipos Directivos de las Gerencias de Atención Primaria y profesionales asistenciales de los Centros de Salud (incorporándose a ellos, los componentes del grupo matriz inicial).

Los objetivos del Grupo Básico fueron: reflexión de objetivos de la CS, definición de servicios, establecimiento de criterios de acreditación para nuevos servicios y reestructuración de los servicios, desagregando algunos de ellos, agrupando otros e incluyendo algunos nuevos.

El Grupo Técnico, una vez que el Grupo Básico había definido los servicios, estableció el indicador de cobertura y las NTM de cada servicio con la misma metodología llevada a cabo en 1993.

En el año 1995 la CS⁶, elaborada por los Grupos Básico y Técnico de Cartera de Servicios y aprobada por la SGAP, estaba constituida por los siguientes servicios:

Servicios de Atención al Niño	Servicios de Atención al Adulto-Anciano
Consulta Niños Vacunaciones Infantiles de 0-14 años Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses Revisiones del Niño Sano de 2- 5 años Revisiones del niño sano de 6-14 años Información Sanitaria en la Escuela Prevención de la Caries Infantil	Consulta Adultos Vacunación de la Gripe Vacunación del Tétanos Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo Prevención de Enfermedades Cardiovasculares Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes Atención a Pacientes Crónicos: EPOC Atención a Pacientes Crónicos: Obesos Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia Atención a Pacientes con VIH-SIDA E.p.S. a Grupos de Pacientes Crónicos: Diabetes E.p.S. a Grupos de Pacientes Crónicos: Otras Patologías Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados Atención a Pacientes Terminales Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol
Servicios de Atención a la Mujer	
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada Seguimiento Mujer Embarazada Preparación al Parto Visita Primer Mes de Postparto Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos Vacunación de la Rubéola Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cervix Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama	
Servicios de Unidades de Apoyo	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos Tratamientos Psicoterapéutico	

Como se refleja, algunos de los servicios son de carácter fundamentalmente preventivo (como los servicios de revisión del niño sano), otros relacionados con la promoción de la salud (como Educación a Grupos de pacientes Crónicos, etc.), mientras que otros son esencialmente curativos o de cuidados (como los servicios de atención a crónicos: diabéticos, hipertensos, etc.)

En el año 1996, la única modificación fue la **inclusión del servicio: Prevención y Detección de Problemas en el Anciano**, ya que en los dos años previos, la CS había sufrido grandes cambios, tanto en la revisión de la oferta de servicios como en los indicadores de cobertura y en las NTM.

En este año, se unificaron los Grupos Básico y Técnico, constituyendo el Grupo de Cartera que se mantiene en la actualidad.

En el año 1997 y tras la colaboración que en años anteriores habían tenido las Sociedades Científicas con la SGAP en el proceso de verificación, solicitan a ésta participar en todas las etapas de desarrollo de la CS. Por lo tanto, se constituye **un nuevo grupo de trabajo con las Sociedades Científicas de Atención Primaria**, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría (SPEH), **cuya primera línea de trabajo, tras un proceso de priorización previo, fue la definición de criterios de evaluación de patologías agudas en el Niño y en el Adulto**⁷. El Grupo de Trabajo abordó la definición de criterios de calidad de once patologías agudas, seleccionadas por las Sociedades Científicas entre las muchas posibles, basándose en dos criterios:

- Percepción de una elevada incidencia y, por lo tanto, mayor carga asistencial
- Relevancia en el estado de salud.

Las once patologías elegidas fueron las siguientes:

- **En el Niño:** Infección Urinaria Aguda, Gastroenteritis Aguda, Procesos Traumatológicos, Dolor Abdominal e Infección Respiratoria Aguda
- **En el Adulto:** Dolor Lumbar, Dolor Torácico, Dolor Abdominal, Síndrome Vertiginoso, Infección Respiratoria Aguda y Otitis Aguda.

Posteriormente, la propuesta de criterios de calidad fue analizada por el Grupo de Trabajo de Cartera de Servicios, acordándose que se hiciera un pilotaje para valorar su inclusión en la Cartera de Servicios y la viabilidad de su evaluación.

En el año 1998, se incorpora un **nuevo servicio, Atención al Climaterio**, de acuerdo al Plan Integral de Atención a la Mujer de INSALUD y se realiza **una evaluación piloto y una encuesta de opinión respecto a criterios de Patología Aguda** elaborados en el año anterior. Esta evaluación fue realizada de manera voluntaria por los profesionales de algunos Equipos de Atención Primaria (EAP), a los que se les pasó, posteriormente, una encuesta de opinión. Los resultados de la encuesta de opinión reflejaron la relevancia e idoneidad de la inclusión de criterios de calidad de patología aguda en la evaluación de los servicios de "Consulta de Niños" y "Consulta de Adultos de Cartera de Servicios". Sin embargo, en la pertinencia de algunas patologías seleccionadas no hubo una concordancia clara y

se apreció una carga de trabajo alta en su evaluación. El Grupo de Cartera de Servicios valoró estos resultados, teniendo en cuenta la duda de los profesionales respecto a la inclusión de este tipo de patología, enfatizada por el sesgo debido a la voluntariedad de los profesionales en el estudio, por lo que concluyó que la encuesta de opinión no había manifestado una aceptación muy positiva a la inclusión de procesos agudos en la Cartera de Servicios, debiendo repetirse el estudio.

Además, en este año se inicia un proyecto para el desarrollo de los planes de cuidados que forman parte de las normas técnicas de varios servicios de la Cartera. Se constituyó un grupo de trabajo con el objetivo de priorizar, diseñar y establecer protocolos sobre "**Planes de Cuidados Estandarizados**"⁸. Este proyecto constituye la base para homogeneizar los cuidados para problemas específicos en los distintos programas/protocolos que sustentan la Cartera de Servicios y servir para mejorar las normas técnicas de algunos Servicios.

En el año 1999, la SGAP incluyó el servicio de Cirugía Menor recogiendo el interés de los profesionales por ampliar la oferta de servicios de la Cartera, como consecuencia del pilotaje previo sobre tipo de intervenciones, complicaciones, secuelas y satisfacción de los usuarios atendidos, realizado en 1997 en 35 Áreas de Salud con una participación de 118 EAP y su extensión posterior en el año 1998¹⁰.

En este año, las Normas Técnicas Mínimas pasan a denominarse "Normas Técnicas" con la finalidad de terminar con el debate sobre si en algunos servicios eran máximas y no mínimas.

Así mismo, **se incorporan las Sociedades de Enfermería de Atención Primaria al grupo de trabajo de Sociedades Científicas** representadas por la recién creada Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP).

En el año 2000, se realizó un segundo pilotaje sobre criterios de calidad de patología aguda, con el fin de conocer el grado de concordancia entre los evaluadores según el método de Fleiss y la opinión de la viabilidad de su evaluación, priorizando los procesos cuya pertinencia había sido considerada muy positivamente en el pilotaje del año 98. Los servicios priorizados fueron: Infección Urinaria Aguda y Dolor Abdominal (en el niño), y Dolor Lumbar, Dolor Torácico y Dolor Abdominal (en el adulto). Se revisaron los criterios y se establecieron aclaraciones para su evaluación. Los resultados, junto con la opinión de los evaluadores, mostraron:

- Excesiva carga de trabajo para su evaluación, tal y como demostró el nº de historias revisadas para intentar obtener el nº de procesos necesarios para disponer de un tamaño muestral adecuado. Esta excesiva carga de trabajo puede estar originada por un infrarregistro de estos procesos en la historia clínica, una falta de sistema de codificación de morbilidad y/o una inadecuada percepción de la especial incidencia de los procesos priorizados.

- Buen grado de concordancia (aceptable o excelente) en la evaluación global de los criterios de cada proceso, aunque habría que revisar específicamente la definición y/o aclaración de algunos criterios, cuyo coeficiente kappa fue menor de 0,4.

Por tanto, se considera pertinente la inclusión de la patología aguda en la Cartera de Servicios, cuando exista un importante número de EAPs informatizados, de manera que su evaluación no suponga una carga de trabajo excesiva y se pueda obtener una información fiable sobre la incidencia de estos procesos.

Asimismo, en relación con los Planes de Cuidados Estandarizados, se trabajó en criterios de correcta atención que fueran objetivables y evaluables, basándose en los planes de cuidados estandarizados, desarrollados en el año anterior. Para comprobar la aplicabilidad de los criterios definidos se realizó un estudio piloto de evaluación de los mismos.

En el año 2001, se ha venido trabajando en un **nuevo servicio de “Atención al Joven”**, que recoge actuaciones preventivas y de promoción de la salud en relación con los problemas de salud más relevantes en la población de 15 a 19 años (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, alcohol, tabaco, drogas, trastornos alimentarios, accidentes de tráfico, ...). Este nuevo servicio se ha implantado en la Cartera de Servicios del año 2002.

Todo el trabajo realizado en los tres años anteriores sobre Planes de Cuidados ha sido analizado y valorado por el Grupo de Cartera de Servicios de la SGAP, el cual propuso los criterios de correcta atención definidos que debían incluirse como Normas Técnicas y/o Subnormas en cada uno de los servicios seleccionados. Estos criterios han sido incluidos en la Cartera de Servicios del año 2002.

En este mismo año, se ha realizado un estudio descriptivo sobre grado de control de patologías crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes e Hipercolesterolemia. Este estudio ha sido fruto del consenso sobre criterios de buen control, criterios de inclusión/exclusión y periodo de evaluación en el seno del Grupo de Trabajo de Sociedades Científicas. No se han podido sacar resultados ya que en un porcentaje importante de historias clínicas no se reflejaban los criterios. Como consecuencia hay que resaltar que se debe insistir en la calidad de la historia clínica (apartado IV.1.1. de este libro).

Desarrollo de la Metodología de Evaluación

La evaluación de la Cartera de Servicios tiene como objetivos principales:

1. Conocer la cobertura de cada uno de los servicios incluidos en Cartera a nivel de Área, Comunidad Autónoma e INSALUD global.
2. Conocer el grado de cumplimiento de NTM en los servicios que se evalúan.
3. Conocer la existencia y suficiencia de los programas/protocolos que sustentan la CS.

4. Comparar, dentro de cada Área, el Producto obtenido con el Producto esperado (previamente fijado en el Contrato de Gestión).
5. Comparar el Producto obtenido por las distintas Áreas del INSALUD.

Evaluación de la Cartera de Servicios

El INSALUD evalúa la CS de Atención Primaria anualmente, en todas las Áreas de Salud. Se evalúa la cobertura de todos los servicios y para la evaluación del cumplimiento de las NTM, la SGAP selecciona una serie de Servicios, entre los propuestos por el conjunto de las Áreas, en función de los objetivos concretos priorizados para cada año.

En el año 1993, se elaboró el primer Manual de Procedimientos¹¹ para la evaluación de la CS y se realizó el primer estudio de fiabilidad. Se evaluaron las coberturas de todos los servicios y se procedió a realizar un pilotaje de evaluación de NTM en seis servicios mediante auditoría interna de historias clínicas, con posterior verificación por parte de la Gerencia. Los seis servicios evaluados, fueron: vacunación en la infancia, revisiones del niño sano de 0 a 23 meses, vacunación de la gripe, vacunación del tétanos, atención a grupos de crónicos (uno de ellos) y atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales. Los resultados del cumplimiento de NTM se expresaron como promedio del porcentaje de cumplimiento global de normas de cada historia.

En el año 1994, se evaluaron las NTM de cuatro servicios: dos obligatorios para todas las Áreas: Atención a Pacientes Diabéticos y Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados y Terminales y, otros dos optativos para cada Gerencia. Los resultados del cumplimiento de NTM se expresaron como promedio del porcentaje de cumplimiento de cada norma con respecto al total de historias evaluadas.

Con el fin de garantizar la transparencia del proceso y la fiabilidad de los resultados, tras la evaluación llevada a cabo por las Unidades de Provisión (UP), se estableció una doble "Verificación de los resultados":

1. Verificación interna, realizada por la propia Gerencia, de los resultados obtenidos en un 25% de las UP, seleccionadas en parte al azar y otras en base a una serie de criterios definidos (UP con máxima cobertura, UP con máximo cumplimiento medio de Normas Técnicas Mínimas,...).
2. Verificación externa, realizada a nivel de SGAP, de los resultados obtenidos en una muestra de Gerencias seleccionadas, igualmente, en parte al azar y en parte en base a una serie de criterios, entre otros: mejor cobertura, mejor cumplimiento medio de NTM, representatividad de Comunidades Autónomas. Esta verificación se realizó de manera cruzada entre las diferentes Gerencias.

Los resultados alcanzados se remitían a cada Gerencia junto con los obtenidos en la Comunidad Autónoma de referencia y el total de INSALUD. Así mismo, se enviaba a todas las Gerencias, un informe global de INSALUD del proceso de verificación y uno específico a la Gerencia verificada.

En el año 1995, la verificación realizada por la SGAP se hizo con la colaboración de las Sociedades Científicas de Atención Primaria.

En este mismo año, se revisó el Manual de Procedimientos¹² y se definieron las fuentes de información y sistemas de registro autorizados por la SGAP para la evaluación de coberturas. Así mismo, se establecieron los criterios para el cálculo del tamaño muestral con representatividad de Unidad de Provisión para la auditoría de historias clínicas (95% de intervalo de confianza y un 7 a 10% de error de precisión).

Algunas Gerencias propusieron otros modelos de grupos de evaluación, bien por un grupo constituido por profesionales del Área que evaluaron las NTM de todos los EAP, bien por un grupo central constituido por profesionales asistenciales y miembros del equipo directivo del Área, al que se incorporaron profesionales del EAP que es evaluado. El primer modelo se asemeja a una auditoría externa mientras que el segundo es una combinación de auditoría interna y externa. Estos dos modelos consiguen mayor concordancia entre evaluadores y permiten agilizar la carga de trabajo del proceso de evaluación.

En el año 1996, el grupo técnico de CS trabajó fundamentalmente en la metodología de evaluación. En cuanto a las modificaciones respecto a los dos años anteriores, se permitió que la evaluación de NTM se realizase con representatividad de Área, siempre y cuando la Gerencia se comprometiera a evaluar algún programa implementado en su ámbito de gestión. Así mismo, a partir de este año, se incorpora la Inspección Médica al proceso de Verificación que realiza la SGAP.

A partir de este año, la SGAP facilita el Informe de la Evaluación a las Gerencias, reflejando la evolución de la CS en cada una de ellas e identificando las oportunidades de mejora, con el objetivo de fomentar la reflexión sobre los resultados obtenidos y la adopción de actuaciones concretas para la resolución de los problemas detectados.

En el año 1997, se siguió trabajando fundamentalmente en la metodología de evaluación, realizando nuevos estudios de fiabilidad de las NTM¹³. Estos estudios se realizan mediante el método Fleiss basado en el coeficiente de correlación intraclases. El objetivo de estos estudios es conocer el grado de concordancia del método de evaluación sobre cumplimiento de NTM.

Asimismo, se profundizó en el Manual de Procedimientos de Evaluación de CS y se potenció la constitución de grupos mixtos de evaluadores en las Áreas.

En el año 1998, el Grupo de Cartera de Servicios continuó trabajando en la mejora de la metodología de evaluación, mediante una mejor definición de NTM y/o de sus aclaraciones y excepciones, basados en los resultados de los estudios de fiabilidad del año anterior. Posteriormente, se repite el estudio de fiabilidad en los servicios del año anterior y se amplía el estudio a otros servicios.

Con el fin de avanzar en la rigurosidad y exactitud de los indicadores de cobertura, se establecieron criterios de inclusión en todos los servicios y se inició el proceso de evaluación anual mediante muestreo por lotes para el control de calidad de los sistemas de registro (Tabla II.1.1.).

A partir de este año, el Manual de Procedimientos para la Evaluación de la CS se facilitó a las Gerencias antes de la firma del Contrato de Gestión.

Así mismo, con el objetivo de potenciar el cierre del ciclo evaluativo, se evalúa las NT del servicio de Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes, dado el bajo cumplimiento que se había observado en el año anterior.

En el año 1999, la SGAP adopta el modelo de evaluación por grupos mixtos con carácter general en todas las Áreas, dada la experiencia tan positiva en los años 97 y 98.

En los años 2000 y 2001, se ha continuado con la misma metodología implantada en los años anteriores¹⁴.

**TABLA II.1.1.: Servicios en los que se ha evaluado criterio de inclusión.
Años 1998 a 2001**

1998	1999	2000	2001
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunaciones Infantiles • Revisiones del Niño Sano de 2 a 5 años • Visita en el Primer Mes Postparto • Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos • Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio • Prev. de Enfermedades Cardiovasculares • Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes • Prevención y Detección de Problemas en el Anciano 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del Niño Sano de 0 a 23 meses • Revisión del Niño Sano de 6 a 14 años • Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cérvix • Atención a la Mujer en el Climaterio • Vacunación del Tétanos • Atención a Pacientes Crónicos: HTA • Atención a Pac. Crónicos: Hipercolesterolemia • Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Captación y Valoración de la Mujer Embarazada • Vacunación de la Rubéola • Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo • Atención a Pacientes Crónicos: EPOC • Atención a Pacientes Crónicos: Obesos • Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados • Atención a Pacientes Terminales • Prevención y Detección de Problemas en el Anciano 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la Caries Infantil • Preparación al Parto • Atención a Pacientes Terminales • Prevención y Detección de Problemas en el Anciano • Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos

Los resultados de la evaluación de coberturas y normas técnicas por Comunidad Autónoma e INSALUD se encuentran reflejados en los gráficos II.1.1, II.1.2, II.1.3, II.1.4 y tabla II.1.2. La evolución en coberturas ha sido muy positiva, aunque algunos servicios tienen coberturas bajas, debido a varios factores como servicios no obligatorios, servicios de reciente implantación, inadecuada oferta de pruebas complementarias por parte del nivel especializado,... En relación con el cumplimiento de normas técnicas, los resultados son satisfactorios en varios servicios y reflejan una mejora de calidad de la atención en aquellos servicios que se ha realizado el ciclo evaluativo (evaluación - establecimiento de medidas de mejora – reevaluación).

Evaluación de los programas que sustentan la Cartera de Servicios

La evaluación de los programas/protocolos que sustentan la CS se centra en la existencia de dichos programas/protocolos y de la suficiencia de los mismos en cada Gerencia.

Para la evaluación de la existencia de programas/protocolos, se solicita, anualmente, a las Gerencias la cumplimentación de la ficha de programación¹⁵ para conocer si existen programas / protocolos para **todos los servicios con cobertura pactada** en Contrato de Gestión y si **todos los EAP/Unidades de Apoyo con más de 1 año de funcionamiento** tienen implantado el programa/protocolo definido para los servicios obligatorios.

Para la evaluación de la suficiencia¹⁶, se valoran los siguientes criterios, según se trate de un programa o de un protocolo:

- *Contenidos de un programa*
 - **Justificación** o situación actual del problema para cuyo abordaje fueron diseñados.
 - **Objetivos** en salud en forma y contenidos.
 - **Población diana y tamaño de la misma.** Las definiciones de población diana deben incluir, al menos, las contenidas en el Manual de Cartera de Servicios para cada servicio/s que el programa sustenta.
 - **Actividades** de Promoción, Prevención, Curación-Rehabilitación y Participación Comunitaria que se incluyen en ellos, debiendo como mínimo contener las relacionadas con las normas técnicas del servicio que sustenta.
 - **Organización del trabajo** para cada actividad, con referencia expresa del lugar donde se desarrolla y las funciones/tareas de cada estamento profesional.
 - **Metodología** empleada para su **evaluación, la periodicidad** de la misma y **los sistemas de registro** necesarios para su realización. Dentro de la evaluación de actividades de los programas, tienen que estar incluidas aquellas que permitan evaluar la cobertura y la Normas Técnicas de la Cartera de Servicios.

- *Contenidos de un protocolo*
 - **QUÉ** se va a realizar.
 - **CÓMO** se tiene que realizar la/s actividad/es definida en ellos.
 - **A QUIÉN** va dirigida la/s actividad/es.
 - **QUIÉN** desarrolla la/s actividad/es.

Dentro de las actividades de los protocolos, tienen que estar incluidas aquellas que permitan evaluar la cobertura y la Normas Técnicas de la Cartera de Servicios.

La evaluación de la Suficiencia se hace anualmente. Para ello, la SGAP selecciona un Programa/Protocolo de cada Gerencia y analiza si cumple los criterios de Suficiencia. En caso de no hacerlo, la Subdirección General de Atención Primaria redacta un informe señalando las deficiencias observadas y el plazo establecido para remitir las correcciones oportunas. Transcurrido éste, se procede a la evaluación definitiva del criterio de suficiencia del programa/protocolo que se refleja en el Contrato de Gestión.

Cálculo del Producto

En la actualidad, la CS constituye el “producto” de Atención Primaria definido por dos componentes: el primero, compuesto por las coberturas de los diferentes servicios y el segundo, por el cumplimiento de las NT. Sin embargo, existe debate sobre otros componentes que deberían ser incluidos en el producto de Atención Primaria.

Para el cálculo del primer componente del producto, dado que no todos los Servicios presentan la misma carga de trabajo ni la misma dificultad de realización, **en el año 1993** se estableció un **valor técnico** para cada servicio, en base a una encuesta, entre aproximadamente mil profesionales sobre la carga de trabajo de cada uno de los servicios, teniendo como referencia el servicio de Vacunación de la Gripe, al cual se le asignó el valor técnico de 1. El valor técnico máximo fue de 8, correspondiente al servicio de Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensión Arterial.

Posteriormente, **en el año 1995**, el Grupo Técnico de Cartera de Servicios revisó los valores técnicos, estableciéndose que el 75% del valor técnico se definía por la carga de trabajo que suponía cada servicio en una población standard de 1.000 personas con la estructura de edad y sexo del total de INSALUD. El 25% restante lo constituía: resistencia de los profesionales a ofertar el servicio (10%), resistencia de los usuarios a ser atendidos por profesionales de este nivel asistencial (5%) y dificultades para ofertar el servicio - accesibilidad a pruebas, falta de material o equipamiento, ... (10%).

El resultado final del primer componente del producto se calcula como el porcentaje del sumatorio de las coberturas de cada servicio por sus respectivos valores técnicos respecto al producto máximo alcanzable si todas las coberturas fueran del 100%.

El segundo componente del producto es el porcentaje medio de cumplimiento de NT en los servicios evaluados.

Aunque la SGAP inició en el año 98 una línea de trabajo con el Grupo de CS para la revisión y posible modificación de estos valores y del primer componente, cuya propuesta no se ha llegado a implantar debido a la complejidad de ajustes en relación con los recursos humanos disponibles.

Utilidad de la Cartera de Servicios

Los objetivos fundamentales de la CS están encaminados en dos líneas:

- Como herramienta de calidad de la atención
- Como herramienta de gestión.

Estas dos líneas no son contradictorias. Al contrario, están íntimamente ligadas ya que el INSALUD como Servicio de Salud tiene la obligación de garantizar la oferta de servicios en cantidad y calidad, de acuerdo a las necesidades y demandas de la población. La mejora continua de esta oferta requiere profundizar en la metodología del ciclo evaluativo a partir de los resultados obtenidos en cada evaluación: análisis de los resultados de la evaluación → Implantación de medidas correctoras → reevaluación. Por lo tanto, esta oferta de servicios y la calidad con que se prestan, deben ser aspectos fundamentales en los Contratos de Gestión y, consecuentemente, su evaluación debe tener un valor importante como herramienta de gestión.

Como **herramienta de calidad** de la atención, la implantación de la CS supuso una homogeneización de la metodología de trabajo por programas que se había venido utilizando desde la implantación del modelo de Atención Primaria, ya que los servicios que componen la CS recogen algunas de las actividades de los propios programas de salud. De hecho, todos los servicios deben estar sustentados en programas de salud o en su defecto en protocolos de actuación, siendo la evaluación de CS la evaluación de, al menos, algunas actividades del proceso asistencial definidos en ellos.

Como un instrumento de garantía de calidad, la evaluación anual de la CS permite, tanto al profesional sanitario como al gestor:

- Conocer indicadores objetivos de la práctica asistencial.
- Identificar oportunidades de mejora.
- Establecer estrategias de mejora e introducir medidas correctoras cuando ello fuera necesario.

Si este desarrollo fuera óptimo, la experiencia propia de cada UP contrastada con la de las más de 1.000 UP que evalúan, sería una "lluvia" de posibilidades para mejorar cada Servicio.

Como **herramienta de gestión**, la CS forma parte de los objetivos del "Contrato de Gestión" (anteriormente, Contrato-Programa) firmado entre las Gerencias y la Dirección General del INSALUD, mediante el que se establecen los servicios de Atención Primaria que se ofertan a la población y las metas a conseguir tanto en cobertura como en normas técnicas.

Así, en un modelo de Gestión descentralizada y por objetivos, como el que persigue el INSALUD, la CS permite establecer (mediante el pacto con las Gerencias) el conjunto de servicios

ofertados a la población, a cuantas de estas personas es factible atender (cobertura por servicio) y con qué estándares de calidad (porcentaje de cumplimiento de NT de cada servicio). Una vez establecidos estos objetivos, la evaluación de CS posibilita conocer el grado de cumplimiento de los mismos. Asimismo, la CS, como elemento importante de incentivación, estimula el esfuerzo y la calidad.

A nivel de las Gerencias, la CS debe ser pactada con cada Unidad de Provisión, estableciéndose las metas a alcanzar en los Contratos de Gestión Asistencial, teniendo en cuenta los recursos concretos que existen en cada Unidad.

Logros y Limitaciones de la Cartera de Servicios

En un óptimo desarrollo de la CS, la posibilidad de adaptarla a diversas funciones y a diferentes niveles organizativos, es lo que hace de ella una herramienta inestimable para los distintos profesionales de la Atención Primaria.

La Cartera de Servicios tiene un peso fundamental en el desarrollo y mejora del **proceso asistencial**:

- Oferta básica de Servicios desde el primer nivel asistencial, orientadas a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Criterios consensuados con los profesionales de Atención Primaria para los indicadores de cobertura y normas técnicas de cada servicio.
- Cultura de evaluación con una metodología rigurosa y fiable, útil para los profesionales como herramienta de calidad y útil como herramienta de gestión.

La CS constituye una herramienta de medida que permite evaluar algunos aspectos del proceso asistencial. Sin embargo, como cualquier herramienta de medida, tiene algunas limitaciones, que son importantes identificar para evitar un abordaje inadecuado en la medición de otros aspectos asistenciales.

Las **limitaciones** más importantes de la CS, no susceptibles de abordar, son:

- Imposibilidad de reflejar toda la actividad asistencial que se realiza en Atención Primaria. Sería imposible que la Cartera recogiera todo o gran parte de la casuística atendida en el primer nivel asistencial, ya que se correría el riesgo de convertirla en una herramienta inevaluable y, por tanto, inoperante.
- Imposibilidad de medir resultados en salud. Aunque hay peticiones de los profesionales de Atención Primaria de evaluar resultados en salud con la CS, no podemos olvidar que la Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge proceso asistencial y, por lo tanto su

metodología de evaluación no está diseñada para tal fin. Como se ha comentado anteriormente, evaluar resultados en salud necesita de un diseño evaluativo mucho más complejo – diseños quasiexperimentales – pendiente de implantar.

Líneas de Futuro de la Cartera de Servicios

No obstante, al lado de la evidente utilidad de la CS y de las ventajas derivadas de su uso, la Cartera tiene que evolucionar para alcanzar su máximo desarrollo. De acuerdo con las Jornadas de Debate con los Gerentes de Atención Primaria celebradas en Ribadesella (1998)¹⁷ y Santander (2000)¹⁸, las celebradas con los Equipos Directivos en 1999¹⁹ y la continua recepción de opiniones de los profesionales en múltiples foros y a través de las Sociedades Científicas, las **líneas de futuro** prioritarias de los servicios son:

1. Flexibilizar la incorporación de servicios a la oferta

Con el fin de adaptarla a la realidad asistencial de las Unidades de Provisión, facilitando el estudio de aquellos servicios que no reúnen los criterios técnicos exigidos hasta la fecha para su incorporación en la Cartera y su vinculación al proceso de evaluación.

2. Desarrollar estudios de correlación entre las intervenciones contempladas en la Cartera y resultados intermedios en salud (grado de control de patologías crónicas,...).

Estos estudios necesarios y previos a otros tipos de estudios analíticos, pueden dar una idea de la posible relación entre proceso y resultados de tal manera que los estudios analíticos se centren en las hipotéticas intervenciones que contribuirían a impacto en salud.

3. Definición de estándares de calidad tanto en coberturas como en normas técnicas, que tendrían varias utilidades.

- Disminución de las cargas de trabajo en la evaluación
- Necesario para la acreditación de servicios o como parte de la acreditación de centros sanitarios, además de otros requisitos. El desarrollo de esta línea sería de gran utilidad, ya que la definición de estándares en la oferta de servicios permitiría relacionar coberturas con cumplimiento de Normas Técnicas, siendo imprescindible junto con el cumplimiento de otros criterios para la acreditación. De hecho, en el año 2000, se ha venido trabajando con el grupo de Cartera de Servicios en la definición de requisitos tanto de la calidad de la historia clínica y de los sistemas de registro específicos como en los programas/protocolos que sustenta cada servicio, una vez recogidas las opiniones de todas las Sociedades Científicas de Atención Primaria. Sin embargo, el trabajo se vió interrumpido en el paso de definición de estándares al estar próximo el proceso transferencial.

4. Asociación de la Cartera de Servicios con costes.

La Cartera de Servicios al estar definida con criterios homogéneos, permite empezar el análisis de costes por proceso. Este análisis tendría que complementarse con el estudio de costes de los procesos que no contempla la Cartera, ya sea por alguno de los sistemas de clasificación de pacientes (ACG o ASI) u otro sistema que mejor se adaptase a nuestro modelo de Atención Primaria.

5. Seguir potenciando la implicación de los profesionales sanitarios

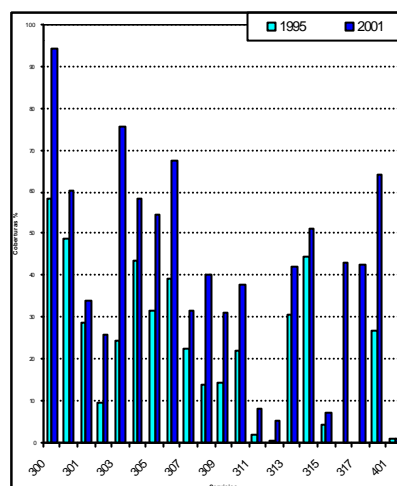
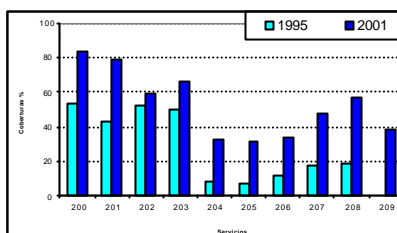
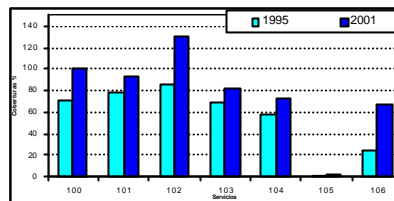
Se debe seguir desarrollando **estrategias de comunicación** para que se realice **una transmisión correcta de la información** de todo el proceso, que facilite la implicación de los profesionales en la Cartera.

6. Continuar desarrollando las aplicaciones informáticas relacionadas con historia clínica y Cartera de Servicios

Las líneas de desarrollo mencionadas se facilitarían con la generalización de la informatización en los Centros de Salud, ya que se dispondría de un sistema de información potente y fiable.

GRÁFICO II.1.1. INSALUD. Evolución 1995-2001

TOTAL INSALUD	CÓDIGO	1995	2001
Nombre del Servicio			
Consulta Niños	100	70,7	101,4
Vacunaciones	101	78,9	92,7
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	85,6	130,8
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	69,4	82,0
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	58,3	72,4
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	1,1	2,6
Prevención de la caries infantil	106	24,2	67,7
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	53,0	83,1
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	43,0	78,5
Preparación al Parto	202	52,1	59,3
Visita en el primer mes de postparto	203	49,9	65,5
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos.	204	8,5	32,1
Vacunación de la Rubéola	205	6,9	31,8
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	11,6	33,5
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	17,8	47,0
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	18,3	57,3
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	38,0
Consulta Adultos	300	58,6	94,4
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	48,7	60,0
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	28,7	33,9
Vacunación del Tétanos	302	9,4	25,6
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	24,3	75,8
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	43,3	58,5
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	31,6	54,6
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	39,4	67,7
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	22,4	31,6
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	13,6	40,4
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	14,3	31,2
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	22,1	37,7
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	1,6	8,1
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,5	5,2
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	30,5	42,0
Atención a Pacientes Terminales	314	44,5	51,3
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	4,0	7,0
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	43,3
Cirugía Menor (3)	317	0,0	42,4
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	26,8	64,0
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	1,1	0,9



(1) Funcionamiento 1998

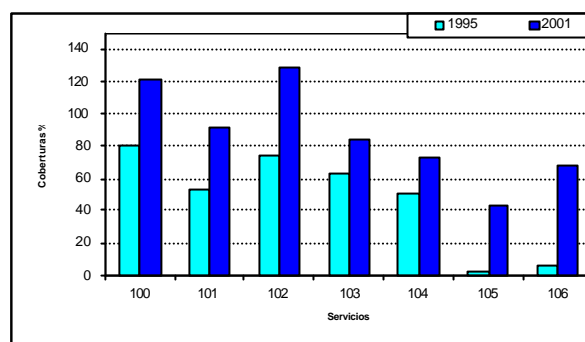
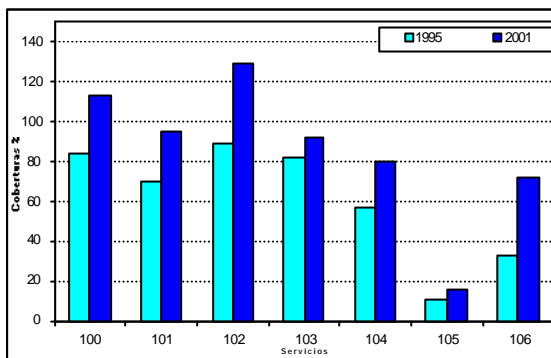
(2) Funcionamiento año 1996

(3) Funcionamiento año 2001

GRÁFICO II.1.2. Servicios del Niño. Evolución 1995-2001

ARAGÓN		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	83,4	112,9	
Vacunaciones	101	69,6	94,3	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	89,3	129,0	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	81,4	92,0	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	56,7	79,9	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	10,4	15,1	
Prevención de la caries infantil	106	32,2	72,1	

CANTABRIA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	80,1	121,3	
Vacunaciones	101	53,5	91,8	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	74,7	129,0	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	62,4	83,8	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	51,0	72,9	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	2,0	43,2	
Prevención de la caries infantil	106	6,9	68,3	



ASTURIAS		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	90,3	119,2	
Vacunaciones	101	118,0	97,6	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	81,9	125,3	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	69,7	84,7	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	87,4	82,7	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	6,7	14,4	
Prevención de la caries infantil	106	11,3	65,0	

CASTILLA LA MANCHA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	73,4	99,9	
Vacunaciones	101	79,6	92,6	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	97,1	129,7	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	80,8	90,4	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	71,2	89,2	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	14,1	25,8	
Prevención de la caries infantil	106	22,4	67,3	

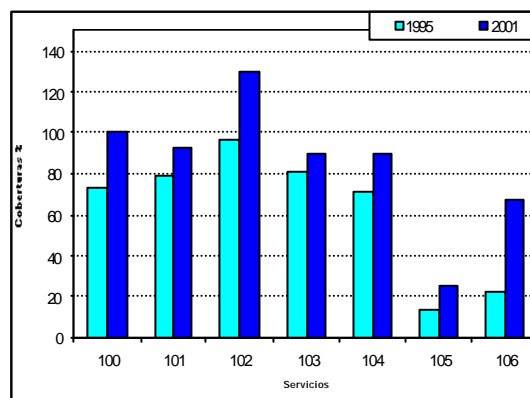
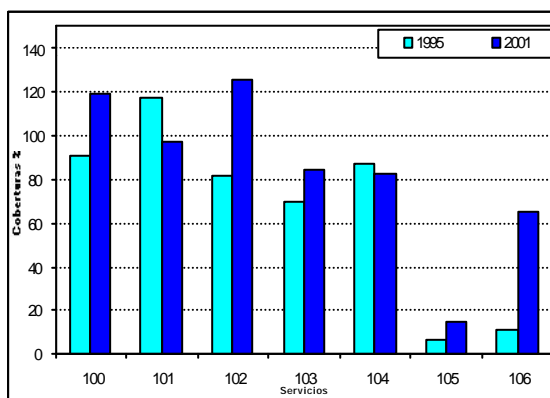
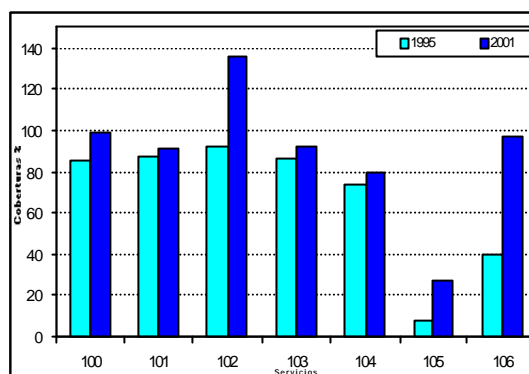
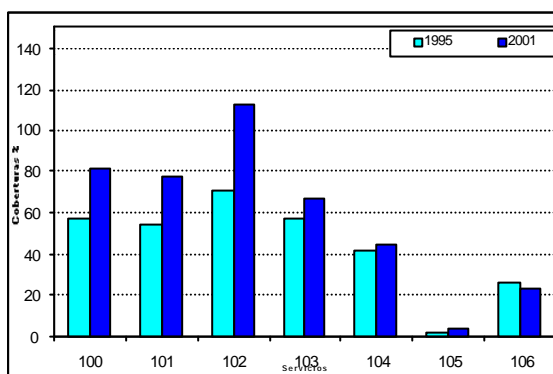


GRÁFICO II.1.2. Servicios del Niño. Evolución 1995-2001 (Continuación)

BALEARES		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	57.6	81.2	
Vacunaciones	101	53.9	77.4	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	70.4	111.9	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	57.1	66.7	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	41.4	43.9	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	1.8	3.9	
Prevención de la caries infantil	106	25.9	23.4	

CASTILLA Y LEÓN		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	85.4	99.2	
Vacunaciones	101	87.0	91.2	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	92.3	135.8	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	86.6	92.6	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	73.7	79.8	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	8.0	27.4	
Prevención de la caries infantil	106	39.8	96.9	



EXTREMADURA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	56.8	89.5	
Vacunaciones	101	87.6	98.3	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	104.7	128.3	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	72.6	85.1	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	83.4	79.2	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	14.4	29.5	
Prevención de la caries infantil	106	14.6	65.1	

MURCIA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	68.5	109.7	
Vacunaciones	101	106.8	82.6	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	75.0	116.3	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	59.7	62.0	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	47.0	51.3	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	10.4	19.6	
Prevención de la caries infantil	106	16.0	60.7	

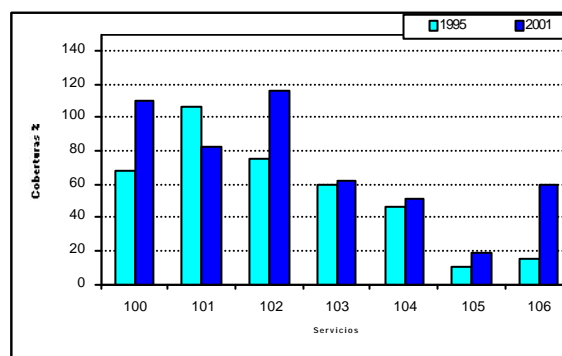
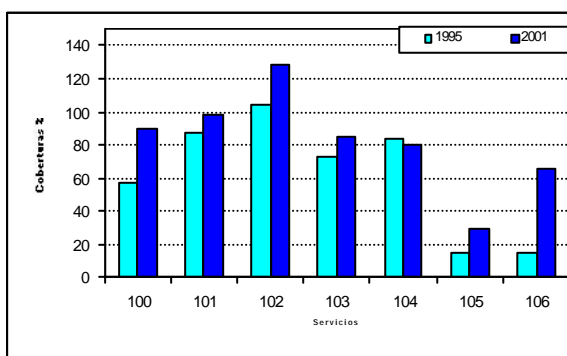
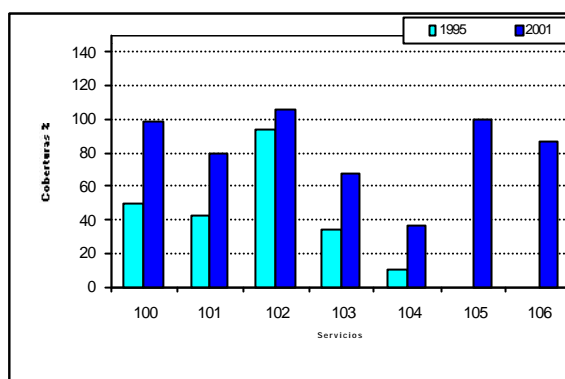
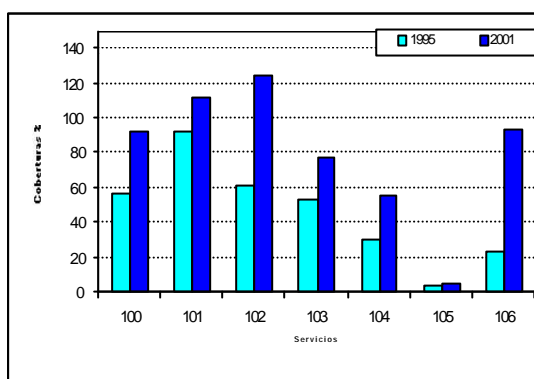


GRÁFICO II.1.2. Servicios del Niño. Evolución 1995-2001 (Continuación)

LA RIOJA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	56,5	91,4	
Vacunaciones	101	92,6	111,7	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	61,2	124,3	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	53,3	76,9	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	29,4	55,5	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	2,7	4,5	
Prevención de la caries infantil	106	23,7	93,0	

CEUTA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	48,9	98,1	
Vacunaciones	101	41,9	80,0	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	93,6	105,5	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	34,7	68,2	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	10,5	36,0	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	0,0	100,0	
Prevención de la caries infantil	106	0,0	86,9	



MADRID		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	65,1	101,0	
Vacunaciones	101	68,0	95,7	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	82,7	137,8	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	63,1	80,5	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	44,9	70,3	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	9,0	20,3	
Prevención de la caries infantil	106	25,7	63,7	

MELILLA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Niños	100	29,2	76,4	
Vacunaciones	101	61,9	101,1	
Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	102	59,6	187,1	
Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	103	28,9	64,6	
Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	104	32,2	50,2	
Educación para la Salud en Centros Educativos	105	0,0	21,1	
Prevención de la caries infantil	106	0,0	67,3	

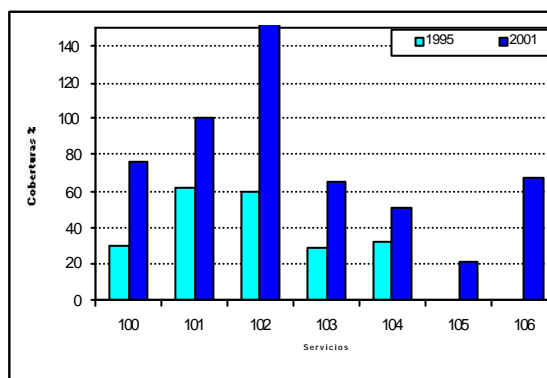
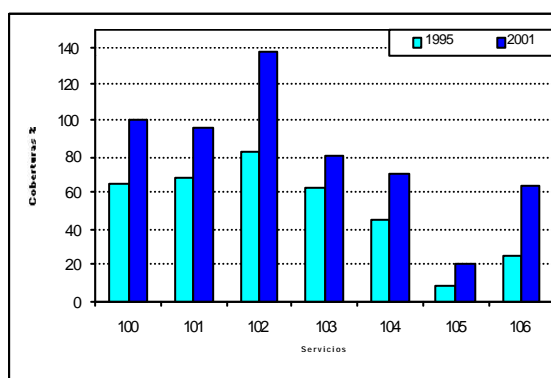
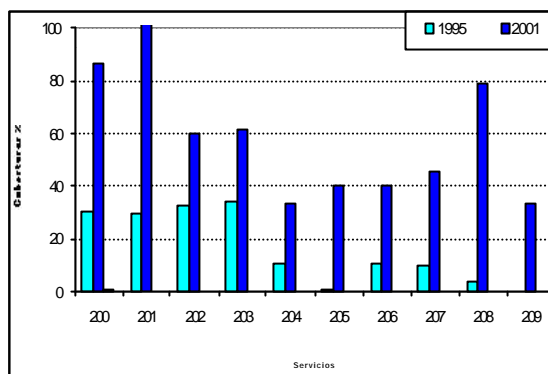
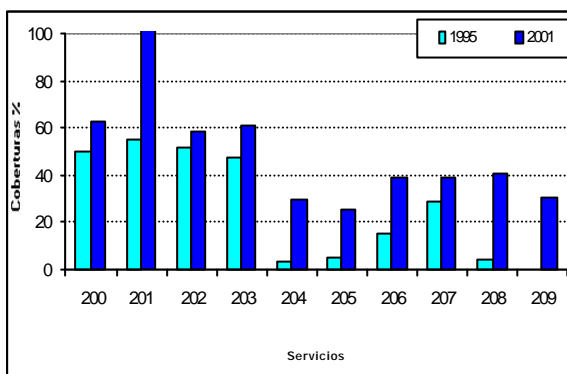


GRÁFICO II.1.3. Servicios de la Mujer. Evolución 1995-2001

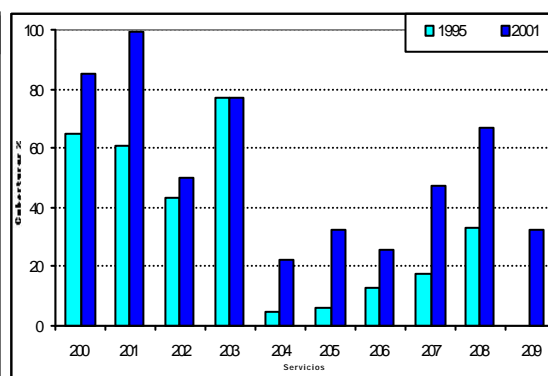
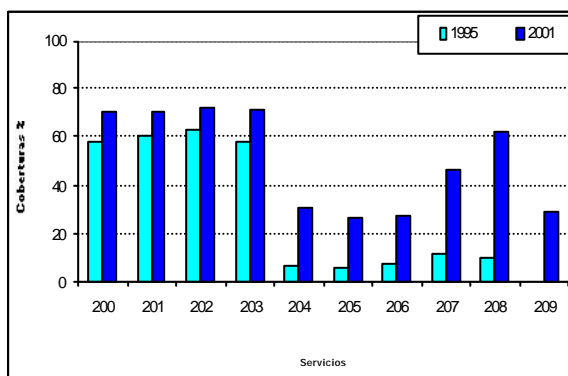
ARAGÓN		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	49,6	62,7	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	54,9	102,5	
Preparación al Parto	202	51,5	58,8	
Visita en el primer mes de postparto	203	47,9	60,8	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	3,4	29,8	
Vacunación de la Rubeola	205	5,4	25,2	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	14,5	39,5	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	28,3	39,2	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	3,9	40,9	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	30,1	

CANTABRIA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	30,6	86,7	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	29,6	103,1	
Preparación al Parto	202	32,5	59,9	
Visita en el primer mes de postparto	203	34,4	61,3	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	11,1	33,6	
Vacunación de la Rubeola	205	1,4	40,1	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	10,7	40,2	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	9,8	45,4	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	4,0	78,8	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	33,6	



ASTURIAS		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	58,0	70,7	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	60,2	70,7	
Preparación al Parto	202	63,6	72,4	
Visita en el primer mes de postparto	203	57,5	71,0	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	6,6	30,9	
Vacunación de la Rubeola	205	5,6	27,0	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	7,4	27,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	11,3	46,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	9,9	62,4	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	28,9	

CASTILLA LA MANCHA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	64,8	85,7	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	60,6	99,3	
Preparación al Parto	202	43,4	49,7	
Visita en el primer mes de postparto	203	77,1	77,3	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	4,7	22,2	
Vacunación de la Rubeola	205	5,7	32,5	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	13,0	25,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	17,5	47,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	33,1	67,0	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	32,7	

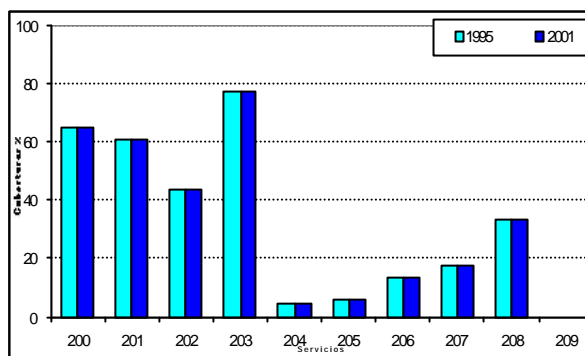
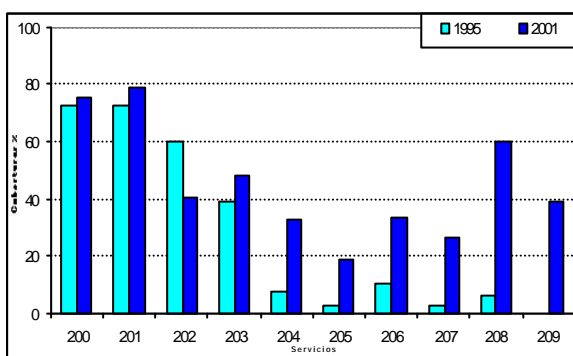


(1) Funcionamiento año 1998

GRÁFICO II.1.3. Servicios de la Mujer. Evolución 1995-2001 (Continuación)

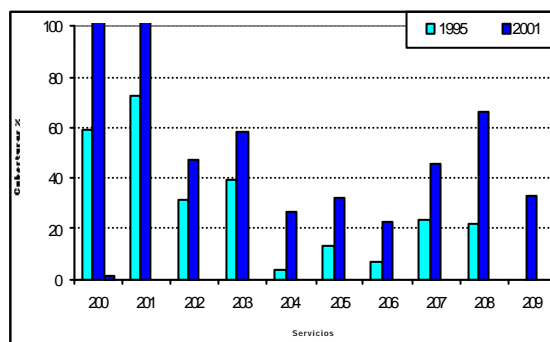
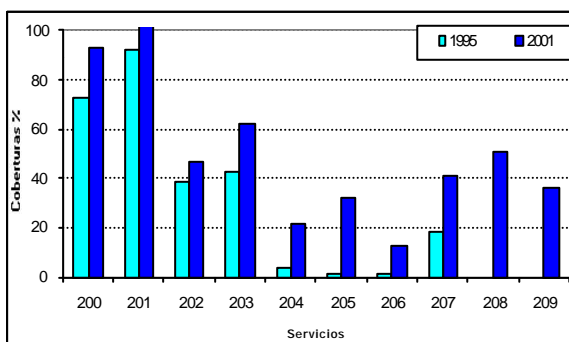
BALEARES			
Nombre del Servicio	COD.	1995	2001
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	72,3	75,0
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	72,6	78,8
Preparación al Parto	202	60,4	40,3
Visita en el primer mes de postparto	203	38,8	48,3
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	7,6	33,1
Vacunación de la Rubeola	205	2,3	19,0
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	10,0	33,4
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	2,4	26,4
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	5,8	59,8
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	38,7

CASTILLA Y LEÓN			
Nombre del Servicio	COD.	1995	2001
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	64,6	96,3
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	47,5	96,6
Preparación al Parto	202	59,8	67,8
Visita en el primer mes de postparto	203	67,3	72,1
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	17,5	31,5
Vacunación de la Rubeola	205	11,6	31,6
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	26,4	42,6
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	17,9	41,0
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	58,4	68,0
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	39,7



EXTREMADURA			
Nombre del Servicio	COD.	1995	2001
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	73,0	92,5
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	92,2	129,7
Preparación al Parto	202	39,0	46,7
Visita en el primer mes de postparto	203	42,5	62,2
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	3,9	21,8
Vacunación de la Rubeola	205	1,1	32,0
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	1,0	12,8
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	17,8	41,3
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	0,2	50,7
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	36,5

MURCIA			
Nombre del Servicio	COD.	1995	2001
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	59,6	104,4
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	72,2	130,8
Preparación al Parto	202	31,3	47,8
Visita en el primer mes de postparto	203	39,3	58,1
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	4,0	26,5
Vacunación de la Rubeola	205	13,6	32,5
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	7,3	22,5
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	23,6	46,1
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	21,4	65,9
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	32,9

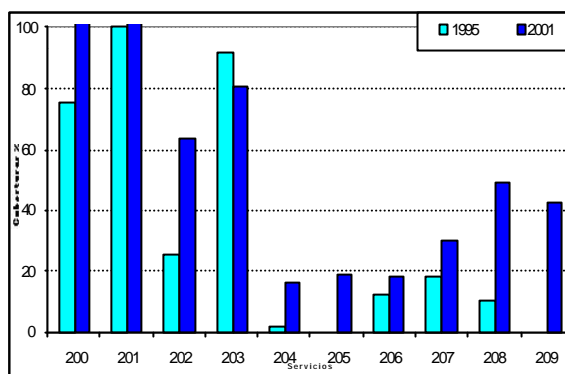
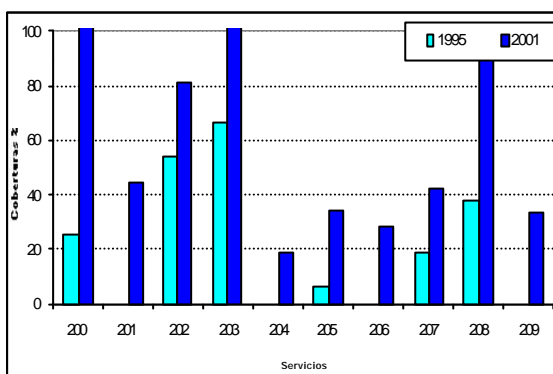


(2) Funcionamiento año 1998

GRÁFICO II.1.3. Servicios de la Mujer. Evolución 1995-2001 (Continuación)

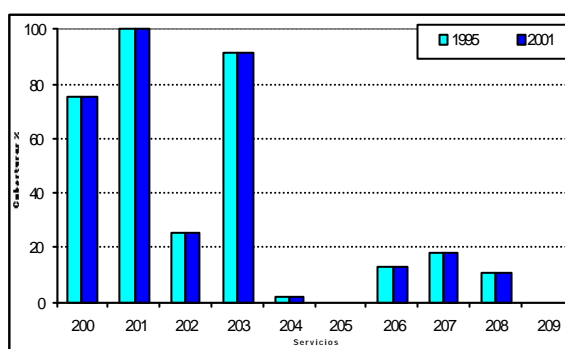
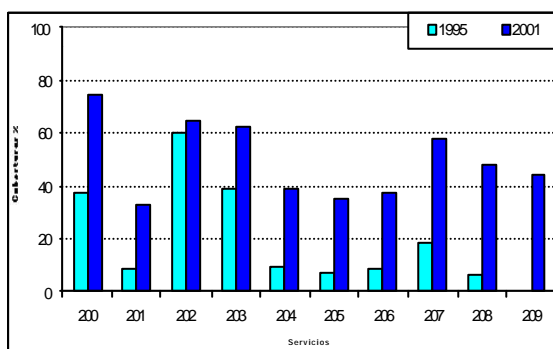
LA RIOJA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	25,2	112,0	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	0,0	44,4	
Preparación al Parto	202	53,8	80,7	
Visita en el primer mes de postparto	203	66,2	104,9	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	0,0	19,2	
Vacunación de la Rubeola	205	6,7	34,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	0,0	28,9	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	18,5	42,0	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	37,4	89,7	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	33,7	

CEUTA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	75,4	121,3	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	100,6	161,8	
Preparación al Parto	202	25,3	63,6	
Visita en el primer mes de postparto	203	91,4	81,1	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	1,4	16,2	
Vacunación de la Rubeola	205	0,0	18,6	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	12,7	18,2	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	17,9	30,1	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	10,5	49,5	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	42,1	



MADRID		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	37,5	74,1	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	8,4	32,9	
Preparación al Parto	202	60,3	65,1	
Visita en el primer mes de postparto	203	38,6	62,2	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	9,4	39,4	
Vacunación de la Rubeola	205	6,9	34,9	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	8,6	37,5	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	18,9	57,6	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	6,1	48,1	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	44,3	

MELILLA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	200	112,8	90,2	
Seguimiento de la Mujer Embarazada	201	126,6	152,1	
Preparación al Parto	202	36,0	74,5	
Visita en el primer mes de postparto	203	84,5	90,4	
Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	204	24,6	43,8	
Vacunación de la Rubeola	205	8,2	27,4	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Cervix	206	19,4	41,3	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	207	4,5	51,6	
Diagnóstico Precoz de Cáncer de Mama	208	6,6	22,8	
Atención a la Mujer en el Climaterio (1)	209	0,0	15,9	

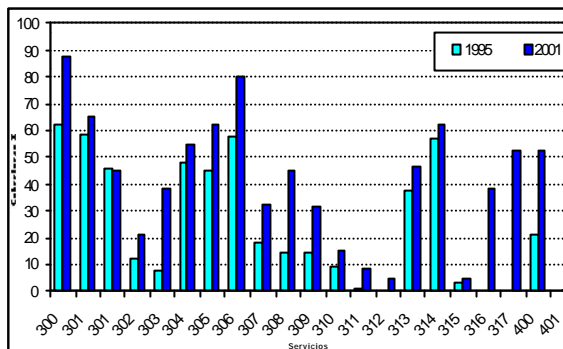
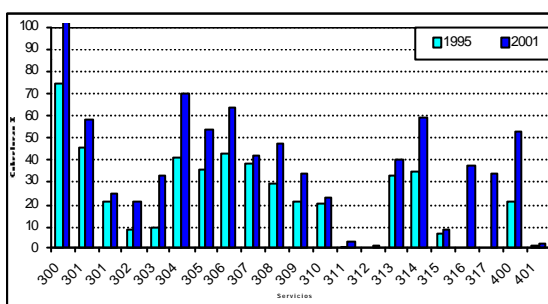


(3) Funcionamiento año 1998

GRÁFICO II.1.4. Servicios del Adulto. Evolución 1995-2001

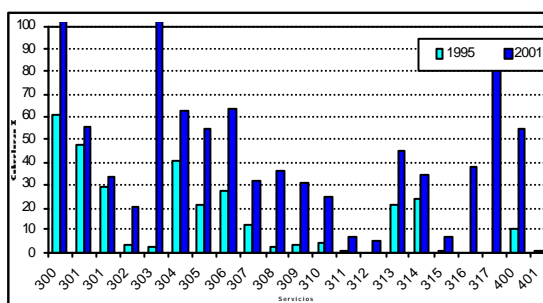
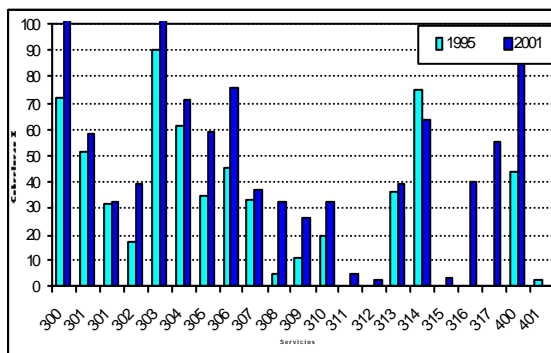
ARAGÓN		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	74,3	113,3	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	45,5	58,0	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	20,8	24,6	
Vacunación del Tétanos	302	7,9	21,8	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	9,3	32,6	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	41,2	70,6	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	35,2	54,3	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	42,2	63,2	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	38,2	41,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	29,1	47,9	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	21,4	33,6	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	20,4	23,0	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	0,4	3,2	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,1	1,4	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	32,5	40,1	
Atención a Pacientes Terminales	314	35,0	58,5	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	6,8	8,4	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	37,4	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	34,0	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	21,6	52,8	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	1,5	2,3	

CANTABRIA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	61,0	107,7	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	47,8	55,8	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	29,3	33,8	
Vacunación del Tétanos	302	3,8	20,3	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	2,7	111,4	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	40,1	62,9	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	21,2	55,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	27,0	63,9	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	12,4	31,8	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	2,2	36,4	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	3,6	30,7	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	4,6	24,7	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	0,3	6,6	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,0	5,5	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	20,8	45,2	
Atención a Pacientes Terminales	314	24,1	34,7	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	0,6	7,2	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	37,9	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	93,5	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	10,7	54,3	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	1,1	1,3	



ASTURIAS		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	72,2	113,3	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	51,8	57,9	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	31,3	32,7	
Vacunación del Tétanos	302	17,4	39,2	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	90,0	135,1	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	60,8	71,5	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	34,4	59,5	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	45,2	75,6	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	32,9	36,5	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	5,0	32,3	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	11,0	26,2	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	19,2	32,7	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	0,3	5,0	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,1	2,4	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	36,2	38,7	
Atención a Pacientes Terminales	314	75,1	63,6	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	0,1	3,5	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	40,2	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	55,1	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	43,8	96,7	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	2,4	0,3	

CASTILLA LA MANCHA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	62,5	87,3	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	58,6	65,2	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	46,0	44,8	
Vacunación del Tétanos	302	11,7	21,3	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	8,2	38,4	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	47,5	54,8	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	45,3	62,6	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	58,0	80,1	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	18,2	32,4	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	14,2	45,2	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	14,5	31,8	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	9,0	15,1	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	1,3	8,7	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,2	4,5	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	37,7	46,6	
Atención a Pacientes Terminales	314	57,1	62,7	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	3,5	4,9	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	37,9	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	53,0	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	20,8	53,1	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	0,2	0,6	



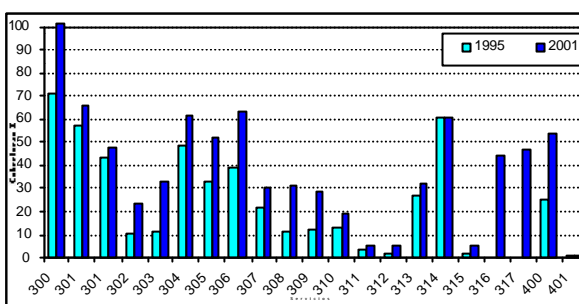
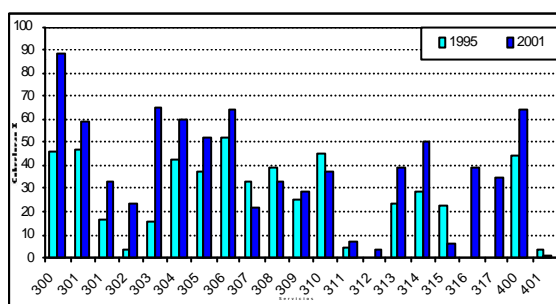
(2) Funcionamiento año 1996

(3) Funcionamiento año 2001

GRÁFICO II.1.3. Servicios del Adulto. Evolución 1995-2001 (Continuación)

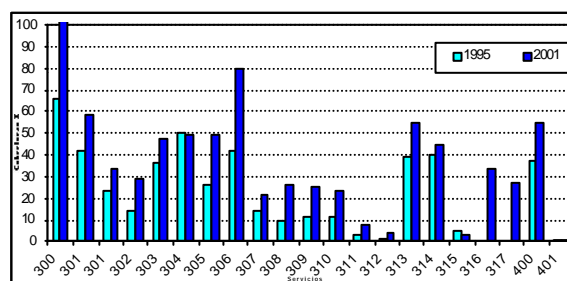
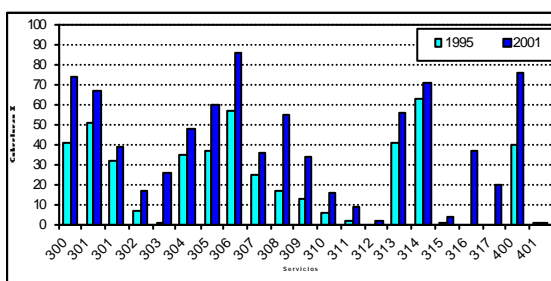
BALEARES		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	45,9	79,8	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	47,5	61,1	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	16,8	27,6	
Vacunación del Tétanos	302	3,2	25,9	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	15,4	95,8	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	42,2	61,5	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	37,3	41,2	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	52,0	59,3	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	32,8	33,6	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	39,7	29,5	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	25,4	22,9	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	45,0	65,1	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	4,6	28,7	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,0	1,7	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	24,1	32,3	
Atención a Pacientes Terminales	314	28,2	27,3	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	22,1	28,5	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	61,4	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	47,7	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	44,5	102,5	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	3,3	0,3	

CASTILLA Y LEON		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	71,2	101,4	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	57,0	65,5	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	43,3	48,0	
Vacunación del Tétanos	302	10,3	24,1	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	11,1	32,5	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	48,7	61,8	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	33,2	51,9	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	39,7	63,4	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	21,9	30,4	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	11,1	31,2	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	12,4	29,1	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	13,3	18,7	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	3,1	5,5	
Educación para la salud a otros Grupos	312	1,7	5,8	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	26,4	32,0	
Atención a Pacientes Terminales	314	60,5	60,5	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	1,5	4,8	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	44,3	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	47,1	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	24,9	53,7	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	1,3	0,6	



EXTREMADURA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	40,9	74,1	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	50,9	67,6	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	32,3	39,3	
Vacunación del Tétanos	302	6,6	17,6	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	1,0	26,1	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	35,4	47,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	37,3	60,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	56,8	85,3	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	25,1	36,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	17,5	55,1	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	13,3	33,8	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	6,2	15,6	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	2,6	8,8	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,1	2,4	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	41,0	56,2	
Atención a Pacientes Terminales	314	62,4	71,0	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	0,4	4,4	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	37,2	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	19,8	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	40,0	76,7	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	0,7	0,5	

MURCIA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	65,3	108,0	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	42,3	58,4	
Vacunaciones gripe menoresl a 65 años	301	23,2	33,9	
Vacunación del Tétanos	302	13,8	29,7	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	35,8	47,7	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	50,0	49,2	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	26,9	49,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	42,4	79,2	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	14,2	21,9	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	9,4	26,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	11,8	25,3	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	11,9	23,6	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	3,1	7,7	
Educación para la salud a otros Grupos	312	1,4	3,7	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	38,8	55,1	
Atención a Pacientes Terminales	314	40,4	44,3	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	5,1	3,6	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	33,8	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	27,3	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	37,3	54,3	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	0,7	0,8	



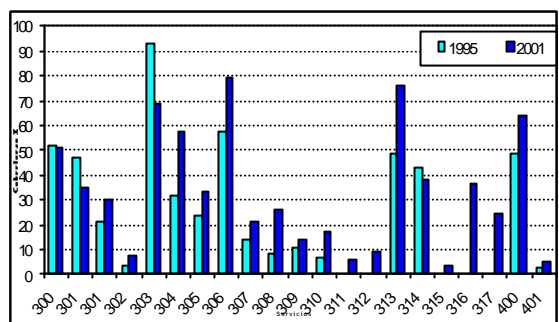
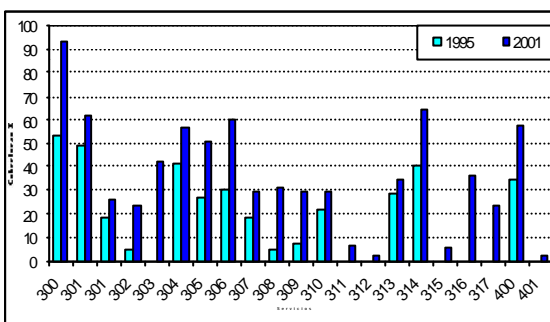
(2) Funcionamiento año 1996

(3) Funcionamiento año 2001

GRÁFICO II.1.4. Servicios del Adulto. Evolución 1995-2001 (Continuación)

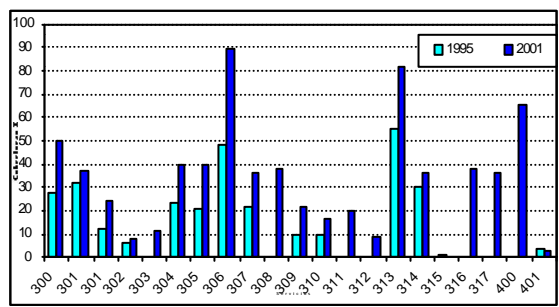
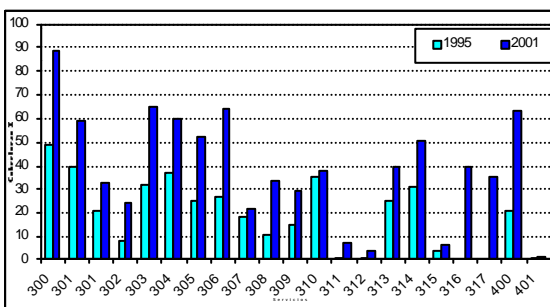
LA RIOJA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	53,4	93,4	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	49,3	62,2	
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	17,9	26,1	
Vacunación del Tétanos	302	4,4	23,7	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	0,0	42,3	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	41,5	56,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	26,7	50,6	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	30,4	60,2	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	18,8	29,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	4,7	31,3	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	7,1	29,7	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	21,9	29,5	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311		6,3	
Educación para la salud a otros Grupos	312		2,0	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	28,2	34,4	
Atención a Pacientes Terminales	314	39,9	64,3	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	0,0	5,3	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316		35,9	
Cirugía Menor (3)	317		23,2	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	34,3	57,7	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	0,0	2,3	

CEUTA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	52,3	50,9	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	47,3	35,4	
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	20,8	30,2	
Vacunación del Tétanos	302	3,7	7,3	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	92,8	68,6	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	31,4	57,4	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	23,5	33,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	56,9	79,0	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	13,6	20,8	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	8,3	25,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	11,0	14,1	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	6,9	16,8	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311		5,9	
Educación para la salud a otros Grupos	312		9,2	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	48,3	76,5	
Atención a Pacientes Terminales	314	43,0	37,7	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	0,0	3,1	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316		36,4	
Cirugía Menor (3)	317		24,4	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	48,3	64,2	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	2,8	5,2	



MADRID		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	49,0	87,7	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	39,7	54,3	
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	21,3	26,9	
Vacunación del Tétanos	302	8,3	27,4	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	32,2	118,2	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	37,1	56,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	25,3	55,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	26,7	60,9	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	18,2	29,1	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	10,6	46,1	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	14,7	34,8	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	35,5	64,0	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311	0,7	7,9	
Educación para la salud a otros Grupos	312	0,3	8,1	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	25,4	43,1	
Atención a Pacientes Terminales	314	30,7	41,6	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	3,9	7,1	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316	0,0	49,8	
Cirugía Menor (3)	317	0,0	39,1	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	20,8	62,8	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	0,6	0,9	

MELILLA		COD.	1995	2001
Nombre del Servicio				
Consulta Adultos	300	28,0	50,2	
Vacunaciones gripe Mayores o igual a 65 años	301	32,4	37,0	
Vacunaciones gripe menores a 65 años	301	11,8	24,9	
Vacunación del Tétanos	302	5,8	8,4	
Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	303	0,0	11,4	
Prevención de enfermedades cardiovasculares	304	23,1	39,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	305	21,0	39,7	
Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	306	47,8	89,1	
Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	307	22,0	36,0	
Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	308	0,0	38,1	
Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	309	9,6	21,9	
Atención a Pacientes con VIH - SIDA	310	9,5	16,4	
Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	311		19,9	
Educación para la salud a otros Grupos	312		8,8	
Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	313	54,5	81,2	
Atención a Pacientes Terminales	314	30,2	36,1	
Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	315	1,1	0,0	
Prevención y Detección de Problemas en el Anciano (2)	316		38,0	
Cirugía Menor (3)	317		36,8	
Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	400	0,0	65,0	
Tratamientos Psicoterapéuticos	401	3,4	2,5	



(2) Funcionamiento año 1996 (3) Funcionamiento año 2001

TABLA II.1.2. Normas Técnicas. Evolución 1995-2001

AÑO	SERVICIOS	INSALUD	Aragón	Asturias	Baleares	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Extremadura	La Rioja	Madrid	Murcia	Ceuta	Melilla
		Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas	Nº Hª Clínicas
		% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento	% Cumplimiento
1995	Consulta de Niños	92.197	10.799	4.678	9.208	4.344	10.608	14.440	9.140	1.130	19.472	7.416	370	592
		83	85	80	76	85	84	81	85	83	83	84	84	95
	Prevención de Enfermedades Cardiovasculares	105.370	13.608	3.995	8.057	4.945	16.927	18.873	12.029	1.232	17.569	6.490	1.084	561
		65	69	56	52	62	66	65	70	78	70	70	66	81
1996	Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	25.733	1.234	1.706	260	1.006	4.624	5.848	1.784	299	5.664	2.826	217	265
		69	53	64	60	76	68	79	74	72	64	74	72	70
	Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	65.974	6.677	4.514	656	3.606	14.856	13.660	3.218	1.247	11.598	5.096	342	504
		68	64	59	53	71	64	70	62	77	69	69	66	79
1997	Revisiones del Niño Sano: (6-14 años)	76.049	6.423	7.490	732	5.057	12.363	13.564	3.958	390	16.885	8.379	406	402
		61	64	56	50	63	59	68	58	37	60	60	60	72
	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	71.599	5.620	6.495	626	3.606	9.970	15.836	5.794	386	15.483	6.993	337	453
		55	50	47	52	61	58	58	46	48	56	57	53	66
1998	Visita en el primer mes de postparto	18.789	1.145	1.280	769	935	3.899	3.541	1.302	346	4.225	878	221	248
		78	70	74	57	67	88	85	83	62	73	67	61	89
	Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	29.208	1.544	3.235	1.010	1.819	7.149	4.797	1.595	365	5.725	1.295	365	309
		61	56	58	53	74	64	57	62	58	62	60	42	70
1999	Atención a la Mujer en el Climaterio	24.990	1.599	2.663	804	2.487	3.017	4.071	1.280	358	6.695	1.033	312	171
		69	50	68	38	81	75	67	80	58	67	60	68	77
	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	21.045	1.577	2.260	718	2.074	3.049	4.562	1.372	332	3.705	988	193	215
		74	69	68	68	83	70	76	81	76	72	86	68	85
2000	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	22.192	2.035	2.618	728	1.692	2.755	4.078	1.364	326	5.116	969	290	221
		82	88	77	77	89	79	85	81	82	77	90	75	87
	Prevención y detección Problemas en el Anciano	24.929	1.522	4.062	810	2.861	2.880	4.630	1.511	367	4.520	1.049	432	285
		62	73	57	40	74	62	65	61	51	58	65	75	71
2001	Atención Pacientes Terminales	9.024	755	882	218	251	1.158	2.081	744	184	2.211	453	43	44
		79	81	80	82	80	76	82	72	66	77	87	87	82
	Prevención y detección Problemas en el Anciano	22.583	1.489	2.859	449	1.881	2.843	4.987	1.601	369	4.247	1.036	539	283
		67	78	62	41	74	68	66	68	54	65	71	79	74
TOTAL HISTORIAS EVALUADAS		609.182	56.027	48.737	25.045	36.564	96.098	114.968	46.692	7.331	123.115	44.901	5.151	4.553

Bibliografía

1. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 2002
2. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 1991 (Documento interno)
3. INSALUD. Normas Técnicas Mínimas, 1993
4. INSALUD. Estudio de Fiabilidad, 1993 (Documento interno)
5. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 1993(Documento interno)
6. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 1995
7. INSALUD. Informe sobre inclusión de Patología Aguda en Cartera de Servicios (Documento interno)
8. INSALUD. Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 2001
9. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria, 1999
10. INSALUD. Informe sobre pilotaje de Cirugía Menor (Documento interno)
11. INSALUD. Manual de Procedimiento para la Evaluación de Cartera de Servicios, 1993
12. INSALUD. Manual de Procedimiento para la Evaluación de Cartera de Servicios, Años 1995 a 1999 (Documento interno)
13. INSALUD. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Estudio de concordancia entre observadores. Madrid: INSALUD, 1999.
14. INSALUD. Manual de Procedimientos para la Evaluación de Cartera de Servicios 2001. Madrid: INSALUD, 2001
15. INSALUD. Programación de Salud en Atención Primaria, Años 1994 a 1996
16. INSALUD. Criterios de Suficiencia de Programas de Salud que sustentan la Cartera de Servicios, 1999 (Documento interno)
17. INSALUD. Resumen de las Jornadas con Gerentes de Atención Primaria en Ribadesella, 1998. (Documento interno)
18. INSALUD. Resumen de las Jornadas con Gerentes de Atención Primaria en Santander, 2000. (Documento interno)
19. INSALUD. Jornadas de Debate sobre Cartera de Servicios con Equipos Directivos, 1999 (Documento interno)

II.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CON EQUIPO DE SOPORTE

Aguilera Guzmán, Marta / Abad Bassols, Ángel / Fernández Moreno, Rodolfo/ García Solano, Marta / Palanca Sánchez, Inés / Romera García, M^a Teresa / Terol García, Enrique / Vega López, Luis / Gosá de Oteiza, Marta / Honduvilla Poveda, Ruperta

Introducción e Ideas Claves

El envejecimiento de la población española ha incrementado el número de personas mayores que presentan múltiples problemas de salud, variables en el tiempo, interrelacionados entre sí y de origen multifactorial.

Por otro lado la consolidación del sistema sanitario ha determinado el desarrollo de programas y protocolos que abordan la atención domiciliaria de grupos de pacientes para adaptarse a las necesidades de los mismos y a sus demandas cambiantes.

En relación con la atención domiciliaria desarrollada por Atención Primaria se ha planteado la necesidad de comunicación y coordinación con aquellas otras instituciones con competencias sanitarias y sociales, o de otros niveles asistenciales del propio INSALUD, para la correcta atención de estos pacientes.

El perfil de los pacientes atendidos en el domicilio por Atención Primaria se ha modificado en los últimos años. Tradicionalmente este paciente demandaba al sistema sanitario “la visita” del médico o el enfermero para la atención de una patología aguda y generalmente de carácter leve. Asimismo los profesionales realizaban de forma programada actividades domiciliarias de pacientes inmovilizados que, por la estructura demográfica de la población española, no representaban una gran carga de trabajo en la actividad total del profesional. Actualmente, la demanda de atención domiciliaria compleja de pacientes con patologías crónicas se ha incrementado de forma importante. El desarrollo de nuestra sociedad ha aumentado las expectativas que la población deposita en el sistema sanitario, así como las autoexigencias de éste.

El Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte desarrollado desde la Atención Primaria del INSALUD, intenta mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta en domicilio a los pacientes y potenciar este entorno como lugar de atención, siempre que se considere como el más adecuado en función de la patología y las necesidades de cuidados. Como objetivos específicos señalan los de proporcionar una adecuada organización de los cuidados, así como ofertar una atención integral de calidad a los pacientes y a sus cuidadores. Esto significa contribuir al control de la sintomatología, mejorar el autocuidado y dar apoyo a los cuidadores.

Además este Programa mejora la interrelación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención a estos pacientes, estableciendo acuerdos y circuitos de coordinación en distintos niveles de atención sanitaria y otras instituciones (Comisión Sociosanitaria de Área y Distrito, los recursos dependientes de los servicios sociales, los servicios clínicos y centrales del hospital de referencia y los hospitales de media o larga estancia).

La implantación y el desarrollo de los ESAD han mejorado la formación de los profesionales sanitarios implicados en el programa y potenciado el desarrollo de líneas de investigación en la atención domiciliaria. Asimismo se mejora el apoyo a la familia de los enfermos atendidos en los domicilios mediante la formación de los cuidadores y la coordinación de los recursos sociales disponibles.

Descripción Histórica

Como antecedentes del Programa cabe destacar la implantación de distintos programas relacionados con la atención domiciliaria, entre los que se encuentran los siguientes: el Programa de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria, el Programa de Atención a Pacientes Terminales en Atención Primaria, el Programa de Cuidados Paliativos Hospitalarios, el Programa Sociosanitario para la Atención de Personas Mayores y el Programa de Atención a Pacientes VIH/SIDA.

La experiencia piloto para la implantación del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte ¹, se inicia en el Contrato de Gestión 1998 de las Áreas 1, 2 y 4 de Madrid, al establecer la Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD la puesta en marcha y evaluación del Programa. Dicha evaluación ², realizada entre Diciembre de 1998 y Febrero de 1999, establece entre sus conclusiones que:

- La implantación del programa contribuye a mejorar la continuidad de cuidados y a adecuar la ubicación de los pacientes incluidos.
- Ha mejorado la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.
- Impulsa la coordinación con los recursos sociales y las comisiones sociosanitarias.
- Los profesionales de Atención Primaria valoran de forma positiva la existencia de los ESAD como elemento de apoyo, asesoría, coordinación y formación.
- El programa de formación mediante cursos, seminarios y rotaciones ha sido evaluado de forma satisfactoria o muy satisfactoria por el 80% de los asistentes y ha mejorado la formación de los profesionales y su implicación en el Programa de Atención Domiciliaria.

- Las unidades de Atención Especializada valoran de forma positiva la implicación de las unidades de Atención Primaria en el Programa de Atención Domiciliaria con intervención del ESAD.
- La calidad de la asistencia prestada, medida por la evaluación del cumplimiento de las Normas Técnicas, tiene unos resultados satisfactorios: 64,87% en Atención a Pacientes Inmovilizados y 76,86% en Atención a Pacientes Terminales.
- El control del dolor evaluado en este estudio es elevado en los pacientes con cáncer terminal (83%) y similar al referido en publicaciones nacionales e internacionales (entre un 70 y 90%) cuando intervienen unidades específicas de control de dolor o cuidados paliativos.
- El éxito en el domicilio, como indicador de la calidad de la asistencia prestada, se produjo en el 55,2% de los pacientes (65% en el caso de los oncológicos terminales y 87% en los pacientes atendidos por ESAD), que es un resultado bastante positivo en comparación con la literatura científica (del 37 al 70% en series nacionales y del 8,2 al 56% en las internacionales).
- Se han establecido nuevas líneas de investigación sobre la atención de pacientes inmovilizados y/o terminales.

El resultado del pilotaje del programa concluye que la implantación del mismo permite mejorar la organización y la calidad de la atención prestada a los pacientes en sus domicilios, teniendo los Equipos de Soporte un papel fundamental como facilitadores de la atención, colaboradores en la formación de los profesionales de Atención Primaria y agentes implicados en el proceso de coordinación con el nivel de Atención Especializada y con otros recursos especialmente los encuadrados en el área de servicios sociales. El Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte ³, implantado en 1999 en un total de 10 Áreas del Insalud con una cobertura del 33,29 % de la población, tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados complejos y terminales.

Como aspectos fundamentales del programa cabe destacar:

1. Organización desde la Gerencia de Atención Primaria.
2. Recursos dependientes de la Gerencia de Atención Primaria.
3. Profesionales sanitarios de Atención Primaria como principales proveedores de la atención.
4. Atención centrada en el domicilio del paciente.

5. Figura del cuidador principal como elemento imprescindible.
6. Existencia de un Equipo de Soporte de apoyo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria.
7. Atención Especializada como componente de apoyo.

El programa definido para el proyecto contempla las premisas de:

1. Proporcionar atención sanitaria en el domicilio del paciente, con una adecuada calidad científico-técnica desde la organización y recursos de Atención Primaria, siempre que las características del paciente así lo aconsejen.
2. Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria herramientas que les permitan, desde una perspectiva de equipo, atender a los pacientes de manera integral y dar respuesta a los diferentes problemas que plantean, coordinando los recursos existentes.
3. El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) se planteó como una unidad de apoyo de Atención Primaria, formada por profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar, cuyas funciones (asistenciales, de coordinación, docentes y de investigación) se orientaban prioritariamente a proporcionar apoyo a los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el desarrollo del programa.

La estrategia de consolidación y extensión del Programa de Atención Domiciliaria se basó en la creación de Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) dependientes de las Gerencias de Atención Primaria, mediante Resolución de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud de 26 de julio (BOE de 10 de agosto de 1999), teniendo en cuenta determinados elementos estratégicos como son el proceso de envejecimiento de la población y su distribución territorial.

El Perfil del personal para los Equipos de Soporte se estableció en esa misma Resolución señalando como criterios preferentes para el desempeño de estas plazas, acreditar una formación postgraduada en áreas que contemplen en sus programas formativos: cuidados paliativos, atención a terminales, patologías crónicas invalidantes y experiencia y conocimientos prácticos en Atención Primaria.

Con el objetivo de proporcionar conocimientos y habilidades a los nuevos profesionales de los ESAD, se realizaron actividades docentes de formación continuada centralizada⁴ así como la rotación de los profesionales de medicina y de enfermería que iban a integrar los nuevos Equipos de Soporte en los ESAD ya existentes, correspondientes a las Áreas 1, 2 y 4 de Madrid, por periodos que oscilaron entre los 15 y los 60 días, incorporándose a todas las actividades que se desarrollan habitualmente como es la asistencia directa a pacientes, las visitas conjuntas y de asesoría con profesionales de EAP y de modelo tradicional de asistencia, reuniones de coordinación con Atención Especializada y Servicios Sociales y con la Gerencia del Área.

Asimismo en la formación de los nuevos profesionales se ha incluido entre una y dos semanas de incorporación a los servicios del hospital de referencia, con objeto de establecer contacto personal y conocer la sistemática de funcionamiento interna del centro.

En la Subdirección General de Atención Primaria se estableció un Grupo de trabajo para el seguimiento de la actividad de la atención domiciliaria con Equipo de Soporte y con el objetivo de facilitar y difundir información y documentación de apoyo en la atención de los enfermos, así como desarrollar la protocolización de la atención de los pacientes incluidos en el Programa.

Estos Protocolos deben incluir la definición del caso y del procedimiento de captación o derivación, la valoración inicial y elaboración del Plan de Actuación (control de variables, control de factores de progresión, control de los síntomas y prevención de las emergencias), y el seguimiento (datos como la periodicidad de las visitas, la monitorización de signos, síntomas o datos analíticos considerados como parámetros centinela para esa patología) y la actualización del mismo.

El Procedimiento de captación o derivación del caso será iniciado habitualmente desde Atención Primaria (médico y enfermera, o el trabajador social), aunque en ocasiones estos casos serán derivados directamente al ESAD desde otros niveles sanitarios de atención (Atención Especializada, 061), o desde servicios sociosanitarios.

Los Protocolos deben definir con precisión el contenido de los Informes Clínicos, que como mínimo tienen que recoger los datos de identificación del paciente (incluido CIP) y del médico, el Centro de Atención Primaria responsable, y el diagnóstico y plan de actuación (plan terapéutico y de cuidados).

En aquellos casos en que los profesionales sanitarios de Atención Primaria soliciten la intervención del ESAD, deberán proporcionarle este Informe Clínico, indicando además el motivo de la demanda y el listado de problemas mediante fax, así como la información específica que se establezca en el Protocolo para esa patología.

El ESAD realizará la atención directa a aquellos pacientes que, reuniendo criterios de inclusión, no cuenten con atención programada en su domicilio.

La valoración inicial incluye una valoración clínica (identificar las variables inestables, factores de progresión y síntomas que serán objeto de seguimiento), funcional y sociofamiliar.

El Plan terapéutico y de cuidados, incluye posibles emergencias, el plan de acción, la educación al/los cuidadores/familia, las intervenciones sociosanitarias, el plan de visitas y el plan de monitorización.

En el año 2000 se organizaron unas Jornadas para intercambiar experiencias y analizar la situación de implantación del Programa. En ellas se identificaron las siguientes líneas de trabajo iniciadas sobre elaboración de documentación de apoyo en la atención a los pacientes (guías, protocolos, etc.).

RELACIÓN PROTOCOLOS Y GUIAS EN DESARROLLO
<p>Protocolos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nutrición Enteral Domiciliaria ➤ Enfermedad Pulmonar crónica con oxígeno en domicilio ➤ Hepatopatía crónica avanzada ➤ Insuficiencia cardiaca en estadíos avanzados ➤ Insuficiencia Renal Terminal ➤ Paciente geriátrico
<p>Guías de información y de cuidados para el paciente y la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de accidentes • Atención a la agonía: explicar a la familia • Cuidados de la boca seca • Cuidados de la boca en el paciente moribundo • Cuidado del cuidador • ¿Qué hacer cuando fallece un paciente a domicilio? • Ejercicios de memoria para pacientes con demencia • Instrucciones para el familiar del paciente con demencias • Instrucciones para el manejo de los problemas de comportamiento más frecuentes en las demencias • El duelo • Como administrar un enema rectal • Cuidados de catéteres • Extracción manual de un fecaloma • Normas de higiene del paciente encamado • Prevención de úlceras de decúbito en los pacientes encamados • Normas de administración de inhaladores • Movilización del paciente encamado • Nutrición en el domicilio del paciente con patología avanzada • Pautas de administración de fármacos a través de la sonda • Recomendaciones para el paciente con oxigenoterapia domiciliaria • Método de relajación para cuidadores • Cuidados del paciente con sondaje vesical

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a la fase de implantación del programa en 16 Áreas del INSALUD ya que en el último trimestre de 2000 se ha implantado el Programa en seis Áreas más, siendo la población cubierta por el programa del 47.40 % respecto a la población atendida por el INSALUD, lo que asciende a un total de 7.215.531 habitantes.

En la Tabla II.2.1 se recoge la evolución del INSALUD en la implantación del Programa, indicando la población incluida en el mismo.

TABLA II.2.1 Evolución de la población cubierta por el Programa y por Área

GERENCIA	POBLACIÓN 1999	POBLACIÓN 2000	POBLACIÓN 2001
TOTAL	1.464.833	4.969.998	7.215.531
Albacete		352.048	356.728
Badajoz		-	496.125
Burgos		-	336.060
Cartagena		266.719	273.901
Gijón		-	289.612
León		-	332.189
Madrid I	598.282	600.640	618.306
Madrid 2	379.617	385.022	391.652
Madrid 4	486.934	495.159	510.377
Madrid 5		595.930	610.416
Madrid 7		469.038	475.820
Madrid 11		668.864	688.244
Mallorca		614.456	636.464
Santander		-	361.572
Zaragoza I		522.122	533.179
Zaragoza II		-	304.886

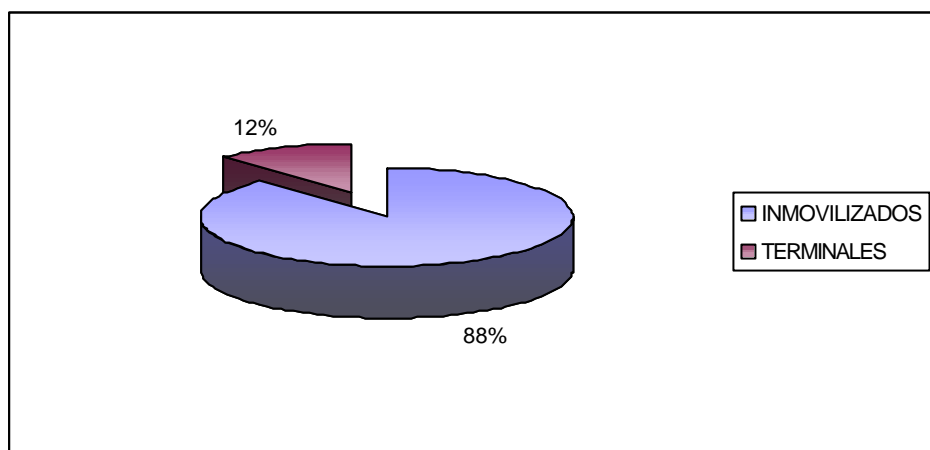
Aclaraciones: población de contrato de gestión correspondiente a áreas incluidas en evaluación

En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD se establecen los casos esperados anualmente para cada uno de los servicios. En el Servicio de Atención Domiciliaria de Pacientes Inmovilizados se ha utilizado como referencia el 11 % de la población mayor de 65 años. En el Servicio de Atención a Pacientes Terminales la referencia es el 2 por 1.000 de la población general.

Los resultados que a continuación se presentan relacionados con cobertura del programa, la distribución por tipo de paciente, edad y sexo, tipo de atención, actividades de coordinación, formación e investigación han tenido como fuente de información los sistemas de registro específico. Los resultados relacionados con motivo de inclusión, cumplimiento de normas técnicas, control del dolor y motivos de Salida del programa se han analizado por muestreo de historias clínicas. En el año 2001, los resultados globales de cobertura del PADES han sido del 39 %. La cobertura ha alcanzado el 38 % en el Servicio de Atención a Pacientes Inmovilizados y el 57 % en el Servicio de Atención a Pacientes Terminales.

El Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte, implantado en las 16 Gerencias de Atención Primaria del Insalud en el ejercicio 2001 que han participado en la evaluación, ha incluido un total de 68.407 personas, tratándose en un 88 % de los casos de pacientes inmovilizados en el 12 % de pacientes terminales, tal y como se recoge en la Figura II.2.1.

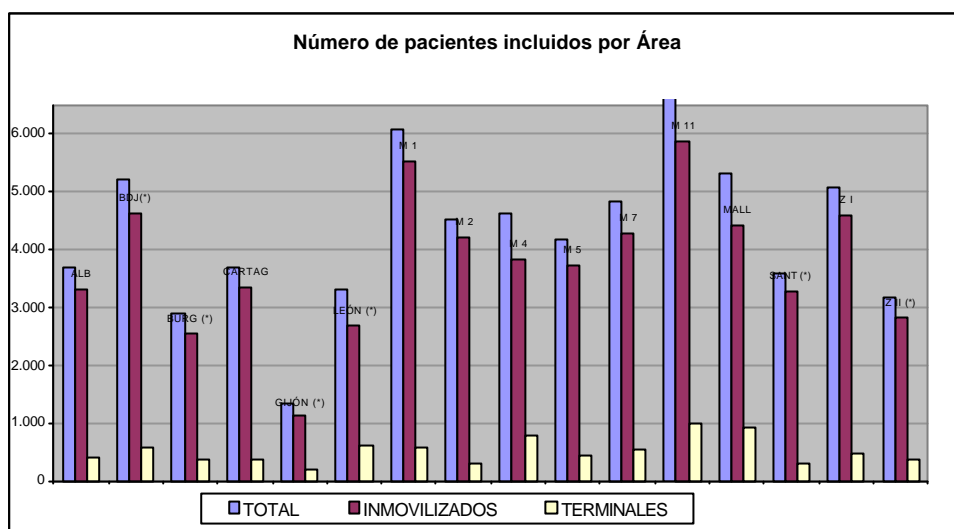
Fig. II.2.1 - 2001 Distribución de pacientes en Inmovilizados y Terminales



La Tabla II.2.2 muestra los estos datos de pacientes incluidos en el Programa, por áreas y tipo de pacientes. En cinco de las dieciséis áreas más del 90 % de los pacientes corresponden a pacientes inmovilizados mientras que en cuatro áreas más del 16 % de los pacientes son terminales.

TABLA Y FIGURA II.2.2 - Pacientes incluidos en Programa por Tipo y por Área 2001

GERENCIA	TOTAL PACIENTES	INMOVILIZADOS		TERMINALES	
	N	N	%	N	%
TOTAL	68.407	60.195	88.0	8.212	12.0
Albacete	3.698	3.298	89.2	400	10.8
Badajoz	5.194	4.622	89.0	572	11.0
Burgos	2.903	2.535	87.3	368	12.7
Cartagena	3.698	3.341	90.3	357	9.7
Gijón	1.322	1.111	84.0	211	16.0
León	3.296	2.695	81.8	601	18.2
Madrid I	6.090	5.505	90.4	585	9.6
Madrid 2	4.505	4.201	93.3	304	6.7
Madrid 4	4.621	3.833	82.9	788	17.1
Madrid 5	4.164	3.713	89.2	451	10.8
Madrid 7	4.836	4.290	88.7	554	11.3
Madrid 11	6.942	5.964	85.9	978	14.1
Mallorca	5.309	4.402	82.9	907	17.1
Santander	3.588	3.279	91.4	309	8.6
Zaragoza I	5.070	4.587	90.5	483	9.5
Zaragoza II	3.170	2.818	88.9	352	11.1



La Distribución de Pacientes por Dispositivo Asistencial se recoge en la Tabla II.2.3, en la que podemos observar que el 95,2 % de los casos han sido atendidos utilizando exclusivamente el Equipo de Atención Primaria o cupo mientras que el Equipo de Soporte ha participado en la atención de un 4,8 % de los pacientes.

Por otra parte, la actividad se ha realizado en exclusiva por parte del Equipo de Soporte en el 32,5 % de los pacientes derivados, aunque se observan importantes oscilaciones en unas u otras áreas.

En cuatro Áreas, el Equipo de Soporte realiza siempre su actividad en forma compartida con las UCAs, mientras que en tres Áreas este dispositivo realiza más del 50 % de su actividad de forma exclusiva.

TABLA II.2.3 - Distribución de pacientes incluidos en Programa por dispositivo asistencial y por Área

	TOTAL PACIENTES		EAP		Intervención del ESAD					
					Subtotal		EAP-ESAD		ESAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	68.407	100 %	65.135	95,2 %	3.376	4,8 %	2.296	68 %	1.080	32,5 %
ALBACETE	3.698	5,4 %	3.459	93,5 %	239	6,5 %	156	65,3 %	83	34,7 %
BADAJOS	5.194	7,6 %	5.129	98,7 %	65	1,3 %	64	98,5 %	1	1,5 %
BURGOS	2.903	4,2 %	2.769	95,4 %	134	4,6 %	134	100,0 %	0	0,0 %
CARTAGENA	3.698	5,4 %	3.560	96,3 %	138	3,7 %	77	55,8 %	61	44,2 %
GIJÓN	1.322	1,9 %	1.209	91,5 %	113	8,5 %	76	67,3 %	37	32,7 %
LEÓN	3.296	4,8 %	3.174	96,3 %	122	3,7 %	122	100 %	0	0,0 %
MADRID 1	6.090	8,9 %	5.683	93,3 %	407	6,7 %	336	82,6 %	71	17,4 %
MADRID 2	4.505	6,6 %	4.336	96,2 %	169	3,8 %	79	46,7 %	90	53,3 %
MADRID 4	4.621	6,8 %	4.087	88,4 %	534	11,6 %	185	34,6 %	349	65,4 %
MADRID 5	4.164	6,1 %	3.901	93,7 %	367	8,8 %	348	94,6 %	19	5,2 %
MADRID 7	4.836	7,1 %	4.737	97,2 %	100	2,8 %	73	73,0 %	27	27 %
MADRID 11	6.942	10,1 %	6.586	94,9 %	356	5,1 %	64	18,0 %	292	82 %
MALLORCA	5.309	7,8 %	5.033	94,8 %	276	5,2 %	253	91,7 %	23	8,3 %
SANTANDER	3.588	5,2 %	3.491	97,3 %	97	2,7 %	97	100,0 %	0	0,0 %
ZARAGOZA I	5.070	7,4 %	4.868	96,0 %	202	4,0 %	175	86,6 %	27	13,4 %
ZARAGOZA II	3.170	4,6 %	3.113	98,2 %	57	1,8 %	57	100,0 %	0	0,0 %

En el caso de la asistencia de pacientes inmovilizados, representada en la Figura II.2.3, más del 98 % de la actividad del área se realiza sin la participación del Equipo de Soporte. Cuando se trata de pacientes terminales, el Equipo de Soporte participa en la atención del 28 % de los pacientes incluidos en programa en el área.

Sólo en el 1,6 % de los Pacientes Inmovilizados incluidos en éstas Áreas en Programa de Atención Domiciliaria participa el Equipo de Soporte en su asistencia, realizándolo de forma compartida con los Equipos de Atención Primaria en el 84,7 % de los pacientes, (Tabla II.2.4) Los Equipos de Soporte de seis Áreas participan en la atención de menos del 1 % de los pacientes mientras que el de la Gerencia de Albacete participa en la asistencia del 5,2 % de los enfermos.

TABLA II.2.4 - Distribución de pacientes inmovilizados por dispositivo asistencial y por área

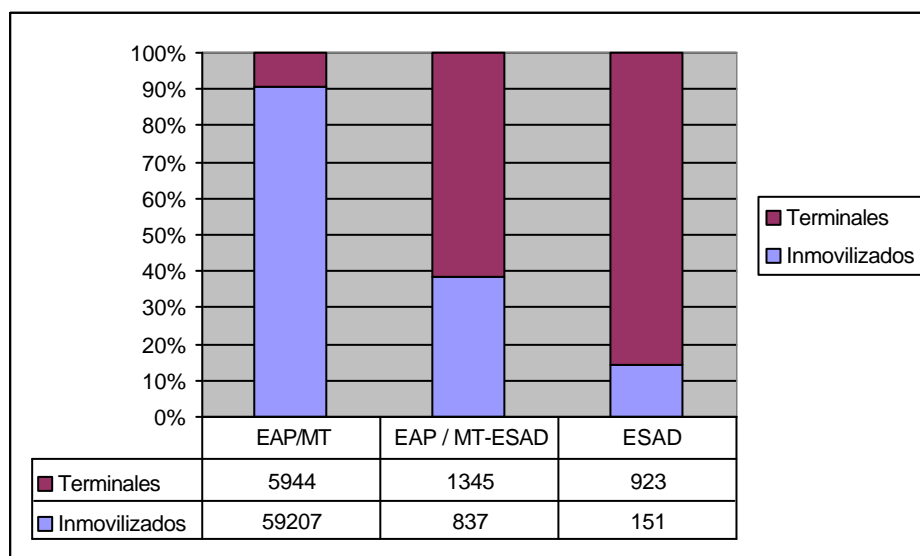
GERENCIA	TOTAL PACIENTES		EAP		Intervención del ESAD					
	N	%	N	%	Subtotal		EAP-ESAD		ESAD	
					N	%	N	%	N	%
TOTAL	60.195	100 %	59.206	98,4 %	989	1,6 %	838	84,7 %	151	15,3 %
ALBACETE	3.298	5,5 %	3.128	94,8 %	170	5,2 %	108	63,5 %	62	36,5 %
BADAJOS	4.622	7,7 %	4.577	99,0 %	45	1,0 %	44	97,8 %	1	2,2 %
BURGOS	2.535	4,2 %	2.468	97,4 %	67	2,6 %	67	100,0 %	0	0,0 %
CARTAGENA	3.341	5,6 %	3.313	99,2 %	28	0,8 %	20	71,4 %	8	28,6 %
GIJÓN	1.111	1,8 %	1.093	98,4 %	18	1,6 %	12	66,7 %	6	33,3 %
LEÓN	2.695	4,5 %	2.667	99,0 %	28	1,0 %	28	100,0 %	0	0,0 %
MADRID 1	5.505	9,1 %	5.348	97,1 %	157	2,9 %	141	89,8 %	16	10,2 %
MADRID 2	4.201	7,0 %	4.154	98,9 %	47	1,1 %	28	59,6 %	19	40,4 %
MADRID 4	3.833	6,4 %	3.789	98,9 %	44	1,1 %	20	45,5 %	24	54,5 %
MADRID 5	3.713	6,2 %	3.585	96,5 %	129	3,5 %	125	96,9 %	4	3,1 %
MADRID 7	4.290	7,1 %	4.279	99,7 %	11	0,3 %	4	36,4 %	7	63,6 %
MADRID 11	5.964	9,9 %	5.964	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
MALLORCA	4.402	7,3 %	4.374	99,4 %	28	0,6 %	26	92,9 %	2	7,1 %
SANTANDER	3.279	5,4 %	3.196	97,5 %	83	2,5 %	83	100,0 %	0	0,0 %
ZARAGOZA I	4.587	7,6 %	4.479	97,6 %	108	2,4 %	106	98,1 %	2	1,9 %
ZARAGOZA II	2.818	4,7 %	2.792	99,1 %	26	0,9 %	26	100,0 %	0	0,0 %

En el 2001 el Equipo de Soporte ha participado en la atención del 28% de los Pacientes Terminales incluidos en éstas Áreas en Programa de Atención Domiciliaria, realizándolo de forma compartida con los Equipos de Atención Primaria en el 60 % de los pacientes, tal y como se refleja en los datos de la Tabla II.2.5. Los Equipos de Soporte de cinco Áreas participan en la atención de menos del 17 % de los pacientes mientras que los de cinco Gerencias participan en la asistencia de más del 36 % de los enfermos. En cuatro gerencias el Equipo de Soporte no realiza ninguna actividad asistencial de forma exclusiva.

TABLA II.2.5 - Distribución de pacientes terminales por dispositivo asistencial y por área

GERENCIA	TOTAL PACIENTES		EAP		Intervención del ESAD					
	N	%	N	%	Subtotal		EAP-ESAD		ESAD	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	8.211	100 %	5.929	72 %	2.284	28 %	1.361	60 %	923	40 %
ALBACETE	400	5 %	331	83 %	69	17 %	48	70 %	21	30 %
BADAJOS	572	7 %	552	97 %	20	3 %	20	100 %	0	0 %
BURGOS	368	4 %	301	82 %	67	18 %	67	100 %	0	0 %
CARTAGENA	357	4 %	247	69 %	110	31 %	57	52 %	53	48 %
GIJÓN	211	3 %	116	55 %	95	45 %	64	67 %	31	33 %
LEÓN	601	7 %	507	84 %	94	16 %	94	100 %	0	0 %
MADRID 1	585	7 %	335	57 %	250	43 %	195	78 %	55	22 %
MADRID 2	304	4 %	182	60 %	122	40 %	51	42 %	71	58 %
MADRID 4	788	10 %	298	38 %	490	62 %	165	34 %	325	66 %
MADRID 5	451	5 %	316	70 %	135	30 %	126	93 %	9	7 %
MADRID 7	545	7 %	458	84 %	89	16 %	69	77 %	20	23 %
MADRID 11	978	12 %	622	64 %	356	36 %	64	18 %	292	82 %
MALLORCA	907	11 %	659	73 %	248	27 %	227	91 %	21	9 %
SANTANDER	309	4 %	295	95 %	14	5 %	14	100 %	0	0 %
ZARAGOZA I	483	6 %	389	81 %	94	19 %	69	73 %	25	27 %
ZARAGOZA II	352	4 %	321	91 %	31	9 %	31	100 %	0	0 %

En la Figura II.2.3 se presenta la Distribución de Pacientes por Dispositivo Asistencial, observándose que más del 90 % de los incluidos en programa atendidos en el Equipo de Atención Primaria son inmovilizados, mientras que éstos últimos no alcanzan el 15 % entre los atendidos por el Equipo de Soporte.

Fig. II.2.3 Distribución de pacientes por Dispositivo Asistencial

En cuanto a la Distribución de Pacientes por grupos de Edad y Sexo, en el año 2001 el 7,3 % del total de los pacientes incluidos en Programa en estas Áreas tiene una edad inferior a los 65 años. En el caso de pacientes inmovilizados los menores de 65 años representan un 6 % mientras que en el caso de pacientes terminales representan en 17,5 %.

El 41,5 % de los pacientes incluidos en Programa en estas Áreas tienen una edad superior a los 85 años. En el caso de pacientes inmovilizados los mayores de 85 años representan el 43,8 %, mientras que en el caso de pacientes terminales suponen el 24 %.

Un 65,6 % del total de pacientes son mujeres. En las Figuras II.2.4 y II.2.5 se observa el aumento del número de mujeres a medida que se incrementa su edad, la superior incorporación de mujeres al Servicio de Inmovilizados así como su menor incorporación al Servicio de Terminales.

Figura II.2.4 2001 Distribución de pacientes por edad y sexo

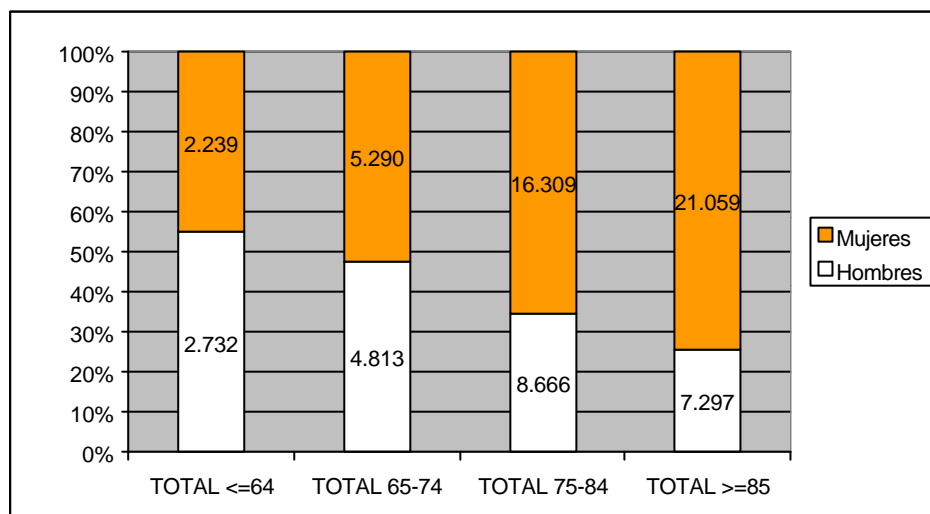
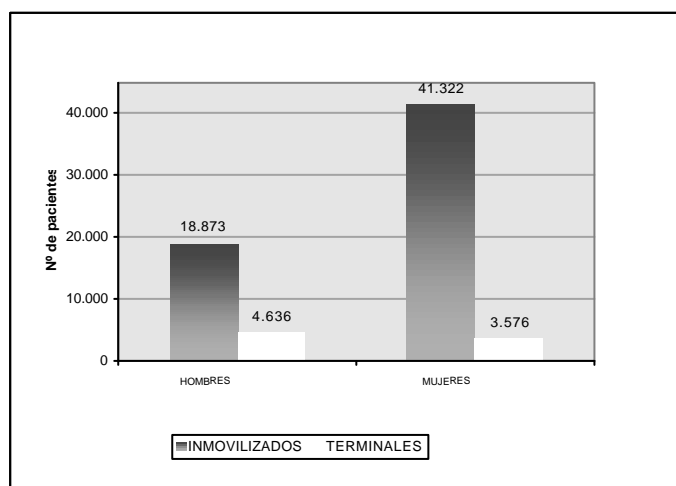


Fig. II.2.5 Distribución de los pacientes incluidos en programa por sexo



La distribución de los motivos de inclusión en los servicios de Atención a Pacientes Inmovilizados y Terminales se presenta en la Tabla II.2.6

TABLA II.2.6 Motivos de inclusión por grupos de enfermedades en pacientes Inmovilizados y Terminales

MOTIVOS DE INCLUSIÓN POR GRUPOS DE ENFERMEDADES EN PACIENTES INMOVILIZADOS Y TERMINALES				
MOTIVO DE INCLUSIÓN	INMOVILIZADOS		TERMINALES	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Enf. Cardiocirculatoria	399	19,7	150	5,9
Enf. Oncológica	52	2,6	2.040	80,9
Enf. Neurológica/Psiquiátrica	454	22,4	102	4,0
Enf. Ósea/Articular	236	11,6	10	0,4
Enf. Respiratoria	114	5,6	54	2,1
Probl. Accesib./Cuidador/Social	344	17,0	5	0,2
Diabetes	44	2,2	9	0,4
Obesidad	13	0,6	0	0,0
Enf. Renal	24	1,2	27	1,1
SIDA	3	0,1	5	0,2
Enf. Hepática	10	0,5	28	1,1
Enf. Biliar	0	0,0	2	0,1
Enf. Gastrointestinal	4	0,2	4	0,2
Otros	326	16,1	86	3,4
Sin codificar	4	0,2	0	0,0
TOTAL	2.027	100,0	2.522	100,0

En ella se puede apreciar como el principal motivo de inclusión en programa, en el caso de pacientes inmovilizados, es el grupo de las Enfermedades Neurológicas/Psiquiátricas, con un 22,4% del total. A continuación, por este orden, las Enfermedades Circulatorias, los problemas de accesibilidad o que afectan al ámbito social o del cuidador primario y las Enfermedades Óseas/Articulares. De manera que entre estos grupos suponen tres de cada cuatro ingresos en este tipo de pacientes.

También es destacable el significativo porcentaje de pacientes que se agrupan en la miscelánea de Otros Diagnósticos.

Los enfermos Terminales ingresan en el 81% de los casos por patología neoplásica. A continuación, con porcentajes muy inferiores, aparecen las Enfermedades Circulatorias y las Neurológicas/Psiquiátricas.

En las dos tablas que vienen a continuación (tablas II.2.7 y II.2.8) se muestra el grado de cumplimiento de las Normas Técnicas de Cartera de Servicios, en función del dispositivo encargado de la asistencia, en los servicios de Atención a Pacientes Inmovilizados y Atención a Pacientes Terminales.

TABLA II.2.7 Cumplimiento de Normas Técnicas de Cartera de Servicios en Pacientes Inmovilizados

	TOTAL	EAP EXCL.	EAP-ESAD	ESAD-EXCL.
Nº HISTORIAS EVALUADAS	3.069	2.637	249	183
GLOBAL	81,0%	80,4%	84,4%	86,0%
Norma Técnica 313.1	98,9%	99,3%	98,0%	95,1%
Norma Técnica 313.2	74,1%	73,7%	75,3%	78,7%
Norma Técnica 313.3	88,9%	88,3%	93,2%	92,6%
Norma Técnica 313.4	80,5%	79,2%	88,1%	87,9%
Norma Técnica 313.5	65,1%	63,5%	73,1%	77,0%
Norma Técnica 313.6	78,7%	78,3%	78,7%	84,7%

Los resultados expuestos corresponden a la evaluación del año 2000, en que se estudió la calidad de cumplimentación de este servicio en todas las áreas del INSALUD. El cumplimiento global va aumentando con la participación del ESAD.

La norma 313.5 que recoge el registro en la historia clínica de: estado de nutrición, control de esfínteres, estado de piel y mucosas, estado de conciencia, síntomas físicos y valoración funcional, es la que obtiene un resultado mas bajo independientemente de quién provea la atención.

TABLA II.2.8 Cumplimiento de Normas Técnicas de Cartera de Servicios en Pacientes Terminales

	TOTAL	EAP EXCL.	EAP-ESAD	ESAD-EXCL.
Nº HISTORIAS EVALUADAS	2.522	1.402	712	408
GLOBAL	79,8%	73,9%	83,0%	94,5%
Norma Técnica 314.1	98,3%	98,1%	98,5%	98,7%
Norma Técnica 314.2	81,2%	73,0%	87,8%	97,3%
Norma Técnica 314.3	81,0%	77,0%	81,6%	96,4%
Norma Técnica 314.4	76,2%	67,0%	83,1%	95,8%
Norma Técnica 314.5	86,0%	82,0%	89,4%	97,1%
Norma Técnica 314.6	69,0%	62,0%	70,8%	88,3%
Norma Técnica 314.7	66,8%	59,4%	69,5%	87,8%

Los datos corresponden a la evaluación 2001, ya que se seleccionó este servicio para ser evaluado en todo el INSALUD.

En ella se observa que tanto el cumplimiento global como el correspondiente a cada norma se incrementa con la intervención del ESAD, destacando el alto grado de calidad en la cumplimentación que aparece cuando actúa en exclusiva esta estructura.

Como es lógico, la norma que presenta un mayor nivel de registro es la relativa a la fecha y diagnóstico de inclusión en programa (N.T. 314.1), que supera el 98% con independencia del provisor.

Las normas con menor grado de cumplimentación son la evolución de síntomas (N.T. 314.6) y la revisión del plan de cuidados (N.T. 314.7).

En la Tabla II.2.9 se presenta como se aborda el fenómeno del dolor en pacientes Terminales en función del modelo de provisión de servicios.

TABLA II.2.9 Abordaje del dolor en Pacientes Terminales en función del modelo de provisión

PACIENTES TERMINALES ATENDIDOS POR EAP	Número	Porcentaje	Intervalo Confianza
TOTAL	1.402		
- con registro relativo a dolor en la historia clínica	1.079	77,0%	1,12
- con presencia de dolor	782	72,5%	1,36
- con dolor evaluable mediante escala	66	8,4%	0,99
- con dolor controlado	46	(*) 69,7 %	5,66

(*) Dado el pequeño tamaño de la muestra (66 casos) los resultados son poco concluyentes

PACIENTES TERMINALES ATENDIDOS POR EAP-ESAD	Número	Porcentaje	Intervalo Confianza
TOTAL	712		
- con registro relativo a dolor en la historia clínica	653	91,7%	1,03
- con presencia de dolor	517	79,2%	1,59
- con dolor evaluable mediante escala	351	67,9%	2,05
- con dolor controlado	237	67,5%	2,50

PACIENTES TERMINALES ATENDIDOS POR ESAD	Número	Porcentaje	Intervalo Confianza
TOTAL	408		
- con registro relativo a dolor en la historia clínica	399	97,8%	0,73
- con presencia de dolor	325	81,5%	1,94
- con dolor evaluable mediante escala	270	83,1%	2,08
- con dolor controlado	215	79,6%	2,45

PACIENTES TERMINALES ATENDIDOS TOTAL	Número	Porcentaje	Intervalo Confianza
TOTAL	2.522		
- con registro relativo a dolor en la historia clínica	2.131	84,5%	0,72
- con presencia de dolor	1.624	76,2%	0,92
- con dolor evaluable mediante escala	687	42,3%	1,23
- con dolor controlado	498	72,5%	1,70

En ella, como elemento más destacable, se percibe que la intervención del ESAD, bien al actuar conjuntamente con el EAP o cuando lo hace en exclusiva, mejora los resultados obtenidos en todos los aspectos evaluados.

La constancia en la historia clínica de datos relativos a dolor se incrementa considerablemente al involucrarse el ESAD. Así, podemos observar como existe una diferencia superior a 20 puntos si comparamos las intervenciones en exclusiva del EAP y del ESAD.

La misma tendencia descrita anteriormente se aprecia respecto a la presencia de dolor, encontrando 9 puntos de diferencia entre ambos modelos de provisión.

La evaluación del dolor mediante escala en pacientes con la presencia de este síntoma refleja, de forma significativa un área de mejora importante para los EAP, puesto que sólo en el 8,4% de los casos se lleva a cabo. Este parámetro se incrementa hasta el 67,9% cuando participa en la asistencia el ESAD y alcanza un 83,1%, si la brinda en exclusiva este dispositivo.

Finalmente, al ocuparnos del dolor que llega a ser controlado y tomando con reservas el resultado obtenido cuando interviene exclusivamente el EAP, por el pequeño tamaño de la muestra, apreciamos que la actuación del ESAD mejora el control de este síntoma en pacientes Terminales

En la Tabla II.2.10 se muestran los motivos de salida del programa en pacientes Inmovilizados y Terminales.

TABLA II.2.10 Motivos de salida del programa en pacientes Inmovilizados y Terminales

MOTIVO DE SALIDA	INMOVILIZADOS		TERMINALES	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Éxito en Domicilio	160	34,7	1.127	57,3
Éxito en Hospital	67	14,5	557	28,3
Internamiento en Institución	49	10,6	112	5,7
Cambio de domicilio	29	6,3	28	1,4
Negativa del paciente o cuidador	4	0,9	6	0,3
Mejoría	45	9,8	17	0,9
Otros	107	23,2	120	6,1
Subtotal	461	100,0	1.967	100,0
Continúan en Programa	1.566		555	
TOTAL	2.027		2.522	

El éxitus en el domicilio es el principal motivo de salida tanto en pacientes Terminales como en Inmovilizados. El segundo motivo, también para ambos grupos de pacientes, es el éxitus en Hospital.

Merece la pena destacar, en sentido favorable, como en pacientes Terminales dos de cada tres fallecimientos se producen en el domicilio del paciente.

A lo largo del año 2001, como Unidades de Apoyo a la Atención Primaria, los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria han desarrollado funciones de Coordinación, Docencia, Investigación y Apoyo a los Familiares.

La actividad de Coordinación les ha llevado a mantener un total de 798 reuniones con Unidades Asistenciales de Atención Primaria del Área, Servicios Hospitalarios de Agudos y Media/Larga estancia, Servicios Sociales, Comisiones Sociosanitarias y 061, distribuyéndose tal y como se muestra en el cuadro siguiente:

Unidades Asistenciales de A.P.	Servicios Hospitalarios	Servicios Sociales	Comisiones Sociosanitarias	061
294	413	62	15	14

Además se han registrado un total de 13.978 consultas telefónicas de coordinación entre profesionales entre los miembros del Equipo de Soporte y los de Equipos de Atención Primaria.

En el apartado de docencia, por un lado, han realizado 497 sesiones con los profesionales de Atención Primaria de las Unidades Asistenciales, por otro, han recibido a 229 profesionales que han rotado por los distintos ESAD y, finalmente, han impartido un total de 550 horas entre cursos, seminarios y talleres.

En Diciembre de 2001, nueve ESAD tenían abiertos 20 proyectos de investigación en alguna de sus fases.

Dentro de la labor de apoyo a la familia se han realizado 14.088 contactos telefónicos con los cuidadores primarios de los pacientes.

Futuro y Líneas de Mejora

La atención sociosanitaria constituye, sin duda, uno de los retos centrales del proceso de transformación y reorganización en curso de los sistemas sanitarios y sociales en el ámbito nacional y de los países desarrollados. La evolución demográfica y social de la población, con un progresivo envejecimiento y una mayor esperanza de vida, unidas a un cambio radical en la estructura y tamaño

de las familias, requiere una profunda transformación tanto en el tipo de servicios disponibles, como en la forma en que éstos se prestan, si se pretende dar respuesta de una forma racional y eficiente a las necesidades sanitarias y sociales de la población. En este escenario, la mayor parte de los sistemas sanitarios, así como las organizaciones internacionales tales como las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea, consideran que uno de los objetivos básicos de los estados debe ser garantizar la calidad de vida de los ciudadanos, manteniendo su capacidad funcional y autonomía y, siempre que esto sea posible, permitiendo su permanencia en el entorno comunitario. Este objetivo implica el desarrollo de estrategias y estructuras que den cuidados y atención a los ciudadanos en su domicilio.

En la actualidad y en nuestro país, la Atención Primaria de salud es la principal protagonista en la oferta de servicios de atención sanitaria a la población en sus domicilios. En este contexto el Programa de Atención Domiciliaria con ESAD es, no sólo una alternativa bien estructurada y valorada por pacientes y profesionales, sino que además responde a las principales recomendaciones de la OMS que establece que debe ser la Atención Primaria, con los necesarios apoyos (formación continuada, estructuras de apoyo y coordinación), la que debe organizar y prestar los servicios de atención domiciliaria en coordinación con los servicios sociales y sanitarios especializados. Esta orientación no sólo responde a criterios de eficiencia sino a la preferencia de los ciudadanos.

Garantizar adecuadamente una atención domiciliaria de calidad y solucionar los conocidos problemas de coordinación entre administraciones, pasa obligadamente por la potenciación de estructuras como los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria en su papel de elementos de coordinación, formación y consultoría técnica.

Estamos por lo tanto en las etapas iniciales de un planteamiento ambicioso en las que son necesarias intervenciones en todos los ámbitos de actuación y responsabilidad. A nivel macro, el establecimiento de políticas y planes para los sistemas sanitarios y sociales, que incluyan la definición de los servicios y prestaciones sociales y sanitarias a las que debe tener acceso la población. A nivel meso, la introducción de herramientas de gestión, coordinación y organización de las estructuras y de los servicios implicados y, a nivel micro, la prestación de los servicios por parte de los profesionales de Atención Primaria y los equipos de soporte basadas en la evidencia y las buenas prácticas.

La prestación de servicios que cubran las necesidades y preferencias de la población requiere además de la consolidación y generalización de servicios, el desarrollo y perfeccionamiento de nuevas herramientas de trabajo y elementos organizativos:

- La validación y uso de instrumentos de valoración multidimensional de las necesidades, sociales y sanitarias, y del estado de salud de la población diana (ancianos, enfermos crónicos, inmovilizados y terminales), de forma coordinada por todos los implicados. El

intercambio de esta información es un elemento crucial que debe basarse en el soporte de sistemas de información en red, que permitan desde cualquier punto de entrada y por parte de los diferentes profesionales implicados conocer la información clave para identificar necesidades y prestar asistencia.

- El necesario protagonismo de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en el papel de gestores de casos, en estrecha colaboración con los médicos de familia, y la implicación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares de enfermería etc.), en el ámbito de la Atención Primaria, serán asimismo un elemento imprescindible y sobre el que parece existir un consenso internacional.
- El desarrollo, implantación y evaluación de protocolos, guías, vías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados, la orientación de los procesos de atención de una forma transversal que supere los tradicionales límites entre niveles y administraciones y permita una oferta de servicios "sin costuras", es posiblemente otro de los objetivos clave en la atención domiciliaria.
- La participación de los ciudadanos, especialmente de los pacientes y cuidadores, en la definición y desarrollo de los planes y programas de atención domiciliaria y en un sentido más amplio de la atención sociosanitaria, deberá cobrar mayor protagonismo.
- La formación y apoyo a los cuidadores.
- El reconocimiento explícito del papel de los cuidadores, elemento imprescindible en la prestación de servicios, con el desarrollo de legislación laboral y social.

Estas herramientas y nuevos roles y estructuras, junto con la fundamental coordinación con los servicios sociales, constituirán, sin duda, los temas centrales de las agendas de los políticos, financiadores, proveedores y ciudadanos en los próximos años.

Parece por lo tanto que el Programa de Atención Domiciliaria con ESAD del INSALUD no sólo ha respondido a una necesidad coyuntural, sino que facilitará la estructuración de buena parte de los servicios sanitarios y sociales del futuro.

Bibliografía

1. INSALUD MADRID. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte Áreas 1, 2 y 4; 1998.
2. INSALUD. Evaluación del Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). 1998 (Documento Interno).
3. INSALUD. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). 1999.
4. INSALUD. Curso Básico y Rotaciones. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria de nueva creación. 2000 (Documento Interno)

II.3 LOS PROGRAMAS ESPECIALES

Alfaro Latorre, Mercedes / Fernández Moreno, Rodolfo

Introducción

Las demandas de atención a la salud evolucionan a tenor del aumento de la calidad de vida, nivel de salud y de información que tiene la población sobre los riesgos que hacen peligrar a la misma, tomándose cada vez mayor conciencia de problemas que, anteriormente, no habían sido sentidos como tales. Su receptor inmediato suele ser Atención Primaria quien, a su vez, tiene que dar respuesta a gran parte de ellas, al derivarse de necesidades que afectan a amplios grupos de población y generadas por problemas de presentación frecuente.

La década de los 80, en nuestro país, fue una de esas épocas de claro afloramiento de demandas que, llevando muchos años latentes en la opinión pública, pasaron entonces a la agenda política. Con la todavía incipiente reforma del modelo sanitario, los profesionales de Atención Primaria empezaron a afrontar el cuidado de enfermedades o de grupos vulnerables que hasta entonces se venían abordando a través de programas verticales, para cuyo desarrollo se habían creado centros y estructuras específicos (centros de atención materno-infantil, de salud mental, de E.T.S., de prevención del cáncer, unidades hospitalarias de hipertensión, diabetes, etc.). Sin embargo, la aplicación de esta estrategia para cada enfermedad o grupo de riesgo desde dispositivos monográficos no parecía lograr los objetivos de efectividad que teóricamente perseguían, alcanzando una cobertura poblacional limitada que no daba respuesta satisfactoria al principio de equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

Por ello se propuso el desarrollo de acciones coordinadas de prevención y control comunitario de grupos de patologías -es decir, programas integrales de salud - desde el primer nivel asistencial, lo que se consideraba como un método más adecuado por cuanto se podía aumentar la eficacia desde el concepto de la multicausalidad y la multiplicidad de efectos de un mismo factor de riesgo en las patologías prevalentes en la población. La integración de actividades permitiría un uso más racional de los recursos disponibles, fomentando acciones preventivas y de control de grupos de riesgo, que, en buena lógica, redundaría en una mayor eficiencia. Todo ello debía suponer una mayor efectividad en el impacto de las acciones desarrolladas con una mayor cobertura de la población diana desde los dispositivos más cercanos a la población.

A mediados de los años 80, la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud se planteó cómo enfocar esta estrategia, partiendo de la consideración de que, para conseguir realmente cuidar de la salud, todo sistema sanitario debe mantener una actitud activa de intervención sobre la

población, desarrollando acciones programadas en las que estén claramente definidos los objetivos y las medidas adecuadas para alcanzarlos. Dichas acciones deberían afectar a todos los niveles del sistema, para los que se definirían contenidos concretos. El pilar organizativo fundamental para su desarrollo en el primer nivel eran los Equipos de Atención Primaria (EAP), a quienes se encomendaba, sobre la base de las necesidades de salud detectadas en su zona, la elaboración de los Programas de Salud, su puesta en práctica y su evaluación. Los programas, que debían ser acreditados por la Subdirección General, abordaron inicialmente aspectos relacionados con la atención al niño y salud escolar, la atención a la mujer, al anciano, la salud mental y las patologías crónicas de alta prevalencia (hipertensión arterial y diabetes)¹

Además, se consideró necesario que los EAP, para el desarrollo de determinadas actividades, contasen con la colaboración de otros profesionales que, por su específica formación, podían apoyar su trabajo y servirles de referente para el manejo de determinados problemas de salud. Dichos profesionales se venían considerando tradicionalmente como recursos del nivel especializado. El cambio de su entorno de trabajo debía realizarse en unas circunstancias en las que la cultura y tradición sanitaria, con el hospital como elemento dominante de la llamada pirámide asistencial (donde se desarrollaban, incluso, actuaciones de carácter comunitario para las que no estaba diseñado su funcionamiento y estructura), hacía difícil reordenar las actividades dentro del sistema.

Organización inicial de los llamados Programas Especiales

La planificación familiar y la salud mental

En esta línea, se planteó la necesidad de atender algunas de las demandas importantes de la población insuficientemente satisfechas, como eran la planificación familiar y la salud mental. Para ello, el año 1.984 se crearon unos dispositivos específicos dentro de la Atención Primaria que integraban a distintos profesionales. A través de diversas subvenciones finalistas del Ministerio de Sanidad y Consumo surgieron las Unidades de Salud Mental (USM), los Centros y Unidades Básicas de Orientación Familiar (COF y UBOF) y las Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (UPPO), en el marco geográfico - sanitario del Área de Salud. Se elaboraron por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo diferentes documentos de soporte, como la Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud², el Plan General de Centros de Orientación Familiar³, y la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica⁴.

En octubre de ese mismo año se abrieron los primeros 14 COF y el primero de ellos fue inaugurado por el ministro Ernest Lluch en Baleares. Los COF contaban en su plantilla con ginecólogo, psicólogo, enfermera, trabajador social y auxiliar administrativo, mientras que las UBOF solo estaban

dotadas de ginecólogo y enfermera. La actividad que desarrollaban ambas estructuras tenía como objetivo mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de **planificación familiar y atención a la mujer y pareja** y, de hecho, cerca del 80% de los motivos de consulta obedecían a la instauración o control de método anticonceptivo. El mayor porcentaje de usuarios eran mujeres con edad comprendida entre los 25 y 34 años, casadas o con unión estable y residentes en medio urbano. En su inicio se crearon 39 COF y 15 UBOF; al año de su creación existían 44 COF y 35 UBOF en el territorio gestionado por el Insalud, que entonces incluía también a las Comunidades Autónomas de Canarias, Galicia y Navarra.

En cuanto a las USM, compuestas por psiquiatra, psicólogo y enfermera, se marcaban como objetivo general la integración de las actuaciones relativas a la **salud mental** en el sistema sanitario general, mejorando la calidad de la atención en el ámbito comunitario. La patología atendida con mayor frecuencia, según se recogía en el sistema de información, se debía a trastornos afectivos y de ansiedad (53%), seguidos de trastornos adaptativos, somatoformes, esquizofrénicos y otros en menor proporción. El 62% de los pacientes eran mujeres y el 20% lo constituían menores de 16 años. Inicialmente se crearon 20 unidades y a finales de 1.986 existían ya 66 USM.

Los Servicios de Apoyo a la Atención Primaria fueron extendiendo progresivamente su cobertura y actividad, de tal manera que en el año 1.988 la situación era la que recoge la Tabla 1

TABLA 1. Actividad P. Especiales 1.988

AÑO 1.988	Nº	Consultas/año	
		primeras	sucesivas
USM	70	37.844	254.604
COF /UBOF	82	98.006	293.133
UPPO	223	32.544*	

* Nº mujeres que asistieron a cursos PPO

Todos los profesionales de estas unidades -ginecólogos y psiquiatras incluidos- pertenecían, a efectos de gestión, al mismo *Centro de Gasto* (hay que recordar que todavía existían las llamadas Instituciones Sanitarias Abiertas con las que convivía la Atención Primaria) y una gran parte se contrataba para su trabajo específico en las mismas con cargo a la subvención del Ministerio de Sanidad. El divorcio con los servicios especializados hospitalarios era un hecho. El ginecólogo del COF o de la UBOF era un profesional ajeno al colectivo que trataba el resto de los aspectos de la salud de la mujer y estaba profesionalmente abocado a una actividad limitada e incluso marginada. El psiquiatra de la USM tenía dificultades para ingresar un caso agudo en el hospital, cuyo acceso por otra parte tenía restringido.

Por otra parte, estas unidades tampoco conseguían incardinarse totalmente en la dinámica de los Equipos de Atención Primaria, los cuales, en ocasiones, veían en ellas una mera vía de desahogo de su presión asistencial, derivándoles los problemas sin ningún tipo de intervención en los mismos. De esta manera, COF, UBOF y USM actuaban, en ocasiones, como dispositivos asistenciales destinados a cubrir, por sí mismos, lagunas del sistema, lo cual fue muy importante y positivo, pero no respondía a la finalidad última que se pretendía alcanzar. En lo que respecta a los COF, hay que señalar que su configuración inicial (ginecólogo, psicólogo, trabajador social, enfermera) respondía a la necesidad de resolver una situación sociosanitaria grave respecto a la planificación familiar, que no sólo había estado desatendida sino, incluso, proscrita. Sin embargo, el mantenimiento *sine die* de esta estructura, creada en unas circunstancias concretas, una vez que la situación que la provocó fue normalizándose (asumiéndose como algo normal la planificación familiar), corría el riesgo de volver a los programas verticales de antaño. En cuanto a la atención a la Salud Mental hay que destacar la existencia de otras Administraciones (Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos) con competencias y recursos importantes en este tema, con las cuales era absolutamente necesaria la coordinación a la hora de planificar la ordenación asistencial de los servicios.

Al producirse la total separación de recursos de Atención Primaria y Atención Especializada en el año 1.989, los médicos especialistas de estas unidades se incorporaron orgánicamente en las plantillas hospitalarias, mientras que el resto del personal que las componían (psicólogos, matronas, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares) mantuvo su adscripción a Atención Primaria. La integración de los facultativos en los servicios especializados pretendía, a priori, involucrar a éstos en las actividades de las unidades. Además ofrecía la ventaja de incorporarlos al equipo de profesionales de su especialidad, dejando de ser un elemento ajeno a ellos, posibilitándose un horizonte profesional más amplio. Presentaba, por el contrario, una serie de problemas, puesto que el hospital, o sus servicios, eran reacios en muchas ocasiones a participar en unas unidades cuyo desarrollo no se encontraba entre sus prioridades. La integración podía suponer, además, una gran rotación de especialistas por éstas, cuando anteriormente eran atendidas por profesionales concretos, lo que podía disminuir la aceptabilidad por parte de los usuarios. Por otra parte, al estar compuestas por personal sujeto a distintas jerarquías, era necesario un alto grado de implicación de las partes para evitar situaciones disfuncionales, que abarcaban desde aspectos organizativos hasta de cumplimentación del sistema de información sobre la actividad desarrollada.

Salud bucodental, rehabilitación funcional y apoyo sociosanitario

En el año 1.985, e igualmente a través de una subvención del Ministerio de Sanidad y Consumo, se inició el **Programa de Salud Bucodental**, con el fin de atender un problema de alta prevalencia entre la población como es la caries dental. Este programa, orientado a la población escolar, contaba con unas unidades específicas formadas por médicos estomatólogos y enfermeras.

Las actividades que realizaban se encuadraban en un programa elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El programa se inició como experiencia piloto en Madrid en las localidades de Fuenlabrada, Coslada y San Fernando de Henares.

Del mismo modo se crearon en 1.987 las primeras **Unidades de Rehabilitación** ubicadas en Atención Primaria, concebidas, en un primer momento, para resolver problemas de accesibilidad a las salas de rehabilitación del nivel especializado de toda aquella patología prevalente, "no compleja", que quedaba en ocasiones sin tratar por las largas listas de espera existentes y que generaba numerosos gastos de transporte sanitario. Este concepto fue modificándose al considerar a estas unidades no como un mero elemento desmasificador de los servicios especializados, sino como la consecuencia lógica de un proceso integral de atención a la salud en la Atención Primaria. Inicialmente se crearon 25 Unidades en aquellas comunidades autónomas que contaban con un menor número de salas de rehabilitación extrahospitalarias. Dos años después, dejaron de depender de la subvención del Ministerio y se crearon las primeras plantillas orgánicas en Atención Primaria de fisioterapeutas, que se definieron como personal de apoyo de los Equipos de Atención Primaria.

Es necesario mencionar aquí, aunque inicialmente no se consideraban como integrados en programas especiales sino como miembros de los propios EAPs, la incorporación de los **Trabajadores Sociales** a la Atención Primaria, que respondía a la necesidad de contemplar la atención a la salud de las personas en relación con el medio social en el que viven. La orientación comunitaria de la Atención Primaria vio en el perfil del trabajador social un agente idóneo por sus conocimientos y habilidades para conectar con las estructuras sociales en un entorno en el que el desarrollo de los servicios sociales de base todavía era incipiente. De este modo se asignaba un trabajador social a cada EAP, pasando posteriormente a ser considerados como profesionales de apoyo que podían trabajar con más de un EAP. Su papel dinamizador en la Atención Primaria fue palpable. Cabría hacer, sin embargo, algunas reflexiones sobre el solapamiento de las funciones del trabajador social en el sistema sanitario con las de trabajo social de base, sobre todo en zonas rurales, intentando en ocasiones prestar unos servicios cuya gestión no correspondía al departamento de sanidad. Por otra parte, los Servicios Sociales de Base fueron experimentado un mayor desarrollo de la mano de Comunidades Autónomas y Ayuntamientos y era, por lo tanto, necesario revisar el papel del trabajador social en el sector sanitario y su relación con estos agentes.

Un paso hacia la efectividad

Así las cosas, en los años 89 y 90, los objetivos institucionales del INSALUD respecto a estas unidades/personal de apoyo se basaron en cuatro puntos ⁶:

1. Sectorización de la población de referencia, estableciendo objetivos de implantación sobre ratios poblacionales y vinculando Equipos de Atención Primaria a cada una de estas estructuras.
2. Potenciación de las relaciones Equipos de Atención Primaria - Unidades, de tal modo que éstas apoyasen a aquéllos, pero no los sustituyesen en funciones que les eran propias.
3. Fomento de relaciones con el nivel especializado
4. Coordinación con otras Instituciones con competencias en estos temas.

Haciendo una valoración general de su cumplimiento puede concluirse que, en general, se logró el objetivo de sectorización y asignación de Equipos de Atención Primaria a las unidades de apoyo y referencia, aunque el cumplimiento de ratios poblacionales estaba condicionado por las disponibilidades presupuestarias. Se establecieron protocolos de derivación que vinieron a ordenar la circulación de pacientes entre ambas estructuras, si bien no se logró un desarrollo suficiente de los mecanismos de abordaje conjunto de los pacientes. En el caso de la actividad desarrollada por COF,UBOF y UPPO, la estrategia se reorientó hacia el desarrollo de un programa integrado de atención a la mujer, que incluía el subprograma de planificación familiar, atención al embarazo y preparación al parto, situando a psicólogos y trabajadores sociales en puestos de atención al conjunto de la población incluida en los diversos grupos de riesgo existentes. Del mismo modo los ginecólogos deberían atender también otros aspectos de la salud de las mujeres. Por otra parte, el reconocimiento expreso de la figura de la matrona de área en Atención Primaria y la definición normativa de sus funciones (Circular 5/91 de la DG del INSALUD) vino a reforzar la capacidad de atender muchas de las exigencias que un programa globalizador plantea.

La coordinación con otras instituciones dio sus frutos a través de la suscripción de diferentes Convenios y de la existencia de Comités de Enlace y Coordinación entre las Comunidades Autónomas y el INSALUD (sobre todo relativos a la Atención a la Salud Mental), donde se intentaba establecer el nivel de intervención de cada Administración, los recursos comprometidos y el sistema unificado de información para la gestión.

Las Unidades de Apoyo

En 1.991 se intentó dar un nuevo impulso institucional mediante la definición oficial de las Estructuras Asistenciales de Área conocidas en la actualidad como Unidades de Apoyo. La Dirección General del Insalud encomendaba a los niveles primario y especializado la adopción de mecanismos de relación sistematizados y eficaces para la atención de los problemas de salud, de forma que, para cada proceso asistencial, el conjunto del sistema sanitario se comportase como un único y completo

proveedor de servicios. El Director Provincial debía asegurar, con los Gerentes de Atención Primaria y Atención Especializada, la existencia y desarrollo de dichos mecanismos de relación entre niveles. A los profesionales de apoyo se les encargaba el soporte de esta coordinación, constituyéndose en muchos casos como elementos de enlace entre ambos niveles, al realizar su trabajo a través de dispositivos de composición mixta⁶. Las Unidades debían trabajar de manera protocolizada con aquellos otros dispositivos implicados en las actividades que tenían encomendadas, estableciéndose institucionalmente los objetivos generales a alcanzar, las líneas básicas de actuación, los contenidos esenciales de la actividad y los indicadores para su evaluación y seguimiento. El desarrollo de las actividades podía establecerse también en los dispositivos de consulta externa del nivel especializado, siempre que se asegurase la accesibilidad de los usuarios y la coordinación con la Atención Primaria. No obstante, se mantendrían las unidades, ya bajo la denominación de Unidades de Atención a la Mujer, donde se considerase operativo.

El marco de trabajo lo conformaba un **Programa de Atención a la Salud de la Mujer** a desarrollar por cada Area, debiendo asegurar unos mínimos de actividad que contemplasen la atención al embarazo, parto y puerperio, la planificación familiar, las enfermedades ginecológicas prevalentes y de transmisión sexual y la prevención y detección precoz del cáncer genital femenino. Se puede observar en el anexo 1 el planteamiento establecido.

Para las actividades en **Salud Mental** se remarcaba la necesidad de desarrollar en cada Area sanitaria actividades programadas a través de los dispositivos de Atención Primaria y de Asistencia Especializada y, de manera fundamental, mejorar los mecanismos de coordinación entre las diferentes Administraciones con competencias en salud mental buscando una integración funcional efectiva.

En cuanto a las **Unidades de Fisioterapia**, se establecieron normativamente las funciones del fisioterapeuta mediante la Circular 4/91 de la Dirección General del INSALUD, pasándose a denominar las unidades como "Unidades de Fisioterapia". Se estableció que la progresiva ubicación de la mismas en Centros de Salud se debería realizar teniendo en cuenta criterios de accesibilidad y ratio poblacional (1/25.000 habitantes) sectorizado. Los Equipos de Atención Primaria debían coordinarse con los Servicios Especializados de Rehabilitación, con el fin de elaborar los necesarios protocolos de actuación que asegurasen el correcto desarrollo de las actividades y la ordenación de la demanda asistencial. Los pacientes accederían a tratamiento fisioterápico en Centros de Salud procedentes de la propia prescripción de los médicos de atención primaria o de derivación del nivel especializado. En este caso, la derivación se haría a través del médico del EAP a quien correspondiese la atención general del paciente.

Los **Trabajadores Sociales**, como Unidad de Apoyo Socio-Sanitaria, vieron definidos entre sus objetivos la identificación de los condicionantes sociales que inciden en la salud individual y colectiva de la población a cargo del Equipo de Atención Primaria, promover la modificación de

aquellos que afectan negativamente al estado de salud y favorecer la participación ciudadana en el cuidado de la salud. Por otra parte debían ofertar información y orientación sobre la utilización de recursos sociales existentes, cuyas prestaciones colaborasen a la resolución de problemas de salud.

Para ello era necesario conocer la situación de la comunidad en sus aspectos socioeconómicos, de servicios, instituciones, entidades y asociaciones y tener establecidos canales de relación y protocolos normalizados para la derivación de pacientes a los servicios sociales de la comunidad. La intervención del trabajador social debería iniciarse a demanda de los profesionales del Equipo de Atención Primaria, de otras unidades de apoyo o de los propios usuarios, además de realizar las actividades que les correspondiese dentro de los programas y subprogramas de salud de los EAP. Para calcular los recursos de Trabajadores Sociales necesarios para cada Área Sanitaria se estableció una ratio orientativa de 1/25.000 habitantes.

Respecto al programa de **Salud Bucodental**, además del objetivo de disminución de la prevalencia de la caries dental en población escolar y de la patología periodontal, se definieron otros objetivos como la detección precoz de maloclusiones en dicha población y se ponía especial énfasis en la educación sanitaria de la población. Para rentabilizar los recursos, los EAP debían incluir en los programas de salud correspondientes las actividades en esta materia con la población infantil, en coordinación con las Unidades de Salud buco-dental, fundamentalmente colaborando en las tareas de educación sanitaria respecto a hábitos higiénicos y dietéticos y prestando apoyo administrativo al desarrollo del Programa.

A la Unidad de Salud Bucodental le correspondía la exploración odontológica a los niños incluidos en el Programa según protocolo, la prevención individualizada con gel de flúor a los niños que, por su mayor incidencia en caries, se desviasen de la norma de su grupo de edad y la aplicación de selladores de fisuras en molares permanentes y la obturación del molar de los 6 años en los niños que estuviese indicado. Igualmente intervendría en el "programa de buches de flúor" en colaboración con la enfermería del Equipo de Atención Primaria y los maestros.

En el año 1.991 se define en el INSALUD la **Cartera de Servicios** en Atención Primaria (ver cap. II.1). Dos años después, en 1.993, se establece una nueva herramienta de gestión, el **Contrato Programa** que suscribe la Dirección General del INSALUD con cada Gerencia de Atención Primaria y de Atención Especializada, que relacionaba los objetivos de actividad, eficiencia, calidad y presupuestarios. Todo ello conformó un nuevo marco de trabajo para estas unidades. La Cartera de Servicios, que recoge en su seno los contenidos del programa de la mujer, los tratamientos psicoterapéuticos, la salud bucodental y los tratamientos fisioterapéuticos básicos es, desde entonces el referente de actuación y los compromisos de actividad se establecen en el Contrato Programa (Contrato de Gestión en la actualidad), cuyo devenir se refleja en otros capítulos de esta publicación. La evolución de las Unidades se recoge en las Tablas 2 y 3.

TABLA 2: Evolución Unidades de Apoyo (I)

CC.AA.	USM			COF/ UBOF			UPPO		
	1986	1992	2001	1986	1992	2001	1986	1992	2001
ARAGON	5	14	23	8	10	8	18	37	80
ASTURIAS	2	3	2	5	5	1	14	27	31
BALEARES	2	7	8	5	5	12	29	49	43
CANARIAS	3	15	TRANSF	4	7	TRANSF	20	41	TRANSF
CANTABRIA	1	5	5	5	3	1	10	17	26
CASTILLA-LA MANCHA	8	13	12	6	8	6	20	71	80
CASTILLA Y LEÓN	11	19	29	13	16	11	28	93	184
EXTREMADURA	4	12	11	4	5	4	3	38	38
GALICIA	6	TRANSF	TRANSF	9	TRANSF	TRANSF	7	TRANSF	TRANSF
LA RIOJA	2	5	5	1	2	1	4	12	14
MADRID	8	27	31	2	6	4	29	95	130
MURCIA	2	5	5	1	3	3	0	27	45
NAVARRA	1	TRAN	TRAN	2	TRAN	TRAN	0	TRAN	TRAN
CEUTA	0	1	1	1	1	0	0	1	2
MELILLA	1	1	1	1	1	1	0	2	1
TOTAL c/ CA TRANSF	56	127	133	67	72	52	182	469	699
TOTAL INSALUD	46	112	133	52	65	52	155	428	699

TABLA 3: Evolución Unidades de Apoyo (II)

CC.AA.	U. FISIOTERAPIA			T. SOCIALES			USB		
	1987	1992	2001	1987	1992	2001	1985	1992	2001
ARAGON	0	13	23	2	36	35	0	4	20
ASTURIAS	0	17	30	0	27	24	0	0	39
BALEARES	0	6	15	3	12	12	0	0	10
CANARIAS	4	19	TRAN	7	41	TRAN	0	5	TRAN
CANTABRIA	2	8	15	0	12	11	0	0	11
CASTILLA-LA MANCHA	2	28	40	0	48	42	0	5	44
CASTILLA Y LEÓN	6	36	44	0	72	72	0	8	38
EXTREMADURA	4	28	43	0	31	28	0	4	24
GALICIA	5	TRAN	TRAN	0	TRAN	TRAN	0	TRAN	TRAN
LA RIOJA	0	10	9	1	8	7	0	2	5
MADRID	0	29	59	0	98	93	3	15	60
MURCIA	2	11	22	0	18	16	0	2	22
NAVARRA	0	TRAN	TRAN	0	TRAN	TRAN	0	TRAN	TRAN
CEUTA	0	1	1	0	2	2	0	0	2
MELILLA	0	1	1	0	2	2	0	0	1
TOTAL c/ CA TRANSF	25	188	302	13	407	344	3	40	276
TOTAL INSALUD	16	169	302	6	366	344	3	35	276

Fuente: Memoria Insalud 1.986 / Actividades en A. Primaria. Memoria funcional. INSALUD 1.987,90 y 92 / Directorio EAP y Unidades de Apoyo INSALUD, junio 2001 / COF/UBOF en 2001 son Unidades de Atención a la Mujer (UAM)

Otros programas especiales

Es necesario reflejar, por último, otra serie de actividades programadas llevadas a cabo en Atención Primaria, que se han venido agrupando bajo el epígrafe de "Programas Especiales" bien por sus características técnicas, carácter coyuntural, o sistema de financiación de los mismos.

Recogida periférica de muestras clínicas

Realmente, el primer "programa especial" que se puso en marcha en Atención Primaria, respondía únicamente al objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios: la Recogida Periférica de Muestras Clínicas. La utilización de pruebas de laboratorio por parte de los médicos de Atención Primaria tiene la consideración de elemento básico y común en la rutina asistencial. Anualmente alrededor de 5,8 millones de usuarios son sometidos a este tipo de pruebas por indicación de los médicos de Atención Primaria. Con el fin de facilitar a todos los ciudadanos el acceso a las mismas, en el ámbito del INSALUD se implantó en el año 1984 un sistema de recogida muestras en los centros de atención primaria, con objeto de evitar los desplazamientos que los usuarios tenían que realizar a los laboratorios de los Ambulatorios (hoy Centros de Especialidades) cuando el médico solicitaba una analítica. Esto suponía, en muchas ocasiones, la necesidad de viajar desde el lugar de residencia hasta la capital de la provincia o municipio principal donde radica el Centro de Especialidades, con el consiguiente desembolso de dinero y empleo de tiempo, que, en el caso de los asegurados activos, suponía simultáneamente pérdida de varios millones de horas de trabajo.

Los puntos de recogida de muestras se ubican en los Centros de Salud, donde se cuenta con instalaciones específicas para ello, son atendidos por el personal de enfermería y están bajo la responsabilidad del Coordinador Médico del centro. Desde su inicio cuentan con un manual de normas técnicas y en su desarrollo se dispuso que estuvieran sujetos a los criterios de procedimientos técnicos y calidad que estableciese el Servicio Especializado de Análisis Clínicos de referencia. El traslado de las muestras al laboratorio se realiza en las condiciones y contenedores adecuados para el transporte de muestras biológicas, con medios del INSALUD, aunque inicialmente algunos ayuntamientos colaboraban con este programa aportando precisamente el vehículo de transporte. Por esta misma vía se devuelven al centro de Atención Primaria los resultados correspondientes a las muestras del día o días anteriores.

Los centros de salud urbanos o de gran volumen poblacional prestan diariamente este servicio, mientras que en centros del medio rural se realiza 2-3 veces por semana, en dependencia de la demanda existente. Se trata de un servicio con una magnífica acogida entre la población y, hoy en día y tras 16 años de existencia, forma parte inherente de la actividad del centro de salud. Los principales datos de actividad se reflejan en la tabla 3.

TABLA 3

	1986	2000
Porcentaje de población que dispone del servicio	30,5	85*
Población cubierta por RPMC (millones de personas)	7,5	12,7
Nº Puntos de RPMC	594	1.248
Media usuarios / año utilizan el sistema (millones)	2,2	5,3
KM. que se ahorra a los usuarios /año (millones)	76	160

* Supone el 98,8 % de la población que necesita el servicio. El resto dispone de sala de extracciones del propio laboratorio en el edificio donde acude a consulta de A. Primaria

Síndrome del Aceite Tóxico

El Síndrome de Aceite Tóxico (SAT) se considera como una nueva enfermedad que surge en forma de brote epidémico en mayo de 1.981. A partir de ese año no se ha detectado ningún nuevo caso, clasificándose el proceso como una enfermedad tóxico-alimentaria en cuya etiología se implica el consumo de aceite de colza desnaturalizado.

Los múltiples aspectos sociosanitarios que influyeron inicialmente en esta enfermedad, determinaron la organización de la atención sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la investigación en un dispositivo integrado que fue el "Plan Nacional para el Síndrome Tóxico", creado en la Presidencia del Gobierno por el Real Decreto 1405/1982, de 25 de Junio, dando cobertura a toda la población afectada, perteneciente o no a la Seguridad Social. Se crearon Unidades de Seguimiento específicas para el manejo clínico de este colectivo.

Posteriormente, la clasificación del proceso y la incidencia de otras enfermedades intercurrentes recomendó la integración de los afectados en la red general asistencial, con una vigilancia específica, que adquirió base legal en el Real Decreto 415/85 de 27 de Marzo que establece la asunción de estas competencias por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La asistencia sanitaria de este colectivo se encomendó al INSALUD, conforme al régimen ordinario de prestación de servicios sanitarios, asegurando el mantenimiento de cuantos servicios y prestaciones hubieran de ser empleados para el seguimiento clínico de estos usuarios. En cuanto a Atención Primaria se dispone la atención de los afectados preferentemente por Equipos de Atención Primaria, entendiéndose que, de esta manera, se incrementa notablemente la oferta asistencial a los afectados, tanto desde el punto de vista de la accesibilidad a los servicios, geográfica y horaria, como desde la perspectiva de ser atendidos por un equipo multidisciplinar, en el seno del cual un profesional, su médico de familia, es el responsable global del cuidado de su salud, asegurando la continuidad de la atención. De esta manera, y a través de la entonces Subdirección General de Gestión de Atención Primaria, el INSALUD, una vez asumidas totalmente las competencias sobre este colectivo en enero de 1986, inició el proceso de normalización de la asistencia del mismo, bajo el criterio de integrar a las personas afectadas en Equipos de Atención Primaria, manteniendo las Unidades de Seguimiento necesarias para garantizar la óptima asistencia hasta que dicha integración se llevase a efecto en su totalidad.

El proceso de transferencia se fue acomodando al ritmo de apertura de Equipos de Atención Primaria, compaginando el proceso con el mantenimiento de algunas Unidades de Seguimiento en

virtud de compromisos adquiridos por el INSALUD con el FISS, a fin de mantener abiertas las líneas de investigación en curso que se desarrollan en dichas unidades.

En la actualidad el Censo de Afectados, que elabora la Oficina de Gestión de Prestaciones Económicas y Sociales del Síndrome Tóxico (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) recoge a 20.010 afectados, de los cuales 15.041 están identificados como tales, para su asistencia sanitaria en diferentes Áreas Sanitarias del INSALUD. De ellos, 10.569 están adscritos a Equipos de Atención Primaria y 3.666 permanecen en Unidades de Seguimiento.

En 1986 se elaboró un Programa de Salud para el Síndrome Tóxico en Atención Primaria que orientaba a los profesionales sanitarios sobre pautas de control y seguimiento de este colectivo. Sobre su base, los propios profesionales realizaron adaptaciones, elaborando protocolos de seguimiento más sencillos. Los afectados que presentaban patologías concretas (hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, etc.) fueron incorporados a los correspondientes grupos de riesgo específicos.

La evaluación de esta dinámica de trabajo reveló una cierta dificultad para relacionar integralmente la patología residual, por lo que posteriormente, con el fin de sistematizar el seguimiento clínico de los afectados, la Dirección General del INSALUD dictó las correspondientes instrucciones sobre el seguimiento protocolizado de este colectivo en la Circular 3/91. Para facilitar su implantación y establecer criterios uniformes en su aplicación se diseñó, junto con el FISS, un protocolo específico para el seguimiento de los afectados por el Síndrome Tóxico, que es el que se aplica en la actualidad. A raíz de las medidas propuestas por la Ponencia del Congreso de los Diputados sobre los afectados por el síndrome del aceite tóxico, se insta a las Gerencias de Atención Primaria a potenciar la utilización de la atención protocolizada y a realizar un seguimiento concreto de su adopción por los facultativos.

Agradecimientos :

A Rosario Muñoz, Azucena Sendagorta, M^a Victoria Cames, Lorenzo Hernández, M^a Jesús Ramos, M^a José de Miguel y Ana M^a López por las muchas horas dedicadas a los Programas Especiales.

A Sagrario Mateu Sanchís, por su trabajo y memoria histórica.

A María González González por su apoyo incondicional.

I No todas las personas que padecieron el SAT, y que se encuentran censadas a efectos económico-administrativos, se manifiestan como afectadas en su relación con los servicios sanitarios y utilizan los servicios como población general.

ANEXO1

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER. MARCO GENERAL INSALUD 1.991

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Atender las necesidades prioritarias de la salud de las mujeres como grupo de riesgo específico por sus características biológicas.
- 2.- Atender las necesidades de salud de toda la población en relación con el proceso de reproducción.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer en cada Área Sanitaria un Programa de Atención a la Salud de la Mujer, que integre actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación y a los dispositivos del sistema sanitario a los que corresponda el desarrollo de las mismas.
- 2.- Ofertar desde la Atención Primaria, y en concreto desde los Centros de Salud, un conjunto de servicios esenciales para la atención a la salud de la mujer, pareja y estructura familiar.

ESTRATEGIA

- 1.- La responsabilidad de puesta en marcha y desarrollo de este Programa corresponde al Director Provincial con sus Gerentes de Atención Primaria y Atención Especializada.
- 2.- Es preciso involucrar desde el primer momento a los Equipos de Atención Primaria y a los Servicios Especializados de tocoginecología a través de un diagnóstico de situación.
- 3.- El nivel de desarrollo del Programa dependerá de las necesidades prioritarias de la población y de los recursos disponibles, debiendo asegurar unos mínimos de actividad que contemplen protocolizadamente:
 - a) Atención al embarazo, parto y puerperio.
 - b) Atención a la planificación familiar.
 - c) Atención a las enfermedades ginecológicas y de transmisión sexual.
 - d) Prevención y detección precoz del cáncer genital femenino.
- 4.- Para el conjunto del Área se determinarán bloques de actividad (preventiva, depromoción, curativa, rehabilitadora), definiendo la intervención de cada nivel y de cada profesional en los mismos.
- 5.- Se elaborarán protocolos que definan:
 - El colectivo a quien van dirigidas las actividades.
 - Quién ejecuta cada actividad.
 - Dónde debe realizarse.
 - Cómo debe realizarse.
 - Cuántas veces se ejecuta.
 - Cómo se relaciona con otras actividades.
 - Cómo se evalúan los resultados.
 - En Atención Primaria se consideran profesionales implicados en este programa a:
 - Médicos de Equipos de Atención Primaria.
 - Enfermeras de Equipos de Atención Primaria.
 - Matronas de Área.
 - Trabajadores Sociales.
 - Psicólogos.
 - El fisioterapeuta podrá intervenir en la recuperación física postparto allí donde se realice.
- 6.- Todas las actividades protocolizadas que puedan desarrollarse en el ámbito de la Atención Primaria, además de las que lleve a cabo el propio Equipo de Atención Primaria y la matrona, se realizarán preferentemente en los Centros de Salud, para lo cual es necesario disponer de espacios y equipamiento de consulta para el tocoginecólogo y espacios y equipamiento para educación grupos (PPO).
- 7.- El Programa integrará las actividades que vienen desarrollando los Centros de Orientación Familiar, incorporándose sus ginecólogos al mismo como un recurso más del Servicio Especializado, para todas aquellas materias de su competencia. Psicólogos y trabajadores sociales pasarán a atender a población general, desde las Unidades de Salud Mental y Equipos de Atención Primaria, incluyendo su participación en éste y otros programas del Área. No obstante se podrá contemplar una situación transitoria de mantenimiento de los C.O.F. para aquellas Z.B.S. no cubiertas por Equipo de Atención Primaria, en las que no sea posible aplicar, de momento, el Programa de la Mujer.

ACTIVIDADES

1) Desde los Equipos de Atención Primaria, con el apoyo de la matrona, se asegurará:

a) A la mujer embarazada:

- Captación precoz de su embarazo y valoración del riesgo, con especial atención a grupos vulnerables (adolescentes, toxicómanas, primigestas añosas, etc.).
- Inclusión en protocolos de control y seguimiento.
- Derivación al nivel especializado de situaciones de riesgo.
- Educación sanitaria y preparación al parto y maternidad en horarios accesibles a la mujer.
- Atención domiciliaria al puerperio.
- Atención al Recién Nacido por inclusión en el subprograma correspondiente.

b) A la mujer en general:

- Identificación precoz, tratamiento o derivación de los problemas de salud específicos de este colectivo.
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer genital.
- Atención a los problemas de salud derivados de la menopausia.
- Educación sanitaria en estos aspectos.

c) A la población en general:

- Información y formación sobre métodos de planificación familiar.
- Instauración, control y seguimiento protocolizados de métodos anticonceptivos hormonales y otros de manejo desde la Atención Primaria.
- Derivación para métodos anticonceptivos de instauración en nivel especializado.
- Prevención, educación, tratamiento y/o derivación de las Enfermedades de Transmisión Sexual (con protocolos al respecto igualmente aplicables en el Programa del Adulto).
- Identificación, atención y derivación de población de riesgo para consejo genético.

Estas actividades las realizarán médicos, enfermería y matronas de Atención Primaria. Respecto al protocolo de control y seguimiento de embarazos, las actividades que asumirán estos profesionales son, obviamente, las que el propio protocolo les asigne.

2) Los Servicios Especializados de Tocoginecología, respecto a los EAP- matronas, realizarán:

- Las actividades de control y seguimiento protocolizadas que correspondan a estos profesionales, tanto en el ámbito de los Centros de Salud como en los propios servicios especializados.
- Las interconsultas que procedan.
- La elaboración conjunta de criterios técnicos para PPO.
- La información puntual de altas postparto a los Equipos de Atención Primaria.
- Formación continuada a los profesionales de Atención Primaria.

FACTORES CONDICIONANTES PARA SU PUESTA EN MARCHA Y DESARROLLO**INTERNOS**

- Participación de los Servicios Especializados de Tocoginecología.
- Participación de los Equipos de Atención Primaria.
- Existencia de matronas de apoyo a los EAP.
- Existencia de locales y equipamientos para consulta obstétrica y ginecológica y psicoprofilaxis obstétrica en Centros de Salud.
- Oferta de actividades de educación sanitaria y PPO en horarios adecuados.
- Participación de los Servicios de Anatomía Patológica del Hospital de referencia o de la Administración Autonómica o Local.
- Participación de los Servicios de Radiodiagnóstico.
- Dar uniformidad al pago por desplazamiento de especialistas.

EXTERNOS

- Conocimiento por parte de la población de la existencia de estos servicios e identificación clara del centro al que deben acudir.
- Aceptación de los usuarios de los mismos.

INDICADORES

- N° de Areas Sanitarias con Programa elaborado / N° Areas sanitarias
- N° de Areas con Programa en funcionamiento/N° de Areas

Para cada Area (a proponer por cada D. Provincial):

- N° de EAP protocolo embarazo y puerperio / N° EAP
- N° de EAP protocolo de planificación familiar / N° EAP
- N° de EAP otros protocolos programa mujer / N° EAP
- N° de EAP con apoyo de matronas / N° EAP
- N° de EAP con apoyo sistematizado de toco-ginecólogo / N° EAP
- N° de EAP con UPPO propia o de referencia / N° EAP
- N° de UPPO con actividades en horario de mañana y tarde / N° UPPO.
- N° de EAP con información estable sobre altas postparto y de gestantes de riesgo desde el hospital de referencia / N° EAP

Bibliografía

1. INSALUD. SG A Primaria. Actividades en Atención Primaria. Memoria Funcional 1986, 87 y 88.
2. MSC. DG de Planificación Sanitaria. Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud. 1.985
3. MSC. DG de Planificación Sanitaria. Plan General de Centros de Orientación Familiar. 1.984
4. MSC. DG de Planificación Sanitaria. Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica. 1.986
5. INSALUD. SG A Primaria. Actividades en Atención Primaria. Memoria Funcional. 1989, 1990.
6. INSALUD. SG A Primaria. Estructuras Asistenciales de Area. 1.991 (Doc. de trabajo interno)
7. INSALUD. SG A Primaria. Actividades en Atención Primaria. Memoria Funcional 1992.
8. INSALUD. SG. Atención Primaria. Directorio EAP y Unidades de Apoyo 2001.

II.4. ATENCIÓN A URGENCIAS-EMERGENCIAS

Guerra Aguirre, Javier / Aguilera Guzmán, Marta.

Introducción

Se entiende como urgencia la propuesta por la Asociación Médica Americana y también suscrita por la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa que la describen como “aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención en el propio paciente, en su familia o en quienquiera que asuma la responsabilidad” y esta situación se puede producir a lo largo del día, las 24 horas del mismo y todos los días del año.

Por ello, en sentido literal, las urgencias en atención primaria, vienen siendo atendidas por dos tipos diferenciados de dispositivos:

- (a) Los propios Equipos de Atención Primaria (EAP), durante su horario habitual de funcionamiento.
- (b) Otros dispositivos, cuando los anteriores no se encuentran operativos.

Este tipo de dispositivos, han venido siendo los Servicios Normales de Urgencias (SNU), creados por la Circular 3/68 del extinto INP¹ en los municipios de más de 5.000 cartillas familiares y los Puntos de Atención Continuada (PAC) en el resto de municipios. Estos Puntos de Atención Continuada, se constituían por personal médico y de enfermería de los EAP, mediante turnos rotativos, centralizados en el Centro de Salud, durante todos los días de la semana, tal como señalaba el R.D. 137/84².

A este tipo de dispositivos, hay que sumar los denominados Servicios Especiales de Urgencias, existentes en las capitales de provincia con más de 90.000 cartillas familiares y con centro de gasto propio y que en el caso del Insalud, existían en las ciudades de Zaragoza, Palma de Mallorca, Madrid y Murcia. Estos Servicios Especiales de Urgencias, fueron el origen de la puesta en marcha del 061, como se señalará más adelante.

Ideas clave: urgencia, emergencias, 061, hoja clínico asistencial

Descripción histórica

Desde la creación de los Equipos de Atención Primaria, el Decreto que les da origen estableció, en su disposición adicional segunda, que en aquellas zonas básicas de salud donde existiera Servicio de Urgencia de la Seguridad Social, se procuraría la necesaria integración entre el mismo y el Equipo de Atención Primaria.

Al amparo de esta norma, el Insalud diseñó un plan de amortización de los Servicios Normales de Urgencia, para lo que a medida que la población cubierta por el nuevo modelo superaba el 80-85 %, desaparecía el SNU y se integraba su personal, con carácter voluntario, en los EAP susceptibles de ser atendidos por dicho SNU. Este procedimiento supuso que la inmensa mayoría del personal propietario (médicos y enfermeras, fundamentalmente) completaran las plantillas de los Equipos de Atención Primaria y desaparecieran los SNU en algunas provincias tales como Huesca, Teruel, Albacete, Ciudad Real, Guadalajara, Toledo, León, Palencia, Salamanca, Soria, Zamora, Badajoz y Cáceres.

En el caso de que hubiera personal de SNU que no optara por integrarse en el EAP, este personal formaría parte de los denominados PAC, junto con el personal de los Equipos, que se turnarían por la atención continuada.

En general, estos SNU tenían un horario de funcionamiento desde las 17 horas a las 8 de la mañana, los días laborables y las 24 horas los domingos y festivos.

Paralelamente, los Servicios Especiales de Urgencias ya mencionados, fueron teniendo autonomía organizativa e innovadora, como fueron Madrid y Mallorca, o se integraron en alguna de las Gerencias de Atención Primaria, como ocurrió en Zaragoza y Murcia.

La organización asistencial en los denominados PAC supuso un gran avance en las condiciones laborales del médico rural, ya que pasaron de estar de guardia las 24 horas del día los 365 días del año, a tener un turno rotatorio, lo que permitió disponer “reglamentariamente” de días libres. Por el contrario, en el medio urbano, la incorporación de sanitarios a los “turnos de atención continuada”, que sería la denominación de esta modalidad de prestación de servicios, generó tensiones en algunas provincias y gerencias, lo que hizo aparecer una “organización singular”, en la que se entremezclaban profesionales del EAP y SNU para la asistencia sanitaria.

Informe del Defensor del Pueblo

A raíz de la multitud de quejas y reclamaciones que los ciudadanos trasladan al Defensor del Pueblo, sobre el funcionamiento de las urgencias en el Sistema Sanitario Público, el Insalud confeccionó su “Plan Director de Urgencias Sanitarias” en 1988³, que entre otras recomendaciones sugería una mejora dotacional de las urgencias, tanto en atención primaria como en atención especializada, así como la necesidad de incorporar un teléfono de urgencias de tres cifras, que facilitaría la asistencia, tranquilidad y seguridad a los ciudadanos, ante una posible situación de urgencia.

Acuerdos sindicales de 1990

Los Acuerdos Sindicales de 1990, para la atención primaria⁴ supusieron, entre otros aspectos, un cambio fundamental en materia organizativa de la atención continuada, ya que aparece la figura del “personal de refuerzo”, médico y de enfermería para efectuar festivos y fines de semana, y evitar así la sobrecarga de los EAP que tuvieran en su composición menos de 8 componentes.

Este procedimiento se mantendría en los Acuerdos Sindicales de 1992⁵ estableciéndose un máximo de horas que podrían efectuar los sanitarios, según fueran EAP urbanos o rurales.

Estos dos hechos, el “Plan Director de Urgencias Sanitarias” y los Acuerdos Sindicales de 1990-1992, supusieron un antes y un después en la organización de urgencias en el ámbito de la atención primaria.

Durante los siguientes años y hasta la aprobación del Plan Estratégico del Insalud⁶, los Servicios Normales de Urgencias fueron desapareciendo y aumentando el número de PAC.

En éstos coexistían personal de urgencias, turnos rotatorios de personal de los Equipos y personal de refuerzo. A la par, las Gerencias del SEU de Madrid y con posterioridad Mallorca, instauraban el teléfono 061 como teléfono de urgencias, lo que les obligó a contar con un Centro Coordinador de recepción de llamadas, clasificación de las mismas y movilización de recursos, bien propios o ajenos. Para poder disponer de recursos propios ágiles, bien capacitados y entrenados, se fueron constituyendo Unidades de Urgencia Móviles (UVIs), con vehículos preparados para la atención de urgencias, suficientemente dotados y con personal sanitario (médico, enfermero) y no sanitario (conductor, y técnico sanitario), que se pudieran constituir en la “UVI del hospital con ruedas”.

Situación actual del 061

En el Plan Estratégico del Insalud de 1998, se señalan los siguientes objetivos frente a la atención de urgencias:

- Mejorar los niveles de mortalidad de los procesos críticos más frecuentes.
- Optimizar la asistencia de urgencias a la población, mejorando los niveles de satisfacción de los usuarios.
- Establecimiento de dispositivos sanitarios coordinados para la respuesta a las situaciones de emergencias.
- Coordinar los esfuerzos de todas las administraciones, con el fin de lograr una asignación más eficiente de los recursos y adecuar la oferta a las necesidades reales.

Y para ello, se establecieron tres grandes líneas de actuación:

- D.1 Análisis y ordenación de los dispositivos de urgencias y emergencias existentes.
- D.2 Extensión de la cobertura de urgencias-emergencias sanitarias creando los Centros Coordinadores.
- D.3 Analizar fórmulas organizativas que aglutinen los recursos de las distintas administraciones.

Para el desarrollo de las líneas de actuación D.1 y D.2, la Subdirección General de Atención Primaria celebró unas Jornadas en Murcia, en octubre de 1998, con las Direcciones Territoriales, que elaboraron una serie de conclusiones:

1ª. Declaración Institucional

“Voluntad inequívoca de consolidar y extender el 061 como modelo de atención integral a las Urgencias-Emergencias Sanitarias, adaptado a la diversidad que compone la cultura, historia y recursos de cada Comunidad Autónoma dentro de un marco unitario de estructura, costes y actividad”.

2ª. Gestión de la urgencia

Dotar a cada Dirección Territorial, conforme a las disponibilidades presupuestarias de un Centro de Gestión-061, con lo que celebrar anualmente Contrato de Gestión que mejoren la estructura, actividad y calidad de la atención a las urgencias.

3ª. Desarrollo estructural

Cada Centro de Gestión-061 debería disponer al menos de las siguientes Unidades Asistenciales y Funcionales que se señalan, debidamente codificadas conforme al manual existente:

1. *Centro Coordinador de Urgencias (C.C.U.)*

Como auténtico eje vertebral y cerebral que aglutine los recursos propios y coordine los dispositivos, tanto de Atención Primaria como Atención Especializada para la atención de urgencias.

2. *Unidades Móviles de Emergencias (U.M.E.)*

Dotadas de su correspondiente UVI-móvil, preferentemente concertada con personal técnico (conductor y camillero) y siendo propio el personal facultativo y de enfermería.

Establecer una mejora de todos los recursos móviles concertados, tanto los vehículos sanitarios de soporte vital básico como los de soporte vital avanzado, conforme a los criterios del Real Decreto 619/98⁷.

La ordenación inicial de UME debía garantizar la atención diaria media de más de tres emergencias, lo que podría corresponder con una población en torno a los 150 – 200.000 habitantes (en el medio urbano 300.000), de forma que el 85-90% se encuentren en una isocrona inferior a los 30' existiendo al menos dos excepciones: capital de provincia e insularidad.

3. *Otras Unidades Móviles*

Para aquéllos Centros de Gestión-061 ya existentes, en Madrid y Zaragoza, y por un claro objetivo de economía de escala, se mantuvieron las Unidades de Asistencia Urgente (ADU), con ámbito de actuación en la capital de la provincia. Además la medicalización aérea, con los helicópteros sanitarios, constituyen otro tipo de unidad, aparte de los que vayan a proceder de transformación de los antiguos S.E.U.

4ª. Dotación de recursos humanos

Contar con personal facultativo y de enfermería suficientemente formado y experto en materia de urgencias - emergencias, con experiencia hospitalaria, con independencia de la titulación académica que en un futuro pudiera existir.

Completar la formación previa con cursos específicos, especialmente dedicados a la regulación médica, tecnológica, informática y comunicación.

Trasladar a la Dirección General de Recursos Humanos la necesidad de acelerar la definición y puesto de facultativo del 061, sugiriendo la posibilidad de efectuar un baremo para los procesos de selección y disponer de bolsas separadas para esas categorías.

Implicar a los Equipos Directivos en dotar al personal seleccionado de programas anuales de formación continuada.

5ª. Dotación de presupuestos de ingresos y gastos

Son Centros de Gestión, y no de Gasto, dotados de una gran potencialidad de ingresos alternativos a los Presupuestos Generales del Estado (actividad asistencial) mediante el cobro de servicios (individualizados y/o conveniados).

Necesidad de implantar una contabilidad analítica por Unidad Asistencial con la metodología del manual de imputación: Centros de Costes Principales (CCP) y Centros de Costes Estructurales (CCE), que permita inicialmente la celebración de Contratos de Gestión Asistencial con cada Unidad y medir costes-actividad para posteriormente poder definir costes - proceso y/o algún tipo de casemix.

6ª. Sistemas propios de información-actividad

Comenzar inicialmente con la terminología y codificación homogénea sobre la actividad efectuada tanto en los CCU como en las UME.

Analizar y estudiar la posibilidad de codificar los juicios clínicos (diagnósticos) así como los motivos de consulta.

Incluir en el sistema de información la modalidad de consulta efectuada por los CCU y especialmente las derivaciones efectuadas directamente a los PAC/SNU.

Implicar en el circuito de información a las Direcciones Territoriales.

Definir criterios homogéneos de calidad de las "hojas clínicas-asistenciales" y diseñar su metodología de evaluación, tal y como se recoge en el apartado IV.1.1.

7ª. Definir un catálogo de servicios

En función de la actividad ejercida tanto en el CCU como en las UME rediseñar un catálogo (cartera) de servicios específicos con sus correspondientes definiciones y sistemas de evaluación,

centrado especialmente en la atención de urgencias-emergencias, contemplando en la evaluación de la citada cartera la correspondiente encuesta de satisfacción de los ciudadanos.

8ª. Procedimiento de puesta en marcha

1. Imprescindible es y será la coordinación institucional con la CC.AA. donde radique el Centro de Gestión – 061, y de forma más sensible con aquellos que dispongan o vayan a disponer del Servicio 1-1-2, para lo que en función de las características de cada territorio se establecerán las adecuadas fórmulas de colaboración, cooperación y celebración de convenios.
2. Profundizar en la autonomía de las Unidades Asistenciales mediante los ya emprendidos procesos de descentralización y participación de los profesionales.
3. Generar grupos de trabajo sobre:
 - a) Sistemas de información y codificación de actividad.
 - b) Integración funcional de los recursos de Urgencias Hospitalaria (S.U.H.) y Atención Primaria (PAC/SNU) en los Centros Coordinadores de Urgencias.

Creación de las Gerencias de Atención Primaria del 061

Esto posibilitó, previa negociación sindical, la Resolución de la Presidencia Ejecutiva del Insalud, de 26 de julio de 1999 (B.O.E. nº 190, de 10 de agosto)⁸, en la que se crean las Gerencias de Atención Primaria del 061 (una por Dirección Territorial), se definen las Unidades Asistenciales que los componen, el personal de los mismos, las actividades a desarrollar, la creación de plazas, la selección de personal, la jornada laboral y las retribuciones de los mismos.

Ello supuso tener que transformar los Centros de Gasto de los Servicios Especiales de Urgencias de Madrid, Baleares, Zaragoza y Murcia en Gerencias de Atención Primaria del 061 y crear 6 nuevas Gerencias en Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura y La Rioja. Y dar una respuesta singular para las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En la tabla II.4.1, se recoge el personal existente, en el momento actual, en las citadas Gerencias de Atención Primaria del 061.

TABLA II.4.1. Recursos Humanos en el 061 ^(I)

C. AUTÓNOMA	MÉDICOS	ENFERMEROS	OTROS	TOTAL
ARAGÓN	72	42	56	170
ASTURIAS	26	20	7	53
BALEARES	40	33	20	93
CANTABRIA	26	20	10	56
CASTILLA LA MANCHA	52	45	10	107
CASTILLA LEÓN	76	68	9	153
EXTREMADURA	40	31	10	81
LA RIOJA	21	15	7	43
MADRID	154	69	294	517
MURCIA	58	48	68	174
CEUTA	11	5	3	19
MELILLA	11	5	3	19
TOTAL	587	401	437	1.425

**(I) Plantillas reales a 30 de noviembre de 2001.
Fuente: SGAP. Inventario de Recursos Humanos.**

La creación de estos Servicios supone un cambio en la composición de las plantillas, ya que del personal que constituye las Unidades Móviles de Emergencias (UMES) se distingue el sanitario como personal estatutario propio (médico y enfermero) y el no sanitario (conductor y técnico), con contratación externa.

La creación de estos dispositivos ha supuesto en estos tres años la creación neta de las siguientes plazas:

- 403 Médicos de emergencias
- 317 Enfermeros de emergencias.
- 30 Personal Directivo.
- 113 Otros.

En la tabla II.4.2, se muestra el número de UMEs por Comunidad Autónoma y su correspondiente ratio poblacional.

TABLA II.4.2. Ratio poblacional por UM.E. y CC.AA.

C. AUTÓNOMA	POBLACIÓN	Nº UMEs	RATIO
ARAGÓN	1.163.787	7	166.255
ASTURIAS	1.062.256	4	265.564
BALEARES	803.978	6	133.996
CANTABRIA	517.792	4	129.448
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	9	187.428
CASTILLA LEÓN	2.382.636	14	170.188
EXTREMADURA	1.029.047	6	171.508
LA RIOJA	271.866	3	90.622
MADRID	5.037.764	16	314.860
MURCIA	1.118.991	10	111.899
CEUTA	56.817	1	56.817
MELILLA	51.071	1	51.071
TOTAL	15.182.854	81	187.443

Fuente: Población de base TSI. Año 2000.

Catálogo de prestaciones de las GAP del 061

De acuerdo con las conclusiones de las Jornadas de Murcia, en el año 2001, se constituyó un grupo de trabajo formado por los representantes de todos los 061 y la Subdirección General de Atención Primaria, con el objetivo de homogeneizar las prestaciones básicas que se deben ofertar a la población.

Este catálogo⁹ está dividido en dos apartados, las prestaciones que deben ofertarse a los usuarios (tabla II.4.3.) y aquellas que se deben ofertar a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada (tabla II.4.4.).

TABLA II.4.3. Catálogo de Prestaciones 061 - Oferta a los Usuarios

<p>Teléfono Sanitario de Referencia para Urgencias/Emergencias <i>y, por lo tanto, como puerta principal de entrada a urgencias.</i></p> <p>Atención telefónica de llamadas de demanda urgente</p>
<p>Información sanitaria</p> <p>Al menos información sanitaria relacionada con las urgencias</p>
<p>Consejo Médico al Usuario</p> <p>Recomendaciones sanitarias ante situaciones clínicas ya experimentadas por el paciente, en las que ya se ha producido la intervención diagnóstica y terapéutica por un profesional médico</p>
<p>Atención Sanitaria a las Urgencias/Emergencias con movilización de recursos propios (Transporte primario) o ajenos</p> <p>Atención sanitaria (domicilio, centro sanitario o vía pública) con recursos propios (UME) o ajenos (recursos de Atención Primaria) y movilización de recursos propios (transporte primario) o ajenos para el traslado del paciente a un centro sanitario en las adecuadas condiciones clínicas de soporte y mantenimiento</p>

**TABLA II.4.4. Catálogo de Prestaciones 061
Oferta a los Profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada**

<p>Interconsulta telefónica</p> <p>Intercambio de información entre profesionales médicos</p>
<p>Apoyo diagnóstico</p> <p>Intercambio de información y consejo entre profesionales médicos a partir de un soporte documental de pruebas diagnósticas (ECG transtelefónica, telemedicina)</p>
<p>Transporte secundario del paciente crítico</p> <p>Transporte del paciente crítico entre distintos centros sanitarios, siempre que quede garantizada la disponibilidad de recursos para el transporte primario</p>
<p>Coordinación interhospitalaria</p> <p>Gestión de la búsqueda de camas de pacientes críticos, tanto en transporte primario como secundario y coordinación con los 061 de Comunidades Autónomas limítrofes.</p>

Sistemas propios de información-actividad de las GAP del 061

De acuerdo con las conclusiones de las Jornadas celebradas en Murcia en octubre de 1998, en el año 1999, se constituyó un grupo de trabajo para definir:

- Sistema de información sobre la actividad realizada por los CCU y las UMES (ver apartado VIII.3)
- Criterios de calidad de la hoja clínico-asistencial y su metodología de evaluación (ver apartado IV.1.1.)
- Codificación de la morbilidad atendida.

Se acordó que la codificación debería realizarse mediante la CIE-9MC, con el fin de facilitar el análisis con la morbilidad hospitalaria. Con el apoyo de la Unidad de Codificación del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha venido trabajando en un primer listado de codificación que se irá mejorando con el desarrollo de los 061. El haber logrado un consenso en la codificación de los juicios diagnósticos, va a suponer un paso esencial para analizar la morbilidad atendida por los diferentes 061 e iniciar estudios de casemix.

Situación actual en las Gerencias de Atención Primaria

Las Gerencias de Atención Primaria, han ido organizándose conforme a sus propios criterios, ya que en la atención de urgencias durante el horario de funcionamiento de los Equipos, existen las modalidades de que cada médico-enfermero atienda sus demandas urgentes, o que exista un responsable interno para las urgencias o un sistema mixto, combinación de los dos anteriores.

Y durante el horario de no funcionamiento de los EAP ha habido Gerencias que han optado por incrementar el número de horas a contratar por refuerzos, especialmente hasta la homologación salarial de las mismas, y otras por el contrario, han obligado a continuar efectuando estas horas al personal de los Equipos.

Dadas las competencias en planificación sanitaria de las Comunidades Autónomas, el número de PAC y su distribución ha venido respondiendo más a sus criterios, que a los propios del Insalud, ya que para una misma zona básica se han establecido hasta 3 ó 4 PAC. Así mismo, la aprobación de diferentes "jornadas anuales", hace que el horario de funcionamiento de los PAC no sea uniforme en el Insalud, existiendo la posibilidad de su entrada en funcionamiento a las 15 horas (Extremadura) o a las 21 h. (Madrid).

En la actualidad, existe el número de Servicios Normales de Urgencias y Puntos de Atención Continuada, que se recogen en la tabla II.4.5.

TABLA II.4.5. Dispositivos de Urgencias de las GAP ⁽¹⁾

C. AUTÓNOMA	EAP	SNU	PAC	TOTAL
ARAGÓN	120	1	108	229
ASTURIAS	78	4	84	156
BALEARES	47	1	32	80
CANTABRIA	37	3	26	66
CASTILLA LA MANCHA	188	1	175	364
CASTILLA LEÓN	239	5	211	455
EXTREMADURA	101	0	109	210
LA RIOJA	18	1	19	38
MADRID	290	27	44	361
MURCIA	74	23	21	118
CEUTA	3	1	0	4
MELILLA	4	1	0	5
TOTAL	1.199	68	829	2.086

**Fuente: Directorio de Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo
(1) SGAP (Noviembre 2001).**

La diferente organización, dotación, sistemas de información,... aconsejaron la creación de un grupo de mejora que analizara esta situación y efectuara propuestas de futuro y se elaboró un documento por parte de la SGAP, "Atención de Urgencias en Atención Primaria"¹⁰, en noviembre de 1999, que, ratificado por la Dirección General, señaló las siguientes conclusiones:

- a) Las diferencias existentes entre el medio rural y el medio urbano, aconsejan la adopción tanto de distintos modelos organizativos como de dotación de recursos.
- b) Se debe finalizar, a la mayor brevedad posible, la implantación de Centros Coordinadores de Urgencias, que se señalan en el Plan Estratégico, que canalicen las demandas de atención urgente.
- c) Dada la repercusión económica y organizativa que la atención urgente tiene para una Gerencia de Atención Primaria, se debería incluir en la evaluación del Contrato de Gestión de la misma.
- d) Se debería valorar la posibilidad de transformar los Servicios Normales de Urgencia en Puntos de Atención Continuada, con los criterios organizativos que permitan una mejora en la asistencia durante los tramos horarios que no funcionan los Equipos de Atención Primaria. Las plazas de los S.N.U. se deberían transformar en plazas de médicos de familia y diplomados de enfermería dedicados a las urgencias, procediéndose a la homogeneización laboral.

- e) Los medios diagnósticos y de tratamiento frente a las situaciones clínicas urgentes, deben ser de similares características entre los que disponen los E.A.P. y los P.A.C..
- f) La mejora del sistema de información de actividad debería incorporar entre los diferentes tipos de consultas que efectúan los E.A.P., las que fueran urgentes.
- g) Se debe explotar la información de los P.A.C. separando la actividad médica de la de enfermería.
- h) La Atención Continuada se realizará en los P.A.C., y salvo las excepciones ya señaladas, las guardias serán de presencia física.
- i) Se deberían priorizar actividades formativas encaminadas a la mejora de la competencia profesional en la atención urgente.
- j) Se debería empezar a conocer los procesos y episodios clínicos que son catalogados como urgentes.
- k) Se deberían diseñar planes de calidad, tanto científico-técnica como percibida y de accesibilidad, enfocados a la mejora continua de la atención urgente en atención primaria.
- l) El conocimiento de costes y actividad que habitualmente efectúa un E.A.P. y su atención en urgencias debe ser una futura línea de trabajo e investigación.
- m) No se aconseja, en general, la instauración de “superP.A.C.s” con dotación excepcional de medios diagnósticos y terapéuticos, hasta que no existan estudios que recomienden tal inversión.
- n) Los Contratos de Gestión Clínico-Asistencial que se celebran con los E.A.P. deberán contener un apartado específico dedicado a la mejora de la calidad en la atención de urgencias.
- o) La potenciación de las líneas de coordinación con Atención Especializada ha de contemplar, de forma específica, la atención urgente, mediante la protocolización de actuaciones y mejora en los sistemas de información.
- p) Las Memorias Funcionales de los nuevos Centros de Salud y las reformas que de los actuales se puedan plantear, han de contemplar la atención urgente como una prestación específica.
- q) El transporte sanitario urgente debe formar parte fundamental en la mejora de la atención de urgencias en atención primaria.

- r) En los planes de informatización de atención primaria se hace imprescindible la dotación de sistemas orientados al registro del Conjunto Básico de Datos e integrarlos con los disponibles en la red global del Insalud.
- s) Supondría una mejora la creación de una nueva categoría profesional, de servicios generales.
- t) La hoja clínico-asistencial debe ser un documento clínico imprescindible en la atención urgente. En los próximos Contratos de Gestión se recomendará monitorizar el porcentaje de su utilización.
- u) Se tenderá progresivamente a que los propios profesionales de los E.A.P. no realicen los tramos nocturnos de la atención continuada para garantizar los cuidados personalizados en el horario de funcionamiento ordinario de los mismos.
- v) En los próximos Contratos de Gestión se contemplarán fórmulas y procedimientos que mejoren la implicación de los profesionales denominados “de refuerzo” en el cumplimiento de los objetivos de atención continuada de la Gerencia.
- w) Se aconseja publicitar la existencia de los diferentes dispositivos de atención a urgencias en atención primaria, con campañas específicas que permitan darlos a conocer a la población y canalizar sus demandas.

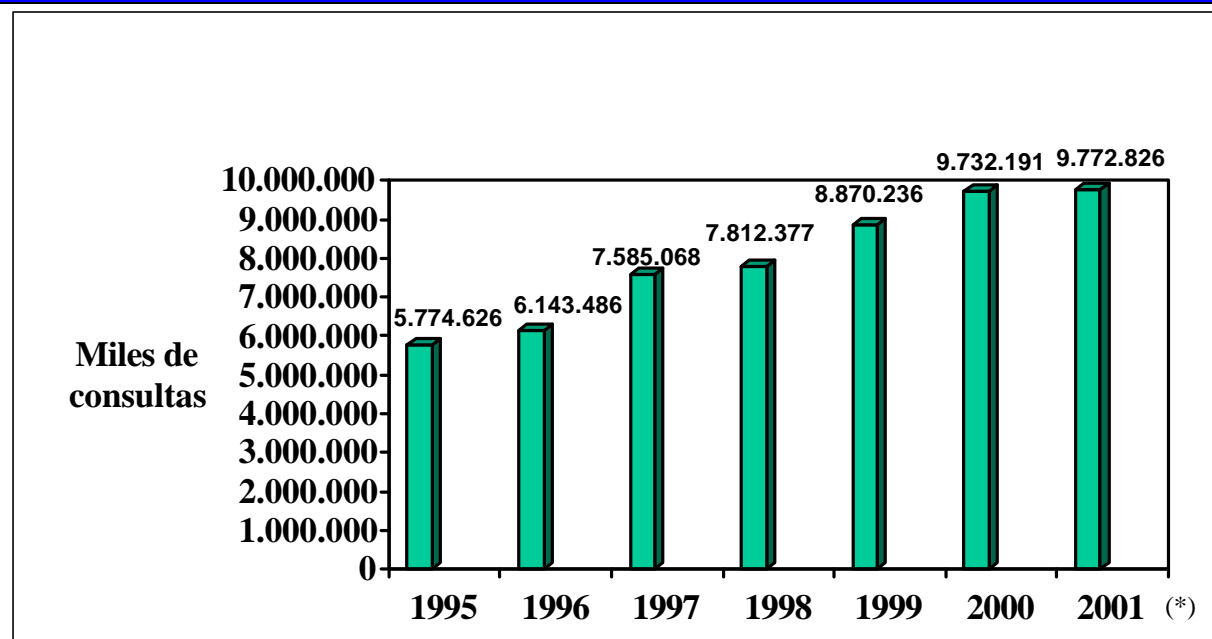
Fruto de este documento, se han recogido mejoras en los Contratos de Gestión de los años 2000 y 2001 para la atención continuada y de urgencias que han de brindar las Gerencias de Atención Primaria.

Recientemente, en las Jornadas de Gerentes celebradas en octubre del año 2001, en Santander, se ha señalado la actual vigencia de estas conclusiones.

También se han mejorado el catálogo de medios diagnósticos con los que cuentan los PAC y SNU en estos dos últimos años, y finalmente, fruto del Acuerdo de Mesa Sectorial de noviembre del 2001¹¹, se han cambiado definitivamente el criterio de que los SNU son a extinguir, ya que tanto los denominados SNU como SEU, SEDU, etc., se han transformado en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), en los que se ha establecido un procedimiento de gestión clínica similar a los EAP existentes en las Gerencias y además se ha creado la figura del Coordinador del SUAP.

En la tabla II.4.6. se recoge la evolución de la actividad de la atención continuada en atención primaria y en la tabla II.4.7. el número de derivaciones desde los PAC a los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

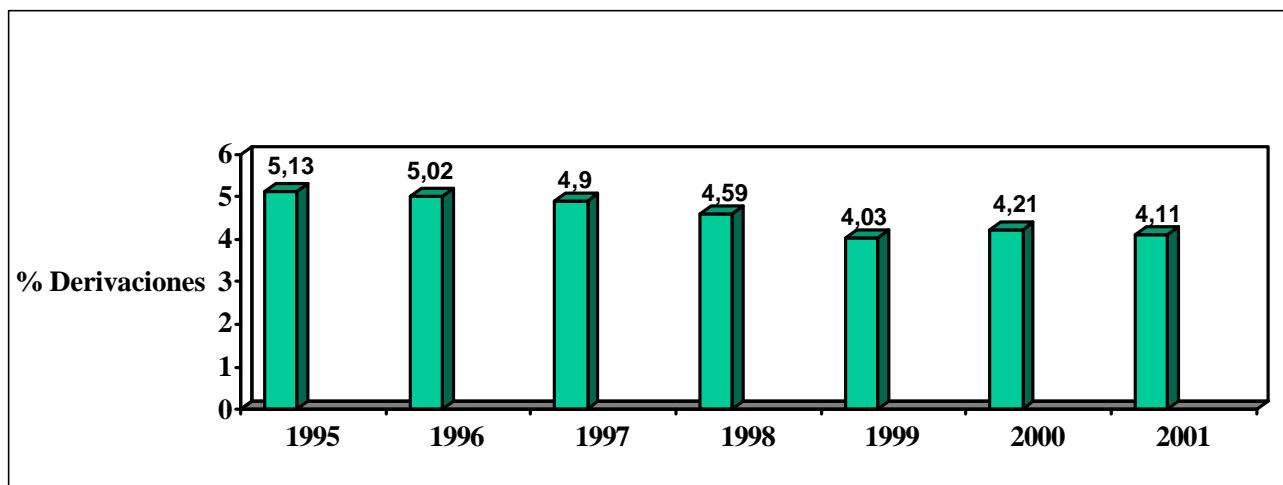
TABLA II.4.6. Evolución de la Atención Continuada



(*) Estimación cierre

Fuente: Indicadores de actividad en Atención Primaria.

TABLA II.4.7. Derivaciones desde PAC/SNU a Atención Especializada



(*) Estimación cierre

Fuente: Indicadores de actividad en Atención Primaria.

La utilización de los servicios de urgencia (PAC y SNU), presenta una gran variedad entre las distintas Comunidades Autónomas, tal como se recoge en la tabla II.4.8, donde se aprecia como la tasa por 1.000 habitantes, en el año 2000, es de 262 en Madrid y de 1.297 en Extremadura, siendo el valor medio del Insalud de 641.

TABLA II.4.8. Tasa de utilización de Atención Continuada en A.P.

C. AUTÓNOMA	POBLACIÓN	Atención Continuada	Tasa/1000 habitantes
ARAGÓN	1.163.787	957.814	823
ASTURIAS	1.062.256	683.080	643
BALEARES	803.978	596.961	743
CANTABRIA	517.792	239.895	463
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	1.673.113	992
CASTILLA LEÓN	2.382.636	1.696.255	712
EXTREMADURA	1.029.047	1.334.374	1.297
LA RIOJA	271.866	195.000	717
MADRID	5.037.764	1.321.348	262
MURCIA	1.118.991	966.986	864
CEUTA	56.817	32.976	580
MELILLA	51.071	34.389	673
INSALUD	15.182.854	9.732.191	641

**Fuente: Indicadores de actividad en Atención Primaria. Año 2000.
Base de usuarios de TSI. Año 2000.**

Aún siendo la creación de las Gerencias de Atención Primaria del 061 reciente, en el apartado de actividad (VIII.1.3) se recogen los datos relativos a los CCU y sus UMEs durante el año 2000.

En la encuesta de satisfacción del usuario del año 2000¹², la gran mayoría de usuarios (83%) considera que la atención recibida en la última ocasión que visitaron urgencias de atención primaria fue rápida y el 88.6% considera que la atención fue buena.

En un 59.7% de los casos su problema fue resuelto allí mismo, mientras que en un 40.3% de los casos fue necesario derivarles a un hospital.

Tendencias futuras

La calidad de los servicios sanitarios de los sistemas públicos, viene en parte por la respuesta que éstos tengan para afrontar la demanda de atención urgente, que se pueda presentar por sus ciudadanos y, por ello, cada vez va a tener mayor importancia la organización de los dispositivos que den respuesta a estas situaciones.

Es previsible que en los próximos años, los Servicios Sanitarios Públicos, continúen mejorando la dotación de medios, tanto humanos como materiales, de los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria, de hecho ya existen algunas Comunidades Autónomas que han elaborado su propio Plan de Urgencias-Emergencias.

El teléfono europeo de urgencias, el 1-1-2, es muy probable que aconseje la integración-coordinación de todo tipo de dispositivos (policía, bomberos, sanitarios...) en un gran Centro receptor de llamadas, existiendo después diversas posibilidades organizativas en este sentido.

La urgencia sanitaria es un fiel reflejo de lo que es la continuidad asistencial, ya que a modo de ejemplo, un dolor torácico atendido por un médico de un EAP, y tras una anamnesis-exploración diagnóstica, puede convertirse en una insuficiencia coronaria, que precise una actuación clínico-terapéutica concreta, un traslado con las debidas medidas de soporte asistencial y su ingreso hospitalario, por lo que este concepto de “transversalidad” en el sistema sanitario, va a forzar el incremento de “vías clínicas” entre todos los dispositivos que “toquen” al paciente.

El mayor envejecimiento poblacional está generando nuevos modelos de organización social, en el que el anciano que vive solo es una realidad cada día más frecuente y, ello unido a la familiaridad de un teléfono con respuesta sanitaria las 24 horas del día, va a suponer un incremento de todo tipo de llamadas a los 061 y 112, tanto de índole asistencial como informativa.

La informatización clínica, que se inicia en los EAP va a permitir conocer qué tipo de asistencia es urgente, qué motivos clínicos la ocasionan y qué tipo de respuesta se le facilita.

La existencia, especialmente en las ciudades, de personal de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y personal de las Gerencias de Atención Primaria del 061, puede que, coincidiendo con el proceso transferencial, suponga una integración, en algún caso, en una sola red asistencial.

La Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas 93/104, sobre ordenación del tiempo de trabajo y su aplicabilidad en el sector sanitario, es muy probable que suponga un descenso importante en las horas de atención continuada, que actualmente ofertan los componentes de los EAP, por lo que esas horas será necesario cubrirlas con el denominado “personal de refuerzo”, y este tipo de relación contractual, es casi seguro, que cambiará de manera sustancial, por lo que es muy probable que sea necesario definir un nuevo tipo de puesto de trabajo, para las urgencias en el medio rural.

La oferta de un elevado número de dispositivos en algunas ciudades “un PAC por EAP”, es probable que aconseje, en aras a una mejora en la calidad y la eficiencia, el fusionarlos en un número razonable de dispositivos, pudiendo incluso alguno situarse en las puertas de hospitales.

La mejora en las tecnologías de la información, especialmente en la transmisión de pruebas radiológicas, electrocardiográficas, etc, va a cambiar la atención de las urgencias, en el medio rural, incrementándose la capacidad resolutoria de los mismos.

Los convenios de transporte sanitario urgente, con ambulancias convencionales al margen de los Centros Coordinadores de Urgencias, parecen abocados a su desaparición y a su oportuna integración en una red de ambulancias de soporte vital básico.

Los patrones epidemiológicos de morbilidad van a continuar modificándose, mayor prevalencia de patologías crónicas, y pacientes con pluripatología, lo que va a obligar al establecimiento de programas de mejora en la capacitación de los profesionales de la urgencia de atención primaria.

Las mayores expectativas de los ciudadanos, de atención inmediata, va a fijar el incremento progresivo de medios ágiles de respuesta y traslado de pacientes, especialmente, coincidiendo con la desaparición de organizaciones de voluntariado (Cruz Roja, Sos...).

En síntesis, el futuro de los sistemas de urgencias en atención primaria pasan por cambios organizativos y dotacionales, cambios en sus sistemas de información y cambios culturales, que den respuesta a las mayores expectativas que los ciudadanos tienen cuando se acercan a los servicios sanitarios, por una vivencia de necesidad inmediata de atención.

Bibliografía

1. Circular 3/68, de 24 de enero, del Instituto Nacional de Previsión.
2. Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas de Salud (BOE nº 27 de 1 de febrero)
3. Plan Director de Urgencias Sanitarias. Madrid. 1998.
4. Resolución de 20 de febrero de 1990, de la Dirección General de Trabajo, por la que se publica el texto del Acuerdo suscrito por los representantes de la Administración Sanitaria del Estado y las Centrales Sindicales Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de ATS de España (CEMSATSE), Confederación de Comisiones Obreras (CC.OO), Confederación de la Unión General de Trabajadores (UGT) y Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF). BOE nº 63 de 14 de marzo.
5. Resolución de 15 de enero de 1993, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector, sobre atención primaria (BOE nº 28 de 2 de febrero).
6. Insalud. Plan Estratégico. Madrid 1998.
7. Real Decreto 619 /98, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera (BOE nº 101 de 28 de abril).
8. Resolución de la Presidencia Ejecutiva del Insalud, de 26 de julio de 1999 (BOE nº 190, de 10 de agosto), por la que se crean las Gerencias de Atención Primaria del 061.
9. Catálogo de Prestaciones del 061. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. 2001. (documento no publicado).
10. Atención de Urgencias en Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Insalud. 1999. (documento no publicado).
11. Acuerdo entre Administración-Insalud y las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre retribuciones del personal sanitario de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria. Noviembre 2001.
12. INSALUD. Encuesta de Satisfacción del Usuario. INSALUD, 2000

III. FARMACIA

Introducción

Este capítulo recoge aspectos básicos relacionados con la gestión de la prestación farmacéutica. La subdivisión entre el primer apartando, denominado como el capítulo en sí, y el segundo denominado como Uso Racional del Medicamento tiene como fin destacar la apuesta que desde el Instituto Nacional de la Salud, se ha llevado a cabo para que la gestión de la prestación se realizase desde una visión de uso racional de los recursos.

III.1. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Del Moral González, Tomás / Benedí González, Alicia / Laviña Rodríguez, Almudena / Gómez Juanes, Vicente / Ávila Muñoz, Luisa

Los Reales Decretos 1140/1996 y 1893/1996 sobre estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, vienen a ratificar que es la Subdirección General de Atención Primaria la que tiene encomendada la responsabilidad de la gestión de la prestación farmacéutica. Junto a esta función se recoge otra que se orienta al establecimiento de programas orientados a la utilización adecuada de los recursos. A su vez, tanto la Subdirección General de Atención Especializada como la Subdirección General de Inspección de Servicios Sanitarios tienen entre sus funciones aspectos relacionados con la prestación farmacéutica en su ámbito de actuación.

Según se recoge en el Plan Estratégico del INSALUD, en cuya elaboración participó la Subdirección General de Atención Primaria, la actuación sobre la prestación farmacéutica en el entorno del INSALUD debe continuar en dos direcciones básicas:

1. Impulsar la mejora continua de la calidad de la prestación farmacéutica.
 - Programas de uso racional de medicamentos.
 - Sistemas de retroalimentación informativa a los facultativos sobre su perfil farmacoprescriptor.
 - Conocer el consumo farmacéutico de cada usuario.
 - Impulsar la información al usuario.

2. Contener el gasto farmacéutico en niveles razonables y equiparables a los países de nuestro entorno, introduciendo mecanismos de eficacia constatada, creíbles y que generen resultados a corto plazo.
- Presupuestos indicativos por médico, Equipo de Atención Primaria o módulo organizativo.
 - Fomento de la prescripción de medicamentos genéricos e información sobre precios de referencia.
 - Potenciar el papel de la Inspección Sanitaria sobre el control de la prescripción y dispensación.

Finalmente añade que ambas líneas de trabajo son interdependientes.

De lo anterior, por su trascendencia y porque ha supuesto en sí mismo la forma prioritaria de gestionar la prestación farmacéutica adoptada por el INSALUD, se destaca el concepto de Uso Racional del Medicamento y como herramienta imprescindible para su puesta en marcha, el Programa que lleva su nombre y que es tratado con todo detalle como subapartado de este capítulo.

La tabla I presenta, a modo de resumen, algunas de las medidas estructurales del Ministerio de Sanidad y Consumo y de gestión del INSALUD llevadas a cabo en estos años y que quieren destacarse por su importancia en la evolución de la prestación farmacéutica.

TABLA I

1993	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificación del IVA (Especialidades Farmacéuticas y Fórmulas Magistrales: 3%; Productos Sanitarios: 6%). Ley 37/1992 (28-12) ▪ Real Decreto de Financiación Selectiva de Los Medicamentos (actualización Aportación Reducida: 400 Ptas) Real Decreto 83/1992 (22-1) Y O.M. 6-4-1993 ▪ Inicio del Programa Uso Racional del Medicamento del INSALUD ▪ Distribución Tiras Reactivas Control Diabetes. Circular 2/1993 (13-5) del INSALUD ▪ Creación Comisiones Uso Racional del Medicamento. Circular 4/1993 (11-6) del INSALUD ▪ Regulación Servicios Farmacéuticos de A.P: Circular 5/1993 (22-6) del INSALUD ▪ Reglamentación específica para la prescripción, dispensación y utilización de LEPONEX. Circular 10/1993 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Actualización normas sobre renovación sellos médicos y distribución talonarios recetas. Circular 8/1993 (25-10) y Circular 9/1993 (25-10) del INSALUD
-------------	--

1994	<ul style="list-style-type: none">▪ Reducción de los precios de comercialización de las especialidades farmacéuticas. Circular 18/1993 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios▪ PROSEREME VI. Circular 20/1993 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios▪ Modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del SNS. O. M. de 23-5-94▪ Programa de revisión de Hemoderivados. Especialidades. Circular 18/1994 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios▪ Actualización de la aportación reducida: 419 ptas. O.M. de 19-10-1994▪ Nuevo Concierto con oficinas de farmacia. Concierto 23-12-1994 del INSALUD-Tesorería General S.S.-Consejo General Colegios Oficiales Farmacéuticos
1995	<ul style="list-style-type: none">▪ Incorporación del nuevo tipo IVA (4%) al precio de especialidades farmacéuticas. Ley 41/1994 (30-12) y Circular 28/1994 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios▪ Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Real Decreto 63/1995 (20-1)▪ Actualización procedimiento de autorización de tratamientos con Hormona de Crecimiento. Circular 2/1995 (7-3) del INSALUD▪ Programa de Revisión de Vacunas. Circular 3/1995 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios▪ Control y distribución de talonarios de recetas médicas. Circular 4/1995 (10-4) del INSALUD▪ Renovación sellos médicos oficiales para prescripción de recetas médicas. Circular 6/1995 (16-10) del INSALUD▪ Actualización aportación reducida: 439 ptas. O.M. 18-10-1995▪ Prestaciones farmacéuticas a enfermos de SIDA. Real Decreto 1867/1995 (17-11) y O.M. 24-11-1995▪ Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria. Julio
1996	<ul style="list-style-type: none">▪ Regulación de la selección de Efectos y Accesorios, su financiación y régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados. Real Decreto 9/1996 (15-1)▪ Aplicación cambio de aportación de aparatos de inhalación y cánulas de traqueotomía y laringectomía. Circular 4/1996 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulación de los productos sanitarios. Real Decreto 414/1996 (1-3) ▪ Revisión de precios de las especialidades con PVL igual o inferior a 300 ptas. O.M. 27-2-1996 y Circular 7/1996 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Reglamentación específica para la prescripción, dispensación y utilización de TALOXÁ. Circular 8/1996 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Vacuna contra la Hepatitis B. Circulares 7/1996 (30-9) y 9/1996 (8-11) del INSALUD ▪ Regulación de la prescripción de receta médica en Atención Especializada. Circular 8/1996 (16-10) del INSALUD ▪ Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria
1997	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción de márgenes de almacenes farmacéuticos y oficinas de farmacia. Real Decreto 164/1997 (7-2) y Real Decreto 165/1997 (7-2) ▪ Instrucciones aplicación revisión de precios de las especialidades farmacéuticas con PVL igual o inferior a 300 ptas. Circular 4/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Programa de revisión de vacunas. Circular 6/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Vacuna contra la Hepatitis A. Circular 12/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Vacuna combinada contra la Hepatitis A y B. Circular 13/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Vacuna Haemophilus Influenzae tipo B. Circular 15/1997 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Regulación tratamiento Dietoterápicos complejos. O.M. 30-4-1997 ▪ Introducción de las primeras Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG)
1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulación de la Nutrición Enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. O.M. 2-6-1998 ▪ Ampliación Financiación Selectiva de los medicamentos. Real Decreto 1663/1998 (24-7) ▪ Vacuna Hepatitis A (Grupos de riesgo). Circular 15/1998 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios ▪ Nuevo Concierto con Oficinas de farmacia. Concierto 17-11-1998 del INSALUD-Tesorería General S.S.-Consejo General Colegios Oficiales de Farmacéuticos ▪ Acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y Farmaindustria. Enero
1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificación margen de los almacenes farmacéuticos. Real Decreto Ley 6/1999 (16-4)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducción Precio de especialidades farmacéuticas. Real Decreto Ley 12/1999 (31-7) ▪ Incorporación de determinados datos a consignar en los documentos oficiales derivados de la asistencia sanitaria. Circular 2/1999 (16-11) del INSALUD ▪ Vacunas antipoliomelíticas inactivadas combinadas con vacunas de tétanos, difteria y/o tos ferina u otros componentes. Circular 9/1999 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
2000	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulación de los márgenes de oficinas de farmacia. Real Decreto Ley 5/2000 (23-6) ▪ Entrada en vigor del Sistema de Precios de Referencia. Real Decreto 1035/1999 (18-6) y O.M. 13-7-2000 ▪ Vacuna conjugada frente a Meningitis Meningocócica del serogrupo C. Circular 12/2000 de la Agencia Española del Medicamento ▪ Productos Sanitarios para diagnóstico "in vitro". Real Decreto 1662/2000 (29-9)

Presupuestos Farmacéuticos

El presupuesto del Cap. IV (Farmacia) viene suponiendo porcentajes muy importantes del total del Capítulo Presupuestario de Atención Primaria con valores de entre el 56,2% en 1994 y el 61,2% en el año 2001. Por ello, la elaboración de la propuesta de presupuesto por parte de la Subdirección General de Atención Primaria ha sido un aspecto relevante dentro de su gestión. En todo momento el objetivo ha sido dotar a las Gerencias de Atención Primaria de presupuesto suficiente que permitiera gestionar la prestación farmacéutica. Sin embargo, la amplia variabilidad en el gasto farmacéutico entre las Comunidades Autónomas del INSALUD, provincias, Gerencias de Atención Primaria e incluso Equipos de un mismo Área ha añadido una elevada complejidad a la tarea de distribuir presupuestos e incrementos presupuestarios, en ocasiones limitados, entre los distintos ámbitos, de manera que fueran ajustados a las posibilidades de gestión. Por otro lado, los sistemas de información no recogen, en estos momentos, datos sobre los factores que se han identificado en múltiples publicaciones, como determinantes en el gasto farmacéutico.

La situación antes descrita ha hecho que el presupuesto farmacéutico y los criterios para su asignación hayan sido motivo continuo de intentos de mejora que se han visto frenados al carecerse, como ya ha sido indicado, de la información necesaria.

Los aspectos relativos a la asignación presupuestaria de farmacia, así como la evolución tanto del presupuesto como del gasto farmacéutico, son tratados en el capítulo del libro relativo a la asignación presupuestaria en Atención Primaria por entenderse que puede resultar más operativo, tanto para su consulta como para su evaluación proporcionar estos datos junto con el resto de

capítulos presupuestarios de Atención Primaria. De la misma manera se facilitan en ese capítulo los datos del gasto farmacéutico y balance entre presupuestos y gastos para el periodo comprendido entre los años 1994 y 2001.

Contratos de Gestión

Los contratos de Gestión firmados entre las Gerencias de Atención Primaria y los Órganos Directivos del Instituto Nacional de la Salud, incorporan desde su inicio en 1993, diversos aspectos relacionados con la prestación farmacéutica. En estos documentos se encuentran reflejadas las líneas prioritarias de gestión del medicamento, de manera que el contrato programa de cada año ha sido una herramienta esencial para la gestión descentralizada de la prestación farmacéutica.

La tabla II presenta a modo de resumen los principales aspectos de farmacia recogidos en los Contratos Programa y Contratos de Gestión.

TABLA II

ASPECTOS PRIORIZADOS EN LOS CONTRATOS DE GESTIÓN

- **Mejora de la calidad en la prescripción médica**
 - Establecimiento y funcionamiento con periodicidad preestablecida de la Comisión de Uso Racional.
 - Elaboración de protocolos farmacoterapéuticos sobre las patologías de mayor prevalencia en Atención Primaria, consensuados con Atención Especializada.
 - Elaboración de boletines farmacoterapéuticos con recomendaciones sobre prescripción de nuevos medicamentos y revisiones de tratamientos farmacológicos
 - Elaboración de Guías Farmacoterapéuticas con recomendaciones sobre selección de medicamentos
 - Sesiones farmacoterapéuticas a los profesionales sobre abordaje farmacoterapéutico de las enfermedades y revisiones de fármacos en mercado.
 - Establecimiento y desarrollo de la calidad asociada a la utilización de indicadores.
 -
- **Organización de Servicios**
 - Establecimiento de un listado de medicación de urgencia y gestión de esta medicación.
 - Mejora de la calidad en los sellos médicos y actualización de las codificaciones de datos de estructura a efectos de imputación de consumo
- **Sistemas de Información**
 - Acreditación de la posibilidad de obtener determinada información sobre consumo y gasto farmacéutico y de su remisión a los profesionales médicos

Previo a la existencia del contrato de gestión la situación de la gestión de la prestación farmacéutica adolecía de una serie de problemas entre los que se cuentan los siguientes:

- Niveles de decisión centralizados y alejados del decisor último sobre la prescripción: el médico
 - Presupuestación y seguimiento presupuestario sin diferenciar niveles asistenciales y por lo tanto, sin reconocer la diferente realidad asistencial
 - Obtención y análisis de consumos de medicamentos sin diferenciar niveles asistenciales y, consecuentemente, con el mismo problema que el descrito en el párrafo anterior.
- Poca conciencia del gasto por parte de los directivos de AP y de sus profesionales.
- Sistemas de información del consumo farmacéutico que no cubrían las necesidades existentes
- Escasa coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Mínima información sobre medicamentos contrastada y objetiva facilitada a los médicos por parte de los gestores
- Escasa presencia de profesionales de apoyo al médico en información.
- En general, baja implantación del concepto de “uso racional de los medicamentos”
- Prescripción mayoritaria de la medicación de urgencia en receta.
- Adquisición y distribución de medicamentos de urgencia Servicios Farmacéuticos de Hospitales.

La incorporación de la gestión de la farmacia a los Contratos de Gestión, ha tenido sobre la situación descrita una importante influencia y se han producido una serie de mejoras en esta gestión entre las que se destacan:

- Mejora de los Sistemas de Información de Medicamentos. Se ha posibilitado la relación entre la prescripción de un ámbito (médico, CIAS, Equipo A.P...) y la población asignada diferenciando entre activos y pensionistas. Se han incorporado, como herramientas para la evaluación, los indicadores de calidad de la prescripción y otros indicadores de resultados, los cuales se han comparado con los objetivos pactados en el Contrato de Gestión. A la vez, se ha acercado la información al ámbito de decisión potenciando su utilidad.
- Desarrollo de la gestión de medicamentos, potenciando e incorporando a la decisión farmacológica del médico, el análisis previo sobre la mejor opción entre las posibles desde la calidad y economía en la utilización de recursos.

- Impulso de la autoevaluación de la calidad de prescripción por los médicos, proporcionándoles la información precisa y apoyando su formación mediante actividades de divulgación de información objetiva sobre medicamentos.
- Inicio de alguna línea de mejora en la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.
- Optimización la gestión de medicación de urgencia.
- Aumento de la participación de los profesionales en las decisiones de gestión farmacéutica.
- Mejora de la conciencia del gasto y la necesidad de su control por parte de la Organización.

Control y distribución de talonarios de recetas médicas

El control y distribución de los talonarios de recetas médicas se regula mediante las instrucciones dadas por la Dirección General del INSALUD en la Circular 4/95 de 10 de Abril.

En dicha Circular se dispone que corresponde a la Dirección General del INSALUD, mediante Resolución anual, y a propuesta de la Subdirección General de Atención Primaria, fijar el número máximo anual de talonarios a entregar a cada Dirección Provincial.

Posteriormente cada Dirección Provincial, fija y comunica el número máximo anual de talonarios para cada Gerencia existente en la provincia.

Corresponde a la Dirección Médica, como responsable de la Unidad Distribuidora de talonarios y sellos oficiales, fijar el número indicativo de talonarios, tanto modelo P.3 como P.3/1 para cada puesto de trabajo.

Las Unidades Distribuidoras de talonarios y sellos, entregará talonarios de recetas exclusivamente a los facultativos autorizados por la Gerencia correspondiente y previo cumplimiento de los requisitos señalados por la Dirección General sobre sellos médicos oficiales.

La conservación, custodia y utilización de los talonarios de recetas médicas es responsabilidad inexcusable de cada facultativo desde el momento mismo de su recepción.

Utilización de sellos médicos oficiales para la prescripción de recetas

La Dirección General del INSALUD, a través de la Circular 6/95 de 16 de octubre, establece que para la prescripción de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del INSALUD, será inexcusablemente obligatoria la utilización del sello médico oficial, en el que figurará:

- Código CIAS del puesto de trabajo con once dígitos
- Nombre y dos apellidos del facultativo prescriptor
- Clave del Colegiado médico

Tal y como indicábamos anteriormente, no se entregarán talonarios de recetas a los facultativos que no tengan autorización para la utilización de sellos médicos oficiales.

Además de los médicos que ocupan plaza asistencial y que tienen asignada una clave CIAS, hay otros médicos que no ocupan plaza de la plantilla asistencial del INSALUD, pero que prestan asistencia médica y farmacéutica a la población protegida por dicho Organismo y están autorizados para la utilización de recetas médicas oficiales del INSALUD.

Para identificar a estos médicos con una clave distinta del CIAS, se ha establecido el código de Prescripción Farmacéutica (CPF), como código de autorización imprescindible para la prescripción en modelos oficiales de receta médica del S.N.S.

Los CPF se asignarán por las Gerencias correspondientes, de acuerdo con las instrucciones de codificación que fueron remitidas a todas las Gerencias de Atención Primaria, no entregándose talonarios de recetas médicas oficiales a los facultativos que no tengan asignado un Código de Prescripción Farmacéutica.

Posteriormente, y dentro del Plan Estratégico diseñado por el INSALUD, se han venido dotando a las consultas de Atención Primaria de dispositivos automatizados que permiten la incorporación en la receta de unos códigos que corresponden al paciente, médico prescriptor, así como otros datos necesarios para la prescripción de la receta, como es el año de nacimiento, tipo de usuario según aportación, en un código de barras.

Desde el punto de vista de la gestión de la prestación farmacéutica, la lectura automatizada de estos códigos de barras posibilita el desarrollo de programas de uso racional del medicamento, análisis del consumo farmacéutico y de mejora de la calidad de la prescripción.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto la Dirección General del INSALUD mediante la Circular 2/99 de 16 de noviembre, dictó unas instrucciones para que en las recetas médicas

prescritas en el ámbito del INSALUD por los facultativos de Atención Primaria, se incorporen en modo carácter y en código de barras bidimensional PDF-417 la siguiente información:

- Nombre y apellidos del paciente (sólo en caracteres literales visibles)
- Nombre y apellidos del médico prescriptor
- Código colegiado prescriptor
- Código CIAS
- CIP o NASS al paciente
- Año de nacimiento del paciente
- Tipo de usuario (general, pensionista, etc.)
- Fecha de prescripción
- Número de orden indentificativo de la receta

Dicha información queda incorporada en la receta a través de los procedimientos mecanizados disponibles en los centros, bien mediante etiquetas generadas por los terminales autónomos existentes en las consultas, bien por impresión directa sobre la receta desde aplicaciones informatizadas normalizadas y homologadas por la Dirección General del INSALUD.

Posteriormente, y en cumplimiento de la Instrucción Tercera de la citada Circular, desde la Dirección General del INSALUD se informo a todas las Gerencias de Atención Primaria, en el sentido de que cuando para la prescripción de recetas médicas, se utilice el TAIR o los procedimientos informatizados homologados por la Dirección General del INSALUD (OMI-AP, SIAP-WIN), de forma que a la receta se adhiera la etiqueta del TAIR con código de barra PDF-417, o este código se imprima en la receta como resultado de la prescripción informatizada, no sería necesario estampillar además el sello del médico prescriptor, para cualquier otro supuesto no contemplado en lo anteriormente expuesto, continua siendo obligatorio estampillar el sello médico oficial.

Concierto con las oficinas de farmacia

En el artículo 107.4 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (D. 2065/1974 de 30 de mayo) se establece que la Seguridad Social debe concertar con laboratorios farmacéuticos y farmacias los precios y demás condiciones económicas que deberán regir la adquisición y dispensación de productos y especialidades farmacéuticas.

El Concierto con las Oficinas de Farmacia actualmente vigente, es el firmado el 17 de noviembre de 1998 de una parte por el Director General del INSALUD y el Director General de la Tesorería General de la Seguridad Social y de otro el Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. El anterior Concierto con las Oficinas de Farmacia se firmó el 23 de diciembre de 1994, y que a su vez sustituyó al firmado el 13 de junio de 1988, en el que se recogían las modificaciones introducidas el 29 de abril de 1991, por la entrada en vigor de los nuevos modelos de receta médica.

Entre las principales novedades introducidas en el Concierto actualmente vigente respecto a otros anteriores destacaríamos las siguientes:

a) En el Concierto vigente no se incluyen los productos dietoterápicos complejos, la nutrición enteral domiciliaria, el oxígeno medicinal y las tiras reactivas para la determinación de glucosa, por no formar parte de la prestación farmacéutica, tal y como se dispone en el Real Decreto 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, independientemente que mantengan su financiación pública.

b) Se mejoran los instrumentos de gestión y control de la prestación farmacéutica, pues se graban nuevos datos de las recetas, sin que supongan coste adicional para el INSALUD, estos datos son los siguientes:

- Clave de Identificación de Asistencia Sanitaria (CIAS)
- Número de la receta
- Código de Identificación del Paciente (CIP)
- Localizador de la receta
- Fecha de prescripción

c) Si bien, los datos relativos al Código de Identificación del Paciente, localizador de la receta y fecha de prescripción, únicamente se grabarán por parte de los Colegios en los casos en que las recetas lleven el código de barras bidimensional PDF-417, bien impreso o en etiquetas del TAIR. Permite conocer el consumo farmacéutico por paciente.

d) Mantiene el Acuerdo Marco de 13 de mayo de 1997, sobre absorbentes de incontinencia de orina, del que se da mas información en otro apartado.

e) Dentro de las causas de devolución de recetas, se contempla como novedad la devolución del margen de beneficio profesional del farmacéutico para las recetas en las que se produzcan determinadas circunstancias.

Dicho Concierto tiene por objeto fijar las condiciones en que las Oficinas de Farmacia colaborarán profesionalmente con el INSALUD en lo referente a la dispensación de especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales y preparados oficinales que estén incluidos en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social.

Asimismo, son objeto del Concierto los efectos y accesorios dispensados en las Oficinas de Farmacia para beneficiarios de la Seguridad Social, incluidos entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

El contenido del Concierto con las Oficinas de Farmacia está estructurado en un clausulado y cuatro anexos:

El Concierto actualmente vigente tiene una duración de 4 años, contados a partir del uno de noviembre de 1998, y se considera prorrogado tácitamente por periodos anuales, si no lo denuncia ninguna de las partes con tres meses de antelación a la fecha de vencimiento.

- **ANEXO A**

En el se establecen las características de dispensación y las condiciones de validez de las recetas a efectos de pago por el INSALUD y se determinan las causas de devolución de recetas.

- **ANEXO B**

En este Anexo se regulan las condiciones económicas de la dispensación en lo concerniente a fórmulas magistrales, preparados oficinales, efectos y accesorios, vacunas individualizadas antialérgicas y vacunas individualizadas bacterianas.

Respecto a las fórmulas magistrales, se especifica que hasta la entrada en vigor del Formulario Nacional sólo serán dispensadas con cargo al INSALUD las que se elaboren con los principios activos y excipientes contenidos en el listado de productos químicos que figura en este anexo.

Asimismo, se detallan las fórmulas magistrales que están excluidas en la prestación farmacéutica.

Del listado de productos químicos, se indica que no serán dispensables a granel y se especifica como se determina el precio de los productos químicos incluidos en dicho listado, así como los mecanismos para la revisión de dichos precios, así como proceder para la exclusión o inclusión de nuevos productos químicos en el listado.

Por último, reseñar que en este Anexo se establecen las normas y procedimiento de valoración de las fórmulas magistrales, conforme a los distintos apartados de una tabla adjunta, en donde se agrupan por formas farmacéuticas que requiere tiempo y responsabilidad semejantes.

Como criterio para la valoración de cada grupo de fórmulas magistrales se mantiene un factor P (constante y revisable anualmente), seguido de un coeficiente multiplicador diferente para cada uno de los grupos.

- **ANEXO C**

En este Anexo se regula el procedimiento de facturación de recetas que realizan los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, a través de la mecanización informática de las recetas.

Este proceso de facturación que será único y uniforme para todas las provincias supone:

- Toma de los datos contenidos en las recetas, y que se consideran necesarios para el proceso de facturación y un correcto control y gestión de la prestación farmacéutica.
- Confección del soporte informático de facturación: CD-ROM.
- Confección de las facturas:
 - Factura individual por farmacia.
 - Factura resumen provincial.
 - Factura resumen general.

El período de facturación comprenderá períodos mensuales y cada Colegio Provincial de Farmacéuticos, velará para que los plazos de cierre de la facturación se ajusten preferentemente al último día del mes garantizando el cierre conjunto para todas las modalidades de dispensación.

Otros aspectos que se regulan en este Anexo son el plazo y procedimiento de la:

- Presentación de las recetas
- Presentación de las facturas
- Presentación de los soportes informáticos

- Revisión de las recetas y procedimientos de devolución

- **ANEXO D**

En este anexo se especifica la forma y plazo de pago de la facturación de recetas a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

- **COMISIÓN CENTRAL DE FARMACIA**

El vigente Concierto con las Oficinas de farmacia de 17 de noviembre de 1998, en su cláusula octava, establece que en los Servicios Centrales del INSALUD, existirá una Comisión Central encargada de velar por el cumplimiento y aplicación del Concierto, sin perjuicio de las facultades inspectoras de la Administración.

La Comisión Central de Farmacia está integrada por seis vocales de la Administración, entre los que figurará un representante de la Tesorería General de la Seguridad Social, y otros seis vocales de la Organización Farmacéutica. La presidencia de esta Comisión corresponderá al Presidente Ejecutivo del INSALUD o persona en quien delegue. El secretario será designado por el Presidente, y asistirá con voz pero sin voto.

Las funciones encomendadas a la Comisión Central son las siguientes:

- Velar por el cumplimiento del vigente Concierto y resolver las dudas que puedan surgir en su interpretación y aplicación.
- Proponer las medidas que procedan ante los actos de incumplimiento del Concierto para su inmediata cesación y corrección.
- Desarrollar el contenido de la Cláusula Adicional

Tramitación de Recursos Contenciosos Administrativos

Dentro del conjunto de actividades que se desarrollan por el Área de Gestión de Farmacia, hay que citar la tramitación, con el oportuno asesoramiento jurídico, de Recursos que se interponen en relación con la prestación farmacéutica.

Por su elevado número y posible trascendencia económica, cabe destacar la tramitación de Recursos interpuestos por farmacéuticos sobre las facturaciones de recetas oficiales.

Concretamente, en estos últimos años se han tramitado numerosos Recursos interpuestos en contra de la aplicación en la facturación de recetas oficiales de la denominada "colaboración especial" establecida en el Concierto suscrito el 23 de diciembre de 1994 entre el INSALUD, la Tesorería General de la Seguridad Social y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

En la actualidad, se vienen tramitando Recursos que se están interponiendo en contra de la aplicación en las facturaciones de recetas oficiales de los nuevos márgenes de las oficinas de farmacia establecidos en el Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de junio.

Acuerdo Marco entre Fabricantes, Distribuidores, Oficinas de Farmacia y el INSALUD en materia de Absorbentes de Incontinencia de Orina

El Real Decreto 9/1996 de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados, establece que el suministro, entrega o dispensación de los efectos y accesorios se efectuará a través de las oficinas de farmacia o mediante entrega directa por los centros o servicios, propios o concertados, de la red asistencial sanitaria o socio sanitaria.

Sobre la base de la citada normativa, con fecha 13 de mayo de 1997, se suscribió un Acuerdo Marco entre fabricantes, distribuidores, oficinas de farmacia y el INSALUD en materia de absorbentes de incontinencia de orina, que actualmente sigue vigente, y que tiene como objetivo preferente el facilitar el acceso de los usuarios a este tipo de prestación, y la racionalización de la gestión burocrática, junto con un ahorro en el gasto sanitario de estos productos.

Este Acuerdo Marco supone que el INSALUD se compromete a que la dispensación de los absorbentes de incontinencia de orina a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, se efectúe a través de las oficinas de farmacia, mediante la presentación previa de la correspondiente receta oficial con el visado de Inspección, en contrapartida en el abono de la facturación que realicen las oficinas de farmacia de las citadas dispensaciones, se aplicará una deducción del 11 por 100 sobre el precio venta al público.

Asimismo, se acuerda que los absorbentes de incontinencia de orina que deban utilizarse en los centros sanitarios o socio sanitarios (Residencias de la Tercera Edad), podrán ser adquiridos por el INSALUD conforme a la normativa de contratos públicos vigente, para su entrega directa a los pacientes ingresados en los centros antes citados.

Actualmente esta adquisición se realiza conforme a las pautas establecidas en el concurso de determinación de tipo DT. 5/95, si bien recientemente ha sido convocado un nuevo concurso de

adopción tipo A.T. 02/01 de absorbentes de incontinencia de orina, cuya adjudicación está prevista que tenga lugar en el próximo mes de diciembre de 2001.

Facturación

Las facturas resumen mensual de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos deben presentarse en las Direcciones Provinciales del INSALUD, antes del día diez del mes siguiente al que corresponda la facturación.

A partir de la factura resumen general de cada Colegio Provincial de Farmacéuticos, las Direcciones Provinciales del INSALUD elaboran mensualmente los Partes Estadísticos de Facturación, que una vez confeccionados son remitidos al Área de Gestión de Farmacia de la Subdirección General de Atención Primaria, donde se procede a realizar las siguientes actuaciones:

- Comprobar que los referidos Partes Estadísticos de Facturación están realizados conforme a las instrucciones dadas a tal efecto, y se corresponden con el modelo establecido en el Anexo III de Farmacia de la Circular 03/01 de Sistemas de Información del INSALUD.
- Elaboración, a partir de los Partes Estadísticos de Facturación, de un fichero de facturación de recetas médicas en el ámbito de gestión del INSALUD, para su remisión mensual al Ministerio de Sanidad y Consumo al que corresponde la gestión agregada del conjunto del Sistema Nacional de salud.
- Explotación y análisis de la información contenida en los referidos Partes de Facturación, que permite la elaboración mensual de un documento que recoge el resumen de facturación de recetas de cada mes y el acumulado del año, y que se distribuye a distintos órganos de dirección y gestión territoriales y provinciales.
- Remisión de informe con el Liquidado Total a pagar a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a la Subdirección General de Control Económico y Presupuestario.

Gestión del Nomenclator

Del Ministerio de Sanidad y Consumo se recibe mensualmente un fichero con los productos farmacéuticos, que pueden ser dispensados a través de receta con cargo al Sistema Nacional de Salud. Este fichero se recibe en tres formatos diferentes, que sirven para alimentar las distintas aplicaciones que funcionan en el ámbito del INSALUD. Estos tres formatos son: el formato estándar, el formato SIFAR y el formato para Digitalis. Se diferencian entre sí en el número de campos que los constituyen, pero contienen todos ellos el mismo número de registros.

El formato para SIFAR se reenvía a su vez a todas las Direcciones Provinciales y Gerencias de Atención Primaria, con el fin de que lo carguen en sus respectivas versiones de SIFAR. En cuanto al Nomenclator para Digitales, su finalidad es ser cargado en dicha aplicación, si bien, previamente, es necesario ampliar su contenido añadiendo información relativa a la cuantificación de su contenido de medicamento, DDD y código de clasificación ATC del mismo. Una vez que esta información ha sido añadida, este Nomenclator se incorpora a la aplicación. Asimismo, este fichero se remite a todas las Direcciones Provinciales y Gerencias de Atención Primaria, así como a la Subdirección General de Atención Especializada para que lo reenvíe a las Gerencias de Atención Especializada.

Gestión de Rechaces de Facturación

Una vez se reciben los CDs de facturación de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el Area de Gestión de Farmacia, se procede a su validación. Para proceder a la validación de la facturación se cruzan los totales de recetas y de importe de los CDs, con los que figuran en el Parte Estadístico de Facturación, aquellos CDs que presenten diferencias con el total de la factura resumen (Total PVP y líquido) superiores al 0,7 por diez mil y cuatro mil pesetas, se devolverán para su corrección, según se establece en el punto 3.3.1 del Anexo C del vigente Concierto.

Una vez validada la factura, esta circunstancia se comunica a las Direcciones Provinciales, para que reclamen a la Organización Farmacéutica Provincial, copia del soporte informático correspondiente y procedan a su explotación en el ámbito provincial.

Posteriormente se procesa la información contenida en los CDs y se cruza con el Nomenclator Oficial de Productos farmacéuticos, y entre otros se obtienen los informes de rechaces de facturación, de acuerdo con lo establecido en el Anexo C del vigente Concierto con la Corporación Farmacéutica.

Los informes son los siguientes:

- **PROVINCIALES:**

- D. 1 Resumen de validación por provincias de las diferencias de número de recetas y P.V.P. entre el Parte Estadístico y el CD de facturación.
- D. 2 Rechaces de Formulas y Efectos y Accesorios.
- D. 3.1 Rechaces de Especialidades.
- D. 3.2 Rechaces de Especialidades Excepcionales.
- D. 4.1 Rechaces por distinto P.V.P. en Nomenclator. Especialidades.
- D. 4.2 Rechaces por Baja en Nomenclator. Especialidades.
- D. 4.3 Rechaces por no figurar en Nomenclator. Especialidades.

- D. 5.1 Rechaces por distinto P.V.P en Nomenclator. Formulas y Efectos y Accesorios.
- D. 5.2 Rechaces por Baja en Nomenclator. Formulas y Efectos y Accesorios.
- D. 5.3 Rechaces por no figurar en Nomenclator Formulas.

- **GENERALES**

- D. 6.1. Rechaces Generales por distinto P.V.P. por Código Nacional.
- D. 6.2. Rechaces Generales por Baja por Código Nacional.
- D. 6.3. Rechaces Generales por no figurar por Código Nacional.
- D. 7 Resumen General de Rechaces de Especialidades ordenados por Provincia.
- D. 8 Resumen General de Rechaces de Formulas y Efectos ordenados por provincias.
- D. 9.1. Rechaces por comparación con Nomenclator. Especialidades por provincias.
- D.9.2. Rechaces por comparación con Nomenclator. Resto Especialidades por provincias.
- D. 10 Rechaces por comparación con Nomenclator. Formulas por provincias.
- D. 11 Resumen de validación en el ámbito general, por provincias de las diferencias de número de recetas y P.V.P entre el Parte Estadístico y el CD de facturación.

Dichos informes, en su soporte informático correspondiente, son enviados a cada Dirección Provincial para su tratamiento, junto con un informe dónde se recogen los rechaces, en número de recetas y P.V.P. de cada mes y el acumulado, que van teniendo a lo largo del año.

Tratamientos Dietoterápicos complejos y Nutrición Enteral Domiciliaria

Entre las modalidades de las prestaciones sanitarias especificadas en el Real Decreto 63/1995 se contemplan por una parte, los tratamientos dietoterápicos complejos, para trastornos metabólicos congénitos, incluidos entre las prestaciones complementarias, y por otra parte, la nutrición enteral domiciliaria recogida entre el contenido de la asistencia hospitalaria. Es decir que de acuerdo con la normativa antes citada los tratamientos dietoterápicos complejos y la nutrición enteral domiciliaria no se encuentran incluidos dentro de las prestaciones farmacéuticas que facilita el Sistema Nacional de Salud.

1. Tratamientos Dietoterápicos Complejos

Los tratamientos dietoterápicos complejos están regulados por la Orden de 30 de abril de 1977, a los efectos de esta norma, se consideran tratamientos dietoterápicos complejos aquellos que se llevan a cabo con alimentos dietéticos destinados a usos médicos especiales, para los usuarios del

Sistema Nacional de Salud que padezcan algunos de los trastornos metabólicos congénitos que se relacionan en un anexo de dicha Orden.

La indicación de estos tratamientos se realizará por médicos especialistas de unidades hospitalarias expresamente autorizadas para este fin, entre los productos inscritos en el Registro General Sanitario de Alimentos como «Alimentos Dietéticos destinados a Usos Médicos Especiales».

En cuanto al procedimiento para suministrar este tipo de productos a los usuarios del Sistema Nacional de Salud que los precisen, se indica que serán las Administraciones Sanitarias con competencia en la gestión de esta prestación quienes deberán proceder a su regulación.

En este sentido, se especifica que para la obtención de los dietoterápicos complejos no se utilizarán los modelos de receta médica regulados por la Orden de 23 de mayo de 1994, ni será de aplicación la aportación establecida para la prestación farmacéutica.

En tanto se procede a la regulación definitiva del acceso a esta prestación en el ámbito del INSALUD, la Presidencia Ejecutiva del INSALUD emitió con carácter transitorio una Resolución de fecha 19 de diciembre de 1997, en la que se dispone que este tipo de productos, a los que se refiere la Orden del 30 de abril de 1997, se facilitarán de acuerdo con el procedimiento establecido en la Circular 6/92 (12-8) del INSALUD, sin que los usuarios en el momento de acceder a estos productos dietoterápicos complejos tengan que realizar ningún tipo de aportación económica.

2. Nutrición Enteral Domiciliaria

La nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud está regulada por la Orden de 2 de junio de 1998, a efectos de la regulación que se hace en esta Orden, la nutrición enteral domiciliaria se define como “la administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda, con el fin de evitar o reconducir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio, entendiéndose por sondas tanto las nasoentéricas como las de ostomía”.

Asimismo, por fórmula enteral se entiende “aquellos productos constituidos por una mezcla de macro y micronutrientes, inscritos en el Registro Sanitario de Alimentos como «Alimentos para Usos Médicos Especiales».

La indicación de los tratamientos de nutrición enteral domiciliaria la realizarán facultativos especialistas adscritos a la unidad de nutrición de los hospitales o quien determine el INSALUD o Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Para que la nutrición enteral sea financiada por el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 63/1995 se precisa el cumplimiento de todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- No sea posible cubrir las necesidades nutricionales del paciente con alimentos de consumo ordinario.
- Se puede lograr mediante la nutrición enteral una mejora de calidad de vida del paciente, o una posible recuperación de un proceso que amenace su vida.
- La indicación se basa en criterios sanitarios y no sociales.
- Los beneficios de la nutrición enteral superan los riesgos.
- Se realiza una valoración periódica del tratamiento.
- El paciente se encuentra en una situación clínica que justifique la necesidad de la nutrición enteral, y que viene determinado en la citada norma.

La Presidencia Ejecutiva del INSALUD, en tanto se produce la regulación definitiva del acceso a esta prestación, y a fin de garantizar la equidad en el acceso a la nutrición enteral domiciliaria en el ámbito de gestión del INSALUD, emitió una Resolución de fecha 30 de Septiembre de 1998.

En la citada Resolución se dispone que los tratamientos de nutrición enteral domiciliaria se facilitarán igual que los tratamientos dietoterápicos complejos, de acuerdo con el procedimiento y requisitos previstos en la Circular 6/92 (12-8) del INSALUD.

El material fungible preciso para su administración, incluido en el Nomenclator de Efectos y Accesorios de la Seguridad Social se facilitará por receta. El resto de material se suministrará por los Hospitales o Centros de Salud.

El documento de prescripción a utilizar será la receta oficial con el estampillado de "Productos Dietoterápico Complejo. Sin aportación" o de "Nutrición Enteral Domiciliaria. Sin aportación", a realizar en el momento de la formalización del visado de Inspección de Servicios Sanitarios.

Para facilitar la gestión de esta prestación se envían a todas Las Direcciones Territoriales / provinciales y Gerencias de Atención Primaria las tablas contenidas en las bases de datos de los productos dietéticos susceptibles de financiación, y que están inscritos en el Registro Sanitario de Alimentos como «Alimentos para Usos Médicos Especiales».

La presente Resolución deroga el contenido del Anexo de la Circular 6/92 (12-8), del INSALUD, en lo referente a la inclusión transitoria en la prestación farmacéutica de los productos dietoterápicos, que hasta el momento se venían financiando y con aportación de 75 pesetas por envase.

Grabación de Recetas por CDM-FUCODA

En el vigente Concierto del INSALUD con las Oficinas de Farmacia de 17 de Noviembre de 1998, en la cláusula 6ª se contempla la grabación de los datos de las recetas por el INSALUD, si bien con anterioridad a la fecha de firma del Concierto, se convocó el Concurso Abierto 17/98 para la grabación de las recetas médicas facturadas al INSALUD por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

La Mesa de Contratación del referido concurso procedió a la adjudicación del mismo a la empresa Control de Datos Madrid, S.A. del grupo de empresas de la Fundación ONCE, y posteriormente, con fecha 22 de diciembre de 1998, la Dirección General de Presupuestos e Inversiones del INSALUD dicta una Resolución por la que procede a adjudicar la contratación del servicio de "grabación de datos identificativos de las recetas médicas facturadas al INSALUD por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos", a la empresa anteriormente citada, en los términos recogidos en la oferta económica, y con sujeción a los Pliegos de las Cláusulas Administrativas Particulares y de las Prescripciones Técnicas que rigieron el Concurso Abierto 17/98.

Indicar, que todo el procedimiento de adjudicación del Concurso de grabación de las recetas facturadas al INSALUD por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, ha estado presidido por dos ideas fundamentales y decisivas en la resolución del Concurso, como son, por un lado la seguridad en la conservación de las recetas, en todo lo que es la recogida, transporte, almacenamiento, manipulación, etc. por la empresa adjudicataria, y el mantenimiento del mismo orden de las recetas en las cajas, tal y como son presentadas y facturadas por los Colegios de Farmacéuticos, y por otro lado la confidencialidad de la información, en los términos más exigentes que establece la normativa al respecto.

La duración y vigencia del contrato se fija en un plazo de ejecución de 24 meses, contados a partir del día siguiente a la fecha de adjudicación del contrato, asimismo, se dispone que el contrato pueda ser modificado o prorrogado por mutuo acuerdo de las partes, antes de su finalización por razón de interés público, sin que la duración total del contrato, incluida la prórroga, pueda exceder de 4 años.

Otros Concursos Públicos

1. Tiras reactivas para la determinación de glucosa

El R. D. 63/1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de salud, no incluye las tiras reactivas para la determinación de glucosa en la prestación farmacéutica, por este motivo las tiras de glucosa no se contempla por primera vez en el vigente Concierto del INSALUD con las oficinas de farmacia.

En épocas anteriores las tiras reactivas para la determinación de glucosa se obtenían por los beneficiarios de la seguridad Social a través de las oficinas de farmacia, previa presentación de la correspondiente receta médica del S.N.S. con el visado de la Inspección de Servicios Sanitarios.

Como consecuencia de la firma del Concierto con las Oficinas de Farmacia de 1998, las tiras reactivas para la determinación de glucosa se suministran actualmente mediante entrega directa por los centros o servicios de la red sanitaria a los pacientes que los precisan, previa orden facultativa de prescripción.

En estos momentos las tiras para la determinación de glucosa se suministran directamente por los laboratorios que resultaron adjudicatarios del Concurso Público Abierto de determinación tipo DT 1/98, y de los procedimientos negociados que se resuelven en las Direcciones Provinciales.

2. Agujas para plumas y jeringas de insulina

Este tipo de productos se suministran mediante Concurso Público Abierto de adopción tipo A.T. 01/01, y tiene por objeto el suministro a los Centros dependientes del INSALUD de agujas desechables para plumas y jeringas de insulinas precargadas.

El examen de las especificaciones técnicas establecidas en el Pliego de Prescripciones Técnicas, y el informe correspondiente, fue realizado por un Grupo de Trabajo constituido al efecto, que contó con la participación de una representación del Area de Gestión de Farmacia.

3. Talonarios de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud

La fabricación y suministro de talonarios de recetas médicas oficiales del Sistema Nacional de Salud, se realiza mediante la convocatoria de los correspondientes Concursos Abiertos de suministro de talonarios de recetas. Estos Concursos se resuelven y adjudican por la Mesa de Contratación establecida al efecto, de la que forma parte el Area de Gestión de Farmacia, entre las diferentes ofertas presentadas por las empresas licitadoras.

Los Concursos para suministro de talonarios de recetas médicas, normalmente se convocan con una periodicidad anual, según las necesidades de abastecimiento del Almacén General, y en los mismos se incluyen, bien conjunta o separadamente, los diferentes modelos de recetas médicas oficiales:

- Recetas ordinarias: Modelos P.3, P.3/1 y P.3/6
- Recetas TLD: Modelos P.3 y P.3/1
- Recetas informatizadas DIN A4: Modelos P.3, P.3/1 y P.3/6

Actuaciones Normativas

- **Proyecto de nueva Circular de Visita Médica:** Con objeto de proceder a la actualización y adaptación de la actual Circular 7/1988 de 29 de junio, del INSALUD sobre regulación de la visita médica de los representantes de los laboratorios a las Instituciones Sanitarias Abiertas del INSALUD, a los objetivos que persigue la Ley del Medicamento, y el Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio, sobre la publicidad de medicamentos de uso humano, desde el Área de Gestión de Farmacia se han realizado y presentado diferentes propuestas de Circular de visita médica, sin que hasta el momento ninguna de ellas haya sido aprobada ni firmada.
- **Proyecto de Normativa sobre Ensayos Clínicos y estudios de Postcomercialización.** Con el fin de realizar un análisis de la situación y llevar un seguimiento más directo de los ensayos clínicos con medicamentos realizados en el ámbito de la atención primaria, en 1998 se creó un grupo de trabajo que elaboró un informe, entre cuyos objetivos básicos estaba el fomentar la realización de ensayos clínicos adecuados a los objetivos de cada gerencia y establecer pautas comunes de actuación en la selección de investigadores y en el modelo de contrato económico.

Posteriormente la Subdirección General de Atención Primaria continuó y amplió este trabajo a los estudios de postcomercialización, y en colaboración con la Subdirección General de Atención Especializada se desarrollaron unas "Instrucciones sobre los ensayos clínicos y estudios de postcomercialización", para su implantación en cada uno de los dos niveles asistenciales. La Subdirección General de Coordinación Administrativa le dio la estructura y redacción finales con la forma de Resolución Administrativa oficial de INSALUD.

Como requisitos más destacables de estas instrucciones se encuentran:

- La constitución de una Secretaría de ensayos clínicos y estudios de postcomercialización, con la finalidad de realizar un seguimiento y apoyo a las gerencias de atención primaria.
- La determinación del personal para efectuar investigación clínica. Cada gerencia confeccionaría una base de datos de facultativos interesados en colaborar en proyectos de investigación, con el fin de preservar el normal funcionamiento de los servicios y la ejecución de los programas de actividad asistencial.
- El asesoramiento de la Comisión de Uso Racional del Medicamentos del Área, para así valorar la oportunidad de realizar el ensayo clínico o estudio de

postcomercialización comprobando que no interfiere con el uso racional del medicamento, ni con la política farmacoterapéutica del área.

Análisis del consumo

La prestación farmacéutica a través de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, facilita a los usuarios del Sistema Sanitario Público las especialidades farmacéuticas, los efectos y accesorios, las fórmulas magistrales, los productos galénicos, así como otras prestaciones aunque sea de una manera provisional, como son los productos dietoterápicos y la nutrición enteral.

Los datos, a modo de resumen, que se muestran en este punto, facilitan desde el año 1994 la evolución de esta prestación farmacéutica, tanto en su aspecto cuantitativo, como cualitativo, comprendiendo la prescripción de los médicos de atención primaria y especializada.

En un primer apartado se relacionan diferentes datos del conjunto del INSALUD desde el año 1994 hasta el 2000. Los datos del año 2001 tienen un carácter provisional y sólo se pueden facilitar las cifras globales.

1. Evolución cuantitativa

a) Datos globales de INSALUD

- Población Protegida

La fuente para la obtención de esta población ha ido variando en estos años según las posibilidades de las fuentes de información disponibles. En el año 1994 se obtuvieron a través del Censo de 1991, para los años 1995 a 1997 se corrigió de acuerdo a la información de cada Dirección Provincial y ya para el año 1998 y siguientes los datos de población protegida se han calculado a través de Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria.

En 1994 el dato de población protegida total era de 15.195.941 personas, de las cuales un 24,70% correspondían a población pensionista. En el año 2001 las cifras de población utilizadas muestran un total de 15.063.230, con un 27% de población pensionista sobre el total (tabla III).

TABLA III - INSALUD. Población protegida para farmacia

AÑOS	TOTAL	ACTIVA	PENSIONISTA	% PENSION. S/TOTAL
1994	15.195.941	11.442.038	3.753.903	24,70
1995	15.235.669	11.469.646	3.766.023	24,72
1996	15.235.669	11.469.646	3.766.023	24,72
1997	15.235.669	11.469.646	3.766.023	24,72
1998	14.412.979	10.589.858	3.823.121	26,53
1999	14.660.553	10.731.205	3.929.348	26,80
2000	14.809.787	10.834.808	3.974.979	26,84
2001	15.063.230	10.995.501	4.067.729	27,00

Fuente de Datos: Año 1994 : Censo 1991

Años 1995, 1996 y 1997 : Censo 1991 corregido

Años 1998, 1999, 2000 y 2001 : Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria del INSALUD

- **Gasto Farmacéutico**

El gasto farmacéutico es el gasto abonado por el INSALUD a las oficinas de farmacia, correspondiente a la prestación obtenida a través de las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud en las que se ha descontado ya la parte de la aportación de los usuarios.

En este período, la evolución del gasto farmacéutico ha sido variable debido a la influencia de distintas medidas cuya finalidad ha sido su control y racionalización. Entre otras, desde julio de 1994 y en los años 1995 y 1996 se estableció mediante un Acuerdo entre el INSALUD y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, unos descuentos con las oficinas de farmacia en concepto de colaboración. También en los años 2000 y 2001, se incorporan las deducciones aplicadas según lo establecido en el Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Uso de los Medicamentos. Por este motivo, los datos del gasto farmacéutico global se presentan de dos formas, incorporando la colaboración y los descuentos y asimismo antes de efectuar estos descuentos. Los datos diferenciados por activos y pensionistas sólo se pueden facilitar con los datos sin estos descuentos.

Desde el año 1994 hasta el 2000 el gasto farmacéutico sin descuento debido a la población activa, aumenta un 50,44% y el correspondiente a la población pensionista un 78,86%. El incremento global sin descuentos en estos siete años es de un 71,32%,

pasando de una facturación de 233.194 millones de ptas. en el año 1994 a 399.502 millones de ptas. en el 2000 (Tabla IV).

Con los descuentos aplicados, este incremento es de un 72,88% (Tabla IV).

TABLA IV- - INSALUD. Gasto farmacéutico (millones de pts.)

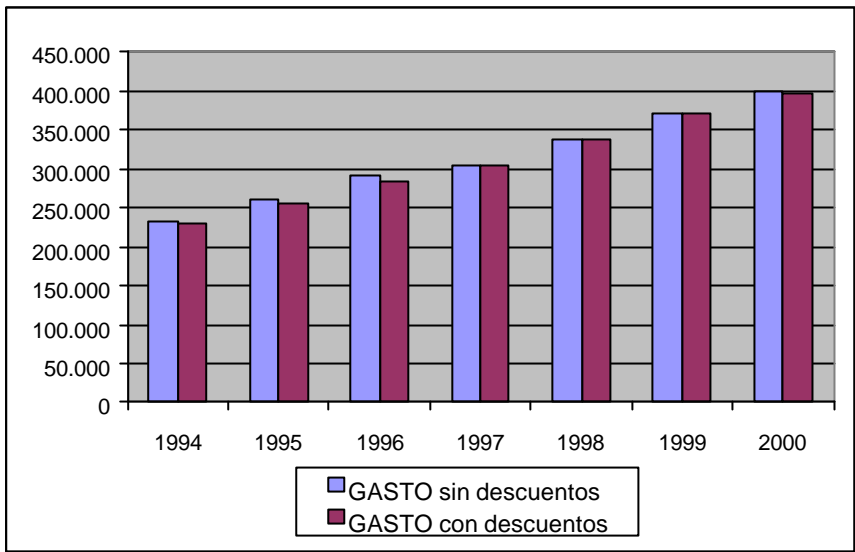
AÑOS	2. SIN COLABORACIÓN Y SIN DESCUENTOS				INCLUYENDO COLABORACIÓN Y DESCUENTOS
	TOTAL	ACTIVOS	PENSIONISTAS	% PENSION. S/TOTAL	GASTO TOTAL
1994	233.194	61.860	171.333	73,47	229.394 (*)
1995	261.568	67.637	193.931	74,14	256.465 (*)
1996	290.770	74.333	216.437	74,44	284.999 (*)
1997	304.222	77.204	227.018	74,62	304.222
1998	336.533	83.787	252.746	75,10	336.533
1999	370.219	89.562	280.657	75,81	370.219
2000	399.502	93.062	306.439	76,71	396.574 (**)
% D 2000/1994	71,32	50,44	78,86	----	72,88

(*) Incorporando el descuento que de las oficinas de farmacia efectuaron en concepto de colaboración

(**) Incorporando el descuento por aplicación del Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio.

Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación.

GRAFICO 1 - INSALUD. Comparación del gasto (millones de ptas.)



- Número de recetas

El número de recetas de que se han facturado en el ámbito del INSALUD en estos siete años ha aumentado un 21,51%, incrementándose en mayor proporción las recetas de pensionistas que las de activos, un 28,64% frente a un 8,41%.

Igualmente, año a año crece el porcentaje de recetas de pensionistas sobre el total, de un 64,77% en el año 1994, se pasa en el 2000 al 68,57%.

TABLA V - INSALUD. Número de recetas (miles)

AÑOS	TOTAL	ACTIVOS	PENSIONISTAS	% PENSION. S/TOTAL
1994	177.220	62.435	114.785	64,77
1995	188.065	65.428	122.637	65,21
1996	197.505	67.693	129.812	65,73
1997	200.434	67.503	132.932	66,32
1998	201.328	66.079	135.249	67,18
1999	206.002	66.126	139.875	67,90
2000	215.344	67.684	147.660	68,57

% D				
2000/1994	21,51	8,41	28,64	----

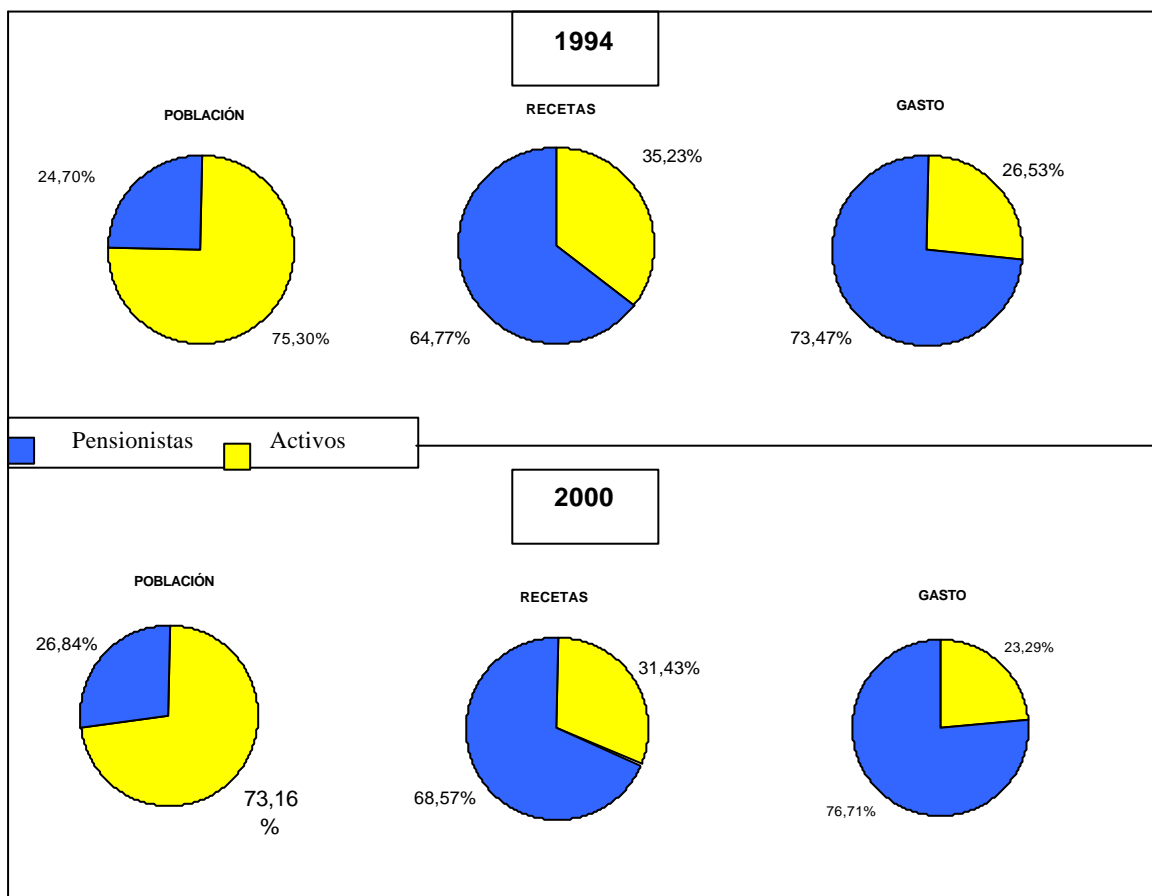
Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación.

- Comparación del gasto farmacéutico y de las recetas facturadas según población

En el gráfico 2 se representan los porcentajes de activos y pensionistas para el año 1994 y 2000. Así para el año 1994, la población pensionista (25% del total) factura el 65% de las recetas y el 73% del gasto farmacéutico.

Para el año 2000 estas cifras aumentan, la población pensionista ha pasado a ocupar el 27% del total, facturando un 69% de las recetas y un 77% del gasto farmacéutico.

GRAFICO 2 - INSALUD. Comparación gasto y recetas según población



- Importe farmacéutico

El importe farmacéutico se corresponde con el importe acumulado a precio de venta al público de todos los productos farmacéuticos que se han dispensado a través de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud. En el año 1994 era de 257.505 millones de ptas. y ha pasado a 431.368 millones en el año 2000, lo que ha supuesto un 67,52% de incremento.

TABLA VI - INSALUD. Importe farmacéutico (millones de pts.)

AÑOS	TOTAL	ACTIVOS	PENSIONISTAS	% PENSION. S/TOTAL
1994	257.505	86.172	171.333	66,54
1995	287.829	93.898	193.931	67,38
1996	318.759	102.322	216.437	67,90
1997	332.449	105.430	227.018	68,29
1998	365.821	113.075	252.746	69,09
1999	400.738	120.081	280.657	70,04
2000	431.368	124.928	306.439	71,04
% 2000/1994	67,52	44,98	78,86	----

Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación.

- Aportación de los Usuarios

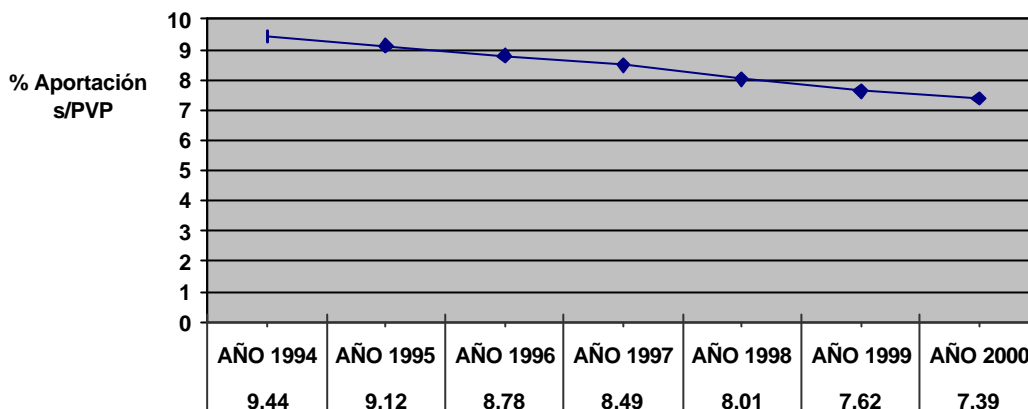
La aportación de los usuarios en el pago de los medicamentos y productos sanitarios es un dato que en términos absolutos aumenta anualmente, pero su peso sobre el total del importe farmacéutico va disminuyendo. Así, de un 9,44% en 1994 ha descendido a un 7,39% en el 2000.

TABLA VII - INSALUD. Aportación de los usuarios (millones de pts.)

AÑOS	APORTACIÓN	% APORTACIÓN S/PVP
1994	24.311	9,44
1995	26.261	9,12
1996	27.989	8,78
1997	28.227	8,49
1998	29.288	8,01
1999	30.519	7,62
2000	31.866	7,39
% 2000/1994	31,08	---

Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación

GRAFICO 3 - INSALUD. Aportación usuarios. período 1994-2000



- Gasto medio por receta

Es el coste medio de una receta para el Sistema Nacional de Salud, ya que no se tiene en cuenta la parte de aportación de los usuarios.

El gasto medio por receta sin incluir la colaboración y los descuentos ya mencionados en otros apartados anteriores, se ha incrementado un 40,99% en el período estudiado, pasando de 1.316 ptas. en 1994 a 1.855 ptas. en el año 2000.

El gasto medio por receta incluyendo la colaboración y los descuentos, evoluciona de 1.295 ptas. en el año 1994 a 1.842 ptas. en el año 2000, es decir, un 42,35% más.

TABLA VIII - INSALUD. Gasto medio por receta

AÑOS	CON EL GASTO SIN COLABORACIÓN Y SIN DESCUENTOS	CON EL GASTO INCLUYENDO COLABORACIÓN Y DESCUENTOS
	TOTAL	TOTAL
1994	1.316	1.294 (*)
1995	1.391	1.364 (*)
1996	1.472	1.443 (*)
1997	1.518	1.518
1998	1.672	1.672
1999	1.797	1.797
2000	1.855	1.842 (**)
% D 2000/1994	40,99	42,35

(*) Incorporando el descuento que de las oficinas de farmacia efectúan en concepto de colaboración

(**) Incorporando el descuento por aplicación del Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio.

Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación.

- Importe medio por receta

El importe medio total por receta ha tenido un incremento del 37,86%, pasando de 1.453 ptas. a 2.003 ptas. en el año 2000.

Un mayor porcentaje de variación lo tiene la receta de pensionistas, con el 39,04%, mientras que la de activos se incrementa el 33,73%.

El precio medio de la receta de pensionistas es siempre mayor que la de activos, así en el año 2000 ha sido de 2.075 ptas. frente a 1.846 ptas., respectivamente.

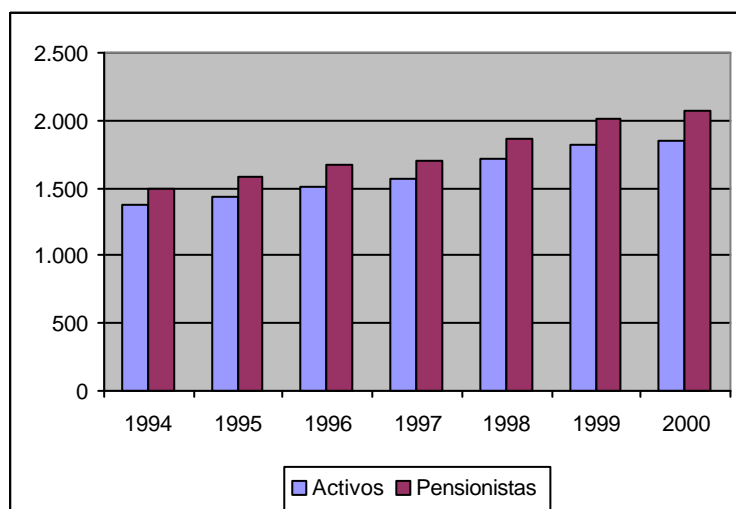
TABLA IX - INSALUD. Importe medio por receta

AÑOS	TOTAL	ACTIVOS	PENSIONISTAS
1994	1.453	1.380	1.493
1995	1.530	1.435	1.581
1996	1.614	1.512	1.667
1997	1.659	1.562	1.708
1998	1.817	1.711	1.869
1999	1.945	1.816	2.006
2000	2.003	1.846	2.075

% D 2000/1994	37,86	33,73	39,04
----------------------	-------	-------	-------

Fuente de Datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación.

GRAFICO 4 - INSALUD. Importe medio por receta



- Gasto por persona protegida

Para el cálculo de este gasto por persona protegida se ha tenido en cuenta el gasto farmacéutico sin descontar la colaboración de los años 1994, 1995 y 1996, así como sin los descuentos del año 2000 por aplicación del Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio.

El gasto por persona protegida total en el ámbito del INSALUD ha pasado del año 1994 de 15.346 ptas. a 26.976 ptas. en el año 2000, con un incremento del 75,78%. Este gasto diferenciado entre la población activa y pensionista es respectivamente de 8.589 ptas. y 77.092 ptas. para el año 2000.

La relación entre el gasto por pensionista y por activo es en el año 2000 de 8,98, es decir, un pensionista gasta 8,98 veces más que un activo.

TABLA X - INSALUD. Gasto por persona protegida

AÑOS	GASTO POR PERSONA PROTEGIDA (*)			G.P.A.
	TOTAL	ACTIVO	PENSIONISTA	
1994	15.346	5.406	45.641	8,44
1995	17.168	5.897	51.495	8,73
1996	19.085	6.481	57.471	8,87
1997	19.968	6.731	60.281	8,96
1998	23.349	7.912	66.110	8,36
1999	25.253	8.346	71.426	8,56
2000	26.976	8.589	77.092	8,98

% D				
2000/1994	75,78	58,87	68,91	

(*) Gasto sin tener en cuenta la colaboración y las deducciones

$$\text{G.P.A.} = \frac{\text{Gasto por persona protegida pensionista}}{\text{Gasto por persona protegida activa}}$$

Fuente de datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación

(1) Población 1994: Censo 1991

(2) Población 2000: Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria del INSALUD

- Recetas por persona protegida

Las recetas por persona protegida se han incrementado en los siete años analizados en un 24,68%.

Las recetas que ha utilizado cada persona protegida activa en el año 1994 han sido 5,46, mientras que en el año 2000 han aumentado a 6,25. El número de recetas facturadas por cada pensionista es mucho más elevado, 30,58 recetas en el año 1994 y 37,15 en el 2000. Esto ha supuesto unos incrementos en el número de recetas por cada persona protegida activa y pensionista de un 14,48% y 21,49%, respectivamente en estos siete años analizados.

La relación de recetas entre pensionistas y activos es en el año 2000 de 5,95, lo que significa que un pensionista utiliza 5,95 recetas más que un activo.

TABLA XI - INSALUD. Recetas por persona protegida

AÑOS	Nº DE RECETAS POR PERSONA PROTEGIDA			R.P.A.
	TOTAL	ACTIVO	PENSIONISTA	
1994	11,66	5,46	30,58	5,60
1995	12,34	5,70	32,56	5,71
1996	12,96	5,90	34,47	5,84
1997	13,16	5,89	35,30	6,00
1998	13,97	6,24	35,38	5,67
1999	14,05	6,16	35,60	5,78
2000	14,54	6,25	37,15	5,95

% D				
2000/1994	24,68	14,48	21,49	

$$\text{R.P.A.} = \frac{\text{Recetas por persona protegida pensionista}}{\text{Recetas por persona protegida activa}}$$

Fuente de datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación

(1) Población 1994: Censo 1991

(2) Población 2000: Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria del INSALUD

b) Datos de INSALUD por Provincias y Comunidades Autónomas

Con el fin de poder realizar un análisis más detallado para las provincias y comunidades autónomas dentro del ámbito del INSALUD, se realiza una comparación con los datos de los

años 1994 y 2000 para la población protegida y para los indicadores de gasto y recetas por persona protegida.

- Población protegida

TABLA XII - CC.AA. INSALUD. Población protegida

	AÑO 1994	AÑO 2000
HUESCA	206.183	191.482
TERUEL	142.373	131.340
ZARAGOZA	831.187	816.968
ARAGÓN	1.179.743	1.139.790
ASTURIAS	1.093.141	1.046.405
BALEARES	725.833	772.629
CANTABRIA	533.888	509.146
ALBACETE	342.787	350.707
CIUDAD REAL	471.007	466.149
CUENCA	200.621	189.807
GUADALAJARA	150.660	152.713
TOLEDO	492.599	500.112
CASTILLA LA MANCHA	1.657.674	1.659.488
AVILA	177.006	154.699
BURGOS	350.875	332.349
LEÓN	524.852	480.905
PALENCIA	186.208	170.432
SALAMANCA	358.408	333.905
SEGOVIA	143.660	129.978
SORIA	95.639	86.837
VALLADOLID	499.346	486.972
ZAMORA	210.435	189.397
CASTILLA Y LEÓN	2.546.429	2.365.474
BADAJOS	648.385	628.903
CÁCERES	409.303	391.554
EXTREMADURA	1.057.688	1.020.457
LA RIOJA	263.434	258.851
MADRID	4.961.821	4.847.839
MURCIA	1.047.151	1.084.286
CEUTA	67.615	54.771
MELILLA	61.524	50.651
INSALUD	15.195.941	14.809.787

Fuente de Datos: Año 1994: Censo 1991

Año 2000: Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria

- Gasto por persona protegida

En la tabla XIII se detalla por provincias y comunidades autónomas el gasto farmacéutico, así como el gasto por persona protegida de los años 1994 y 2000, indicándose el porcentaje de incremento.

En relación con el gasto por persona protegida, Ceuta, Ávila, Burgos y Zamora son las provincias que tienen los mayores incrementos, 113,19%, 103%, 96,41% y 93,78% respectivamente. Valladolid, Ciudad Real y Badajoz tienen los porcentajes de variación más bajos, 62,44%, 66,13% y 69,81% respectivamente.

TABLA XIII - CC.AA. INSALUD. Gasto y gasto por persona protegida

	GASTO (expresado en millones)		GASTO POR PERSONA PROTEGIDA		
	AÑO 1994 (*)	AÑO 2000 (**)	AÑO 1994	AÑO 2000	% Δ 00/94
HUESCA	3.326	5.896	16.132	30.794	90,89
TERUEL	2.593	4.352	18.210	33.134	81,96
ZARAGOZA	14.123	24.743	16.992	30.286	78,24
ARAGÓN	20.042	34.991	16.988	30.700	80,71
ASTURIAS	17.891	32.354	16.367	30.920	88,92
BALEARES	9.996	18.112	13.771	23.442	70,22
CANTABRIA	8.151	13.945	15.267	27.390	79,40
ALBACETE	5.886	10.497	17.172	29.931	74,30
CIUDAD REAL	8.624	14.179	18.310	30.418	66,13
CUENCA	3.386	6.064	16.875	31.950	89,33
GUADALAJARA	2.371	4.564	15.735	29.885	89,92
TOLEDO	8.819	15.457	17.902	30.906	72,64
CASTILLA LA MANCHA	29.085	50.761	17.546	30.588	74,34
AVILA	2.826	5.014	15.966	32.412	103,00
BURGOS	4.778	8.889	13.617	26.744	96,41
LEÓN	8.103	14.208	15.439	29.545	91,36
PALENCIA	2.428	4.086	13.037	23.977	83,92
SALAMANCA	5.315	9.493	14.829	28.429	91,71
SEGOVIA	2.135	3.708	14.861	28.527	91,96
SORIA	1.455	2.476	15.215	28.518	87,43
VALLADOLID	7.117	11.274	14.252	23.152	62,44
ZAMORA	3.236	5.643	15.376	29.794	93,78
CASTILLA Y LEÓN	37.392	64.792	14.684	27.391	86,53
BADAJOS	11.795	19.427	18.191	30.891	69,81
CACERES	6.671	11.547	16.298	29.491	80,95
EXTREMADURA	18.466	30.975	17.459	30.354	73,86
LA RIOJA	4.222	7.355	16.026	28.412	77,29
MADRID	65.369	108.717	13.174	22.426	70,22
MURCIA	17.497	32.464	16.709	29.941	79,18
CEUTA	704	1.216	10.410	22.194	113,19
MELILLA	579	893	9.418	17.630	87,19
INSALUD	229.394	396.574	15.096	26.778	77,39

(*) Incorporando el descuento que de las oficinas de farmacia efectúan en concepto de colaboración

(**) Incorporando el descuento por aplicación del Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio.

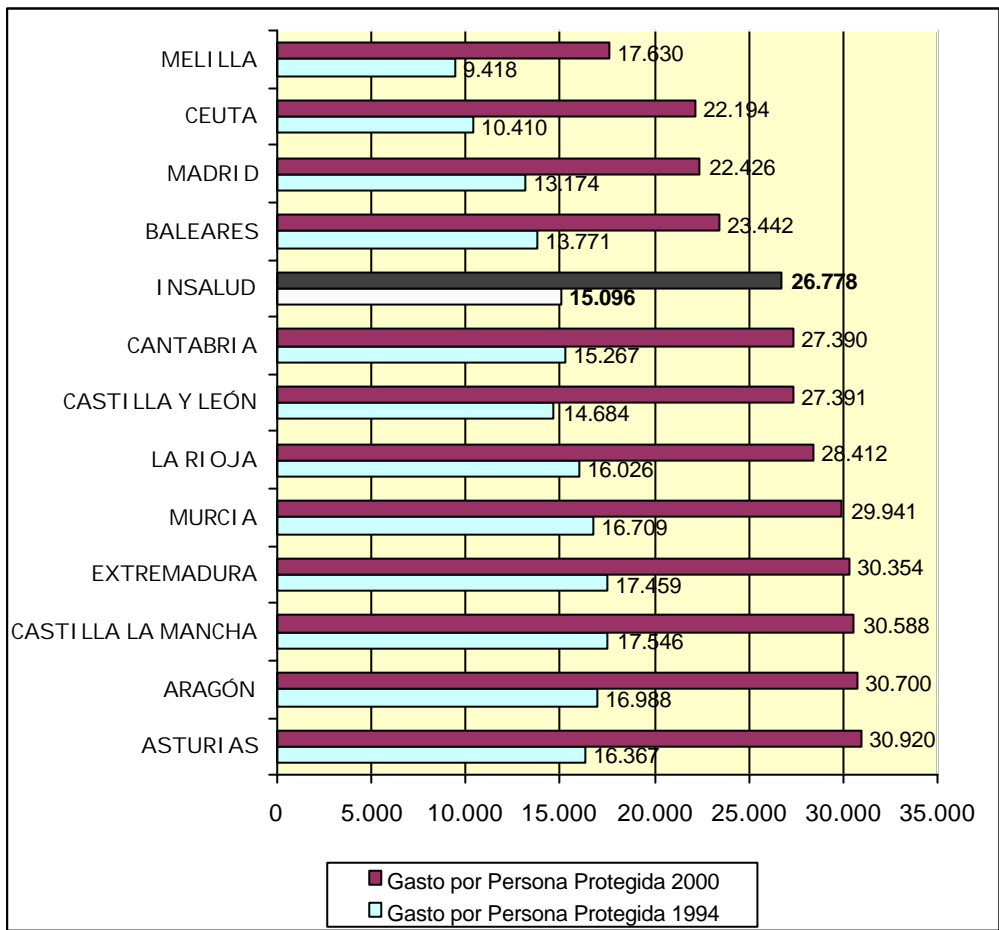
Fuente de datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación

(1) Población 1994: Censo 1991

(2) Población 2000: Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria

En el gráfico 5 se representa por comunidades autónomas el gasto por persona protegida. Por encima del dato del INSALUD que en el año 2000 es de 27.000 ptas., se encuentran 8 comunidades autónomas, siendo Asturias y Aragón con 30.920 y 30.700 ptas. las que tienen el gasto más elevado.

GRAFICO 5 - CC.AA. INSALUD. Gasto por persona protegida 1994-2000



- **Recetas por persona protegida**

En relación a las recetas, en la tabla XIV se detallan para el año 1994 y 2000, el número de recetas facturadas, así como el número de recetas por persona protegida en estos ejercicios, y su porcentaje de incremento. Ceuta, Ávila, elilla y Soria son las provincias que más aumentan el número de recetas por persona protegida, con un 52,16%, 38,94%, 36,28% y 33,51%. Baleares, Ciudad Real y Badajoz las tienen menor variación, 14,14%, 15,38% y 16,88%.

TABLA XIV - CC.AA. INSALUD. Recetas y recetas por persona protegida

	RECETAS (expresado en miles)			RECETAS POR PERSONA PROTEGIDA		
	AÑO 1994	AÑO 2000	% Δ 00/94	AÑO 1994	AÑO 2000	% Δ 00/94
HUESCA	2.546	3.024	18,74	12,35	15,79	27,85
	1.888	2.259	19,68	13,26	17,20	29,73
ZARAGOZA	10.487	13.020	24,15	12,62	15,94	26,31
ARAGÓN	14.921	18.303	22,66	12,65	16,06	26,96
ASTURIAS	12.871	16.309	26,72	11,77	15,59	32,38
BALEARES	8.056	9.788	21,50	11,10	12,67	14,14
CANTABRIA	6.298	7.560	20,04	11,80	14,85	25,87
ALBACETE	4.604	5.676	23,30	13,43	16,19	20,51
CIUDAD REAL	7.005	7.999	14,19	14,87	17,16	15,38
CUENCA	2.730	3.371	23,51	13,61	17,76	30,55
GUADALAJARA	1.807	2.356	30,42	11,99	15,43	28,66
TOLEDO	6.971	8.491	21,80	14,15	16,98	19,97
CASTILLA LA MANCHA	23.117	27.894	20,67	13,95	16,81	20,54
AVILA	2.269	2.756	21,43	12,82	17,81	38,94
BURGOS	3.586	4.474	24,78	10,22	13,46	31,74
LEÓN	6.105	7.177	17,55	11,63	14,92	28,30
PALENCIA	1.935	2.243	15,92	10,39	13,16	26,65
SALAMANCA	4.199	5.040	20,04	11,72	15,09	28,84
SEGOVIA	1.727	2.074	20,13	12,02	15,96	32,77
SORIA	1.112	1.348	21,22	11,62	15,52	33,51
VALLADOLID	5.417	6.224	14,91	10,85	12,78	17,83
ZAMORA	2.578	2.918	13,18	12,25	15,41	25,76
CASTILLA Y LEÓN	28.927	34.254	18,42	11,36	14,48	27,47
BADAJOS	9.583	10.864	13,36	14,78	17,27	16,88
CÁCERES	5.373	6.152	14,51	13,13	15,71	19,70
EXTREMADURA	14.956	17.016	13,78	14,14	16,67	17,93
LA RIOJA	3.261	3.895	19,47	12,38	15,05	21,58
MADRID	49.906	61.377	22,99	10,06	12,66	25,88
MURCIA	13.806	17.649	27,83	13,18	16,28	23,45
CEUTA	567	699	23,25	8,39	12,76	52,16
MELILLA	535	600	12,20	8,70	11,85	36,28
INSALUD	177.220	215.344	21,51	11,66	14,54	24,68

Fuente de datos: INSALUD Partes estadísticas de facturación

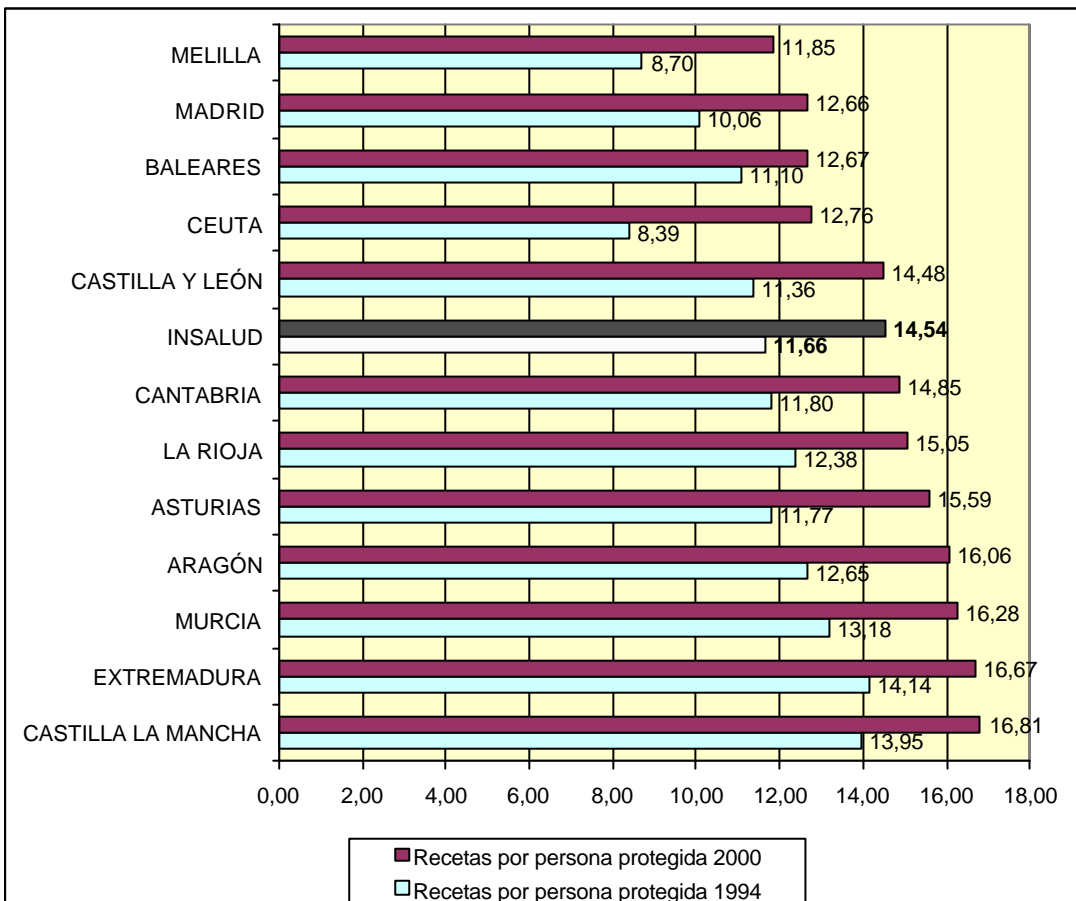
(1) Población 1994: Censo 1991

(2) Población 2000: Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria

En el gráfico 6, se relacionan las recetas por cada persona protegida en estos dos años. La media del INSALUD con 11,66 recetas en 1994 asciende a 14,54 en el año 2000.

Son siete las comunidades autónomas con mayor número de recetas por persona protegida que la media del INSALUD. Castilla-La Mancha y Extremadura son las que tienen los mayores valores en los dos años analizados.

GRAFICO 6 - CC.AA. INSALUD. Recetas por persona protegida 1994-2000 11



c) Comparación INSALUD con el resto del Sistema Nacional de Salud

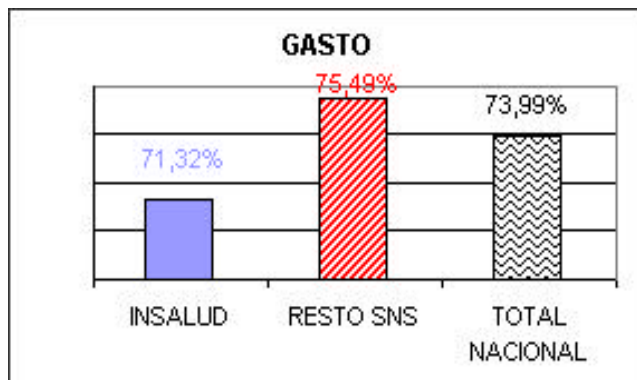
En la comparación de los datos del INSALUD con el resto del Sistema Nacional de Salud, así como con el total nacional, se facilitan una serie de datos cuantitativos globales del año 1994 y del 2000. No se puede realizar una comparación con indicadores por población protegida, ya que no se dispone de datos de población del resto del Sistema Nacional de Salud.

- Gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico en el conjunto del Sistema Nacional de Salud ha crecido en estos siete años un 73,99%, situándose en el año 2000 en 1.129.191 millones de pesetas. El

INSALUD con un gasto de 399.502 millones de pesetas (el 35% del total nacional), se incrementa en un 71,32% y el resto del Sistema Nacional de Salud crece un 75,49%.

GASTO (millones de ptas.)			
	1994	2000	Δ 00/94
INSALUD	233.194	399.502	71,32%
RESTO SNS	415.794	729.689	75,49%
TOTAL NACIONAL	648.988	1.129.191	73,99%

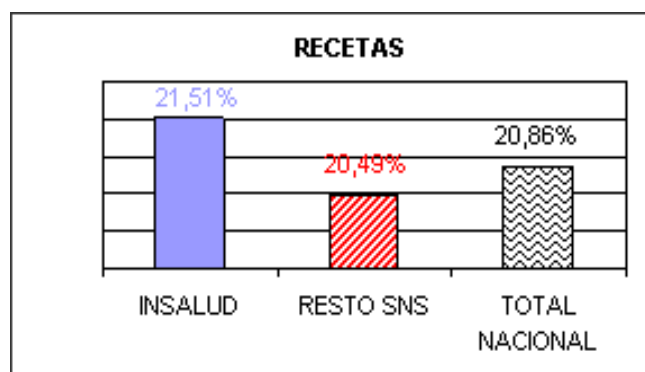


- Número de recetas

El número de recetas en el periodo comprendido entre el año 2000 y 1994 ha crecido, aunque un ritmo más contenido que el gasto.

En el total nacional se facturaron en el año 2000 597 millones de recetas, con un incremento sobre los 494 millones de 1994 del 20,86%. El INSALUD creció un 21,51% y el resto del Sistema Nacional de Salud un 20,49%.

RECETAS (miles)			
	1994	2000	Δ 00/94
INSALUD	177.220	215.344	21,51%
RESTO SNS	316.597	381.463	20,49%
TOTAL NACIONAL	493.817	596.807	20,86%

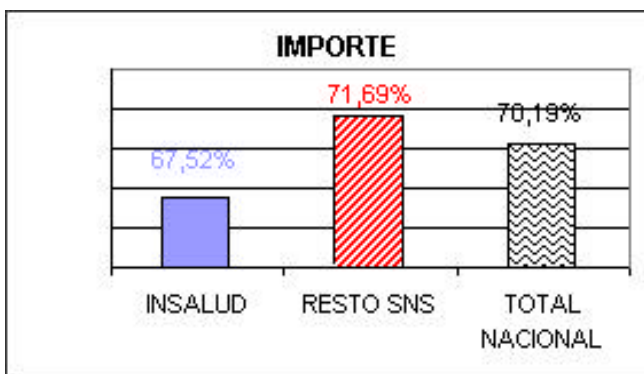


- Importe farmacéutico

El importe farmacéutico en el conjunto nacional ha pasado de 714.396 millones de pesetas en el año 1994 a 1.215.807 en el año 2000, con un incremento del 70,19%. El

INSALUD tiene un porcentaje de crecimiento cuatro puntos menor que el resto del Sistema Nacional de Salud, 67,52% frente a 71,69%.

IMPORTE (millones de ptas.)			
	1994	2000	D 00/94
INSALUD	257.505	431.368	67,52%
RESTO SNS	456.891	784.439	71,69%
TOTAL NACIONAL	714.396	1.215.807	70,19%

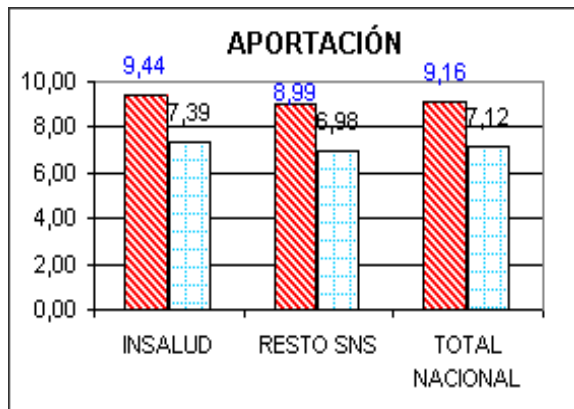


- Importe usuarios

La aportación de los usuarios ha aumentado en términos absolutos en estos siete años. Sin embargo, la proporción de esta aportación sobre el importe a PVP de la prestación farmacéutica ha ido disminuyendo.

Así en el total nacional de un porcentaje de aportación del 9,16% en 1994 se ha pasado en el año 2000 a un 7,12%, esto es extensivo en proporciones similares, tanto para el INSALUD, como para el resto del Sistema Nacional de Salud.

APORTACIÓN USUARIOS (millones de ptas.)				
	1994		2000	
	Aportación	% s/PVP	Aportación	% s/PVP
INSALUD	24.311	9,44	31.866	7,39
RESTO SNS	41.097	8,99	54.750	6,98
TOTAL NACIONAL	65.408	9,16	86.616	7,12

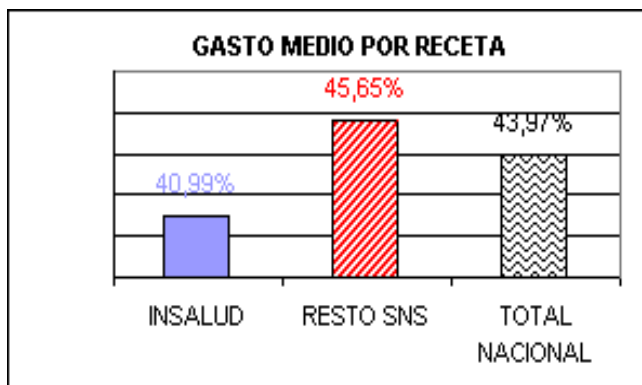


- Gasto medio por receta

El gasto medio por receta en el conjunto del Sistema Nacional de Salud ha crecido un 43,97%, pasando de 1.314 pesetas a 1.892 pesetas.

En el resto del Sistema Nacional de Salud este crecimiento ha sido de una 45,65% con un gasto medio por receta en el año 2000 de 1.913 pesetas. En el INSALUD este porcentaje de incremento se sitúa en un 40,99%.

GASTO MEDIO POR RECETA			
	1994	2000	Δ 00/94
INSALUD	1.316	1.855	40,99%
RESTO SNS	1.313	1.913	45,65%
TOTAL NACIONAL	1.314	1.892	43,97%



2. Evolución cualitativa

- Consumo por Subgrupos terapéuticos

En la tabla del consumo de subgrupos terapéuticos por envases se relacionan los 10 subgrupos terapéuticos más consumidos en el INSALUD en los años 1994 al 2000.

Un primer análisis nos muestra diferencias evidentes en 1994 y en 2000 en los tipos de medicamentos más consumidos, aunque el patrón de patologías para las que se utilizan es similar. Es decir, se ha producido un desplazamiento de unos grupos por otros para las mismas indicaciones, o bien, simplemente se ha alterado el orden de consumo de algunos de ellos. Así, por ejemplo, se observa como antiácidos solos (A02A1) y antagonistas H₂ han sido desplazados por otros antiulcerosos (A02B2, entre los que se encuentra el omeprazol principalmente). Del mismo modo, las penicilinas de amplio espectro (J01C3) se han sustituido por las asociaciones de antibióticos con otras sustancias (amoxicilina + ácido clavulánico, grupo J01K2).

En cuanto a los cambios de posición de estos subgrupos es destacable la desaparición de los vasodilatadores periféricos (C04A) y expectorantes (R05C2) de los diez primeros puestos, lo que se asocia con la mejora de la calidad en la prescripción de estos medicamentos, que no tienen demostrada su eficacia, en consecuencia con la política activa del INSALUD de recomendar la no prescripción de medicamentos de

utilidad terapéutica baja (UTB). También cabe destacar el fuerte ascenso de IECA (C02E), broncodilatadores por inhalación (R03A1), hipolipemiantes (R04A) y otros antidepressivos (N06A3). Por lo demás, analgésicos no narcóticos (N02B), tranquilizantes (N05B) y AINE (M01A1) se han mantenido en los tres primeros lugares a lo largo de estos siete años.

I N S A L U D

10 SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS MÁS CONSUMIDOS EN ENVASES

Orden	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000
1	N02B	N02B	N02B	N02B	N02B	N02B	N02B
	12.837.405	14.691.510	15.956.240	16.696.069	18.038.772	20.435.662	20.244.795
2	M01A1	N05B	N05B	N05B	N05B	N05B	N05B
	8.498.226	8.863.057	9.453.058	10.074.919	10.697.155	11.322.393	12.068.391
3	N05B	M01A1	M01A1	M01A1	M01A1	M01A1	M01A1
	8.293.414	8.726.394	9.224.432	9.832.383	10.382.393	11.163.388	12.041.751
4	C04A	C04A	C02E	C02E	C02E	C02E	C02E
	7.240.108	5.879.566	5.842.072	6.313.258	6.906.219	7.807.389	8.751.996
5	J01C3	J01C3	C01D2	C01D2	R03A1	R03A1	R03A1
	5.135.113	5.352.923	5.324.999	5.448.619	5.943.381	6.478.009	6.917.528
6	A02A1	C02E	C04A	R03A1	C01D2	C01D2	B04A
	4.882.624	5.265.273	5.252.143	5.378.472	5.464.321	5.538.820	5.836.039
7	C02E	R05C2	R05C2	R05C2	J01K2	B04A	C01D2
	4.840.911	5.001.604	5.230.798	4.967.800	4.982.541	5.045.767	5.577.289
8	R05C2	A02A1	J01C3	J01C3	J01C3	J01K2	A02B2
	4.834.012	4.995.781	5.223.365	4.944.680	4.747.317	4.988.440	5.121.624
9	C01D2	C01D2	A02A1	A02B1	A02B1	J01C3	J01K2
	4.542.918	4.942.472	5.119.899	4.944.537	4.655.264	4.724.421	4.799.906
10	A02B1	A02B1	R03A1	J01K2	A02A1	A02A1	N06A3
	4.392.395	4.605.132	4.987.490	4.902.882	4.511.565	4.244.132	4.508.236

Esta misma clasificación, pero en importe a PVP, se recoge en la tabla siguiente. Aquí la posible relación consumo-morbilidad se ve afectada por el precio por envase de los medicamentos. Esto explica que el perfil de consumo en importe haya cambiado mucho menos que el de envases: hasta ocho subgrupos se mantienen, aunque en diferentes posiciones. Destaca la irrupción de otros antidepresivos (N06A) y neurolépticos (N05A), así como el fuerte ascenso de hipolipemiantes (B04A), broncodilatadores por inhalación (R03A1) y otros antiulcerosos (A02B2).

I N S A L U D

10 SUBGRUPOS TERAPÉUTICOS MÁS CONSUMIDOS EN IMPORTE

Orden	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000
1	C02E	C02E	C02E	C02E	C02E	C02E	C02E
	15.698.706	17.175.732	19.049.733	19.857.448	21.844.958	25.155.263	27.754.017
2	C04A	C01D2	C01D2	C01D2	B04A	B04A	B04A
	12.279.688	13.810.336	15.657.492	16.156.773	17.291.696	22.381.928	25.648.174
3	C01D2	C04A	A02B2	A02B2	R03A1	N06A3	N06A3
	11.876.788	11.360.866	12.621.824	13.712.396	16.743.158	19.960.706	23.328.647
4	A02B1	A02B1	R03A1	R03A1	C01D2	R03A1	R03A1
	10.705.960	11.313.691	12.095.298	13.451.801	16.568.650	19.556.086	22.379.351
5	M01A1	B04A	A02B1	B04A	N06A3	A02B2	A02B2
	9.914.079	10.623.054	11.913.425	12.759.734	16.202.366	18.733.828	22.145.810
6	B04A	M01A1	B04A	N06A3	A02B2	C01D2	M01A1
	9.549.664	10.390.553	11.567.305	12.714.087	15.991.857	16.956.798	17.227.808
7	R03A1	A02B2	M01A1	M01A1	M01A1	M01A1	C01D2
	8.139.201	9.588.223	11.096.018	11.803.702	12.326.823	13.210.937	16.901.675
8	A02B2	R03A1	C04A	A02B1	L02A	L02A	L02A
	7.632.026	9.550.513	10.964.884	11.233.492	11.422.761	12.503.918	12.165.665
9	J01D	J01D	N06A3	L02A	A02B1	A02B1	N05A
	6.896.990	7.674.334	9.898.814	10.015.994	11.224.118	11.063.913	11.196.709
10	L02A	L02A	L02A	C04A	C04A	N05A	A02B1
	6.406.129	7.578.286	8.898.628	9.742.567	8.922.111	9.717.503	10.133.027

Por último, merece la pena resaltar que, en 1994, cinco subgrupos aparecían en las dos listas (envases e importe), mientras que en 2000, son siete los subgrupos comunes a ambas listas, lo que indica un reforzamiento de la estrategia de los fabricantes de introducir nuevos productos (más caros, por consiguiente) dentro de los grupos más consumidos.

- Consumo por principios activos monofármacos

El consumo en envases de los principios activos monofármacos no presenta cambios sustanciales entre 1994 y 2000. Entre los 10 primeros en el año 2000, siete ya estaban en 1994 y en otros dos casos han sustituido a un producto de similares indicaciones (enalapril por captopril y lorazepam por bromazepam). En cuanto a la ordenación es reseñable el imparable ascenso del ácido acetil-salicílico y del omeprazol, habiendo éste último desplazando a la ranitidina y el almagato como principales agentes gástricos.

I N S A L U D

10 PRINCIPIOS ACTIVOS MONOFÁRMACOS MÁS CONSUMIDOS EN ENVASES

Orden	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000
1	PARACETAMOL	PARACETAMOL	PARACETAMOL	PARACETAMOL	PARACETAMOL	PARACETAMOL	PARACETAMOL
	4.846.164	5.838.022	6.362.049	6.717.626	7.575.299	9.142.856	9.609.737
2	AMOXICILINA	AMOXICILINA	AMOXICILINA	AMOXICILINA	AMOXICILINA	AMOXICILINA	A. ACETILSALI.
	4.663.197	4.973.183	4.878.949	4.657.446	4.505.635	4.502.466	4.321.846
3	ALMAGATO	ALMAGATO	ALMAGATO	ALMAGATO	A. ACETILSALI.	A. ACETILSALI.	AMOXICILINA
	3.487.501	3.776.703	3.901.662	3.798.765	722.058	3.970.436	3.974.924
4	DICLOFENACO	RANITIDINA	RANITIDINA	RANITIDINA	ALMAGATO	ALMAGATO	OMEPRAZOL
	3.175.437	3.454.940	3.704.142	3.683.758	3.601.224	3.436.106	3.916.826
5	RANITIDINA	DICLOFENACO	DICLOFENACO	A. ACETILSALI.	RANITIDINA	DICLOFENACO	DICLOFENACO
	3.163.861	3.226.545	3.192.379	3.342.716	3.540.622	3.426.545	3.389.775
6	A. ACETILSALI.	A. ACETILSALI	A. ACETILSALI	DICLOFENACO	DICLOFENACO	RANITIDINA	METAMIZOL
	2.289.407	2.653.148	3.006.020	3.168.908	3.258.522	3.207.550	3.375.812
7	METAMIZOL	METAMIZOL	METAMIZOL	METAMIZOL	METAMIZOL	OMEPRAZOL	ALMAGATO
	1.885.501	2.124.419	2.386.624	2.551.081	2.758.142	3.192.375	3.237.062
8	BROMAZEPAM	BROMAZEPAM	BROMAZEPAM	BROMAZEPAM	OMEPRAZOL	METAMIZOL	RANITIDINA
	1.876.287	2.122.240	2.333.839	2.473.093	2.623.045	3.087.422	3.163.173
9	CAPTOPRIL	ENALAPRIL	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	BROMAZEPAM	ENALAPRIL	ENALAPRIL
	1.854.287	1.892.497	2.288.670	2.373.426	2.615.952	2.777.790	3.091.382
10	INSULINA ISOF	CAPTOPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	BROMAZEPAM	LORAZEPAN
	1.833.250	1.890.921	2.122.413	2.355.170	2.574.612	2.763.376	2.990.991

En cuanto al consumo en importe se han producido cambios mayores, lo que es lógico, pues el consumo en importe es más sensible a la entrada en el mercado de nuevos medicamentos, siempre más caros que los existentes. Así, en 2000 aparecen cinco principios activos que en 1994 no estaban en esta lista: paroxetina, fluoxetina, atorvastatina, simvastatina y amlodipino. Todos ellos son productos introducidos en la década de los noventa. Es asimismo destacable el enorme ascenso de las ventas de omeprazol y, en menor medida, de paroxetina, atorvastatina y simvastatina.

Por último merece la pena mencionar que tan solo tres productos (omeprazol, ranitidina y enalapril) aparecen en ambas listas.

I N S A L U D

10 PRINCIPIOS ACTIVOS MONOFÁRMACOS MÁS CONSUMIDOS DE IMPORTE

Orden	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996	AÑO 1997	AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000
1	RANITIDINA	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL
	8.070.897.131	8.997.684.189	11.054.350.560	11.594.510.583	12.962.224.130	14.499.798.238	16.675.483.371
2	OMEPRAZOL	RANITIDINA	RANITIDINA	RANITIDINA	RANITIDINA	RANITIDINA	ENALAPRIL
	6.936.480.207	8.842.060.948	9.428.707.690	8.565.371.507	8.624.537.211	8.816.810.670	8.366.176.059
3	CAPTOPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	ENALAPRIL	RANITIDINA
	5.703.200.816	6.257.522.958	6.937.354.515	7.271.006.656	7.701.804.593	8.019.855.175	8.156.268.410
4	ENALAPRIL	CAPTOPRIL	CAPTOPRIL	BUDESONIDA	BUDESONIDA	PAROXETINA	PAROXETINA
	5.608.154.480	5.833.859.108	5.834.316.657	5.741.372.728	5.940.296.708	6.444.948.917	7.346.456.331
5	CALCITONINA	DILTIAZEM	BUDESONIDA	CAPTOPRIL	FLUOXETINA	BUDESONIDA	ATORVASTATINA
	4.347.974.200	4.539.302.879	5.467.664.888	5.442.303.884	5.499.249.232	6.112.414.761	7.148.854.817
6	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINO	DILTIAZEM	DILTIAZEM	DILTIAZEM	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA
	4.321.844.577	4.469.971.414	5.117.051.228	5.257.048.194	5.352.549.147	5.738.927.588	6.416.032.805
7	DILTIAZEM	BUDESONIDA	FLUOXETINA	FLUOXETINA	SALMETEROL	ATORVASTATINA	BUDESONIDA
	3.837.842.055	4.323.360.227	4.759.420.079	5.150.550.103	5.030.637.739	5.727.074.274	6.005.920.808
8	BUDESONIDA	CALCITONINA	CIPROFLOXACINO	NITROGLICERINA	PAROXETINA	FLUOXETINA	FLUOXETINA
	3.608.151.215	4.011.831.701	4.531.083.147	4.299.020.272	4.999.454.354	5.628.070.727	5.484.984.391
9	SOMATOTROPINA	FLUOXETINA	NIMODIPINO	CIPROFLOXACINO	CAPTOPRIL	SALMETEROL	AMLODIPINO
	3.335.180.976	3.999.392.341	4.111.245.701	4.196.865.116	4.991.323.880	5.281.839.223	5.317.214.345
10	AMOXICILINA	NIMODIPINO	NITROGLICERINA	SALMETEROL	SIMVASTATINA	DILTIAZEM	DILTIAZEM
	3.167.888.533	3.752.209.322	3.964.588.647	4.161.804.412	4.878.206.479	5.106.582.685	5.233.677.113

Boletín de Indicadores de la Prestación Farmacéutica del S.N.S.

El Boletín de Indicadores de la prestación farmacéutica es una publicación interna del INSALUD, que comenzó a elaborarse y a editarse en el año 1985. Su fin ha sido recopilar y mantener la serie histórica sobre la información disponible del consumo farmacéutico que se realiza a través de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud.

En un principio este Boletín se editaba mensualmente, recogiendo en el número de diciembre toda la información del año correspondiente. Posteriormente, se confeccionó con una tirada trimestral y ya desde el año 1998 la edición ha sido semestral. Para el número anual se realiza un análisis más exhaustivo del comportamiento de esta prestación farmacéutica.

Los datos que incluye esta publicación comprenden los correspondientes al ámbito propio del INSALUD, junto a una amplia panorámica de todo el Sistema Nacional de Salud en la que se detalla, además, la información de cada uno de los Servicios de Salud con competencias transferidas.

La información del consumo farmacéutico se realiza tanto desde el punto de vista cuantitativo, como cualitativo. Para el análisis cuantitativo, la fuente de información son los partes estadísticos de facturación de recetas, y los datos que se recogen son:

- Gasto farmacéutico
- Número de recetas facturadas
- Importe farmacéutico a PVP
- Aportación de los usuarios
- Indicadores basados en la información anterior: gasto e importe medio por receta, gasto y recetas por persona protegida, entre otros.

En el aspecto cualitativo, la información se obtiene del proceso informático FAR-90, y su reelaboración posterior permite profundizar en el consumo de:

- Especialidades farmacéuticas, desglosándose la información por grupos anatómico-terapéuticos, subgrupos terapéuticos, presentaciones y principios activos más consumidos.
- Efectos y accesorios
- Fórmulas y varios

Asimismo se realiza un estudio detallado del número de oficinas de farmacia y sus ventas, también se analizan los laboratorios farmacéuticos que facturan al Sistema Nacional de Salud, así como los fabricantes de efectos y accesorios. Se recoge un apartado sobre las especialidades farmacéuticas financiadas por el Sistema Nacional de Salud, realizándose una breve descripción de los nuevos principios activos incluidos cada año; igualmente se detalla la oferta de efectos y accesorios del Sistema Nacional de Salud. Por último se relaciona la normativa sobre prestación farmacéutica.

Este boletín se distribuye a los profesionales sanitarios relacionados con la prestación farmacéutica de las Direcciones Provinciales y Gerencias de Atención Primaria del INSALUD, a los centros de salud y a una serie de organismos públicos con competencias en sanidad y economía.

Líneas Informativas sobre Prestación Farmacéutica

La gestión de la prestación farmacéutica precisa del conocimiento de la oferta de las especialidades farmacéuticas desde un punto de vista sanitario y administrativo. En este último término se incluye el conocimiento de las distintas calificaciones que las especialidades farmacéuticas reciben en su registro u que condicionan tanto su prescripción, como su dispensación y facturación. Entre las calificaciones que tienen en este sentido mayor trascendencia, nos encontramos con las que precisan visado de inspección. Por otro lado, la aparición en nuestro país de los primeros medicamentos genéricos en 1997 y la aprobación del Sistema de Precios de Referencia, han hecho necesario el crear unas bases de datos específicas que permitieran manejar los medicamentos afectados con información actualizada.

1. Medicamentos sometidos a visado de Inspección

La Circular 6/92 (12-8) de INSALUD, determina el procedimiento para el visado de Inspección en el INSALUD de las recetas médicas del Sistema Nacional de Salud.

Según señala el punto 1 de la Circular, el visado es el acto, a través del cual la Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD, autoriza con carácter excepcional, previo a su dispensación, y para un paciente concreto, la utilización de medicamentos y productos farmacéuticos que poseyendo cupón precinto de A.S.S.S., requieren un control sanitario especial, y de aquellos otros que careciendo de cupón precinto, sean considerados por la Dirección General del INSALUD, dispensables en determinados casos con cargo a este Organismo.

En el Anexo 2 de la Circular, se especifican los productos farmacéuticos sometidos a visado de Inspección. Esta información debe mantenerse permanentemente actualizada, lo que se realiza con carácter mensual por el Área de Gestión de Farmacia.

Los medicamentos y Productos Sanitarios sujetos a visado de Inspección en el INSALUD, son los siguientes:

- Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario.
- Otros medicamentos sometidos a visado. Donde figuran incluidos:
 - Medicamentos de especial control médico.
 - Otras Especialidades Farmacéuticas con cupón precinto diferenciado.
 - Determinadas Especialidades Farmacéuticas afectadas por el Real Decreto 1663/1998 (24-7).
 - Fórmulas magistrales de oxandrolona.
 - Vacunas individualizadas antialérgicas y vacunas individualizadas bacterianas.
- Productos Sanitarios:
 - Absorbentes de incontinencia de orina.
 - Medias elásticas terapéuticas de compresión normal.

2. Bases de datos de Especialidades Farmacéuticas Genéricas

El Instituto Nacional de la Salud ha mantenido desde 1997, fecha en que se aprobó la financiación en España de la primera Especialidad Farmacéutica Genérica, una política muy activa de introducción de estos medicamentos en la prescripción. Las medidas adoptadas han sido la permanente información a médicos y gestores de la oferta de estos medicamentos singulares para los que se creó una base de datos específica que mensualmente se actualiza y remite a diversos destinatarios, tanto dentro del ámbito INSALUD, como fuera de él. Para la actualización de la base de datos se parte del Nomenclator del Ministerio de Sanidad y Consumo y se mantiene un permanente contacto con los laboratorios farmacéuticos a efectos de conocer la situación de comercialización de la Especialidades Farmacéuticas Genéricas.

Otra medida adoptada en relación con las Especialidades Farmacéuticas Genéricas ha sido, introducir el indicador de prescripción de estos medicamentos en los Contratos de Gestión, e incluso, ligarla a una productividad específica para los médicos en el año 2000.

3. Bases de datos del Sistema de Precios de Referencia

La entrada en vigor del Sistema de Precios de Referencia en nuestro país en diciembre del año 2000, hizo desarrollar una base de datos específica que, al igual que la de Especialidades Farmacéuticas Genéricas, se actualiza con carácter mensual y se remite a los distintos órganos de gestión del INSALUD.

Sistemas de Información

El diseño, mantenimiento y explotación de los sistemas de información automatizados ocupa una parte esencial del trabajo desarrollado en el Área de Farmacia en atención primaria. La permanente necesidad de disponer de datos completos y fiables sobre el consumo y utilización de medicamentos obliga a emplear una gran cantidad de recursos para la gestión de estos sistemas de información. En el capítulo dedicado específicamente a este tema se da una amplia visión del mismo.

ANEXO sobre Prestación Farmacéutica:

Definición, Normas y Medidas Estructurales

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Del Moral González, Tomás / Benedí González, Alicia / Laviña Rodríguez, Almudena / Gómez Juanes, Vicente / Ávila Muñoz, Luisa

Definición, Componentes y Características

Según se establece en el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, la prestación farmacéutica se encuentra comprendida entre las modalidades de asistencia sanitaria que el Sistema Nacional de Salud facilita directamente a toda la población, conforme se establece en la Ley General de Sanidad, y se financia con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la Sanidad.

En esta misma norma se dispone que la prestación farmacéutica se regirá por sus propias disposiciones.

Remitiéndonos al Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (D. 2065/1974 de 30 de mayo), en el artículo 105, se indica que la prestación farmacéutica comprende:

- Especialidades farmacéuticas,
- Efectos y accesorios,
- Y fórmulas magistrales que en todos los casos, prescriban los facultativos de la Seguridad Social.

Quedan excluidos de la prestación farmacéutica:

- Las especialidades farmacéuticas, efectos y accesorios publicitarios, o de los que se realicen publicidad.
- Los productos dietéticos, de régimen, aguas mineromedicinales, vinos medicinales, elixires, dentríficos, cosméticos, artículos de confitería medicamentosa, jarabes medicinales y demás productos análogos.
- Las fórmulas magistrales y productos galénicos que no se ajusten a lo dispuesto en el Anexo B del Concierto con las oficinas de farmacia vigente en cada momento.

4. Especialidades Farmacéuticas

Según la definición establecida en la Ley del Medicamento, especialidad farmacéutica “es el medicamento de composición e información definidas, de forma farmacéutica y dosificación determinada, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público, con denominación, embalaje, envase y etiquetado uniformes al que la Administración del Estado otorgue autorización sanitaria e inscriba en el Registro de especialidades farmacéuticas”.

5. Efectos y Accesorios

El Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados.

A efectos de este Real Decreto se definen como efectos y accesorios, “aquellos productos sanitarios de fabricación seriada que se obtienen en régimen ambulatorio y que están destinados a utilizarse con la finalidad de llevar a cabo un tratamiento terapéutico o ayudar al enfermo en los efectos indeseados del mismo”.

Tienen el carácter de efectos y accesorios los siguientes productos sanitarios:

- Materiales de cura
- Utensilios destinados a la aplicación de medicamentos
- Utensilios para la recogida de excretas y secreciones
- Utensilios destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas

En este mismo Real Decreto se dispone que para la financiación con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad, el suministro, entrega o dispensación de estos productos se efectuará:

- A través de las Oficinas de Farmacia, previa presentación de la correspondiente receta oficial del Sistema Nacional de Salud.
- Mediante entrega directa para los centros o servicios propios o concertados, de la red asistencial sanitaria o socio sanitaria, previa orden facultativa de prescripción.

6. Formulas Magistrales

Según la Ley del Medicamento las fórmulas magistrales se definen como, “el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia u servicio farmacéutico, y con la debida información al usuario en los términos previstos en la citada Ley”.

Las fórmulas magistrales dispensables con cargo a los fondos de Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad, son las que contienen los principios activos y excipientes de la lista de productos químicos, que figuran en el Anexo B del Concierto con las Oficinas de Farmacia vigente en cada momento.

En el ámbito asistencial de la atención primaria, en nuestro país, la dispensación de medicamentos y demás productos farmacéuticos que se encuentran comprendidos dentro de la prestación farmacéutica que facilita el Sistema Nacional de Salud, se efectúa a través de las oficinas de farmacia legalmente establecidas, previa presentación de la receta médica oficial del Sistema Nacional de Salud, prescritas por facultativos médicos de la Seguridad Social, tal y como se dispone en el artículo 3.5 de la Ley del Medicamento, y en el artículo 107.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. (D. 2065/1974 de 30 de mayo)

El artículo 107.1 del referido texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, establece la participación de los beneficiarios de la Seguridad Social en el precio de los medicamentos dispensados por la acción protectora de la Seguridad Social, encomendando al Gobierno la determinación de su cuantía.

En la actualidad, la regulación de la participación económica de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de los productos y especialidades farmacéuticas que se encuentran comprendidas en la prestación farmacéutica que facilita el Sistema Nacional de Salud, es la siguiente:

- **Aportación reducida:** En el artículo 5 del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, establece que la participación económica de los beneficiarios de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas que se encuentran incluidas en los grupos y subgrupos terapéuticos que figuran en el Anexo II, de aportación reducida será del 10 por 100 del precio venta al público, sin que el importe total de la aportación pueda exceder de las 400 pesetas.

Este importe se debía actualizar anualmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo en función de la evolución del índice de precios al consumo, después de dos actualizaciones efectuadas en 1994 a 419 pesetas y en 1995 a 439 pesetas, actualmente continua fijado en 439 pesetas.

Asimismo, en el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados, y se especifican los efectos y accesorios que son de aportación reducida, y que son los siguientes:

- Aparatos de inhalación
 - Sondas
 - Bolsas de recogida de orina
 - Colectores de pene
 - Bolsas de colostomía
 - Bolsas de ileostomía
 - Bolsas de urostomía
 - Accesorios de ostomía
 - Apósitos de ostomía
 - Sistemas de irrigación ostomía y accesorios
 - Sistemas de colostomía continente
 - Cánulas de traqueotomía y laringectomía
- **Aportación normal:** en las demás especialidades comprendidas en el ámbito de la prestación farmacéutica que ofrece el sistema nacional de salud, el porcentaje de participación de los beneficiarios de la seguridad social con derecho a esta prestación se fija en el 40 por 100 del precio de venta al público.

Esta misma aportación económica es la que tienen que realizar los beneficiarios de la seguridad social para el resto de efectos y accesorios, según se determina en el antes referido real decreto 9/1995 de 15 de enero.
- **Exentos de aportación:** las especialidades farmacéuticas y resto de productos comprendidas en la acción protectora de la seguridad social, son de dispensación gratuita en los siguientes casos:

- Pensionistas y sus beneficiarios. (real decreto 945/1978)
- También están exentos del pago de medicamentos los pensionistas que realicen trabajos por cuenta ajena compatible con el disfrute de la pensión. (resolución del 15/03/1979 de la dirección general de régimen jurídico de la seguridad social)
- Trabajadores en situación de invalidez provisional derivada de enfermedad común y accidente no laboral, y sus beneficiarios. (real decreto 945/1978)
- Minusválidos que reúnan los requisitos establecidos en el real decreto 383/1984.
- Afectados del síndrome tóxico estén o no protegidos por el sistema de la seguridad social. (real decreto 2448/1981) los beneficiarios de afectados no pensionistas no tienen derecho a farmacia gratuita.
- Personas sin recursos económicos suficientes mayores de sesenta y cinco años. (o.m. De 13 de noviembre 1989)
- Objetores de conciencia en situación de actividad como colaboradores sociales y no beneficiarios. (o.m. De 29 de diciembre de 1989)
- Tratamientos que tengan su origen en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. (Real Decreto 945/1978). Se refiere a trabajadores cuyas empresas tengan cubiertas las contingencias profesionales con el INSS, y por tanto, sean atendidos por el INSALUD.
- Tratamientos realizados en hospitales de la Seguridad Social. (real decreto 945/1978)

Receta medica oficial para la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud

Se entiende por receta médica del sistema nacional de salud, el documento oficial normalizado por el cual los facultativos médicos encargados de la asistencia sanitaria, prescriben los tratamientos establecidos en el ámbito extrahospitalario y aquellos que se establezcan en hospitales, pero destinados a pacientes no hospitalizados, para ser dispensados en oficinas de farmacia.

En la Orden Ministerial de 23 de mayo de 1994 se establecen los modelos oficiales de receta médica para la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

En la citada Orden Ministerial se contemplan dos tipos de receta:

- ✓ Receta ordinaria
- ✓ Receta para tratamientos de larga duración (TLD)

d) Receta ordinaria

Consta del cuerpo de la receta y del volante de instrucciones al paciente, hay tres modelos.

- Activos p.3 (color verde)
- Pensionistas p.3/1 (color rojo)
- Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional P.3/6 (color azul), siempre que la protección de dichos riesgos corresponda al INSS.

Prescripción de tratamientos ordinarios:

En los modelos de receta ordinaria se podrá prescribir:

- Un solo envase de una especialidad farmacéutica a excepción de:
 - ✓ Especialidades farmacéuticas pertenecientes al grupo Terapéutico J01 «Antibióticos sistémicos», del que se podrá prescribir de uno a cuatro envases unidos por vía parenteral, y hasta dos envases en el resto de las presentaciones.
 - ✓ Insulina en viales multidosis, de las que se podrá prescribir de uno a cuatro viales (no se incluyen cartuchos multidosis).
 - ✓ Somatotropina (hormona de crecimiento) de la que se podrán prescribir de uno a cuatro viales de 4 U.I.
 - ✓ Especialidades farmacéuticas calificadas de diagnóstico hospitalario, de las que se podrán prescribir de uno a cuatro envases.
 - ✓ Especialidades consideradas como estupefacientes, de las que se podrá prescribir de uno a cuatro envases, siempre y cuando no supere el tratamiento de treinta días.
- Un producto sanitario, que esté incluido como efecto y accesorio en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.
- Una fórmula magistral o producto oficial galénico.

e) Recetas para tratamientos de larga duración (TLD)

Consta de cuatro cuerpos de receta y de un volante de instrucciones al paciente, hay dos modelos.

- Activos P.3 TLD (color verde)
- Pensionistas P.3/1 TLD (color rojo)

En estos modelos de recetas, únicamente se podrán emplear en los siguientes casos:

- Por tratamientos de larga duración referidos a la especialidad farmacéutica que contengan los principios activos que se relacionan en el anexo de la OM de 24 de mayo de 1994 y sucesivas actualizaciones que sean monofármacos, salvo las excepciones que igualmente se contemplan explícitamente en dicho anexo.
- Para tratamientos de larga duración referidos a las especialidades farmacéuticas y efectos y accesorios que entidades encargadas de la gestión de la prestación farmacéutica del S.N.S. consideren necesario para la realización de programas sanitarios específicos y centros expresamente autorizados, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Prescripción de tratamientos de larga duración:

- En todo caso, en las recetas TLD, se podrá prescribir hasta un máximo de cuatro envases, uno por cada uno de los cuerpos que forman dicha receta, a excepción de la insulina en viales multidosis y de la Somatotropina (hormona de crecimiento) en presentación de 4 U.I. de las que se podrá prescribir un máximo de 16 viales, o sea, cuatro viales por cada uno de los cuerpos de la receta de larga duración.
- En ambos tipos de recetas, el volante de instrucciones será entregado por el médico prescriptor junto con el cuerpo de la receta al paciente, quien no estará obligado a exhibirlo en ningún caso.

A los efectos de validez de las recetas para su correcta dispensación las mismas deben de estar cumplimentadas obligatoriamente:

- Datos del médico prescriptor: Nombre y dos apellidos y número de colegiado médico.
- Datos referidos a la prescripción: Nombre del medicamento objeto de la prescripción, bien bajo denominación genérica o denominación común internacional, o bajo marca comercial, indicando:
 - La forma farmacéutica, vía de administración y, si procede, la dosis por unidad.
 - El formato o presentación del número de unidades por envase.
 - El número de envases que se prescriban.
 - La posología y duración de tratamiento.

- Datos referidos al paciente: Nombre y apellidos del paciente, año de nacimiento y número de identificación

La duración máxima del tratamiento prescrito en ambos tipos de recetas en ningún caso debe ser superior a tres meses.

Medidas de racionalización de la oferta de medicamentos y su financiación con fondos públicos

1. Listas Negativas

- De acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, por el que se regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud, quedan excluidas de la financiación con cargo a los fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad las siguientes especialidades farmacéuticas:
 - Las especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias.
 - Las especialidades farmacéuticas autorizadas como suplementos alimenticios, anabolizantes o productos antiobesidad, adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado II del Anexo I del citado Real Decreto.
 - Las especialidades farmacéuticas cuya finalidad terapéutica sea la higiene, o síntomas o síndromes dermatológicos y estén adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado I del Anexo I del referido Real Decreto.
 - Las especialidades farmacéuticas que, destinadas a síntomas menores, estén adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos del apartado III del Anexo I.

Por último, indicar que la financiación de los medicamentos prescritos y dispensados como fórmulas magistrales o preparados oficinales se registrarán por las mismas previsiones establecidas en este Real Decreto, y que son de aplicación para las especialidades farmacéuticas.

Por medio de la Orden Ministerial de 6 de abril de 1993, se desarrolla lo dispuesto en el artículo 2.3 del Real Decreto 83/1993 de 22 de enero antes citado, y se especifica las especialidades farmacéuticas incluidas en cada uno de los grupos o subgrupos terapéuticos de los apartados I, II y III del Anexo I del citado Real Decreto, y que como antes indicamos quedan excluidas de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social.

- El Real Decreto 1663/1998 de 24 de julio, amplía la relación de especialidades farmacéuticas que quedan excluidas de la financiación con cargo a la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad, si bien y como novedad, se contempla al amparo del apartado 1 del artículo 94 de la Ley 25/90 del Medicamento, en la redacción dada al mismo por el artículo 109 de la Ley 66/1997 de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativa y del orden social, la financiación de especialidades farmacéuticas únicamente en algunas de sus indicaciones terapéuticas, o su utilización por colectivos específicos.

Estas especialidades farmacéuticas con financiación limitada llevan un cupón precinto de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) diferenciado con el símbolo I en la parte superior derecha del mismo.

Lo dispuesto en este Real Decreto regirá igualmente en la financiación de los medicamentos prescritos y dispensados como fórmulas magistrales o preparados oficinales.

2. Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG)

- La Ley 13/96 de 30 de Diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, introduce unas modificaciones en diferentes artículos de la Ley 25/1990 del Medicamento, en relación con las especialidades farmacéuticas genéricas, al objeto de favorecer su implantación y utilización.

Así, define la especialidad farmacéutica genérica como, “la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La especialidad farmacéutica genérica debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia. Las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata podrán considerarse la misma forma farmacéutica siempre que hayan demostrado su bioequivalencia.”

En cuanto a la identificación de las especialidades farmacéuticas genéricas en la prescripción, se indica que la denominación de las especialidades farmacéuticas genéricas estará constituida por la Denominación Oficial Española o en su defecto por la denominación común científica, acompañada del nombre o marca del titular o fabricante. Estas especialidades genéricas se identifican por llevar las siglas EFG en el envase y etiquetado general.

Por último en cuanto a la sustitución de especialidades farmacéuticas genéricas, se especifica que si el médico prescriptor identifica en la receta una especialidad genérica solo podría sustituirse por otra especialidad farmacéutica genérica.

3. Sistema de Precios de Referencia

- La ley 13/1996 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, añade un apartado seis al artículo 94 de la ley del Medicamento limitando la financiación pública de los medicamentos, disponiendo que entre las distintas alternativas bioequivalentes disponibles solo serán objeto de financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud las especialidades farmacéuticas cuyos precios no superen la cuantía que para principio se establezca reglamentariamente.
- Posteriormente la Ley 66/1997 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social, añade un nuevo párrafo al apartado seis del artículo 94 de la Ley del Medicamento, y establece que “ cuando la presentación de una especialidad farmacéutica prescrita supere la cuantía establecida como precio de referencia, el farmacéutico deberá sustituirla, excepto en el supuestos previstos, por una especialidad farmacéutica genérica de idéntica composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación y de igual o inferior cuantía que la establecida”.
- El Real Decreto 1035/1999 de 18 de junio, regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad, de las presentaciones de las especialidades farmacéuticas incluidas de los conjuntos homogéneos, que se prescriban y dispensen a través de la receta médica oficial, a usuarios con derecho a ello.

Las presentaciones de las especialidades farmacéuticas incluidas en los conjuntos homogéneos deberán estar calificadas como bioequivalentes, debiendo existir en cada conjunto homogéneo al menos una especialidad farmacéutica genérica.

Este Real Decreto no es de aplicación a las especialidades farmacéuticas no bioequivalentes que se registrarán por la correspondiente normativa que les sea de aplicación.

Cuando la presentación de las especialidades farmacéuticas bioequivalentes prescritas superen la cuantía establecida como precio de referencia, el farmacéutico deberá sustituirla por una especialidad farmacéutica genérica del mismo conjunto homogéneo, cuyo precio no supere el de referencia.

No obstante, y con carácter excepcional, no se aplicará lo dispuesto anteriormente, cuando el médico acompañe la prescripción de un informe pormenorizado en el que se justifique fehacientemente la improcedencia de la sustitución por razones de alergia, intolerancia, o cualquier otra incompatibilidad del beneficiario, al cambio de excipiente que pudiera conllevar la sustitución de la especialidad prescrita.

Asimismo, se contempla la posibilidad de que el farmacéutico dispense la especialidad farmacéutica prescrita por el médico incluida en un conjunto homogéneo, cuyo precio sea superior al de referencia, cuando así lo demande el beneficiario, en cuyo caso dicho beneficiario deberá pagar la diferencia entre el precio de la especialidad farmacéutica dispensada y el de referencia fijado, además de efectuar en su caso, la aportación económica que pudiera corresponder sobre el precio de referencia.

Mediante la Orden Ministerial de 13 de julio de 2000, se determinan los conjuntos homogéneos y se aprueban los precios de referencia relativos a la entrada en vigor del Sistema de Precios de Referencia que afectan a 114 conjuntos homogéneos.

Otras medidas estructurales en materia de Prestación Farmacéutica

Con objeto de lograr una utilización más racional de los recursos financieros destinados a la financiación del Sistema Nacional de Salud, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han dictado una serie de normas que tienen como objetivo fundamental, la contención del Gasto Farmacéutico Público y la promoción del Uso Racional de los Medicamentos.

a) En el Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero, se establece que los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, se fija en el 11 por 100 del precio de venta del almacén sin impuestos, que supuso una disminución de un punto.

Asimismo, se fija el margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de especialidades farmacéuticas acondicionadas en envase clínico en el 5 por 100 del precio de venta del almacén sin impuestos.

b) El Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, establece el margen de beneficio profesional de las oficinas de farmacia correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano, y lo fija en una cuantía del 27,9 por 100 sobre el precio de venta al público sin impuestos.

Asimismo, se establece que el margen de las oficinas de farmacia en la dispensación y venta de especialidades farmacéutica acondicionadas en envase clínico será del 10 por 100 del precio de venta al público sin impuestos.

Hasta la entrada en vigor de este Real Decreto, el margen profesional de la oficina de farmacia por la dispensación al público de especialidades farmacéuticas era del 29,9 por 100 sobre el precio de venta al público sin impuestos. (Orden de 26 de julio de 1988)

c) El Real Decreto-Ley 6/1999 de 16 de abril, de Medidas Urgentes de Liberalización e Incremento de la competencia, en su capítulo VII sobre distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, procede a modificar el artículo 1 del Real Decreto 164/1997, de 7 de febrero antes citado, y establece que el margen de los almacenes farmacéuticos en la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano se fija en el 9,6 por 100 del precio de venta del almacén sin impuestos.

d) El Real Decreto-Ley 12/1999 de 31 de julio, de Medidas Urgentes para la Contención del Gasto Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, establece el precio industrial máximo de las especialidades farmacéuticas a las que, mediante resolución del Director General de Farmacia y Productos Sanitarios, se haya fijado precio con fecha anterior a la entrada en vigor de este Real Decreto Ley. Asimismo, detalla las especialidades a las que no es de aplicación esta norma.

Según estimaciones de la propia Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, la aplicación de esta medida supone una bajada media de un 6 por 100.

e) En el Real Decreto-Ley 5/2000, de 28 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de Racionalización del Uso de los Medicamentos, se adoptan entre otras, las siguientes medidas:

- Se añade una disposición adicional a la Ley 25/1990 del Medicamento, en la que indica que el precio fijado en el envase de las especialidades farmacéuticas publicitarias será considerado como precio máximo de venta al público. El descuento máximo aplicable por las oficinas de farmacia a estas especialidades farmacéuticas publicitarias se determinará reglamentariamente.
- Se modifica el margen de beneficio profesional de las oficinas de farmacia establecido en el Real Decreto 165/1997 de 7 de febrero, que queda establecido en los siguientes términos:
 - El margen profesional de las oficinas de farmacia por la dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas de uso humano se fija en el 27,9 por

100 sobre el precio de venta al público sin impuestos. Para aquellas especialidades cuyo precio de venta del laboratorio sea igual o inferior a 13.035 pesetas el margen es de 5.580 pesetas por envase.

- Sin perjuicio de lo anterior, el margen profesional de las oficinas de farmacia por la dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) se fijan en el 33 por 100 sobre el precio de venta al público sin impuestos.
 - En el caso de dispensación de especialidades farmacéuticas publicitarias, las oficinas de farmacia disponen de la facultad de aplicar descuentos de hasta el 10 por 100 del precio de venta al público impuestos incluidos fijado en el envase.
- En cuanto al margen de los almacenes farmacéuticos, en la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano, se fija en el 9,6 por 100 del precio de venta al almacén sin impuestos, para aquellas especialidades cuyo precio venta de laboratorio sea igual o inferior a 13.035 pesetas. Para las presentaciones de especialidades farmacéuticas de precio de venta de laboratorio superior a 13.035 pesetas el margen es de 1.384 pesetas por envase.
 - Por último establece que sobre la facturación mensual de las oficinas de farmacia, calculada a precio de venta al público más IVA, se aplicará una escala de deducciones por tramos de ventas correspondientes a las recetas de especialidades farmacéuticas dispensadas con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad.

Así, no se aplicará ningún porcentaje de descuento a las oficinas de farmacia cuya facturación mensual de recetas de especialidades farmacéuticas, en términos de precio de venta al público mas IVA, no supere 4.600.000 pesetas. A partir de esta cantidad y por tramos de venta se aplica una escala de deducciones.

f) Con fecha 5 de noviembre de 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha firmado las bases de un acuerdo para la elaboración y ejecución del Plan Integral de medidas de control del Gasto Farmacéutico y el Uso Racional del Medicamento, con representante de los diferentes sectores implicados, que son:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
- Farmaindustria
- Federación de distribuidores farmacéuticos
- Asociación de consumidores y usuarios

Agradecimientos:

A *Álvarez Blanco, Ana M^a; Campos Carrizo, Elena; González Figueras, Begoña; González Marcilla, M^a José y Merino Tello de Meneses, Alfonso*, por su apoyo en el trabajo diario y realización de este libro y muy especialmente a **Macias Macias, Ana Isabel** por su dedicación y responsabilidad en el trabajo y por su excelente calidad humana con sus compañeros a los que lleno con su alegría.

Bibliografía

- Álamo C, Álvarez C, Ávila L, Calvo MJ, Crespo B, Sastre I, et al. Documento sobre hipnóticos y tranquilizantes (Abordaje terapéutico del insomnio y los trastornos de ansiedad en Atención Primaria). Madrid: Instituto Nacional de la Salud (documento interno); abril 2000.
- Álvarez A, Benedí A, Crespo B, González MJ, Gómez V, Guilló MJ, López C. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1998. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1998.
- Álvarez A, Benedí A, Crespo B, González MJ, Gómez V, López C. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1999. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1999.
- Álvarez A, Benedí A, Crespo B, González MJ, Gómez V, López C. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 2000. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 2000.
- Ávila L, Crespo B, Amez MJ, Concejo B, Fidalgo L, Gangoso AB, et al. Guías Farmacoterapéuticas en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; En prensa 2002.
- Benedí A, Crespo B, Gómez V, Guerra J, Guilló MJ, López C, et al. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1994. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1994.
- Benedí A, Crespo B, Gómez V, Guerra J, López C. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1995. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1995.
- Benedí A, Crespo B, Guilló MJ, Gómez V, López C, Del Moral T. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1996. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1996.
- Benedí A, Crespo B, González MJ, Guilló MJ, Gómez V, López C, et al. Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud Anual 1997. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1997.
- Crespo B, Guerra J, Benedí A, Gómez V, Gómez md, López C, et al.. Programa de uso racional del medicamento del Insalud: Análisis de situación, marzo 1993. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1993.
- Crespo B, Guerra J, Benedí A, Gómez V, Gómez MD, López C, et al. Programa de Uso Racional del Medicamento. Análisis de situación diciembre 1993. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1993.

- Crespo B, Guerra J, Benedí A, Gómez V, Gómez MD, López C, et al. Programa de Uso Racional del Medicamento. Análisis de situación diciembre 1994. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1994.
- Crespo B, Gómez V, Guerra J. Programa de Uso Racional del Medicamento. Manual de Información sobre consumo farmacéutico junio 1994. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; diciembre 1994.
- Crespo b, Alvarez J, Fidalgo L, Montero Mj, Morera T, Rodríguez C. Documento sobre boletines. Instituto Nacional de la Salud (documento interno); 1999.
- Crespo B, Avila L, Alvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud (documento interno); febrero 2000.
- Crespo B, Avila L, Alvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera t, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Actualización año 2001. Madrid: Instituto Nacional de la Salud (documento interno); diciembre 2000.
- Crespo B, Avila L, Alvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Año 2001. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; en prensa 2002.
- INSALUD. Concierto con las Oficinas de Farmacia 1994. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1994.
- insalud. Plan estratégico. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1997.
- INSALUD. Concierto con las Oficinas de Farmacia 1998. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998.
- Siles M, Alcaraz M, Ávila L, Mataix A, Rigueira AI, Crespo B. Sistema de codificación de principios activos y Dosis Diarias Definidas del Insalud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
- Villamor M, Crespo B, Guerra J. Programa de Uso Racional del Medicamento (evaluación de los cursos febrero-marzo 1993). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

III.2. PROGRAMA DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Gómez Juanes, Vicente / Ávila Muñoz, Luisa / Benedí González, Alicia / Laviña Rodríguez, Almudena / del Moral González, Tomas

Concepto y Evaluación

La OMS, en el Informe de la conferencia de Expertos de Nairobi, celebrada en 1985, definió el Uso Racional del Medicamento (URM) como “el acto por el que los enfermos reciben el fármaco indicado para su situación clínica, en dosis que satisfagan sus necesidades individuales, durante el periodo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad”.

Desde esa fecha, han surgido, en el ámbito del INSALUD, múltiples iniciativas encaminadas a conseguir que todos los requisitos establecidos en esa definición se hagan realidad. En el año 1992, la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP) colaboró con la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, bajo la tutela de la Dirección General de este Instituto, en definir el perfil del Farmacéutico de Atención Primaria, teniendo en cuenta experiencias previas de actividad de algunos farmacéuticos en este nivel asistencial. Junto a ella, intervinieron otras Unidades Directivas (S.G. de Ordenación y Asistencia Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y la entonces Área de Prestaciones Farmacéuticas del INSALUD). Finalizada dicha tarea, la Dirección General del INSALUD, con fecha 2 de octubre de 1992 procedió, a propuesta de la SGAP, a fijar en las plantillas del personal facultativo de las Gerencias de Atención Primaria la existencia de un Farmacéutico de Atención Primaria, para el que la Dirección General del INSALUD, mediante Resolución de fecha 18 de enero de 1993 estableció las correspondientes retribuciones. Con ello se daba paso al inicio del Programa de Uso Racional del Medicamento (PURM), cuyos dos elementos fundamentales son *el Farmacéutico de Atención Primaria y la Comisión de Uso Racional del Medicamento*. El primero es el profesional experto en la materia, asesor del medicamento a la Gerencia de Atención Primaria y sus profesionales, la segunda es el órgano colegiado que constituye el foro de expresión y participación de los distintos estamentos de la Gerencia de Atención Primaria cuya actuación afecta al ámbito del Uso Racional del Medicamento.

La contratación por el INSALUD de 59 farmacéuticos (uno por cada Gerencia de Atención Primaria) en enero y febrero de 1993 y el Curso de Formación, organizado dentro de la SGAP por el Área de Gestión de Farmacia que les fue impartido, durante cuatro semanas, en los meses de febrero y marzo, han permitido dotar al Programa de un profesional cualificado con los conocimientos, técnicas y actitudes precisos para implantar y desarrollar el concepto de Uso Racional del Medicamento en el ámbito de la Atención Primaria, según las directrices del INSALUD. El número se ha ido ampliando para ir dotando de más de un farmacéutico a aquellas Gerencias de mayor

población nº de médicos y dispersión. De hecho, en la actualidad, existen 85 plazas de farmacéuticos de Atención Primaria.

Con fecha 22 de junio de 1993 fue aprobada la **Circular 5/93** del INSALUD sobre regulación de los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria. En ella se establecen las funciones de estos servicios y se define la figura del farmacéutico de Atención Primaria. Puede decirse que un Farmacéutico de Atención Primaria es un profesional sanitario con una formación específica para sus tareas, que ocupa plaza de personal estatutario interino y que es miembro del equipo de gestión de la Gerencia de Atención Primaria, con dependencia directa del Gerente o del Director Médico. Su actuación se desarrolla en tres vertientes:

- Asesor de los médicos en materia de Uso Racional del Medicamento.
- Asesor del equipo directivo en prestación farmacéutica.
- Proveedor y gestor de atención farmacéutica.

Paralelamente al desarrollo funcional de estos Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria, se ha intentado dotar a estos profesionales del marco legal necesario para que puedan constituirse en Servicios Farmacéuticos debidamente acreditados por las Comunidades Autónomas de su ámbito territorial. Y ello con el fin de que se puedan llevar a cabo todas las funciones establecidas en la Circular 5/93, fundamentalmente aquellas que se refieran a la adquisición y dispensación de medicamentos en los centros y estructuras de Atención Primaria, con arreglo a lo establecido en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Medicamento. Actualmente hay autorizados un total de 31 Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria (de un total de 57) y el resto iniciaron en su momento los trámites pero por diversas circunstancias están pendientes de autorización por la respectiva CCAA.

En el caso concreto de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento se preparó una circular que regulara el funcionamiento de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento, que fue aprobada el 11.6.93 (Circular 4/93). En ella se establece su carácter de **órgano asesor de la Gerencia** en la planificación y coordinación de las actuaciones que promuevan el Uso Racional del Medicamento en el Área. La conexión entre ambas figuras se consigue al hacer que el Farmacéutico de Atención Primaria sea el **secretario** de esta Comisión.

Por otro lado, el Programa de Trabajo específico de los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria aparece recogido en los contratos-programa o contratos de gestión de cada Gerencia de Atención Primaria con la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, teniendo relación algunas de sus tareas con las que se recogieron en un Documento de Expertos elaborado en 1992.

Desde el inicio del programa en 1993 hasta el presente año, las diferentes Gerencias Asistenciales han firmado un Contrato-Programa o Contrato de Gestión con los Órganos de Dirección

de este Instituto (Presidencia Ejecutiva o Dirección General). En el caso específico de las Gerencias de Atención Primaria, se fijan objetivos, metas y sistemas de evaluación relacionados, hasta 1998, semestral desde ese año, y anualmente en todo caso, con el uso racional de los medicamentos. Posteriormente, y con carácter trimestral, la Subdirección General de Atención Primaria evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos y metas a los que se comprometen cada una de las Gerencias de Atención Primaria. De acuerdo con los resultados de cada año se fijan los objetivos del siguiente, con carácter progresivo conforme a las diferentes situaciones organizativas, geográficas, demográficas y de disponibilidad de recursos de los que disponen las diferentes Gerencias.

En los diferentes contratos programa o contratos de gestión de cada Gerencia de Atención Primaria, se han ido incorporando una serie de compromisos, tanto de carácter organizativo como de calidad, en lo concerniente a:

- Puesta a punto de un sistema informático de información de consumo farmacéutico para explotación de los datos a nivel del área.
- Remisión mensual y trimestral, inicialmente sólo a las unidades de provisión y posteriormente a todos los facultativos de Atención Primaria, de sus perfiles de prescripción de datos económicos y de calidad de la prescripción, acerca del consumo farmacéutico generado (Con el fin de orientar a las Gerencias de Atención Primaria sobre el contenido y tipo de información que debía enviar a los equipos y médicos de Atención Primaria, se confeccionó un "Manual de información sobre consumo farmacéutico" en 1994).
- Realización de, al menos, 4 sesiones al año de la Comisión de Uso Racional del Medicamento. En su seno se aprueba el programa de trabajo anual para esa Gerencia de Atención Primaria que se remite a la Subdirección General de Atención Primaria para su valoración y seguimiento.
- Elaboración de, al menos, cuatro boletines farmacoterapéuticos al año, con información sobre temas farmacológicos de interés. A partir de 1999 esta línea de trabajo se desarrolla de acuerdo con el documento "Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria" del INSALUD, diferenciándose el tipo de boletines en Revisiones farmacoterapéuticas y Hojas de evaluación.
- Realización un número de sesiones farmacoterapéuticas por farmacéutico al año. Este número varía entre 25 y 35 como un mínimo fijo, dependiendo de los temas a tratar, aunque en ocasiones puede ser menor, si se trata de Áreas sanitarias pequeñas en cuanto a EAP o profesionales.

- Elaboración de protocolos farmacoterapéuticos sobre patologías más relevantes.
- Elaboración y revisión de la Guía Farmacoterapéutica del Área.
- Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFG). La inclusión en los Contratos de Gestión de una línea de potenciación de la prescripción de EFG, ha supuesto el despegue en el ámbito del INSALUD de estas especialidades. En concreto, en 1999 el indicador de EFG (% prescripción EFG/total) formó parte de la fórmula de incentivación; en el año 2000 se ligo además prescripción de EFG a la productividad específica de los médicos (medicina familiar y pediatría) y en el año 2001 han vuelto a formar parte de la fórmula de incentivación general de los profesionales.
- Prescripción de especialidades eficientes. En algunos casos, se han desarrollado planes específicos de fomento de prescripción de medicamentos más baratos de entre los de igual composición.
- Objetivos anuales específicos para cada Gerencia de Atención Primaria de diferentes indicadores de calidad en la prescripción. La calidad de prescripción farmacéutica medida a través de estos indicadores forma parte tradicionalmente de la fórmula de incentivación de los profesionales.(ver el capítulo de Calidad).
- Coordinación con Atención Especializada. Si bien la Coordinación con Atención Especializada ha sido un tema prioritario para Atención Primaria desde el inicio del Programa del Uso Racional del Medicamento, es en 1997 cuando el Contrato Programa incluye dos apartados relativos al trabajo conjunto. En concreto se establece que es necesario efectuar una armonización de las Guías Farmacoterapéuticas y elaborar conjuntamente cinco protocolos consensuadamente (entre ellos diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia) . En 1999 se firma por ambos niveles, una Guía de Antimicrobianos y de la prescripción de EFG. En 2000 y 2001 ha continuado la coordinación aunque no de forma eficaz de manera que este sigue siendo una de las grandes ausencias y retos de trabajo en Uso Racional del Medicamento.

Además de las actuaciones coordinadas institucionalmente desde el Área de Gestión de Farmacia, cada Gerencia de Atención Primaria ha ido desarrollando su **propio plan de actuación** en Uso Racional del Medicamento, lo que complementa el marco general descrito, de acuerdo con las funciones de los Farmacéuticos de Atención Primaria. Así, se han llevado a cabo iniciativas individuales de realización de cursos de introducción al Uso Racional del Medicamento para profesionales sanitarios, se han puesto en marcha programas de fomento de prescripción de medicamentos eficientes, se han introducido nuevos indicadores de calidad, se ha prestado

asistencia al programa de vacunación de meningitis C, se ha participado en ensayos clínicos, programas de investigación, publicaciones y foros de discusión etc.

Por otro lado, la Subdirección General de Atención Primaria ha ido celebrando reuniones institucionales con los Farmacéuticos de Atención Primaria, cuando ha sido preciso, para explicar y comentar los objetivos y programas anuales de trabajo. Asimismo, ha prestado a las Gerencias de Atención Primaria todo el apoyo técnico (tanto en recursos humanos, como materiales) que le ha sido requerido por las Gerencias de Atención Primaria para llevar a cabo sus actuaciones, estuvieran o no contempladas concretamente en el Contrato-Programa o Contratos de Gestión. Las tareas desarrolladas actualmente por los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria se resumen en la tabla I.

Tabla I

Área	Tema	Actividad
Información sobre medicamentos	Información activa	<i>Realización de sesiones farmacoterapéuticas</i>
		<i>Elaboración y difusión de boletines de medicamentos</i>
		<i>Otras actividades de información activa</i>
	Información pasiva	<i>Contestación de consultas de los profesionales</i>
	Docencia	<i>Organización e impartición de cursos sobre URM a profesionales</i>
		<i>Participación en el programa docente de MIR-FIR</i>
Selección de medicamentos	Guías	<i>Elaboración, difusión y actualización de la Guía Farmacoterapéutica</i>
		<i>Elaboración, difusión y actualización de la Guía de antimicrobianos</i>
		<i>Elaboración, difusión y actualización de otras guías</i>
	Otros	<i>Elaboración de la lista de medicación disponible en los centros de Atención Primaria</i>
		<i>Elaboración de la lista de medicación disponible en los centros de la tercera edad concertados</i>
		<i>Participación en la elaboración de protocolos farmacoterapéuticos</i>

Área	Tema	Actividad
Información sobre consumo de medicamentos	Sistema informático	<i>Actualización de los datos mensuales de consumo de medicamentos</i>
	Indicadores de Calidad en la Prescripción	<i>Diseño y determinación de objetivos de los Indicadores de Calidad en la Prescripción</i>
	Perfiles	<i>Difusión y análisis de los perfiles de prescripción de los profesionales</i>
Gestión de la prestación farmacéutica	Gestión económica	<i>Elaboración y seguimiento de los presupuestos anuales de farmacia de los equipos de Atención Primaria</i>
		<i>Elaboración de informes sobre productividad de los profesionales sanitarios ligada a Farmacia</i>
	Genéricos	<i>Seguimiento del consumo de productos especiales (tiras reactivas, absorbentes, vacunas, etc.)</i>
		<i>Seguimiento del consumo de medicamentos distribuidos a los centros de Atención Primaria</i>
Gestión de medicamentos	Sellos y talonarios	<i>Seguimiento del consumo de medicamentos distribuidos a los centros de la tercera edad</i>
		<i>Difusión de información específica sobre medicamentos genéricos</i>
	Medicamentos	<i>Promoción, seguimiento y evaluación del uso de medicamentos genéricos</i>
		<i>Supervisión de codificación de médicos y entrega de sellos y talonarios de recetas oficiales</i>
		<i>Entrega y control de talonarios de estupefacientes</i>
		<i>Adquisición de medicamentos para los centros de Atención Primaria</i>
		<i>Gestión de almacén de medicamentos de Atención Primaria</i>
		<i>Control y supervisión de los botiquines de los centros de Atención Primaria</i>
		<i>Gestión de compras y distribución de la medicación para las residencias concertadas de la tercera edad</i>

Área	Tema	Actividad	
Coordinación con Atención Especializada	Otros productos	<i>Gestión de compras y distribución de tiras reactivas</i> <i>Gestión de compras y distribución de absorbentes</i> <i>Gestión de compras y distribución de vacunas</i> <i>Gestión de compras y distribución de otros productos especiales</i>	
	Selección de medicamentos	<i>Participación en la elaboración de guías consensuadas con Atención Especializada</i> <i>Participación en otras actuaciones de selección de medicamentos en Atención Especializada</i>	
	Consumo de medicamentos	<i>Análisis del consumo de medicamentos en Atención Especializada</i> <i>Obtención y difusión a médicos de Atención Especializada de sus perfiles de prescripción</i>	
	Participación en Comisiones	Atención Primaria	<i>Secretaría y/o vocalía de la Comisión de Uso Racional del Medicamento del Área</i> <i>Vocalía o participación de la Comisión de Calidad del Área</i> <i>Vocalía o participación del Consejo de Gestión del Área</i> <i>Miembro del Comité Ético de Investigación Clínica</i>
Atención Especializada			<i>Vocalía o participación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital</i>
Educación sanitaria			<i>Elaboración de documentación destinada a informar a la población</i> <i>Coordinación y participación en campañas sobre medicamentos dirigidas a la población</i>
			Relaciones con otros estamentos
Otros	<i>Relaciones con el Colegio Oficial de Farmacéuticos</i> <i>Control de la visita médica</i>		
Investigación sobre medicamentos	Ensayos clínicos	<i>Participación a través de la distribución de muestras de medicamentos para ensayos clínicos</i>	

Área	Tema	Actividad
	Farmaco- vigilancia	<i>Participación en las actividades de detección de reacciones adversas a medicamentos y/o colaboración con el centro de referencia de farmacovigilancia</i>
	EUM	<i>Realización de estudios de utilización de medicamentos</i>
Otras actividades	Atención farmacéutica	<i>Participación en programas de colaboración con oficinas de farmacia destinados a promover la atención farmacéutica a los pacientes</i>
	Asesoría	<i>Asesoría farmacéutica a los órganos directivos del Área</i>

Grupos de Trabajo para apoyo al PURM.

En 1993 se creó un **Grupo de Trabajo para la elaboración de indicadores de calidad en la prescripción** (ICP), que, hasta la fecha, ha sido el asesor de esta Subdirección a la hora de determinar los ICP que se incluían en cada nueva edición de los contratos por objetivos. Este grupo ha elaborado dos publicaciones en donde se recogía una batería de ICP, para facilitar el trabajo de las Gerencias de Atención Primaria. En el apartado correspondiente a calidad de la prescripción se detallan mas aspectos relacionados con este tema.

Otros grupos de trabajo han sido el de **Mejora de la Información Escrita, el de Hipnóticos y Sedantes y el de Dosis Diarias Definidas (DDD)** y codificación de principios activos del INSALUD cuyos objetivos y actividad se especifican al igual que en el caso de los indicadores en el apartado de calidad de prescripción

Además de los anteriores y al ser la potenciación de la Farmacovigilancia una de las funciones en las que debe destacar el farmacéutico de Atención Primaria, se ha venido trabajando junto con otros expertos y dentro del **Grupo de Seguridad de los Medicamentos del Consejo Interterritorial** en esta línea, durante los años 2000 y 2001.

Base de Datos Apoyo al PURM

El Área de Gestión de Farmacia, mantiene activa desde el año 1993 una base de datos donde se han reflejado todos los documentos elaborados por las Gerencias de Atención Primaria como apoyo a la política de uso racional del medicamentos a modo de inventario. Entre esos documentos están los Boletines Farmacoterapéuticos, los Protocolos Farmacoterapéuticos, las Guías Farmacoterapéuticas de diferentes tipos (geriátricas, pediátricas, de urgencia) y, así mismo, se

recogen informes de diverso tipo relacionados con la prestación farmacéutica, con normativa, con investigación, etc.

Independientemente de lo anterior, y desde el año 2000, en la página web del INSALUD se vienen ofreciendo los boletines elaborado por cada una de las Gerencias de Atención Primaria para facilitar el acceso y difusión entre los profesionales sanitarios.

Otras bases de datos son las de Especialidades Farmacéuticas Genéricas y la del Sistema de Precios de Referencia ambas también situadas en página web del INSALUD y a la que se accede a través de la red de comunicación interna

Evaluación del Programa

Desde su implantación, el Programa de Uso Racional del Medicamento ha sido sometido a cortes transversales mediante la realización de **encuestas de actividad**, que han permitido medir el grado de implantación de las distintas áreas de trabajo de los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria. En la tabla adjunta se indican las diferentes actividades especificadas por cada Gerencia de Atención Primaria.

La tendencia buscada era la de ir consolidando progresivamente, a través de los objetivos del contrato-programa, estas áreas de trabajo. Por ello, cada año se incidía especialmente en alguna de ellas, aún a expensas de disminuir el ritmo en otras, de ahí algunas fluctuaciones en la evolución de las cifras que se presentan en las tablas II y III.

Tabla II

	93	94	95	96	97	98
SESIONES	1584	1796	1773	2274	2342	2199
BOLETINES	208	316	291	275	285	270
PROTOCOLOS	37	49	161	102	108	38
GUIAS	22	24	55	55	13	35

Tabla III

	93	94	95	96	97res.	98obj.	98res.	99obj.	99res.	00obj	00res.	01obj.
SESIONES	1584	1796	1773	2274	2342	2155	2199	2338	2248	2332	2248	2107
BOLETINES	208	316	291	275	285	261	271	238	218	188	191	188
HOJAS EVALU.								107	185	360	363	334
REUNIONES	267	352	297	249	267	247	107	246	253		228	238

Otro aspecto relevante de la evaluación del Programa de Uso Racional del Medicamento ha sido la introducción de indicadores de calidad. En concreto, la definición de los medicamentos de **utilidad terapéutica baja** (UTB) y **utilidad terapéutica alta** (UTA) han permitido identificar una bolsa de ineficacia en la prescripción médica. En la evolución del consumo de estos productos en el INSALUD frente al resto del Sistema Nacional de Salud se evidencia la **utilidad del trabajo con indicadores de calidad**. Estos datos, tal como se ha indicado, se facilitan en el apartado de calidad.

Agradecimientos:

A *Cid Deleito, Blanca; López Rodríguez, M^a del Carmen y Salmador Baraibar, Esther* por su colaboración en el seguimiento del Programa de Uso Racional del Medicamento y a *Campos Carrizo, Elena* por su apoyo administrativo en la realización de este capítulo.

IV. CALIDAD

Introducción

Las actividades de mejora de calidad son inherentes a los procesos de planificación y evaluación propios del nivel de Atención Primaria. Desde 1989, el INSALUD ha abordado varias perspectivas de calidad en Atención Primaria, estableciendo criterios de calidad, así como su seguimiento y evaluación. Los aspectos desarrollados han sido:

- Calidad científico-técnica, fundamentalmente basada en la calidad asistencial y en la calidad de la prescripción farmacéutica.
- Accesibilidad del usuario a los servicios sanitarios, mediante la adopción de sistemas organizativos y relacionales que facilitan su utilización para el conjunto de los ciudadanos.
- Calidad percibida, enfocada a la satisfacción del usuario y al estudio de las reclamaciones
- Programas de Mejora de la Calidad, implantados en las Áreas de Salud desde 1998, que abordan otros aspectos además de los relacionados anteriormente.

Desde 1994, el INSALUD ha ido incorporando el compromiso y evaluación de objetivos de mejora de calidad en los Contratos de Gestión (antes Contratos-Programas), que establece anualmente con las Gerencias de Atención Primaria. Paralelamente al proceso de descentralización, estos compromisos se han ido trasladando a la negociación de los Contratos de Gestión Clínico-Asistencial entre las Unidades Clínico Asistenciales y las respectivas Gerencias.

IV.1. CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA

Aguilera Guzmán, Marta / Vega López, Luis / Abad Bassols, Ángel / García Solano, Marta / Palanca Sánchez, Inés / Romera García, M^a Teresa / Gosá de Oteiza, Marta / Honduvilla Poveda, Ruperta

IV.1.1. Calidad Asistencial (Normas Técnicas, Calidad de la H^a Clínica, Hoja Clínico-Asistencial 061)

IV.1.1.1. Normas Técnicas de la Cartera de Servicios

La descripción de las Normas Técnicas así como su evolución histórica y los resultados obtenidos en las evaluaciones anuales, ya han sido recogidos en el apartado II.1.

IV.1.1.2. Calidad de la Historia Clínica

Otra de las líneas que se ha desarrollado en el año 1999, es la definición de criterios de calidad de una historia clínica. Siguiendo la línea de participación de los profesionales, esta definición se ha realizado por consenso con miembros de las Sociedades Científicas de Atención Primaria (SEMFYC, SEMERGEN, SEMG, SEPEH y FAECAP).

La definición de los criterios ha estado basada en las historias clínicas establecidas por las diferentes Comunidades Autónomas y en los proyectos de mejora de la calidad de la historia desarrollados por distintas Áreas de Salud, de acuerdo a la línea iniciada por la Subdirección General de Atención Primaria, que se describe en el apartado IV.4 de este documento.

Se definen los datos que debe contener una historia clínica, con independencia de que puedan o no ser objeto de evaluación¹. Estos criterios están relacionados con: identificación de la historia clínica, filiación, situación laboral, nivel de estudios, situación sociofamiliar, antecedentes familiares y personales, alergias medicamentosas, hábitos de riesgo, inmunizaciones y otras actividades preventivas, y los relacionados con el/los problema/s de salud del individuo.

Datos de identificación de la Historia Clínica

- *Número de la Historia Clínica:* Este número debe permitir su archivo y localización. El número más frecuentemente utilizado es el C.I.P. (dos cifras de año de nacimiento, dos cifras de mes de nacimiento y dos cifras del día de nacimiento). Aunque pueden utilizarse otros sistemas de archivo (orden alfabético por apellidos) que no hagan este dato imprescindible, es aconsejable la asignación de este número a todas las historias, ya que facilita la realización de otros procesos (muestreo de historias). En cualquier caso, debe existir un sistema de identificación individual de la historia clínica con independencia del sistema de archivo elegido.
- *Fecha de apertura de la Historia:* debe figurar como tal o referirse a la fecha de la primera actuación sanitaria realizada.
- *Identificación de los profesionales sanitarios* que atienden a la persona.

Datos de Filiación

- *Nombre y dos apellidos.*
- *Sexo*
- *Fecha de nacimiento*
- *Lugar de nacimiento (Historia pediátrica):* Deben recogerse los datos referentes a la población de nacimiento y localización del parto (Maternidad, Domicilio, Otros)
- *Dirección actualizada*
- *Teléfono actualizado*
- *Identificación administrativa:* Se realizará mediante el código de identificación personal (C.I.P). Es recomendable que figure el número de afiliación a la Seguridad Social.
- *Situación de afiliación:* Expresado como Activo/Pensionista

Datos Laborales

Debe consignarse información referente a la situación laboral actual (activo o desempleo), profesión, riesgos laborales y antecedentes laborales que puedan ser relevantes en la posible aparición de problemas de salud en el individuo.

Datos de Instrucción y Educación

Debe consignarse la información referente al nivel de estudios, comprensión de lenguaje escrito y hablado y condicionantes educativos relevantes susceptibles de influir en la aparición y/o modulación de problemas de salud en el individuo.

Datos Sociofamiliares

Debe consignarse la información referente a condicionantes susceptibles de influir en la aparición y/o modulación de problemas de salud relativos a los ámbitos familiares y sociales con los que se relaciona el individuo.

Datos de Antecedentes Familiares

Debe consignarse la información referente a problemas de salud relevantes de los familiares de primer grado susceptibles de influir en la aparición y/o modulación de problemas de salud en el individuo.

Datos de Antecedentes Personales

Debe consignarse la información referente a problemas de salud relevantes del individuo en el momento de la apertura de la Historia, susceptibles de influir en la aparición y/o modulación de otros problemas de salud.

En la mujer debe incluirse en su historia información referente a antecedentes gineco-obstétricos.

En los niños/as, debe incluirse en su historia información referente a la Historia perinatal.

Datos de Alergias Medicamentosas

La información de su existencia debe recogerse en lugar destacado y visible de la historia clínica.

Datos de consumo de sustancias tóxicas o presencia de hábitos de riesgo

Debe consignarse siempre la información relativa al consumo de tabaco y alcohol.

Si existe consumo de sustancias tóxicas, debe constar la actualización periódica de dicho consumo.

Datos de Inmunizaciones

- *Pediatría:* Debe consignarse la información relativa al calendario vacunal correspondiente a la Comunidad Autónoma de referencia.

Adultos: Debe consignarse siempre la información relativa al estado vacunal de Tétanos y Rubeola (en mujeres en edad fértil). Además es conveniente que figure la información relativa a Hepatitis B y Gripe.

Datos de actividades preventivas

La información de este apartado debe recogerse en un registro específico que permita el seguimiento a lo largo de los años y una visión de conjunto y actualizada. Las actividades preventivas que deben consignarse son, al menos, las siguientes:

- *Población infantil:*

Inmunizaciones

Revisión del Niño Sano

- *Población Adulta:*

Hábito Tabáquico
Consumo de Alcohol
Inmunizaciones
Medición de Peso y Talla
Toma de Tensión Arterial
Determinación de Colesterol en mayores de 35 años
Diagnostico Precoz de Cáncer de Cérnix y Mama
Utilización de Métodos Anticonceptivos.

Como ejemplo de formato puede tomarse como referencia la hoja del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud, auspiciado por la SEMFyC (PAPPS).

Datos de problemas de salud

Debe consignarse la información referente a problemas de salud relevantes del individuo actualizada de forma permanente. Este registro debe ser un instrumento dinámico, en continua revisión y actualización.

Datos de Hoja Cronológica de consultas (Hoja de Evolución)

En esta hoja se recogerá la información sanitaria relevante derivada de los *contactos* entre los usuarios y el personal sanitario.

Se define *contacto* como cualquier circunstancia en la que el paciente es atendido por un problema de salud.

Para cada contacto debe explicitarse el motivo que lo generó, si bien su contenido puede recogerse en la misma hoja de evolución o encontrarse en otros apartados de la historia (Informes de Atención Especializada, Registro de actividades preventivas).

Así mismo, en cada contacto debe ser posible identificar al profesional que ha realizado la actividad de forma explícita (identificación expresa del profesional) o implícita (tipo de letra habitual o coincidente de los profesionales asignados) desde el registro realizado.

Es recomendable que se siga la metodología SOAP (S: Subjetivo o motivo de consulta; O: Objetivo o datos de exploración; A: Aproximación diagnóstica; P: Plan a seguir) adaptada al motivo de consulta, recogiendo los datos de información adecuados a cada situación que permitan construir de forma lógica el proceso de decisiones clínicas ajustadas a las necesidades del usuario.

La utilización de otro tipo de hojas específicas de resultados de pruebas de laboratorio, pruebas complementarias de diagnóstico (Rx, ECG) o de monitorización de constantes biológicas se orientará a la recogida de información sanitaria específica de forma ordenada, facilitando su visualización, actualización y comprensión.

No se consideran adecuadas otro tipo de hojas o registros diseñadas con el único objetivo de señalar sólo la realización de actividades, sin poder deducir de este registro datos de información clínica referidos a dicha actividad.

IV.1.1.3. Calidad de la Hoja clínico-asistencial del 061

Los criterios de calidad de la hoja clínico-asistencial fueron definidos por consenso en 1999, en un grupo de trabajo constituido por la Subdirección General de Atención Primaria con representantes de los 061 constituidos hasta esa fecha.

Posteriormente, se procedió a realizar un pilotaje y estudio de fiabilidad (concordancia entre observadores), del cuál se obtuvieron sugerencias y matizaciones, que se incorporaron al documento. Este conjunto inicial de criterios se aplicó en la primera evaluación realizada en el último trimestre de 1999. Las sugerencias recibidas en esta primera evaluación y en la siguiente (2000) se han ido incorporando al documento inicial, en forma de aclaraciones y excepciones. La tabla IV.1.1.3.1. recoge los criterios de calidad y sus aclaraciones y excepciones².

La ponderación de cada criterio/subcriterio se estableció por consenso según la importancia de su cumplimentación desde el punto de vista de calidad de la atención. La suma de la ponderación da como resultado 100 puntos (tabla IV.1.1.3.2).

La metodología de evaluación ha sido similar a la descrita para la evaluación de cumplimiento de Normas Técnicas de la Cartera de Servicios (muestreo aleatorio simple o sistemático con un error alpha de 0,05 y error de precisión de 0,07)³. En cada Gerencia se ha constituido un grupo evaluador formado por profesionales asistenciales y miembros del Equipo Directivo. Posteriormente, se ha hecho una verificación por parte de la Subdirección General de Atención Primaria, realizada por los Inspectores Médicos. Durante los años 1999 y 2000, esta evaluación se realizó a nivel de Unidad Funcional, dado que era requisito para el cumplimiento del Contrato de Gestión Clínico-Asistencial. En el año 2001, se ha realizado con representatividad de Gerencia.

CRITERIO	ACLARACIÓN	EXCEPCIÓN
1. Nombre y apellidos del paciente	1.I. Deberá constar, al menos, el nombre y un apellido. 1.II. En caso de que no haya sido posible la identificación del paciente deberá constar, al menos, "Desconocido" o similares ("No identificable", "Inconsciente", etc.)	
2. Código de Identificación Personal (CIP) de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	2.I. CIP=Nº que figura en la parte superior derecha del anverso de la tarjeta; comienza con 4 letras y se sigue de 12 dígitos numéricos 2.II. Si la asistencia es con cargo a otra entidad aseguradora, y por tanto no dispone de CIP, deberá figurar la entidad 2.III. No se considerará válido el número de la Seguridad Social	
3. Centro de Salud o Zona Básica	3.I. En el reverso de la tarjeta figura etiqueta con CIAS: los 4 primeros dígitos corresponden a la Gerencia de Atención Primaria y los dos siguientes identifican al Centro de Salud 3.II. Es válido el nombre del Centro de salud, el de la Zona Básica o el código de centro que figura en la Tarjeta Sanitaria Individual	3.i. Asistencia con cargo a otra entidad que figura en la hoja
4. Identificación de la Unidad Móvil de Emergencias (UME)	4.I. Código de identificación de la UME	
5. Fecha de asistencia	5.I. Día - mes – año (A las 00:00 h cambia el día)	
6. Hora de llegada	6.I. Se considerará cumplido el criterio cuando figure explícitamente la hora de llegada al lugar de asistencia	
7. Lugar de asistencia	7.I. Identificación del lugar de asistencia que permita localizarlo (dirección, punto kilométrico, etc.)	
8. Número de aviso	8.I. Código de identificación del aviso, que permita localizarlo en el sistema de archivo	
9. Motivo de llamada	9.I. El indicado por el Centro Coordinador de Urgencias al transmitir el aviso 9.II. A efectos de evaluación, no es preciso que conste codificado	
10. Alergias medicamentosas	10.I. Debe registrarse la presencia o ausencia. 10.II. En caso de presencia de alergia deberá especificarse a qué medicamentos.	10.i. Paciente inconsciente
11. Antecedentes personales	11.I. Deberá constar la presencia / ausencia de enfermedades o tratamientos de interés para el proceso actual. 11.II. Se considerarán válidas expresiones como "sin interés".	11.i. Paciente inconsciente
12. Situación actual de la enfermedad 12.1. Anamnesis 12.2. Exploración 12.3. Pruebas complementarias 12.4. Frecuencia cardíaca 12.5. Tensión arterial sistólica y diastólica	12.I. Anamnesis que oriente al juicio clínico. 12.II. Datos de exploración que orienten al juicio clínico. 12.III. En caso de realizar pruebas complementarias, los resultados deberán adjuntarse o registrarse en la hoja clínico-asistencial.	12.i. Paciente inconsciente 12.iii. Figura explícitamente que no se han realizado pruebas complementarias (Ej: "No realizadas", "No precisa") 12.iv. Parada cardiorespiratoria 12.v. Parada cardiorespiratoria
13. Juicio clínico codificado 13.1. Juicio clínico 13.2. Código CIE-9 MC		
14. Indicación terapéutica, Tratamiento administrado y técnicas terapéuticas practicadas	14.I. Si se ha instaurado tratamiento o aplicado alguna técnica terapéutica, deberá constar alguna información, indicándose dosis y pauta. 14.II. Si no se ha administrado ningún tratamiento o técnica deberá constar alguna anotación del tipo de "No administrado", "No procede".	
15. Derivación del paciente	15.I. Deberá estar registrado en la hoja clínico asistencial, tanto el dato positivo como el negativo. Cuanto de la anotación del destino pueda desprenderse inequívocamente si ha existido o no derivación, se considerará cumplido.	
16. Destino de la derivación	16.I. En caso de que el paciente haya sido derivado, deberá figurar el lugar de derivación (hospital, etc)	16.i. El paciente no ha sido derivado a ningún otro dispositivo asistencial
17. Nombre y apellidos del facultativo	17.I. Legibles (se recomienda utilizar mayúsculas) o sello de identificación del facultativo. 17.II. Para considerar cumplido el criterio, deberán figurar los dos apellidos o, al menos el nombre y primer apellido.	
18. Firma del facultativo		

TABLA IV.1.1.3.2. Ponderación criterios Hoja Clínico-Asistencial

Criterio	Subcriterio	Factor Ponderación Subcriterio	Factor Ponderación Criterio
Datos de identificación del paciente	• Nombre y apellidos del paciente	3	5
	• Código de Identificación Personal (CIP) de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	1	
	• Centro de Salud o Zona Básica	1	
Datos de identificación de UME Y aviso	• Identificación de la Unidad Móvil de Emergencias (UME)	1	10
	• Fecha de asistencia	1	
	• Hora de llegada	3	
	• Lugar de asistencia	1	
	• Número de aviso	1	
	• Motivo de llamada	3	
Antecedentes	• Alergias medicamentosas	5	10
	• Antecedentes personales	5	
Situación actual de la enfermedad	• Anamnesis	4	20
	• Exploración	4	
	• Pruebas complementarias	4	
	• Frecuencia cardíaca	4	
	• Tensión arterial sistólica y diastólica	4	
Juicio clínico codificado	• Juicio clínico	15	20
	• Código CIE-9 MC	5	
Indicación terapéutica	• Tratamiento administrado y técnicas terapéuticas practicadas	20	20
Derivación y destino	• Derivación del paciente	5	10
	• Destino de la derivación	5	
Identificación del facultativo	• Nombre y apellidos del facultativo	4	5
	• Firma del facultativo	1	

Fuente: Subdirección General Atención Primaria - INSALUD

El cumplimiento de los criterios de calidad de la Hoja Clínico-Asistencial es muy elevado, por encima del 85% en todas las Comunidades Autónomas, con una tendencia positiva en el periodo evaluado (tabla IV.1.1.3.3.).

**TABLA IV.1.1.3.3. Cumplimiento criterios Hoja Clínico-Asistencial
Años 1999 – 2001**

CC. AA.	% de Cumplimentación Ponderado			Nº de Hojas Clínico-Asistenciales Evaluadas		
	1999	2000	2001	1999	2000 (2)	2001(3)
Aragón	-	(1)	89,21	-	(1)	356
Asturias	-	(1)	93,97	-	(1)	353
Baleares	78,01	86,72	86,80	213	954	1073
Cantabria	52,05	92,35	98,51	265	618	4065
Castilla-La Mancha	(1)	84,71	94,45	(1)	641	2074
Castilla y León	(1)	90,08	96,64	(1)	856	3025
Extremadura	47,92	87,47	90,13	92	555	1343
La Rioja	(1)	95,78	95,83	(1)	278	542
Madrid	81,19	83,13	86,04	373	3.020	377
Murcia	78,81	90,07	91,91	373	1.509	1536
Ceuta	-	(1)	87,86	-	(1)	304
Melilla	-	(1)	95,17	-	(1)	322
INSALUD	71,43	87,00	90,44	1.316	8.431	15.370

Fuente: Subdirección General Atención Primaria – INSALUD

- (1) Han iniciado la actividad posteriormente al pacto del Contrato de Gestión anual.
- (2) La representatividad en el año 2000 fue de UME, debido a los criterios de incentiviación.
- (3) La variabilidad en el número de Hojas Clínico-Asistenciales evaluadas en el año 2001, se debe a que algunas Gerencias optaron por representatividad de UME y otras por representatividad de Gerencia, que ha sido el mínimo exigido.

Bibliografía

1. INSALUD. Consenso Calidad Historia Clínica (documento interno)
2. INSALUD. Criterios Hoja Clínico-Asistencial 061 (documento interno)
3. INSALUD. Instrucciones Evaluación Hoja Clínico-Asistencial 061 (documento interno)

IV.1.2. Calidad de Prescripción

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Gómez Juanes, Vicente / Ávila Muñoz, Luisa / Benedí González, Alicia / del Moral González, Tomás / Laviña Rodríguez, Almudena

Dentro de la pretensión de cualquier sistema sanitario de proporcionar un alto nivel de salud a sus usuarios, es claro que el concepto de uso racional del medicamento ocupa un lugar preponderante. Procurar la máxima efectividad de los medicamentos, reduciendo los riesgos derivados de su utilización, minimizar el coste que conlleva su uso y perseguir la mayor satisfacción posible del paciente con respecto a su tratamiento son aspiraciones básicas para obtener ese nivel de salud. Consecuentemente con ello, una prescripción de calidad es aquella que atribuye un determinado medicamento a su correcta indicación, en la forma farmacéutica y dosis más adecuadas para el paciente, durante el tiempo estrictamente necesario y al menor coste posible para el paciente y para el sistema sanitario. Esto conlleva una selección correcta de los fármacos usados, un adecuado ajuste de la dosis y del tiempo de tratamiento, que el medicamento esté disponible y que sea asequible para el nivel económico del paciente, lo que suele implicar una financiación compartida con el sistema sanitario, pudiendo comprometer asimismo las posibilidades económicas de este.

En este marco, existen diferentes factores sobre los que se debería actuar para conseguir esa calidad de prescripción aceptable. Algunos pueden darse por conseguidos (han devenido estructurales) en un sistema sanitario como el nuestro: formación básica de los profesionales, disponibilidad de los medicamentos. Hay otros, en cambio, que requieren toda la atención y el esfuerzo de la gestión farmacéutica, fundamentalmente la formación continuada (actualización farmacológica o “información sobre medicamentos”), la selección de medicamentos en función de su relación beneficio-riesgo-coste y la medida de los resultados conseguidos.

Para hacer frente a esta problemática, en 1993 se implantó en el ámbito de la Atención Primaria del INSALUD el Programa de Uso Racional del Medicamento, ya tratado en alguno de sus aspectos en el capítulo de Gestión de la Prestación Farmacéutica. Las primeras medidas que se abordaron dentro del mismo fueron crear la figura del farmacéutico de Atención Primaria, dotar a cada Gerencia de Atención Primaria de un profesional de este tipo y configurar el marco legal de su actuación mediante las Circulares 4/93 y 5/93 que establecen las funciones de los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria y de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento. Los primeros encarnan al promotor de las iniciativas que cada Gerencia de Atención Primaria aborde en materia de Uso Racional del Medicamento, y las segundas, son los órganos colegiados asesores de la Gerencia sobre este tema, compuestas por representantes del equipo directivo y de los profesionales sanitarios de cada Área.

Las actuaciones desarrolladas en el ámbito del Programa de Uso Racional del Medicamento son muy diversas tal y como ha quedado reflejado en el capítulo específico. Algunas de ellas se han

centrado en mejorar la calidad de la prescripción, de acuerdo con las líneas que se desarrollan a continuación.

Información sobre medicamentos y selección de medicamentos

Dentro del Programa de Uso Racional del Medicamento se consideran fundamentales las actividades de información sobre medicamentos, ya que representan una herramienta especialmente útil para los médicos, que les ayuda en la adquisición y actualización de los conocimientos necesarios para la selección del fármaco más adecuado para cada paciente.

Estas actividades de información sobre medicamentos tienen una implantación histórica en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, se han instaurado de forma sistemática y programada desde 1993, a través de su inclusión en los Contratos de Gestión que anualmente suscriben las Gerencias de Atención Primaria con los Servicios Centrales del INSALUD.

Entre ellas destacan: la elaboración de *Boletines Farmacoterapéuticos*, la celebración de *Sesiones Farmacoterapéuticas*, la selección de medicamentos a través de *Guías Farmacoterapéuticas* y *Protocolos Farmacoterapéuticos*, la resolución de *Consultas* en los Centros de Información de Medicamentos y los *Cursos sobre Uso Racional de los Medicamentos*.

Hasta 1998 la evaluación de estas actividades se realizaba de modo general, verificando que los compromisos cuantitativos de actividad contraídos se habían cumplido. Con ello se garantizaba un mínimo de actuaciones de información que cada Gerencia de Atención Primaria llevaría a cabo en cada ejercicio, básicamente por medio de los farmacéuticos de Atención Primaria. Con la experiencia adquirida se consideró insuficiente este compromiso de actividad y se vio la necesidad de profundizar en la homogeneización de la calidad de estas actuaciones. Por otra parte, la mayoría de la información era elaborada y difundida por las Gerencias de Atención Primaria siguiendo su propio criterio, disponiendo de escasas orientaciones, algunas procedentes de la bibliografía y otras, mínimas, emitidas por la Subdirección General de Atención Primaria. Se constataba, con ello, una amplia variabilidad en las actuaciones de información sobre medicamentos (tanto en aspectos cuantitativos como de contenido) realizada por las distintas Gerencias.

Por ello, en 1998 se creó el Grupo de “Mejora en la calidad de la información de los medicamentos”, dentro del Área de Gestión de Farmacia de la Subdirección General de Atención Primaria, con el objetivo de definir criterios y establecer indicadores que permitiesen marcar directrices de trabajo y detectar mejor la calidad de las actividades de información que se llevaban a cabo.

Se establecieron, como actividades prioritarias sobre las que actuar, los boletines, las guías y las sesiones farmacoterapéuticas. En 1999 el grupo de trabajo elaboró un primer "Documento sobre boletines farmacoterapéuticos", que vino a definir aquellos aspectos imprescindibles para que estos documentos cumplan con eficacia su función de herramienta potenciadora del uso racional de los medicamentos y para mejorar su calidad.

A finales del año 2000 se creó el Grupo de trabajo de Guías Farmacoterapéuticas, que tiene el encargo de establecer criterios para orientar la elaboración de Guías de este tipo y esperamos pueda presentar resultados antes de final del año 2001.

Dentro de grupos específicos de medicamentos, se priorizaron las actuaciones dirigidas a mejorar la utilización de hipnóticos y tranquilizantes, y ello porque se había constatado, por parte de los propios profesionales, la necesidad de revisar los tratamientos implantados con estos medicamentos. Para ello se creó en el año 2000 un Grupo de trabajo específico con el objetivo de elaborar un documento de recomendaciones sobre las pautas a seguir en la instauración y seguimiento de estos tratamientos.

Boletines farmacoterapéuticos:

Los boletines farmacoterapéuticos son publicaciones periódicas elaboradas por las Gerencias de Atención Primaria y dirigidas a los profesionales sanitarios, en especial a los médicos de Atención Primaria.

Su contenido versa sobre temas relacionados con la utilización de los medicamentos y desde el año 1999 se elaboran bajo dos formatos: Revisiones farmacoterapéuticas (más extensas y dirigidas a la revisión de patologías o grupos de medicamentos) y Hojas de evaluación de medicamentos (más escuetas y diseñadas para evaluar un medicamento en concreto, habitualmente un nuevo fármaco).

Se consideran herramientas que influyen en la calidad de prescripción, ya que una buena información sobre medicamentos redundará en una prescripción de calidad.

Ante la diversidad de formatos y contenidos de los boletines, en 1998 se creó el Grupo de Mejora en la calidad de la información de los medicamentos, con los siguientes objetivos principales:

- Identificar y priorizar las actividades más importantes de la información de medicamentos.
- Determinar las condiciones que debe cumplir la información sobre medicamentos.
- Establecer sistemas de evaluación y seguimiento de los documentos que contienen información sobre medicamentos.

En el año 1998 este grupo redactó un primer “Documento sobre boletines farmacoterapéuticos”, que recoge recomendaciones y directrices para la elaboración de estos boletines por las Gerencias de Atención Primaria y los criterios para su evaluación.

Este documento ha sido actualizado ya en dos ocasiones, con el título “Boletines farmacoterapéuticos en Atención Primaria”, para marcar las directrices de elaboración de boletines y los criterios de evaluación en los años 2000 y 2001.

Actualmente el grupo de trabajo está finalizando la evaluación de todos los boletines elaborados en el año 1999, siguiendo los criterios especificados en el documento “Boletines farmacoterapéuticos en Atención Primaria” y espera poder presentar en breve los resultados.

Desde el inicio del Programa de Uso Racional del Medicamento, la actividad de las Gerencias de Atención Primaria en la elaboración de boletines ha sido la siguiente:

BOLETINES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Revisiones							238	191	188
Hojas de Eval.							107	363	334
Total	208	316	291	275	285	271	345	554	522

* Objetivo año 2001.

Sesiones farmacoterapéuticas:

Las sesiones farmacoterapéuticas son impartidas por los Farmacéuticos de Atención Primaria directamente en los Centros y están dirigidas a los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería de Atención Primaria). Se efectúan con el objetivo de facilitar a los profesionales la adquisición de conocimientos sobre medicamentos y que dispongan de un foro de debate y de consulta sobre el manejo de medicamentos “in situ”.

Para la selección de los temas, habitualmente se tienen en cuenta las demandas de información de los propios médicos, además de las necesidades establecidas por las novedades terapéuticas y los datos de consumo farmacéutico, que orientan sobre las patologías o grupos de medicamentos sobre los que es prioritario actuar.

Desde el inicio del Programa de Uso Racional del Medicamento, la actividad de las Gerencias de Atención Primaria en la realización de sesiones ha sido la siguiente:

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*
Nº SESIONES	1584	1796	1773	2274	2342	2199	2248	2248	2107

* Objetivo año 2001.

Guías farmacoterapéuticas:

Son documentos de consenso, que recogen la selección de medicamentos recomendados para su utilización en Atención Primaria (principios activos y especialidades farmacéuticas), de manera que cubran el mayor porcentaje posible de las patologías que se presentan habitualmente en la consulta de Atención Primaria.

Además de la relación de medicamentos y de los criterios utilizados para su selección, incluyen información complementaria y tablas que se consideran de utilidad.

Su objetivo prioritario es facilitar al médico la toma de decisiones en su práctica diaria, al presentar una selección limitada de medicamentos, de entre el enorme arsenal terapéutico actualmente existente, escogida en base a criterios de eficacia, seguridad, experiencia de uso, coste y accesibilidad.

En diciembre del año 2000 se creó el “Grupo de trabajo de Guías farmacoterapéuticas”, con la finalidad principal de establecer los criterios para la elaboración de estas Guías por las Gerencias de Atención Primaria del INSALUD.

A lo largo del año 2001, el grupo ha elaborado un documento, similar al de “Boletines farmacoterapéuticos en Atención primaria”, que recogerá pautas y consejos para la elaboración y evaluación de las guías, establecerá su contenido mínimo y se efectúan recomendaciones sobre cómo valorar el grado de adhesión a las mismas por parte de los profesionales.

Cuando las Gerencias lo consideran necesario, realizan guías con la selección de medicamentos para determinadas situaciones, como guías geriátricas o pediátricas, o de otros tipos. Actualmente todas las Gerencias de Atención Primaria disponen de su propia Guía Farmacoterapéutica, que actualizan periódicamente.

Durante el año 1999 y dentro del marco de coordinación de las actuaciones en materia de uso racional del medicamento en los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada), se intentó potenciar las actividades encaminadas a mejorar la utilización de antimicrobianos, por lo que todas las Gerencias de Atención Primaria han elaborado una “Guía de antimicrobianos”, consensuada con su respectiva Gerencia de Atención Especializada, que recoge la selección y las recomendaciones para el manejo de los antibióticos de uso más frecuente en Atención Primaria.

Estrategia y plan de acción para el seguimiento de la utilización de hipnóticos y tranquilizantes

El insomnio y la ansiedad son trastornos con alta prevalencia en Atención Primaria y los datos de consumo farmacéutico evidencian año tras año una elevada prescripción de hipnóticos y

tranquilizantes, con el agravante de que se trata en muchos casos de tratamientos que no se someten a revisión periódica en muchos casos, dejando a los pacientes (especialmente de avanzada edad) con una medicación de por vida sin justificación aparente. Por ello se consideraron necesarias intervenciones concretas sobre este grupo de medicamentos, con el fin de mejorar la calidad de su manejo, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los usuarios.

En febrero del año 2000 se creó el Grupo de trabajo de hipnóticos y tranquilizantes, con el objetivo de asesorar a la Subdirección General de Atención Primaria sobre la estrategia a seguir para monitorizar este grupo de fármacos. El grupo elaboró un “Documento sobre hipnóticos y tranquilizantes”, sobre el abordaje terapéutico del insomnio y los trastornos de ansiedad en Atención Primaria y desarrolló el texto de un díptico/tríptico informativo dirigido a la población. Ambos fueron enviados a todas las Gerencias de Atención Primaria, que les dieron su propio formato y los distribuyeron entre sus profesionales y usuarios.

Estas medidas se complementaron con:

- La realización de sesiones específicas en los centros, dirigidas a los médicos y enfermeras de Atención Primaria.
- La elaboración de protocolos de manejo del insomnio y los trastornos de ansiedad en colaboración con la Unidad de Salud Mental o Servicio Hospitalario correspondiente de referencia.
- El seguimiento del consumo de hipnóticos y tranquilizantes a través un indicador específico.

Evaluación de resultados

La evaluación óptima de la calidad en la prescripción debería centrarse en el análisis de los tratamientos farmacológicos instaurados, evaluando la adecuación del medicamento al diagnóstico (relación beneficio-riesgo e indicación), la pauta posológica prescrita y su coste. Sin embargo, el acceso informatizado a toda esta información es aún muy deficiente y está, además, seriamente afectado por la problemática que genera la garantía de confidencialidad de los datos de salud de los pacientes en sistemas informáticos. En el presente, sólo se dispone de sistemas que permiten conocer con gran profundidad el consumo de medicamentos en sí, pero sin ligarlo a las indicaciones para las que están siendo utilizados ni a los parámetros de salud de los pacientes. Por ello, es importante tener en cuenta que la evaluación de la calidad en la prescripción es, por el momento, incompleta, si bien se han desarrollado algunas herramientas que permiten una aproximación indirecta, pero a veces suficiente, a algunos aspectos de la prescripción de medicamentos.

El análisis del consumo farmacéutico como medida de calidad de la prescripción resulta extremadamente complejo por la enorme profusión de datos y variables que pueden ser medidas. Por este motivo, dentro del Programa de Uso Racional del Medicamento se ha impuesto la obligatoriedad de enviar mensualmente a todos los Equipos de Atención Primaria una serie de indicadores que resumen la situación y posible valoración de su consumo farmacéutico. Por otro lado, incorporar el concepto de calidad al análisis de la prescripción farmacológica suponía la definición de una serie de valores óptimos cuya consecución nos asegurara esa prescripción de calidad.

De lo anterior, se deduce que es necesario disponer de indicadores que, en primer lugar, sintetizen los aspectos más relevantes del consumo de medicamentos y, en segundo lugar, que lleven asociados objetivos ligados a la calidad en la prescripción. Aunque la simple medida del consumo farmacéutico presenta el inconveniente de no relacionar el tratamiento con el diagnóstico y, por ello, no siempre permite una evaluación concluyente de la labor terapéutica de los médicos de atención primaria, puede ser de gran ayuda al permitir comparar la actividad de diversos ámbitos y ésta con los estándares planteados en función de consideraciones farmacológicas, epidemiológicas y de práctica médica. Por todo ello, dentro de las medidas a disposición del médico de atención primaria para la mejora de la calidad asistencial y el uso racional del medicamento, la utilización de indicadores de calidad de prescripción ocupa un lugar destacado, por ser instrumentos que permiten medir y evaluar la actividad prescriptora y actuar para su mejora.

En la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD se formó en 1993 un grupo multidisciplinar, compuesto por médicos, farmacólogos y farmacéuticos que pertenecían al ámbito de la Atención Primaria, encargado de la elaboración de indicadores de calidad de prescripción aplicables a atención primaria. Existían entonces muy pocos antecedentes de propuesta de indicadores de calidad de prescripción basados en datos de consumo tanto en nuestro país como en el ámbito internacional.

Como primer paso en el trabajo realizado se llevó a cabo la división de la oferta actual de medicamentos incluidos en la financiación en dos grupos:

1. Medicamentos de utilidad terapéutica baja o dudosa (UTB), que incluye productos para los que no existe evidencia suficiente de eficacia probada o de relación beneficio-riesgo favorable.
2. Medicamentos de utilidad terapéutica alta (UTA), que incluye productos para los que existe evidencia de una eficacia probada y una relación beneficio-riesgo favorable.

Sobre los primeros, se difundió un trabajo en el ámbito territorial del INSALUD en 1994. El segundo grupo de medicamentos ha sido tratado detalladamente en otra publicación en 1998 (ver documento "Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria"). Para ello, se ha realizado una selección de aquellos grupos farmacológicos de mayor relevancia en este ámbito

asistencial. A continuación se revisaron las distintas alternativas terapéuticas de cada grupo y se efectuó un estudio de un gran número de indicadores de consumo de sus principios activos. Tras su revisión bibliográfica, análisis de su significación y potencial utilidad se seleccionó finalmente, un reducido conjunto de indicadores, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Que aborden cuestiones relevantes.
- Que estén justificados desde el punto de vista científico.
- Que sean sensibles y específicos respecto de la actuación prescriptora cuya calidad se pretende evaluar.
- Que sean comprensibles y que sus resultados sean fáciles de interpretar.
- Que sea posible asignarles un valor óptimo.
- Que sean fáciles de calcular con los sistemas de información actualmente disponibles.
- Que puedan ser incorporados a la práctica diaria de trabajo de los gestores y profesionales sanitarios.

De esta batería de indicadores, cada año se eligen aquellos para los que se establecerá su seguimiento a través del Contrato de Gestión de Atención Primaria. Para cada indicador se negocia con cada Gerencia el objetivo que se pretende alcanzar y al final del ejercicio se valora el grado de cumplimiento del objetivo. Algunos años, el cumplimiento de algunos indicadores se ha vinculado con algún tipo de incentivación, lo que ha contribuido a reforzar el papel y la utilidad de estos procedimientos de evaluación de la calidad en la prescripción.

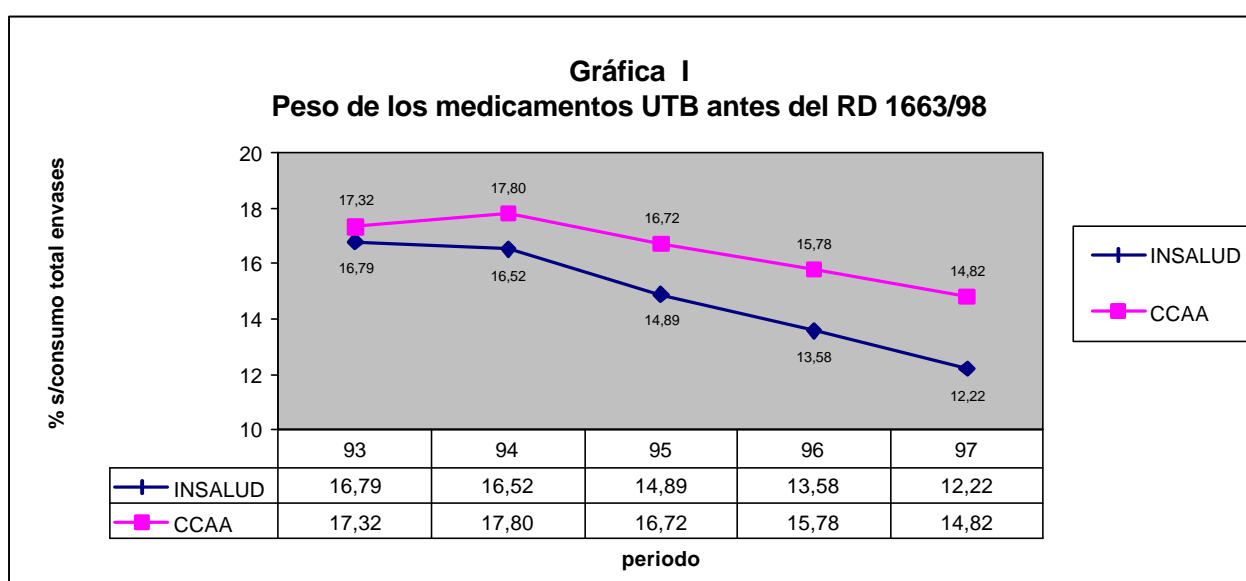
Hasta el momento, los indicadores que con más frecuencia se han incluido en los Contratos de gestión han sido los que miden la presencia en la prescripción de medicamentos UTB, y es preciso destacar que la evolución desde que se inició este seguimiento ha dado resultados muy interesantes. La ampliación de este sistema a indicadores de medicamentos UTA (es decir, de eficacia contrastada) es, sin embargo, problemática, pues requiere de programas específicos de intervención (véase el caso de los hipnóticos) o de nuevos sistemas de información que nos proporcionen datos acerca de las indicaciones para las que se están utilizando. No obstante esto, existen algunos indicadores “indirectos” que pueden beneficiarse de esta experiencia, como son los relativos al grado de penetración de medicamentos EFG, grado de penetración de principios activos nuevos que no son de aportación relevante a la terapéutica o uso relativo de antibióticos de primera elección en Atención Primaria frente al total de antibióticos, etc.

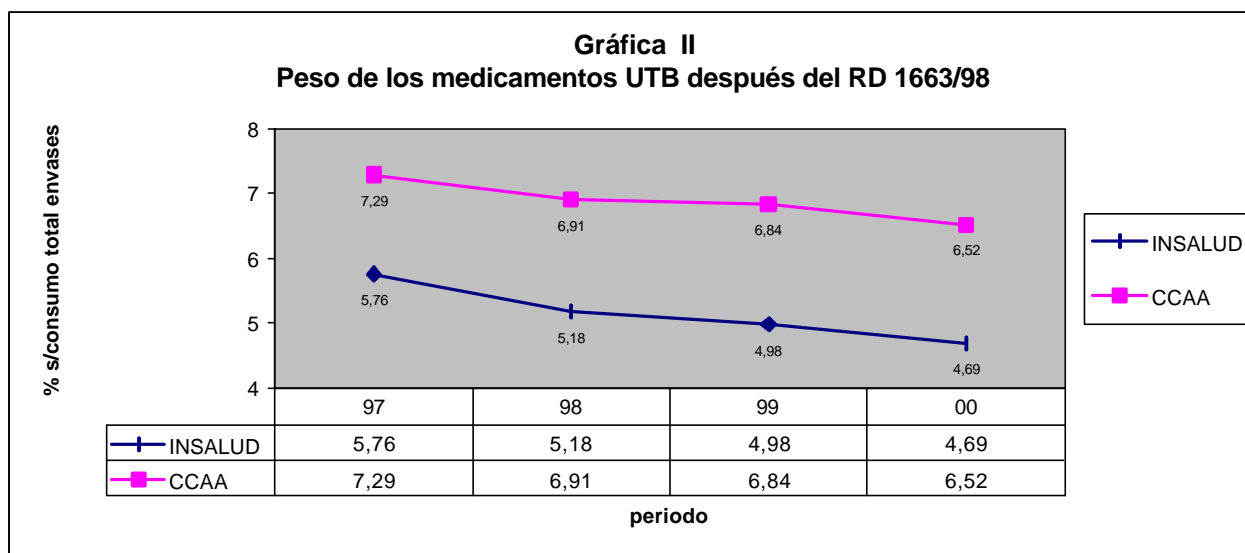
Evolución del consumo de UTB

Las gráficas I y II muestran la evolución del consumo de estos medicamentos antes y después de la entrada en vigor del RD 1663/1998 de 24 de julio (Ministerio de Sanidad y Consumo), por el que se retiraron de la financiación una serie de productos entre los que se incluían varios grupos de medicamentos de este tipo. Las gráficas ofrecen datos sobre el porcentaje que el consumo

en envases de estos medicamentos ha supuesto desde 1993 hasta 2000, tanto en el INSALUD como en el resto de Comunidades Autónomas con competencias de gestión sanitaria. Las conclusiones más significativas de estos datos son:

- La introducción del concepto UTB en 1994 y su inmediata aplicación en el trabajo habitual de las Gerencias de Atención Primaria provocó una disminución sustancial en la prescripción de estos fármacos en el ámbito del INSALUD. Esta disminución existió en las restantes CCAA, pero con una pendiente considerablemente menor (gráfica I). De hecho, en el periodo 93-97 el INSALUD disminuyó 4,07 puntos y el resto, 2,50 puntos.
- La entrada en vigor del mencionado Real Decreto supuso, en consecuencia, un menor impacto para el INSALUD que para el resto de Servicios de Salud (en concreto 6,46 puntos para el INSALUD y 7,53 puntos para el resto). Esto se tradujo en un acercamiento de los valores solo debido al efecto de esta medida estructural. Así, a finales de 1997, la diferencia entre INSALUD y resto era de 2,60 puntos sin aplicar el impacto del Real Decreto y de 1,53 puntos si se aplica este.
- A pesar de esta igualación, la gestión del INSALUD en este tema ha seguido teniendo una mayor eficacia, pues en el periodo 1997-2000, la distancia entre INSALUD y resto ha pasado de 1,53 puntos a 1,83 puntos.
- A medida que los valores de consumo de estos medicamentos disminuyen, la reducción posterior se hace cada vez más difícil, por lo que es previsible que los próximos años se observe un estancamiento de su consumo.





Farmacovigilancia

La Subdirección General de Atención Primaria (S.G.A.P.) se encarga de la difusión, dentro del Instituto Nacional de la Salud, de las comunicaciones de riesgos asociados a medicamentos procedentes de la Agencia Española del Medicamento (A.E.M.). La información recibida es básicamente de dos tipos:

- 1) Comunicación sobre riesgos de medicamentos (Nota informativa o Suspensión de comercialización)
- 2) Alerta farmacéutica.

Desde la S.G.A.P. se ha establecido un Procedimiento Normalizado de Trabajo para coordinar la transmisión de esta información dentro de las estructuras del INSALUD, de manera que llegue a todos los profesionales implicados y en el mínimo plazo de tiempo posible.

Por otro lado, en el seno de la A.E.M. existe un Comité de Seguridad de Medicamentos de uso humano, que en 1999 consideró necesaria la creación de una Comisión Asesora que propusiera un procedimiento de comunicación de riesgos asociados a los medicamentos a los profesionales sanitarios. El INSALUD ha formado parte de esta Comisión desde el inicio de la misma con un representante permanente de la Subdirección General de Atención Primaria.

En febrero de 2001, esta Comisión presentó el documento definitivo en el que se establecen los tipos de comunicaciones dependiendo del riesgo sanitario, los cauces de comunicación, las instituciones implicadas en su divulgación y el responsable, interlocutor y punto de contacto dentro de cada una de ellas. Dentro del INSALUD el punto de contacto se encuentra en la Subdirección General de Atención Primaria y existen dos interlocutores, uno a nivel de Atención Primaria y otro de Atención Especializada.

Bibliografía

1. Crespo B, Álvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, Rodríguez C. Documento sobre boletines. Instituto Nacional de la Salud (documento interno); 1999.
2. Crespo B, Ávila L, Álvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud (documento interno); febrero 2000.
3. Crespo B, Ávila L, Álvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Actualización año 2001. Madrid: Instituto Nacional de la Salud (documento interno); diciembre 2000.
4. Crespo B, Ávila L, Álvarez J, Fidalgo L, Montero MJ, Morera T, et al. Boletines Farmacoterapéuticos en Atención Primaria. Año 2001. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; En prensa 2002.
5. Gómez V, Armesto J, Calvo MJ, Candás MA, Fidalgo S, De Marino MA, et al. Programa de mejora de la prescripción farmacológica en Atención Primaria. Madrid: INSALUD, 1998.
6. Gómez V, Armesto J, Calvo MJ, Candás MA, Chocrón L, Gómez-Martino MD, et al. Grupo de trabajo. Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: INSALUD (documento interno), 1994.
7. Gómez V, Armesto J, Calvo MJ, Candás MA, Fidalgo S, Rigeira, A.I., et al. Utilidad terapéutica de los medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud. Madrid: INSALUD (en prensa), 2001.
8. Siles M, Alcaraz M, Ávila L, Mataix A, Rigueira AI, Crespo B. Sistema de codificación de principios activos y Dosis Diarias Definidas del Insalud. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

IV.2. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS

Alfaro Latorre, Mercedes / Terol García, Enrique / Sendagorta Camino, Azucena / Fernández Moreno, Rodolfo / Etreros Huerta, Javier / Esteban Gonzalo, Santiago.

Introducción

Una de las características propias de la Atención Primaria es la facilidad de acceso a los dispositivos de atención a la salud, de tal manera que atención primaria y accesibilidad deben ser, en la práctica, términos redundantes. La disponibilidad de servicios en la proximidad del lugar de residencia de los ciudadanos, la facultad de poder acudir a los mismos de manera espontánea e inmediata y la posibilidad de recibir la atención en el propio domicilio, son tres condiciones sin las cuales no tendría sentido un modelo organizativo que quisiera realmente orientar su estrategia hacia la atención de las necesidades sentidas por los ciudadanos en relación con el cuidado de su salud.

El establecimiento de equipos profesionales (Equipos de Atención Primaria) en centros sanitarios dotados de medios diagnósticos y terapéuticos básicos (Centros de Salud) en la demarcación geográfica de la Zona Básica de Salud, consigue situar en tiempos breves de desplazamiento, desde cualquier lugar de residencia, a los dispositivos sanitarios de mayor frecuentación por la población. En ellos, además de recibir atención directa a sus demandas, los ciudadanos encuentran a un profesional (médico de familia o pediatra) que, a través de la toma de decisiones técnicas, dirige su problema cuando es necesario hacia los dispositivos más adecuados para su abordaje y resolución, e integra posteriormente la información y decisiones tomadas en éstos, asumiendo el seguimiento y control del proceso.

La diversificación de la oferta horaria de consulta a demanda ha constituido uno de los objetivos más reiteradamente perseguido dentro del ámbito del INSALUD, al entender que las consultas sobre la salud deben hacerse compatibles con la actividad habitual de los ciudadanos. Por este motivo, los Contratos de Gestión de cada año han establecido metas concretas para cada Área, en función de la expectativa expresada por los usuarios en la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios^(1,2), de tal manera que en la actualidad cerca del 40% de las consultas en poblaciones superiores a 10.000 habitantes discurren, completa o parcialmente, en horario de tarde.

Acercar a los usuarios determinados servicios diagnósticos de uso común, como son las pruebas de laboratorio, es otro de los logros conseguidos a través del programa de Recogida Periférica de Muestras Clínicas en los centros de atención primaria, puesto en marcha en el año 1.984, que evita el desplazamiento de más de cinco millones de usuarios a los laboratorios del Área Sanitaria, muchas veces situados en localidades distantes de su lugar de residencia.

La atención domiciliaria, a demanda y programada, puede considerarse como la máxima expresión de la accesibilidad a los servicios sanitarios. La primera responde a la presentación de un problema de salud que no permite al paciente desplazarse al centro para ser atendido y sin embargo requiere una pronta atención sanitaria. La segunda se produce por programación de los propios profesionales sanitarios, para atender a aquellos pacientes con enfermedades crónicas o de larga duración, cuyo estado de salud les mantiene confinados en su domicilio y, por lo tanto, es preciso realizar su atención en este ámbito. A lo largo del año 2001, fueron más de siete millones de consultas, médicas o de enfermería, las atendidas de este modo por Atención Primaria en el INSALUD.

Los aspectos relacionados con el trato recibido y las condiciones de acogida, son también un elemento claro de accesibilidad, por cuanto la corrección en las formas y las actitudes positivas en la atención a los usuarios facilitan el camino por el que transcurren las actuaciones que previenen la enfermedad o tratan la pérdida de la salud.

Por último, son necesarios unos instrumentos organizativos que faciliten la utilización de los servicios, así como una oportuna y más accesible información para todos los ciudadanos que permita avanzar al sistema sanitario en sus objetivos de equidad.

Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios (PMASS)

El Instituto Nacional de la Salud ha venido desarrollando, en la última década, un Programa de Mejora de la Accesibilidad de los Usuarios a los Servicios Sanitarios (PMASS) a través de los centros de Atención Primaria. El programa se ha considerado como una línea de trabajo continua y en permanente evolución, que pueda dar respuesta a las expectativas que los ciudadanos tienen sobre *como* debe desarrollarse su relación con el sistema sanitario y, paralelamente, colabore a detectar y solucionar los problemas que puedan presentarse en este sentido.

Su objetivo general es conseguir que el usuario perciba el Sistema Sanitario como un conjunto de niveles interrelacionados y coordinados que atiende eficazmente sus demandas, para lo cual se plantean una serie de objetivos específicos:

- Mejorar y acercar al usuario la información sobre los servicios sanitarios, tanto la relacionada con su organización y requisitos de uso como con las prestaciones complementarias que se derivan de la asistencia sanitaria.
- Facilitar el acceso a las consultas y pruebas diagnósticas, tanto si se realizan en Atención Primaria como en el nivel especializado, proporcionando al usuario la correspondiente cita.
- Resolver, desde todos y cada uno de los Centros de Atención Primaria, el mayor número posible de gestiones administrativas relacionadas con la asistencia sanitaria.

- Fomentar la utilización de las vías de participación, opinión y crítica a los usuarios del sistema sanitario.
- Personalizar el trato al usuario en su relación con el conjunto del sistema sanitario, aprovechando la relación de proximidad a los ciudadanos que tienen los centros de salud.

El impacto esperado en los ciudadanos debe traducirse en un aumento del conocimiento sobre el sistema sanitario y sus prestaciones, la disminución de desplazamientos y esperas y la agilización y simplificación del procedimiento administrativo. El usuario, además, debe percibir un trato personalizado y contar con un referente donde puede ser orientado y atendido en su relación con los servicios sanitarios.

La introducción del Programa supuso, igualmente, un impacto en la propia organización sanitaria, por cuanto cada centro de Atención Primaria pasaba a actuar como una sucursal integral del INSALUD, añadiendo a la actividad asistencial la gestión de otras prestaciones complementarias y se implicaba en los procedimientos de acceso de los usuarios a los diferentes dispositivos del sistema. Las Gerencias de Atención Primaria, a su vez, debían incluir en su organización interna objetivos de evaluación y mejora en estos aspectos y designar responsables para su implantación y seguimiento. Se estableció una línea organizada de tramitación/gestión entre Centros de Salud - Gerencia de A. Primaria - Dirección Provincial para facilitar y optimizar la comunicación y los procesos internos y se confeccionaron para cada Área Sanitaria Guías y Manuales de Procedimientos recogiendo tanto los aspectos normativos institucionales como los de organización concreta de los circuitos de pacientes y documentos. Por otra parte se establecía la primera relación funcional entre el nivel primario y especializado, aunque solamente fuera en términos de gestionar conjuntamente la circulación de los pacientes dentro del sistema.

Desarrollo del PMASS

El primer hito que marcó el desarrollo de medidas de mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios fue, sin duda, el Programa de Cita Previa implantado en 1.989 en todos los centros de atención primaria del INSALUD. El acceso a consulta se realizaba, hasta entonces, con el famoso "número" que proporcionaba el personal administrativo o el celador. Al no existir un procedimiento sistemático de asignación y registro de las citas los médicos no sabían al iniciar la consulta cuantos pacientes iban a recibir y, mucho menos, quienes iban a acudir. Disponer de la Historia Clínica en estas circunstancias era realmente dificultoso. Los usuarios obtenían su "número" para entrar a la consulta acudiendo con antelación al centro y con dos posibilidades: quedarse ya allí, con esperas a veces de horas, o irse y regresar cuando calculasen que les iba a corresponder entrar, comprobando en ocasiones que su turno ya había pasado. Se producía una pérdida considerable de horas de trabajo de la población activa. Las salas de espera acogían a 40-60 personas por cada médico hasta

bien avanzada la consulta, la amplitud que se daba necesariamente a estas salas iba en detrimento de los locales de consulta y el ruido ambiental que se producía obligaba a salir, no pocas veces, al médico o a la enfermera a pedir silencio.

La introducción de un sistema de Cita Previa vino a modificar de manera importante las pautas de médicos y usuarios, los primeros porque empezaron a disponer de una agenda de trabajo que recogía nominalmente el orden y momento en que cada persona estaba citada en su consulta y los segundos porque podían concertar la cita por teléfono y con días de antelación, obteniendo una reserva personalizada de hora.

El Programa de Cita Previa necesitó de la incorporación de 1300 nuevos auxiliares administrativos en la red de centros de atención primaria¹, la contratación de 768 nuevas líneas telefónicas dedicadas y la realización de obras de adecuación en mostradores y espacios de recepción para dar alojamiento las unidades de cita, archivos de historias, etc. con una inversión de 181 millones de pesetas. Se impartieron cursos de formación para el manejo de la cita y de relación y trato con los usuarios. La constitución de unidades de cita se consideraba como el embrión de las unidades administrativas sobre las que debería pivotar la organización del centro.

Posteriormente, en noviembre de 1.992 y en el marco del Plan de Modernización de la Administración del Estado (3), se abordó ya un Programa de Mejora de la Accesibilidad de carácter global, a través de tres actuaciones simultáneas y convergentes: la creación de las Unidades Administrativas en los centros de Atención Primaria, el establecimiento de un Sistema de Citación con el Nivel Especializado desde dichos centros y el desarrollo de un sistema de recepción y gestión de las Reclamaciones y Sugerencias de los usuarios.

La creación de las Unidades Administrativas (UUAA)² en Centros de Atención Primaria se acompañó de una regulación normativa que asignaba nuevas funciones y responsabilidades a los dispositivos del primer nivel asistencial (4). Hasta ese momento había existido un apoyo administrativo en los centros sin unas funciones bien definidas, a excepción de la cita previa para las propias consultas, y el nivel primario no desarrollaba ninguna otra función de información sobre el sistema, gestión de prestaciones o relación organizativa con el nivel especializado.

Las UUAA debían aumentar la accesibilidad a los servicios sanitarios, en condiciones de equidad para todos los ciudadanos, empezando por la equidad geográfica. Por ello los Centros de Atención Primaria ubicados en poblaciones de más de 5.000 habitantes disponen en su totalidad de dichas unidades, y los ubicados en poblaciones menores de 5.000 habitantes, pero que son municipio cabecera de la Zona Básica, también disponen de UUAA, aunque no realicen todas las funciones que tienen asignadas estas estructuras o funcionen solamente ciertos días a la semana.

¹ El INSALUD gestionaba 13 C. Autónomas, Ceuta y Melilla

² La denominación UUAA es convencional. En la Circular9/92 se denominan oficialmente "Unidades de Gestoría"

Es decir, toda la población dispone, en isocronas inferiores a los 30 minutos, oficinas de atención a los usuarios en las que se realizan las tareas de información sobre los servicios sanitarios, citación para Atención Primaria y Atención Especializada, gestión de diferentes procedimientos administrativos (tarjeta sanitaria individual, elección de médico de familia y pediatra) y tramitación de prestaciones complementarias. En dichas Unidades se reciben y tramitan igualmente las sugerencias y reclamaciones que plantean los usuarios.

Descripción de las funciones que realizan las UUA

Las Unidades Administrativas, en A. Primaria, desarrollan dos grandes bloques de actividad:

- Oficina de atención al usuario
- Secretaría del centro

Oficina de Atención al Usuario

Las Unidades Administrativas de los centros asistenciales constituyen, habitualmente, el primer punto de contacto del ciudadano con los servicios sanitarios y es donde se establece el inicio de la relación con el conjunto de profesionales que han de cuidar de su salud. En ellas se proporciona la información acerca de los servicios que presta el Sistema, de las condiciones para acceder a los mismos, de los derechos y deberes de los usuarios, etc.

Realizan la identificación personalizada de los usuarios y su inclusión en la Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario, que da lugar a la emisión de la Tarjeta Sanitaria Individual. Asignan el médico de familia y pediatra a cada persona protegida por el sistema y realizan los cambios de médico derivados del ejercicio de la libre elección de médico por los usuarios (RD 1575/93).

En las UUA se efectúa la recepción y citación de pacientes, tanto para consulta de Atención Primaria como de Atención Especializada, se tramitan todas las prestaciones complementarias y se recibe y da curso a las reclamaciones y sugerencias de los usuarios. Las grandes cifras de actividad media anual se recogen en la tabla 1

TABLA 1

ACTIVIDAD MEDIA DE LAS UUA (año)	
CITA ATENCION PRIMARIA	108 millones *
CITA ATENCION ESPECIALIZADA	5,5 millones
GESTIÓN PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	2,1 millones
T.S./ASEGURAMIENTO	1,3 millones
RECLAMACIONES	20.000

*Consultas y pruebas diagnósticas

Secretaría del Centro

Las Unidades Administrativas en los centros de Atención Primaria constituyen, además, el eje que vertebra la organización de la actividad de los mismos. En ellas se recoge y ordena la demanda diaria, que se traslada de manera sistematizada a los profesionales sanitarios en las correspondientes hojas de actividad diaria. En sentido inverso se recoge la información sobre la actividad derivada de las decisiones de estos profesionales y del desarrollo de los diferentes programas y protocolos. Todo ello permite, por lo tanto, la confección de las agendas de trabajo individuales de médicos, enfermeras y demás personal asistencial y la planificación general de trabajo del centro. Además, de esta misma fuente, se obtiene la solicitud de servicios de atención especializada (interconsulta, laboratorio, diagnóstico por imagen) desde atención primaria. Realizan igualmente otra amplia serie de tareas, entre las que cabe señalar el archivo de historias clínicas, recepción de resultados de pruebas complementarias, informes, registro, correo, tramitación de partes de material, control de albaranes, confección de estadísticas, etc.

En la actualidad existen 1.165 Unidades Administrativas en las que trabajan 3.692 auxiliares administrativos. Existe un jefe de grupo de mayor nivel cuando la unidad tiene 4 o más componentes. Prestan sus servicios a lo largo del horario de funcionamiento del centro, no solo - y obviamente - por motivos de recepción de pacientes, sino para posibilitar la información y la gestión de trámites en el mismo horario en que los usuarios pueden acudir a consulta asistencial. Disponen de un Manual de Procedimientos cuya actualización es responsabilidad de la Gerencia de Atención Primaria, cuyos contenidos básicos se recogen en la Tabla 2. La actividad de las UUAA se monitoriza anualmente y de manera homogénea en todas las Areas se integra en el sistema de evaluación del PMASS.

TABLA 2: Contenidos tipo de la Guía de Procedimientos de las UUAA de los centros de A. Primaria

INFORMACIÓN : Qué información se debe facilitar Cómo se debe informar	
<p>- GESTORIA DE PRESTACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones gestionadas desde el C. Salud • Normas generales para la tramitación de prestaciones. Registro de prestaciones • Tramitación específica de las prestaciones gestionadas <ul style="list-style-type: none"> A) Visado de Recetas B) Reintegro de Gastos C) Reintegro de Gastos por desplazamiento D) Prestaciones Ortoprotésicas E) Oxigenoterapia y Aerosolterapia F) Asistencia Extraprovincial G) Tarjeta Sanitaria Individual <ul style="list-style-type: none"> G.1.- Concepto y aspectos Generales G.2.- Emisión Inicial G.3.- Emisión Sucesiva G.4.- Tramitación a Colectivos Especiales G.5.- Libre Elección Médico General y Pediatra H) Asistencia Sanitaria a Beneficiarios de la UE I) Reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a personas sin recursos J) Asistencia sanitaria a personas extranjeras 	<p>- ADMISION DEL USUARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Cita Previa <ul style="list-style-type: none"> A) Objetivos B) Procedimiento C) Algunas consideraciones de interés • Citaciones con Atención Especializada <ul style="list-style-type: none"> A) Objetivos B) Citaciones gestionadas desde el Centro de Salud C) Sistema para la gestión de citas D) Libre Elección de Médico Especialista E) Información sobre citaciones con A. Especializada <p>- ATENCION AL USUARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Instituciones y Profesionales de la Zona y Area de Salud • Tramitación de reclamaciones

Algunos datos del PMASS

Citación con Facultativos de Atención Primaria (Medicina de Familia y Pediatría)

El 87% de los usuarios acceden a las consultas tras tener concertada su cita. El 13% restante corresponde a usuarios del medio rural disperso, donde la consulta médica se realiza en el consultorio rural y la implantación de un sistema de citación previa no parece aportar ninguna ventaja al ciudadano.

Un 68% de los usuarios solicitan hora a través del teléfono, mientras que el 32% restante acude directamente al mostrador de su Centro.

La consulta a demanda puede solicitarse con la antelación que el usuario desee y, dentro del horario de consulta del médico, en la fracción horaria que más le convenga (lógicamente, si no se ha reservado antes para otro usuario). Existe la norma de atender al paciente en el día si así lo demanda, no pudiendo generarse lista de espera.

A través de la evaluación anual se monitorizan los siguientes aspectos:

- Suficiencia de infraestructuras (mostradores, teléfonos, fax, etc.)
- Relación horario apertura/horario cita
- Existencia de saturación telefónica en algunos tramos horarios
- Exposición de listados nominales en la puerta de la consulta.
- Llamamiento impropio de los pacientes (en bloque, por el paciente saliente)
- Organización de la cita adecuada a la dinámica de la consulta (esperas)

Citación con Atención Especializada

Anualmente se tramitan, a través de las Unidades Administrativas de Atención Primaria, alrededor de 5,5 millones de citas para consulta con facultativos de Atención Especializada. La gestión de citas con el Servicio de Radiología se realiza a tenor de la organización existente en el mismo (en muchos casos no existe una citación personalizada, sino un horario en el que se puede acceder a demanda). Respecto a las pruebas de Laboratorio la cita se realiza para la unidad que cada centro de salud tiene para la extracción y recogida de muestras clínicas.

Este servicio de cita con el nivel especializado introdujo una doble mejora: la que se deriva de evitar los desplazamientos de los usuarios a los centros de especialidades y hospitales para obtener su citación, con el consiguiente ahorro de tiempo y dinero al ciudadano, y la de desconcentrar la tarea a los centros de Atención Primaria, contribuyendo a la disminución radical de situaciones de aglomeración en

los mostradores de los centros especializados lo que posibilitaba su reorganización y mejora de su rendimiento.

Los procedimientos de citación han venido utilizando principalmente el fax como método de comunicación entre los dos niveles, situación que va lógicamente desplazándose dejando paso a procedimientos informáticos. La normalización y extensión de dichos procedimientos constituye, en la actualidad, una de las líneas de actuación prioritaria para Atención Primaria.

A través de la evaluación anual del PMASS se valoran aspectos relacionados con:

- Los procedimientos de citación
- El tiempo invertido en la tramitación completa de la cita (con respuesta de AE)
- La comunicación a Atención Primaria de las demoras para las diferentes especialidades por parte de Atención Especializada.

Servicios de Gestoría ofrecidos en Atención Primaria a través de las UUA

Anualmente se realizan unos 3,3 millones de tramitaciones administrativas en los centros de Atención Primaria. De ellas, 1,3 millones están relacionadas con aspectos de aseguramiento / asignación de médico y vinculadas, por lo tanto, a la Tarjeta Sanitaria Individual. Los otros 2 millones se deben a los servicios que se describen a continuación y cuya distribución porcentual puede encontrarse en la tabla 3:

TABLA 3. Distribución porcentual de tipos de tramitación en la UUA

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS	% TRAMITACIONES
VISADO DE RECETAS	88
TRANSPORTE SANITARIO	6
TRAMITACIÓN DE REINTEGROS DE GASTOS	2,7
ASISTENCIA A BENEFICIARIOS DE LA C. EUROPEA	2
TRAMITACIÓN DE SOLICITUDES DE PRESTACIONES ORTOPÉDICAS	0,9
TRAMITACIÓN ASISTENCIA PERSONAS SIN RECURSOS	0,4

Por su volumen, cabe destacar la actividad correspondiente a la gestión del visado que determinados productos farmacéuticos precisan para su dispensación. El Servicio tramita, como media en los últimos años, alrededor de 1,8 millones de recetas, lo que representa un 88 % del total de las mismas en el Insalud. El tiempo medio de tramitación (retorno al centro de salud de la receta ya visada) se viene situando alrededor de 3,6 días.

Libre elección de Médico de Familia y Pediatra

El 6,5 % de los usuarios, es decir, alrededor de un millón de personas, cambia de médico cada año. Más de la mitad de los movimientos se deben a un traslado de domicilio del usuario, lo que a su vez conlleva la adscripción a un nuevo centro de salud. El resto de cambios se realiza por la voluntad del usuario de ser atendido por otro facultativo diferente al que lo viene haciendo, por cuestiones bien de horario o de sintonía personal, referencias, etc. No es necesario alegar el motivo por el que se desea pasar a ser atendido por un nuevo médico y no existe una limitación temporal para solicitar un nuevo cambio.

En las UUAA se informa acerca de los facultativos que componen la plantilla del centro, de sus horarios, de si admiten nuevos usuarios o tienen el cupo completo, etc. Los usuarios deben rellenar un formulario para solicitar el cambio que será tramitado por la unidad y que conlleva una modificación en la Base de Datos de TSI.

Sugerencias y Reclamaciones

En los últimos años Atención Primaria viene recibiendo alrededor de 20.000 reclamaciones al año (1,3/1.000 habitantes). Cualquier UUAA puede recoger las reclamaciones, sean dirigidas al centro propio o a otros centros del INSALUD. Desde allí se tramitan inmediatamente las que no se refieren al centro propio hacia el lugar correspondiente y, respecto a las que afectan al centro, son puestas en conocimiento del coordinador, igualmente de manera inmediata, puesto que se deben contestar en el plazo máximo de 30 días según la normativa vigente y los objetivos de calidad de los contratos de gestión.

Las UUAA recogen igualmente las sugerencias que aportan los usuarios, bien directamente bien a través de los buzones instalados a tal fin.

A través de la evaluación anual se monitoriza fundamentalmente:

- Número de reclamaciones
- Clasificación
- Tiempos de respuesta
- Nº de reclamaciones que han precisado algún tipo de medida correctora.

Se presentan, a continuación algunos de los indicadores del cuatrienio 1.997-2000³ que permiten el seguimiento del Programa de Mejora de la Accesibilidad.

TABLA 4: Algunos Indicadores del PMASS

	1997	1998	1999	2000
Procedimiento para concertar cita:				
- Teléfono (% usuarios)	68,6	67,7	67,4	67,3
- Mostrador (% usuarios)	31,4	32,3	32,6	32,7
Relación horario apertura /horario cita	0,9	0,9	0,9	0,9
Acumulación llamadas por tramos horarios (% centros)				
- De 8 a 11 horas.	67,6	67,1	70,7	67,5
- De 15 a 18 horas.	10,4	10,0	9,0	13,9
Llamamiento inadecuado (%consultas)				
- Paciente saliente	8,4	9,4	8,5	8,2
- Exposición lista	12,3	12,4	12,6	12,4
- Bloques ¼ hora.	17,2	15,2	15,2	13,1
Citación con A. Especializada (%citas)				
- A tiempo real	25,4	26,5	29,4	34,3
- A tiempo diferido	74,6	73,5	70,3	65,7
Promedio días tramitación Visado Rec.	3,9	4,1	3,9	3,6
Nº. Total de Reclamaciones	16.753	19.340	20.163	21.051
% Reclamaciones estructura	12,2	12,0	13,8	12,8
% Reclamaciones proceso.	83,8	84,5	82,2	83,0
Recl. contestadas < 30 días.	82,1	79,6	77,5	80,3
% que han requerido actuaciones	18,7	17,0	16,1	11,5

TABLA 5 : Tiempo de espera para entrar a consulta

	1997		1998		1999		2000	
	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov
T. espera medio (minutos)	10,7	12	10,9	10,8	10,5	11,6	10,7	11,7
Espera < / = 15' (% usuarios)	77,9	73,2	76,7	77,2	77,4	74,8	77,1	75,1
Espera > 30' (% usuarios)	7,5	9,4	8,0	8,1	7,6	8,8	7,5	9,3

Fuente: Estudio semestral de tiempos de espera para entrar a consulta. SGAP/ INSALUD

Como puede observarse, uno de los principales problemas detectados es la dificultad en el contacto telefónico para solicitar la cita correspondiente. Esta situación está constatada tanto por la evaluación sistemática de los sistemas de acceso a los centros y servicios, como por lo expresado por los usuarios en las encuestas de satisfacción que, anualmente, realiza la Subdirección General de Atención Primaria para conocer la percepción de los ciudadanos sobre la calidad de los servicios.

³ Los datos correspondientes al año 2001 se están procesando en el momento de escribir este capítulo.

De las personas que solicitan cita por teléfono, el 57% consigue contactar con el centro con una o dos llamadas, el 28% manifiesta realizar entre 3 y 5 intentos para contactar y el 15% restante afirma necesitar más de 5 intentos de llamada para ser atendido por la unidad administrativa del centro de salud. Las mayores dificultades se producen en determinados tramos horarios, fundamentalmente en los comprendidos entre las 8 y 11h (67,5% de centros) y las 15 y 18h (13,9 % de centros).

Las causas fundamentales estriban, por una parte en la costumbre generalizada, muy arraigada entre la población, de solicitar cita con el médico de atención primaria a primera hora de la misma mañana o tarde en que quieren acudir a la consulta. En algunos centros la plantilla de auxiliares administrativos está muy ajustada y no tiene capacidad de respuesta ágil en los momentos punta de afluencia de usuarios. Desde la implantación del Programa de Cita Previa se han realizado diferentes intervenciones para intentar paliar este problema:

- Fomentar la solicitud de cita con días de antelación
- Habilitar todo el horario de funcionamiento de los centros para poder solicitar la cita
- Diversificar los horarios de consulta de los facultativos a lo largo del horario de apertura del centro
- Distribuir folletos informativos comunicando los aspectos anteriores y recomendando solicitar la cita en los horarios con menor congestión telefónica
- Adecuar las plantillas de auxiliares administrativos a la carga de trabajo real, en la medida que presupuestariamente ha sido posible.

Del mismo modo se comenzó a explorar sistemas de citación alternativos que pudieran aliviar la carga de trabajo de los auxiliares. En este sentido está en marcha un proyecto de cita automatizada, por reconocimiento de voz, que cita directamente en la agenda informatizada de los médicos, que está ofreciendo resultados prometedores y que, junto con otras iniciativas (call center, citación por internet), definirán seguramente el futuro próximo de los sistemas de cita.

El llamamiento individualizado de los pacientes para entrar a consulta se realiza, generalmente, por el propio médico; no obstante están presentes algunos procedimientos considerados como de baja calidad, como son el llamamiento en bloque de varios usuarios, el llamamiento por el paciente saliente y la exposición de la lista de citados en la puerta de la consulta. Este último método, que se considera como el más incorrecto, es, sin embargo, muy difícil de erradicar siendo reclamado por algunos usuarios que lo consideran útil para saber donde y detrás de quien están posicionados.

La puntualidad de entrada en consulta en la hora citada es permanente objetivo de calidad a alcanzar en todos los Contratos de Gestión. El tiempo medio se sitúa entre 10 y 12 minutos, dependiendo del periodo medido (junio/noviembre). El 75% de los usuarios esperan menos de 15 minutos y el reto es conseguir que el porcentaje de usuarios que esperan más de 30 minutos se sitúe por debajo del 5%.

La citación para consulta especializada va progresivamente adoptando fórmulas de citación a tiempo real que permiten al ciudadano negociar el día que más le conviene, dentro de las posibilidades que ofrecen las agendas, y salir del centro de atención primaria con la cita resuelta, sin necesidad de un posterior contacto telefónico para comunicársela. Los sistemas de conexión y cita entre los niveles asistenciales ya operativos en muchas Areas, vienen a dotar de mayor calidad a este procedimiento.

La valoración de los usuarios del trato y eficacia en la gestión de los trámites que se realizan en las UUAA, así como de otros aspectos del sistema de cita previa, se recoge anualmente a través de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios (ver capítulo IV.3). En la tabla 6 se señalan algunos resultados obtenidos en los años 1.999 y 2000.

TABLA 6: Algunos resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios		
% Respuesta favorable sobre:	1999	2000
Trato otorgado por personal administrativo	87,0	88,9
Buena resolución gestiones por el personal administrativo	89,1	90,9
Facilidad obtención cita	81,7	85,0
Puede elegir la hora de consulta que más le conviene	79,9	80,3
Cuando necesita atención a domicilio le atienden siempre	92,8	92,2
Le atendieron bien en su domicilio	90,2	94,4

Fuente: Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria. INSALUD

Agradecimientos:

A M^a José de Miguel, Nieves Ávalos y María González por su apoyo técnico.

Bibliografía

1. INSALUD. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria. Años 1994- 1.997 (documento interno)
2. INSALUD. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria. Años 1988-2000.
3. Ministerio para las Administraciones Públicas. Plan de Modernización de la Administración del Estado. 1992.
4. INSALUD. Circular 9/92 sobre Unidades de Gestoría de Prestaciones en los centros de salud.

IV.3. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Alfaro Latorre, Mercedes / Etreros Huerta, Javier / Terol García, Enrique / Ruiz Martínez, Ana / Fernández Moreno, Rodolfo / Sendagorta Camino, Azucena.

Introducción e ideas claves

La valoración de la satisfacción de los usuarios es un aspecto esencial para quien suministra cualquier tipo de servicios, en tanto que de ella se deriva, habitualmente, la mayor o menor utilización de los mismos, condicionando en último término el éxito del proveedor. Cuando se trata de organizaciones que prestan servicios sanitarios y, además, de carácter público, la valoración por las personas que los utilizan adquiere matices especiales. En este caso, la opinión del usuario traduce aquellos otros resultados que pueden objetivarse a través de indicadores estructurales, de proceso o de resultados técnicos, en el *efecto final* causado en el receptor de los servicios, con la particularidad de que éste es el ciudadano que participa en el mantenimiento del Sistema Sanitario.

Las evidencias experimentales recogidas a lo largo de las dos últimas décadas parecen confluir en que la satisfacción percibida tras una experiencia de consumo (o de uso como es el caso de los servicios de atención a la salud), puede comprenderse como un conjunto en el que se integran diferentes partes o dimensiones (1,2,3,4). El conocimiento de la opinión de los usuarios sobre los aspectos parciales del servicio prestado, aporta información esencial para la mejora en aquellas organizaciones que han incorporado la orientación al usuario como un objetivo estratégico. Aunque con retraso con respecto a otros sectores, las organizaciones sanitarias vienen incorporando esta inquietud y ello ha dado lugar a una proliferación casi explosiva de encuestas, en los últimos 25 años, que miden la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, como se refleja por el volumen de publicaciones que puede recuperarse de las bases de datos bibliográficas (Medline, Healthstar, etc.)

Por otra parte, las estrategias de atención a la salud adoptadas en nuestro entorno otorgan un papel relevante a los servicios de Atención Primaria como forma de asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos a los dispositivos sanitarios y la eficiencia de los recursos a través de su adecuada utilización. Se le atribuye también a este nivel asistencial un papel esencial como informador influyente en la población que, en último término, persigue modificar conductas hacia lo que se concibe técnicamente como más adecuado para elevar o mantener el estado de salud. Para llevar a cabo todas estas funciones, la Atención Primaria, en el ámbito del INSALUD, ha venido desarrollando una amplia serie de actuaciones, teniendo definida una Cartera de Servicios (5) y unas normas técnicas de buena práctica que los sustentan. Cada unidad de provisión, y cada proveedor, conocen la población a la que van dirigidos. Existe un sistema para medir el *producto* obtenido desde esta perspectiva. Se manejan, igualmente, indicadores de la estructura física y de la plantilla de profesionales que permiten la prestación de los servicios, de la organización que se adopta para ello y

del uso apropiado de los medios técnicos que se emplean -incluida la utilización de dispositivos especializados-, con especial énfasis en el uso racional del medicamento como recurso tecnológico de gran peso clínico y económico.

En este estilo de gestión, la opinión del usuario sería el último contraste de los demás indicadores mencionados, colaborando a orientar las estrategias de mejora en la provisión de los servicios, al proporcionar una valiosa información sobre la aceptación por los ciudadanos del trabajo del conjunto de los profesionales que integran y hacen posible el funcionamiento de la Atención Primaria.

Descripción histórica

Antecedentes : La encuesta de satisfacción de los usuarios con el Programa de Cita Previa

La primera encuesta de satisfacción en el ámbito de la Atención Primaria del INSALUD se realizó en 1989, coincidiendo con la implantación del Programa de Cita Previa para la atención en consulta de medicina de familia y pediatría. El objetivo era conocer la opinión de los usuarios, antes y después de la implantación del programa, sobre diferentes aspectos relacionados con este proceso. Para ello, se realizó en primer lugar una encuesta sobre el tiempo de espera para entrar a consulta y sobre el promedio de personas en la sala de espera con el modelo vigente entonces, basado en la afluencia espontánea de los usuarios a los centros donde se obtenía un "número" de orden para la consulta. Una vez implantado el nuevo sistema se realizaron encuestas, al mes y a los seis meses, sobre una muestra representativa de usuarios que habían acudido a los centros con cita previa. Las dimensiones analizadas y los resultados fueron las siguientes (Tabla 1)

Tabla 1. Encuesta a Usuarios Programa Cita Previa			
INDICADOR	ANTES DEL P. CITA PREVIA (Sept. 1989)	OBJETIVO A ALCANZAR (% usuarios)	SITUACION MAYO 1990 (% usuarios)
Tiempo espera inferior a 15 min.	27,2% usuarios	67	75
Llamadas Tlf. obtención cita < 2	No existía	50	52,4
Minutos en mostrador cita < 5	No se pedía cita	50	92,5
Mejora satisfacción usuarios con asistencia	-	70	69,9
Mejora satisfacción usuarios respecto a trato humano asistencia	-	50	54,1
Trato correcto personal de citación	-	80	96
Conocimiento del Programa	-	85	90,1
Conocimiento fácil nº Tlf. Cita	-	-	96,6
Promedio personas en sala espera	21 personas	Reducción en 70 %	6 personas (71%)

Este modelo de encuesta fue aplicado semestralmente durante los dos años siguientes y sirvió de base para el diseño de la encuesta de satisfacción de los usuarios desarrollada a partir de 1994.

La encuesta de Satisfacción con los Servicios de Atención Primaria

A partir de 1994 la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD ha venido recogiendo con mayor amplitud la opinión de los ciudadanos que utilizan los servicios del primer nivel asistencial. Las dimensiones de satisfacción que fundamentalmente se han explorado se refieren a la accesibilidad a los servicios, trato recibido, valoración de los profesionales, valoración del estado material de los centros, atención a domicilio y atención a la urgencia (Tabla 2). La encuesta se concibe como un instrumento que aporta información para la mejora de los servicios de Atención Primaria a nivel del Area Sanitaria, y trata de combinar el conocimiento de algunas de las expectativas de los usuarios y su opinión acerca de la atención recibida.

Tabla 2: Dimensiones Encuesta de Satisfacción

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS
VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES
VALORACIÓN ESPACIOS FÍSICOS
ATENCIÓN A DOMICILIO
ATENCIÓN DE LA URGENCIA
VALORACIÓN GLOBAL DEL CENTRO DE SALUD

Para el diseño, validación y evaluación de sus contenidos, así como para controlar el proceso de realización, se constituyó un grupo técnico, multidisciplinar y estable, en el seno del INSALUD que ha venido trabajando desde 1994 hasta la actualidad. Los resultados de cada año, junto con otras fuentes de evaluación interna que integran el sistema de información de la Subdirección General de Atención Primaria (medida semestral de tiempos de espera y atención en consulta, oferta horaria de consulta, evaluación de los programas de cita previa, cita con atención especializada, gestoría de prestaciones, análisis de reclamaciones, presión asistencial, etc.) han servido de referencia para fijar algunos de los objetivos de calidad en el Contrato de Gestión y en la evaluación de resultados en las Áreas Sanitarias, formando parte del sistema de liquidación de incentivos a los profesionales (ver Cap. XI de esta misma publicación).

Metodología

El diseño utilizado en toda la serie histórica de la encuesta fue el de un estudio observacional transversal. Sobre el modelo inicial del año 1.994 se fueron introduciendo algunas variaciones con objeto de alcanzar una mayor precisión y validez de los datos en las diferentes ediciones.

La población objeto de estudio ha sido la integrada por todos los ciudadanos que acuden a las consultas de Atención Primaria, a través del programa de cita previa, en todas las Áreas Sanitarias de las Comunidades Autónomas gestionadas por el INSALUD: Aragón, Asturias, Baleares,

Cantabria, Castilla y León, Castilla - La Mancha, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, Ceuta y Melilla. Queda excluido, por lo tanto, un 12% de la población, constituido por habitantes del medio rural disperso que son atendidos en consultorios locales de pequeños núcleos poblacionales sin ningún trámite administrativo previo. La población protegida por el INSALUD que se ha utilizado como referencia es la contemplada en los Contratos de Gestión anuales, según la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual.

Las entrevistas fueron realizadas alrededor del mes de noviembre de cada año, designándose una muestra representativa de individuos y puntos de muestreo (la unidad de muestreo fueron Centros de Atención Primaria) para cada Área Sanitaria (57 Áreas) de forma aleatoria y estratificada según horario de consulta (mañana y tarde) y zona de ubicación (capital, urbano y rural). A continuación se detalla la ficha técnica de las últimas ediciones de la encuesta, tomando como modelo la correspondiente al año 2001.

Tabla 3: Ficha Técnica de la Encuesta de Satisfacción

ÁMBITO DEL ESTUDIO:	57 Gerencias de Atención Primaria del INSALUD.
POBLACION:	Usuarios de Atención Primaria del INSALUD con acceso al Servicio de Cita Previa.
TAMAÑO DE LA MUESTRA:	Calculado para poder estimar los resultados del estudio en cada Area Sanitaria. Asumiendo un nivel de confianza de 95 % y un error alfa de $\pm 0,05$, En total el tamaño diseñado es de 19.954 entrevistas y el realizado fue de 19.954
AFIJACIÓN	<u>Uniforme</u> . Se estableció un tamaño de 350 entrevistas en cada una de las 57 Gerencias de Atención Primaria. <u>Proporcional</u> . Dentro de cada gerencia, se realizó una distribución proporcional al numero de usuarios según su núcleo de población de residencia (capital de provincia, urbano o rural) y dentro de cada uno, según la consulta en la que fueron atendidos (Medicina de Familia o Pediatría)
TECNICA DE MUESTREO:	Bietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (Centros de Atención Primaria) de forma aleatoria proporcional y de las unidades secundarias (individuos) de forma aleatoria en los Centros seleccionados. Los cuestionarios se han aplicado mediante entrevista personal a la salida del Centro de A. Primaria
PUNTOS DE MUESTREO	688 Centros de Atención Primaria
CUESTIONARIOS	Elaborados mediante análisis de la bibliografía por expertos del CIS e INSALUD, realizando un estudio piloto en una muestra de 100 usuarios para la validación de contenido, construcción y consistencia interna del cuestionario
ESTIMACION DE RESULTADOS:	Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas), y $P = Q$, el error, para Áreas, es de $\pm 5,35\%$ a $\pm 5,33\%$ y de $\pm 0,71\%$ para el conjunto de la muestra y en el supuesto de muestreo aleatorio simple.
REALIZACIÓN	Del 2 de noviembre al 5 de diciembre de 2001

Principales características y evolución cronológica de la encuesta

Se pueden distinguir dos etapas fundamentales en la realización de la encuesta, la correspondiente a los años 1994 a 1998 y otra posterior entre 1999 y 2001. En la primera, se llevaba a cabo con medios propios, administrando telefónicamente los cuestionarios, y se analizaba un conjunto de variables cualitativas medidas, esencialmente, por escala ordinal. Se exploró la satisfacción de los usuarios sobre el sistema de cita previa, trato recibido, tiempo de espera y de dedicación en consulta médica, información recibida sobre los servicios y cita con Atención Especializada, mediante un cuestionario de 16 preguntas (6)

A partir del año 1999 y con objeto de garantizar una mayor independencia en el trabajo de campo y en su análisis, se decidió encargar la realización de la encuesta a una institución ajena al propio INSALUD. Se eligió al Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) por su amplia experiencia en sondeos de opinión. Los principales cambios que se introdujeron en esta fase fueron:

- El cuestionario de la encuesta pasa a administrarse mediante entrevista personal a la salida de los centros en lugar del método previo mediante encuesta telefónica.
- Se amplía el número de preguntas de 16 a 30, agrupándose en tres tipos genéricos:
 - Satisfacción con los servicios recibidos
 - Expectativas
 - Preguntas tipo informe
- Se exploran más detalladamente los aspectos relacionados con la calidad técnica que perciben los usuarios, tanto del médico como del personal de enfermería y administrativo y se incorpora la valoración de la atención a la urgencia en Atención Primaria y la opinión sobre la atención a domicilio. Asimismo, se valoran por separado aspectos relativos al estado de los centros en cuanto a confort, limpieza y señalización.
- La mayoría de los items se formulan en escala numérica de acuerdo/desacuerdo, tipo Lickert, sustituyendo a las escalas ordinales utilizadas hasta entonces para permitir su mejor manejo estadístico y facilitar la comparabilidad con otras encuestas.

El nuevo cuestionario se basa en una revisión de los utilizados en las anteriores ediciones, realizada por el Grupo Técnico de expertos del INSALUD; posteriormente, el formato propuesto por el grupo fue sometido a una nueva revisión con el Departamento de Investigación del CIS. El modelo finalmente seleccionado se sometió (para cada edición, dado que cada año se ha incorporado alguna pregunta nueva), a un estudio piloto para su validación, administrándolo sobre 100 usuarios en cinco Áreas del Insalud, elegidas aleatoriamente, para conocer la validez de contenido, construcción y la fiabilidad del cuestionario. Analizados los resultados, se desecharon aquellos items que no cumplieron determinados criterios establecidos de antemano. La tabla 4 recoge las características de las preguntas que integran el cuestionario 2001, cuyo contenido íntegro se recoge en el Anexo 1.

Tabla 4: Contenido del cuestionario de la Encuesta de Satisfacción

VARIABLE	ESCALA	TIPO
Comunidad Autónoma	Categórica nominal	Control
Provincia	Categórica nominal	Control
Area	Categórica nominal	Control
Centro	Categórica nominal	Control
Zona	Categórica nominal	Demo- Estructural
Consulta	Categórica nominal	Demo- Estructural
Facilidad para obtener cita	Lickert intervalo	Satisfacción
Adaptación de cita a preferencias	Lickert intervalo	Informe
Accesibilidad telefónica a la cita	Lickert intervalo	Informe
Accesibilidad telefónica a la cita	Categórica intervalo	Informe
Llamadas telefónicas cita aceptables	Categórica intervalo	Expectativa
Horario de consulta real	Categórica nominal	Informe
Horario de consulta deseado	Categórica nominal	Expectativa
Limpieza del centro	Lickert intervalo	Satisfacción
Señalización de las consultas	Lickert intervalo	Satisfacción
Comodidad del Centro	Lickert intervalo	Satisfacción
Atendido por enfermera	Categórica dicotómica	Informe
Trato personal de la enfermera	Lickert intervalo	Satisfacción
Capacidad Técnica de la Enfermera	Lickert intervalo	Satisfacción
Trato personal personal administrativo	Lickert intervalo	Satisfacción
Capacidad profesional personal admvo.	Lickert intervalo	Satisfacción
Tiempo corto de espera entrada consulta	Lickert intervalo	Satisfacción
Trato personal del médico	Lickert intervalo	Satisfacción
Capacidad profesional del médico	Lickert intervalo	Satisfacción
Trato personal del médico (amabilidad)	Lickert intervalo	Satisfacción
Trato personal del médico (escucha)	Lickert intervalo	Satisfacción
Tiempo consulta médico	Lickert intervalo	Satisfacción
Capacidad prof. médico (explic. s/salud)	Lickert intervalo	Informe
Capacidad prof. médico (explora)	Lickert intervalo	Informe
Capacidad prof. médico (explica tto.)	Lickert intervalo	Informe
Recomendaría su médico a sus amigos	Lickert intervalo	Satisfacción
Remisión a médico especialista	Categórica dicotómica	Informe
Usuario acude a visita especialista	Categórica dicotómica	Informe
Interés especialista información médico AP	Lickert intervalo	Informe
Interés médico AP información especialista	Lickert intervalo	Informe
Trato personal médico especialista	Lickert intervalo	Satisfacción
Capacidad profesional del médico espec.	Lickert intervalo	Satisfacción
Visita a domicilio solicitada	Categórica dicotómica	Informe
Visita a domicilio realizada	Lickert intervalo	Informe
Visita a domicilio satisfacción	Lickert intervalo	Satisfacción
Atención urgente solicitada	Categórica dicotómica	Informe
Rapidez de respuesta urgente	Lickert intervalo	Satisfacción
Satisfacción con atención urgente	Lickert intervalo	Satisfacción
Derivación de atención urgente	Categórica dicotómica	Informe
Valoración Global del centro	Lickert intervalo	Satisfacción
Frecuentación	Categórica nominal	Informe
Elección de médico	Categórica dicotómica	Informe
Sexo	Categórica dicotómica	Demo- Estructural
Edad	Intervalo	Demo- Estructural
Estudios	Categórica nominal	Demo- Estructural
Nivel de estudios	Categórica nominal	Demo- Estructural
Actividad Labotal	Categórica nominal	Demo- Estructural
Tipo de actividad que desempeña	Categórica nominal	Demo- Estructural

El trabajo de campo de la encuesta se realizó mediante entrevista personal por encuestadores de la red de campo del CIS. En el caso de las consultas de pediatría o cuando el paciente era menor de 16 años, se encuestaba a la persona acompañante del menor. A fin de evitar el sesgo que podría introducir el conocimiento previo del día elegido para el trabajo de campo, ni las

Gerencias ni los Centros conocieron con antelación fechas concretas de realización de la encuesta, como tampoco se comunicó qué centros habían resultado elegidos en la selección aleatoria.

Ponderación de las dimensiones exploradas y cálculo del Índice de Satisfacción

Para obtener una medida del nivel de satisfacción que sirviera a la organización para detectar aspectos modificables y orientar las acciones dentro de un ciclo de mejora, se planteó como necesario medir cada dimensión explorada, aún a sabiendas de que existen interrelaciones entre ellas y que, por esto mismo, medirlas por separado supone un artificio metodológico. En cualquier caso, parece evidente, a priori, que no todas tienen la misma importancia y, por ello, recomponer el puzzle de la satisfacción global con el servicio partiendo de la valoración de sus partes, requiere conocer qué importancia conceden los usuarios a cada una de ellas. Sería difícil, precisamente por esto, interpretar los resultados de una encuesta de satisfacción ignorando qué valor conceden los usuarios a cada una de las dimensiones en relación con las demás.

Primer estudio de ponderación (1.995)

Con este objeto se llevo a cabo en el año 1.995 un primer estudio de ponderación (7). Se exploraron cuatro dimensiones, que se relacionaban con algunos de los objetivos institucionales del INSALUD en un momento en el que los programas de accesibilidad y trato al usuario estaban en pleno desarrollo: la facilidad para obtener cita, el trato prestado por el personal administrativo, el tiempo de espera para entrar a consulta y la valoración del tiempo dedicado por el médico. Estas dimensiones conformaron el primer Índice Sintético de Satisfacción (8), que pretendía empezar a comparar resultados entre las Áreas Sanitarias y, en función de los mismos, matizar los incentivos anuales de los profesionales de Atención Primaria.

Para la obtención del índice se calculó, en primer lugar, el peso que tenía cada uno de estos aspectos o componentes desde la perspectiva del usuario mediante 100 entrevistas zonas urbanas de tres Áreas del Insalud seleccionadas al azar. Los entrevistados ordenaron, por orden de importancia según su criterio, cuatro tarjetas con los aspectos que se quería medir. Posteriormente valoraron cada ítem con una escala de 1 a 10. Aportando una nueva muestra de 50 usuarios, provenientes del medio rural, se buscaron posibles diferencias entre los hábitats urbano y rural, sin que los resultados señalasen que éstas fueran significativas. Los resultados se reflejan en la tabla 5. En todos los ítems el error de precisión, para un nivel de confianza del 95%, fue inferior a 0,5 puntos.

Tabla 5: Dimensiones Encuesta de Satisfacción

ITEM	MEDIA	E PRECISIÓN	PESO en %
TIEMPO DEDICADO POR EL MEDICO	9,460	0,236	31,56
FACILIDAD OBTENCION DE CITA	7,480	0,344	24,95
TRATO PERSONAL ADMINISTRATIVO	6,838	0,374	22,81
TIEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA	6,274	0,448	20,68

Fuente INSALUD SG A. Primaria

Posteriormente se calculó el porcentaje de respuesta favorable, para cada uno de los componentes y para cada Área, con los datos de la Encuesta de Satisfacción. Se agregaron los porcentajes de respuesta de las categorías que se podían considerar favorables (satisfecho/muy satisfecho), tomando también en consideración la categoría "ns/nc", cuyo porcentaje se repartió proporcionalmente entre las categorías favorables y desfavorables, en función de las frecuencias relativas obtenidas. El índice sintético de satisfacción en cada Área se obtuvo dividiendo por 100 el sumatorio de los productos del peso de cada ítem por su correspondiente porcentaje de satisfacción, según la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum (\% \text{ CATEGORIAS FAVORABLES X PONDERACIÓN})}{100}$$

El índice de satisfacción, así calculado, fue utilizado durante los años 1996 a 1998 en la evaluación del Contrato de Gestión de cada Gerencia de Atención Primaria.

Segundo estudio de ponderación (1.998)

En 1.998 se realizó un segundo estudio de ponderación que incluía ya la totalidad de las dimensiones exploradas en la encuesta, para conocer en qué orden de prioridad las situaban nuestros usuarios y con qué peso contribuían cada una de ellas a la valoración global del servicio recibido en Atención Primaria en el ámbito INSALUD.

El estudio, observacional transversal, se realizó en cinco Áreas Sanitarias, seleccionadas al azar entre las veintiséis que cumplían la condición de atender a usuarios en las tres categorías de núcleo de residencia definidas: capital de provincia, urbano (núcleo de población con 10.000 o más habitantes) y rural (núcleo de población con menos de 10.000 habitantes). A pesar de que en el estudio previo no se habían encontrado diferencias significativas entre los distintos estratos de residencia se decidió repetir la estratificación con objeto de detectar posibles cambios.

Se realizó una entrevista personal, a la salida del Centro de Salud, ofreciendo a cada persona encuestada 10 tarjetas sobre una mesa, en cada una de las cuales figuraba una afirmación distinta relacionada con aspectos parciales de la percepción del servicio y que estaban incluidos en el cuestionario de la "Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria" (6). Se pidió a los encuestados que ordenaran las 10 tarjetas, siguiendo un orden descendente de importancia y, hecho esto, se les solicitó la asignación de una puntuación entre 1 y 10 según la importancia concedida a la afirmación, siendo posible otorgar la misma valoración a varias tarjetas distintas. El contenido de las tarjetas y el resultado del estudio se recoge en las Tablas 6 y 7

Tabla 6: Aspectos sometidos a ponderación

TARJETA	Cuando solicito ser atendido/a en mi centro, lo más importante es...
A	<i>Conseguir la cita con facilidad</i>
B	<i>Que me den cita a la hora y día que mejor me viene</i>
C	<i>Esperar poco en la sala de espera</i>
D	<i>Que el médico me dedique suficiente tiempo</i>
E	<i>Que el centro esté limpio y sea cómodo</i>
F	<i>Que los administrativos me traten correctamente</i>
G	<i>Que la enfermera me atienda bien</i>
H	<i>Que el trato personal del médico sea bueno</i>
I	<i>Que me atienda un buen médico</i>
J	<i>Ser bien atendido en mi domicilio cuando lo necesite</i>

Tabla 7: Ponderación de los usuarios

Preguntas	Casos	Punt. media	DS	Error Prec.	Peso relativo expr. en %
I	224	9,48	1,08	0,14	12,30
H	224	8,93	1,17	0,15	11,59
D	224	8,90	1,37	0,18	11,54
J	224	8,21	2,00	0,26	10,65
G	224	7,67	1,80	0,24	9,96
A	224	7,18	2,11	0,28	9,31
E	224	7,04	2,38	0,31	9,14
B	224	6,83	2,21	0,29	8,86
F	224	6,76	2,24	0,29	8,77
C	224	6,08	2,18	0,29	7,88
					100,00

Cabe destacar que las cuestiones calificadas con puntuación más elevada son aquellas que tienen relación con los profesionales sanitarios - especialmente el personal médico del centro - y con recibir una buena atención a domicilio cuando se necesita. Ocupan un lugar intermedio los aspectos vinculados con la atención de enfermería, accesibilidad y las condiciones físicas del centro y, por último, el tiempo de espera para entrar en consulta es el menos importante frente a todos los demás. Con todo, la media más baja de puntuación obtenida está por encima de 6 puntos sobre 10, lo cual debe interpretarse como que todos ellos son aspectos considerados importantes por los usuarios. Los pesos relativos obtenidos a través de este estudio se han utilizado, con la misma fórmula expresada anteriormente, para ponderar los resultados de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios en Atención Primaria durante los años 1999, 2000 y 2001.

Resultados Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria. Serie cronológica 1995-2001:

Los resultados anuales de la encuesta, su análisis descriptivo y su tratamiento analítico, se comentan y analizan en detalle en las publicaciones específicas editadas y difundidas anualmente para su conocimiento por profesionales, gestores, instituciones y cualquier persona interesada (9). En la Tabla 8 se presentan escuetamente los resultados de algunos indicadores correspondientes al periodo 1995 a 2001. A la hora de su interpretación debe recordarse que la ponderación del índice de satisfacción así como de la formulación de las preguntas y su escala de valoración de los otros indicadores ha variado a lo largo del tiempo, por lo que se presentan como dos series diferenciadas y se recuerdan los principales cambios introducidos a lo largo de la serie en cada uno de los indicadores.

Tabla 8 : Algunos indicadores de la E. Satisfacción

Porcentaje de respuesta favorable										
	1995	1996	1997	1998	1999		2000		2001	
Facilidad de obtención de cita	84,4	84,5	81,4	81,2	89,4	79,9	85	75,5	86,5	76,9
Trato correcto del personal administrativo	85,9	87,8	89,8	90,3	87	73,9	88,9	76,1	89,4	74,5
Capacidad técnica (eficacia) del personal admnvo.	-	-	-	-	89,1	78,4	90,9	80,2	92,1	80,3
Percepción tiempo de espera corto entrada consulta	49,1	48,8	53,5	54,6	54,6	48,9	60,0	50,0	67,8	55,0
Tiempo suficiente de dedicación médico en consulta	87,8	89,4	89,2	90,6	95,9	88,4	95,5	90,1	95,7	90,1
Trato correcto del personal medico	-	-	-	95,4	97,5	91,9	96,7	92,4	97,5	93,4
Capacidad técnica (eficacia) del personal medico	-	-	-	93,2	97,1	91,0	96,5	92,1	97,7	92,6
Trato correcto del personal enfermería	-	-	-	-	95,8	92,5	98	94,9	97,7	93,7
Capacidad técnica (eficacia) del personal enfermería	-	-	92,4	96,1	96,2	92,2	98,4	95,3	98,3	94,5
El centro de salud está limpio	-	-	-	93,4	98,3	92,4	97,6	91,6	98,1	92,8
Cuando fueron a casa le atendieron bien	-	-	-	-	90,2	91,7	94,4	96,6	94,3	95,6
Recomendaría a su médico	-	-	83,4	80,1	92,7	84,9	92,1	87,3	94,0	87,9
Buena atención en urgencias en A.P.	-	-	-	-	95,1	89,5	92,4	88,6	94,1	90,1
Percepción global atención recibida en C. Salud	87,6	89,7	88,9	90,7	95,8	81,2	96,4	88,3	97,0	88,5

Fuente: Indicadores Satisfacción (Encuesta de Satisfacción Usuarios A. Primaria años 1995-2001). INSALUD

- 1.995-98: Se utilizaban cuatro categorías (muy satisfecho, bastante satisfecho, poco o nada satisfecho) no existiendo categorías intermedias. Encuesta telefónica con medios propios.

- 1999-2001. Escala de Lickert de 5 categorías, entrevista personal por el CIS. Los resultados se expresan en porcentaje de respuesta favorable para facilitar el seguimiento de la serie. En la primera columna de cada año el porcentaje de respuesta favorable excluye la respuesta intermedia. La segunda columna considera solamente las respuestas explícitas favorables.

La tabla 9 recoge el Índice Sintético de Satisfacción para cada una de las Áreas de Atención Primaria del INSALUD en el año 2001. Está construido sobre los resultados obtenidos en la encuesta de este mismo año (porcentaje de respuesta favorable excluyendo la respuesta intermedia) sobre los aspectos ponderados en el estudio de 1.998. Como puede observarse, el índice medio para el conjunto del INSALUD se sitúa en 91,2 y los valores alcanzados en todas las Áreas se encuentran por encima de 80, existiendo un rango de valores entre 83,6 y 99,5.

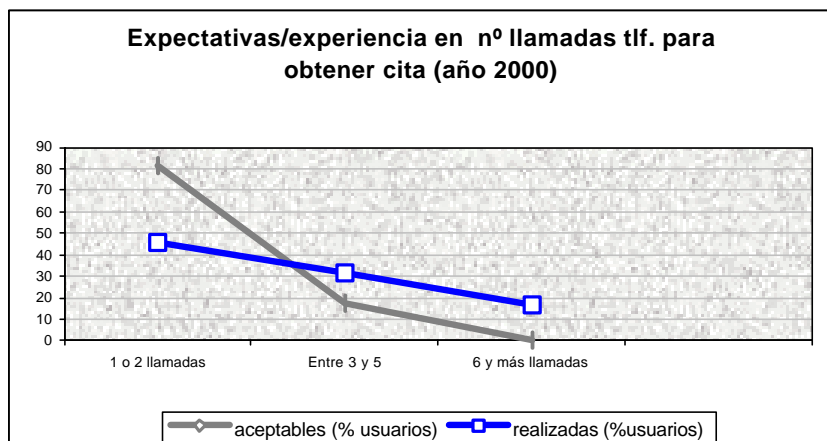
Tabla 9: Índice Sintético de Satisfacción

INDICE SINTÉTICO DE SATISFACCIÓN 2001			
Gerencia A. Primaria		Gerencia A. Primaria	
HUESCA	92,1	PALENCIA	92,2
TERUEL	95,2	SALAMANCA	90,5
ZARAGOZA I	93,6	SEGOVIA	91,5
ZARAGOZA II	92,8	SORIA	96,0
OVIEDO	94,5	VALLADOLID I	89,1
AVILES	94,5	VALLADOLID II	89,7
GIJON	96,0	ZAMORA	91,8
SAMA LANGREO	96,2	BADAJOS	87,6
MIERES	90,9	DON BENITO	85,1
ARRIONDAS	99,2	CACERES	86,0
CANGAS DE NARCEA	99,5	PLASENCIA	88,3
JARRIO	99,5	LA RIOJA	93,5
MENORCA	89,8	AREA I MADRID	86,5
PALMA DE MALLORCA	94,0	AREA II MADRID	88,8
IBIZA	87,3	AREA III MADRID	88,3
SANTANDER	93,8	AREA IV MADRID	92,1
TORRELAVEGA	91,9	AREA V MADRID	92,7
ALBACETE	90,7	AREA VI MADRID	86,2
CIUDAD REAL	91,1	AREA VII MADRID	90,7
PUERTOLLANO	92,4	AREA VIII	92,7
ALCAZAR	83,6	AREA IX	89,3
CUENCA	93,7	AREA X	88,0
GUADALAJARA	88,4	AREA XI	91,6
TOLEDO	90,3	MURCIA	91,4
TALavera	93,9	CARTAGENA	90,2
AVILA	91,8	LORCA	91,0
BURGOS	94,8	CEUTA	90,1
LEON	88,3	MELILLA	87,0
PONFERRADA	94,2	INSALUD	91,2

Fuente: INSALUD SG.A.Primaria

Los Gráficos 1 y 2 recogen algunas de las diferencias entre expectativas y experiencia de uso. En el primer caso se representa el porcentaje de usuarios que manifiestan como aceptable realizar un determinado número de llamadas, frente a las que tuvo que realizar la última vez que pidió cita a su centro. Como puede observarse, la expectativa de los usuarios está muy dissociada de lo que encuentra en la práctica, confirmándose la existencia de un problema de dificultad en el contacto telefónico para solicitar cita previa. Esta situación está constatada, igualmente, por la evaluación continua de los sistemas de acceso a los centros y servicios y se han realizado diferentes intervenciones para intentar paliar el problema, sin haber conseguido su resolución (ver Cap.IV.3)

Gráfico 1 : Diferencia expectativas-real en nº llamadas para citación

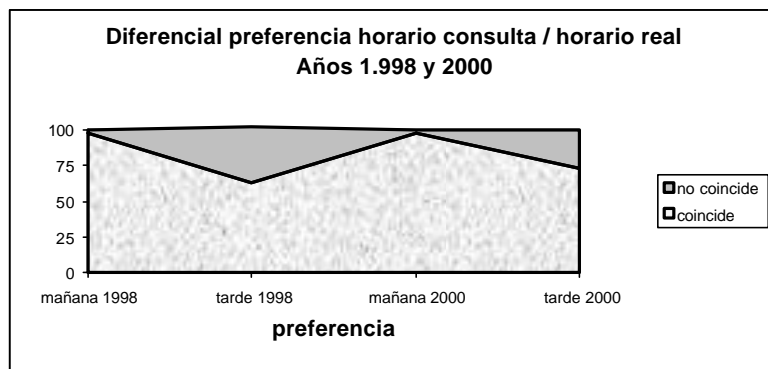


Nº llamadas para cita	2000	
	aceptables	realizadas
1 o 2 llamadas	81,2	45,9
Entre 3 y 5	17,3	31,7
6 y más llamadas	0,3	16,9
Ns/nc	1,2	2,7

Fuente INSALUD/ SG.A. Primaria

La adecuación de la oferta horaria de consulta a demanda a las expectativas de los ciudadanos ha constituido uno de los objetivos constantes en los Contratos de Gestión. La mayor diferencia entre expectativas y oferta real se encuentra en la jornada de tarde, fundamentalmente en zona urbana. En la actualidad cerca del 40% de las consultas en poblaciones superiores a 10.000 habitantes discurren, completa o parcialmente, en horario de tarde y la diferencia entre preferencias y disponibilidad real de consulta en un determinado horario ha disminuido entre 1.998 y el año 2.000.

Gráfico 2 : Expectativas y horario real de consulta



Horario de consulta	1.998		2000	
Preferencia expresada	Coincide	No coincide	Coincide	No coincide
Por la mañana	97	2,9	97,7	2,3
Por la tarde	63,1	36,8	72,3	27,7

Fuente INSALUD/ SG.A. Primaria

La encuesta correspondiente al año 2001, de la que en este momento solo se dispone de su análisis descriptivo, recoge por primera vez la percepción de los usuarios sobre la relación entre atención primaria y el nivel especializado. A través de siete preguntas (ver cuestionario) se explora la opinión sobre la utilización del médico de familia o pediatra de la consulta especializada, la consideración que los facultativos del nivel primario y especializado se otorgan mutuamente y la atención recibida del médico especialista en términos de eficacia técnica y trato personal. El 66,7 de los usuarios manifiestan que el médico de familia les ha remitido a un especialista en alguna ocasión; la última vez que se dio esta circunstancia el 96% de los encuestados había acudido a consulta especializada, frente a un 3,2 % que no acudió.

Tabla 10

Porcentaje de respuesta sobre:	Desacuerd	Ni acuerd Ni desac.	Acuerdo	Ns/nc
El médico de AP le manda al especialista siempre que es necesario	3,7	4,3	90,2	1,8
El médico de AP se interesa por lo que ha dicho el especialista	4,3	4,3	88,8	2,4
El especialista se interesa por lo que ha dicho el médico de AP	17,9	11,7	66,6	3,8
El último especialista que le visitó fue amable	10,6	10,8	77,3	1,3
El último especialista fue eficaz y resolvió bien su problema	11,4	9,5	76,7	2,4

Fuente: INSALUD SG.A. Primaria: Encuesta de Satisfacción de los Usuarios con los Servicios de Atención Primaria 2001

Evaluación de Tiempos de Espera y Atención en Consulta de Medicina de Familia y Pediatría

Entre los aspectos relacionados con la satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida, el tiempo que los profesionales dedican a sus pacientes en la consulta y el tiempo que éstos deben esperar para ser atendidos desde la hora asignada en su citación, son variables que pueden medirse por procedimientos objetivos. Como ya se ha comentado, tras la implantación del Programa de Cita Previa en 1989 y con objeto de valorar su impacto sobre los tiempos de espera para entrar a consulta, se iniciaron una serie de evaluaciones periódicas, mediante encuesta a muestras representativas de los usuarios citados en cada Area. En el año 1995 se introdujo, además, una valoración objetiva, denominada "Evaluación de tiempos de espera y atención en consulta de medicina de familia y pediatría", utilizando una medición directa, por observadores externos, del tiempo real de espera y de atención. El estudio, que forma parte de la evaluación del "PMASS"¹, se ha seguido realizando semestralmente hasta la actualidad, a lo largo de una semana de los meses de junio y noviembre en las 57 Areas Sanitarias. La metodología del estudio, sobre una muestra representativa de los usuarios que acuden a consultas de demanda con cita previa en cada Área, está descrita en el correspondiente documento metodológico utilizado cada año (10). Los indicadores

¹ Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios (ver cap. IV.2)

utilizados, de manera global y con desagregación por medicina de familia y pediatría, son los siguientes:

Tabla 11: Tiempo de espera entrada consulta	Tiempo de atención en consulta
Tiempo medio (minutos) consulta MF + Pediatría Porcentaje de usuarios con tiempo de espera: Igual o inferior a 15 minutos Superior a 15 minutos Superior a 30 minutos	Tiempo medio (minutos) consulta MF + Pediatría Porcentaje de usuarios con tiempo de atención: <i>Consultas Medicina de Familia</i> Igual o inferior a 4 minutos Entre 4 y 6 minutos Superior a 6 minutos <i>Consultas Pediatría</i> Igual o inferior a 7 minutos Entre 7 y 10 minutos Superior a 10 minutos

Fuente: SG A. Primaria INSALUD

Los resultados correspondientes a cada año se han difundido, dentro del ámbito INSALUD, a través de informes específicos y han sido utilizados tanto para evaluar los objetivos de Contrato de Gestión de cada Área como para introducir medidas de mejora. En la tabla 12 se detallan los resultados globales de INSALUD para el periodo 1995-2001.

Tabla 12 : Evaluación de Tiempos (evolución 1995-2000)

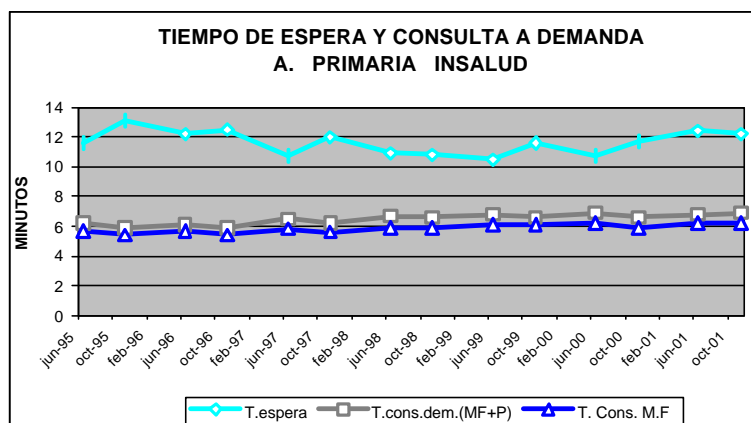
TIEMPO DE ESPERA ENTRADA EN CONSULTA														
	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov
T. medio (min.)	11.6	13.1	12.2	12.5	10.7	12.0	10.9	10.8	10.5	11.6	10.7	11.7	12.4	12.2
% usu. < / = 15'	74.7	71.4	73.5	72.7	77.9	73.2	76.7	77.2	77.4	74.8	77.1	75.1	72.2	73.6
% usu. > 30'	8.4	10.7	9.3	9.3	7.5	9.4	8.0	8.0	7.6	8.8	7.5	9.3	10.7	9.6

TIEMPO MEDIO DE ATENCION EN CONSULTA														
	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov	Jun	Nov
Global (min)	6.2	5.9	6.1	5.9	6.5	6.2	6.7	6.6	6.8	6.6	6.9	6.6	6.8	6.9
M. Familia (min)	5.7	5.4	5.7	5.4	5.8	5.6	5.9	5.9	6.1	6.1	6.2	5.9	6.2	6.2
Pediatría (min)	8.6	8.1	8.3	8.1	8.3	7.8	8.9	8.4	8.6	8.4	8.7	8.4	8.4	8.7

Fuente: SG.A.Primaria INSALUD

En el Gráfico 3 se representa la evolución del tiempo medio dedicado a consulta a demanda (medicina de familia y pediatría) con el tiempo de espera para entrar a consulta.

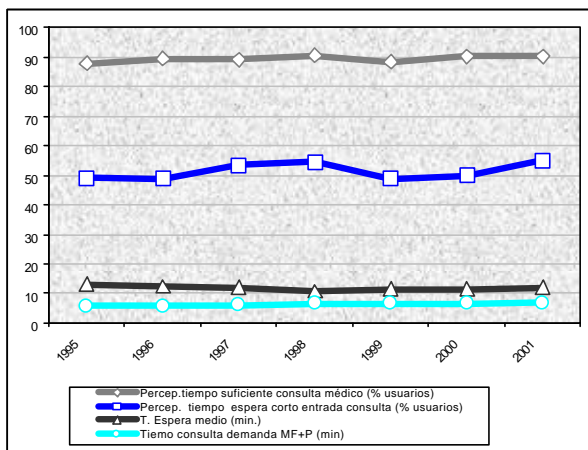
Gráfico 3: Tiempos de espera y de consulta a demanda



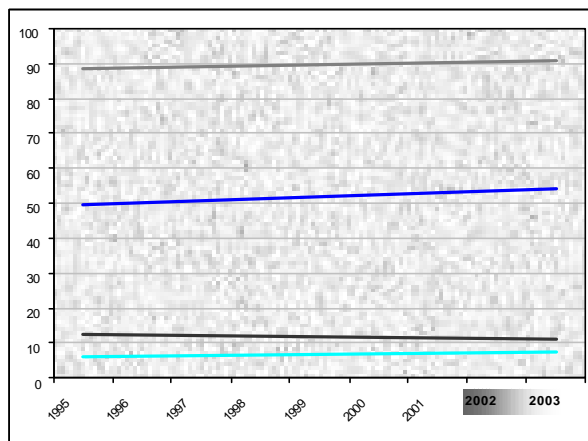
Fuente: SG A. Primaria INSALUD

En los gráficos 4 y 5 se puede observar la evolución de los datos de la encuesta de satisfacción relacionados con la percepción del tiempo de espera en consulta real obtenido a través de la. Su interés reside en cotejar, en cada Area, la percepción del usuario con los datos reales de tiempo de espera en los cortes realizados semestralmente y mostrar la tendencia que sigue la serie.

Gráfico 4 :Tiempos y satisfacción **Gráfico 5: Líneas de tendencia a 2 años**



Fuente: SG A. Primaria INSALUD



Fuente: SG A. Primaria INSALUD

Reclamaciones de los usuarios

Otro componente que refleja la satisfacción de los usuarios con la atención recibida y la infraestructura de los servicios, es el sistema de reclamaciones que se comenta también en el capítulo IV.2 de esta publicación. La tasa de reclamaciones en Atención Primaria se sitúa en el año 2001 en 1,4 / 10.000 consultas (medicina de familia, pediatría y enfermería).

Tabla 13 : Reclamaciones en Atención Primaria

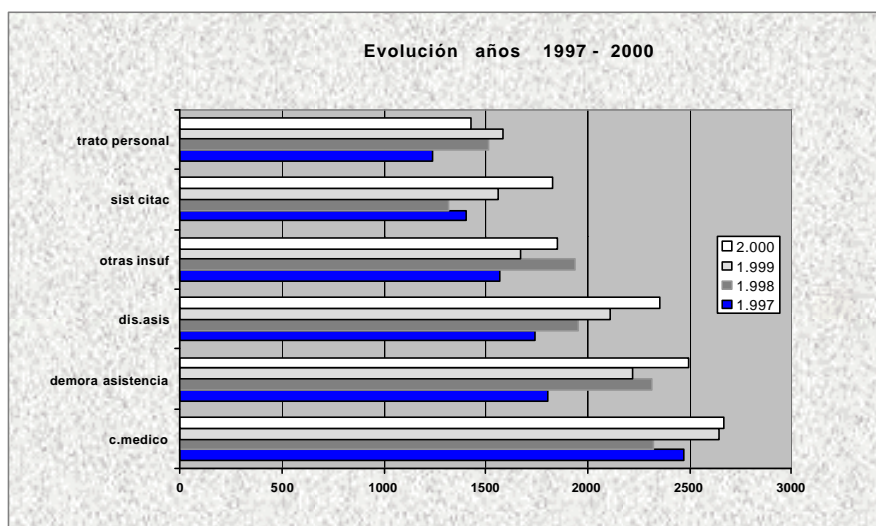
	1997	1998	1999	2000	2001
Nº Total de Reclamaciones	16.753	19.340	20.163	21.051	23.816
- % Reclamaciones estructura	12,2	12,0	13,8	12,8	13,5
- % Reclamaciones proceso	83,8	84,5	82,1	83,0	82,9
% Recl. Contestadas < 30 días.	82,1	79,6	77,5	80,3	79,4
% que han requerido actuaciones	18,7	17,0	16,1	11,5	18,3
Tasa reclam./10.000 consultas	1,0	1,2	1,2	1,3	1,4

Fuente: SG A. Primaria INSALUD

Considerando las tasas señaladas, las reclamaciones escritas en Atención Primaria pueden considerarse como poco numerosas, no habiéndose encontrado indicadores análogos en ámbitos similares que permitan comparar las mismas.

La mayor parte de las reclamaciones se refieren a aspectos del proceso asistencial, fundamentalmente a cambios de médico por reestructuración de los Equipos de Atención Primaria que obligan a asignar usuarios a efectivos de nueva creación. La demora en recibir asistencia, la disconformidad con la misma, el sistema de cita y el trato personal se encuentran también entre los motivos principales de reclamación. En el Gráfico 6 se refleja un resumen de su evolución temporal de las principales causas en los años 1.997-2001.

Gráfico 6 : Principales causas de reclamación en A. Primaria



Las reclamaciones son puestas en conocimiento del Coordinador del Centro de Salud, quien debe realizar las actuaciones pertinentes de recogida de información sobre los hechos que han motivado la queja y elaborar una propuesta de contestación a la persona reclamante. En nuestro ámbito cerca del 70% de las reclamaciones se resuelven con la intervención de este profesional.

Algunos comentarios a los resultados de la Encuesta de Satisfacción

Como ya se ha señalado, los resultados de la Encuesta de cada año se encuentran publicados, desde 1.998, como monografías del INSALUD y en ellas pueden examinarse los mismos en toda su extensión (8).

La última encuesta de la que se dispone del análisis completo de los datos es la correspondiente al año 2000. A modo de resumen, analizando cada uno de los aspectos relacionados con las características estructurales, accesibilidad, percepción sobre los profesionales en sus diferentes dimensiones de trato y competencia, así como modalidades específicas de atención como la urgente y a domicilio, los usuarios coinciden en una buena valoración de la mayoría de los aspectos enumerados.

En cuanto a la accesibilidad, la mayoría de los encuestados opina que la obtención de cita les resulta fácil y que la hora asignada suele adaptarse a sus necesidades. No obstante se detecta una peor valoración en lo referente a las características del propio sistema telefónico de cita, siendo en muchas ocasiones necesario realizar varias llamadas para su obtención. Respecto al horario de consulta del que disponen puede considerarse que, en general, se aproxima a las expectativas expresadas. Esto es así para el 90.9% del total de encuestados. Por el contrario un 9% de los usuarios no tiene en este momento cubierta la expectativa expresada, especialmente aquellos que desearían tener horario de tarde.

Respecto a la valoración de los auxiliares administrativos, médicos y enfermería, se manifiesta una clara satisfacción con todos los profesionales valorados. Esta positiva valoración se ve refrendada además en el caso de los facultativos, por el hecho de que cerca del 90% de los entrevistados recomendaría su médico a otras personas. Para la mayoría, la amabilidad y la competencia técnica de los profesionales están fuera de toda duda. Del mismo modo, el tiempo dedicado por el médico se considera suficiente por el 90% de los entrevistados. Sin embargo, sería necesario mejorar el tiempo de espera para entrar en consulta, que solo le parece corto a la mitad de los entrevistados.

La calidad de las infraestructuras, medida a través de la percepción de su limpieza y comodidad y señalización, se percibe como satisfactoria, aunque existe un margen de mejora en los aspectos de comodidad del centro dado que un 11% considera que los centros de atención primaria no son cómodos.

El análisis de la atención domiciliaria muestra que ésta ha sido solicitada por un 14% de los entrevistados en este año. La última demanda de atención a domicilio recibió una buena valoración por la práctica totalidad de los que la solicitaron. Según los entrevistados, el motivo de la demanda fue, en un 75% de los casos, un problema de salud agudo mientras que en el resto de los casos se debió a enfermedad de larga duración.

El 61% de la población encuestada recordaba haber solicitado en alguna ocasión atención urgente. La última vez que se realizó ese tipo de demanda, el 56% de los encuestados acudió en primera instancia al hospital y solo un 44% utilizaron los servicios de atención primaria. La mayor utilización de los servicios hospitalarios se asociaba, fundamentalmente, al lugar de residencia (capital). No parece que esta preferencia responda a una diferente valoración del servicio prestado en atención primaria, ya que éste fue altamente satisfactorio para aquellos que lo utilizaron en caso de urgencia. Por otra parte, según manifiestan los encuestados en el 60% de los casos, el problema se resolvió en el propio centro de salud.

En nuestra experiencia, el conocimiento de la satisfacción de los usuarios ha sido de gran utilidad para orientar los objetivos de la organización, procurando añadir a la calidad científico técnica aquellos otros aspectos relacionados con lo que el usuario desea sobre *como* debe desarrollarse su

relación con los servicios sanitarios. Especialmente útiles han sido los resultados para cada Área Sanitaria - para cuya representatividad estaba diseñada la encuesta- como instrumento de gestión y evaluación interna, asociados al Contrato de Gestión anual. La encuesta ha ayudado a introducir elementos de comparación entre las Áreas y ha propiciado el intercambio de información sobre el "cómo lo hacéis vosotros" entre los equipos directivos de las Gerencias de Atención Primaria del INSALUD.

Sería deseable que los diez Servicios de Salud que inician este año su andadura, tras haber recibido las competencias en materia de gestión de los servicios sanitarios, mantuvieran un sistema de valoración de la satisfacción de sus usuarios, con posibilidades de comparación entre ellos, así como con el resto de los Servicios de Salud del Estado, muchos de los cuales cuentan también con una amplia experiencia en esta materia. En este sentido, sería indispensable acordar sistemas comunes de medición adecuados a la realidad de nuestro modelo sanitario.

Agradecimientos:

A Nieves Ávalos y María González por su inestimable colaboración.

ANEXO 1

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSALUD

CUESTIONARIO AÑO 2001

Área de _____

Nº de cuestionario _____

Centro : _____

Comunidad Autónoma _____

Zona:

Capital de provincia	1
Urbano (>10.000)	2
Rural (<10.000)	3

Provincia _____

Entrevistador _____

MEDICINA DE FAMILIA 1

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas en colaboración con el INSALUD, está realizando una encuesta para conocer la opinión de las personas que, como Ud., son atendidas por los servicios de Atención Primaria, es decir, por los médicos de familia (de cabecera) y pediatras de la Seguridad Social. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales, dado que su nombre no figurará en el cuestionario.

¿Sale Ud. de la consulta de su médico de medicina de familia*, sea cual sea el motivo de la visita?

Sí
No → Fin de la entrevista

(*puede emplearse médico general o de cabecera para su mejor identificación)

P.1 Para empezar, ¿podría decirme si cuando Ud. pide cita en su Centro de Salud, para acudir a la consulta de su médico de familia lo hace...

Habitualmente por teléfono	1
Unas veces en el mostrador y otras por teléfono	2
Siempre en el mostrador del Centro	3
N.C.	9

P.1a ¿Por qué pide cita siempre en el mostrador y no por teléfono?
(ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS)

Vive, trabaja cerca, le coge de paso	1
Por teléfono tardan en atenderle	2
Le viene mejor, prefiere hacerlo así	3
N.C.	9

P. 2 En relación con la facilidad o dificultad que Ud. tiene de conseguir cita con su médico de familia, le voy a leer una serie de frases y quisiera que me dijera su grado de acuerdo con cada una de ellas. Contésteme con la ayuda de esta tarjeta en la que el 1 significa que está Ud. totalmente en desacuerdo con la frase y el 5 que está totalmente de acuerdo. (ENTREV: MOSTRAR TARJETA A.)

						NS	NC
Le resulta fácil conseguir cita con su médico	1	2	3	4	5	8	9
Cuando pide cita con su médico, generalmente tienen en cuenta la hora que más le conviene a Ud.	1	2	3	4	5	8	9

(SOLO A LOS QUE CONTESTARON 1 o 2 EN LA P.1)

P. 3 La última vez que pidió cita por teléfono, ¿cuántas llamadas, aproximadamente, tuvo que hacer para conseguirla?

Nº de llamadas	_____	
No recuerda		98
N.C.		99

P. 3a Y ¿cuántas llamadas le parecería aceptable tener que hacer para conseguir cita por teléfono?

Nº de llamadas	_____	
N.C.		99

P. 4 Voy a leerle ahora unas frases referidas a distintos aspectos de su Centro de Salud. Dígame su grado de acuerdo con cada una de ellas. Utilice, de nuevo, la escala en la que el 1 significa que está Ud. totalmente en desacuerdo y el 5 que está totalmente de acuerdo. (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Su Centro de Salud está limpio	1	2	3	4	5	8	9
Su Centro de Salud está bien señalizado y le resulta fácil encontrar las consultas	1	2	3	4	5	8	9
El lugar de espera de su Centro de Salud es cómodo y confortable	1	2	3	4	5	8	9

P.5 A lo largo del último año, es decir desde octubre de 2000 hasta ahora, ¿ha sido atendido alguna vez por su enfermera o enfermero?

Sí	1
No	2
N.C.	9

▼ P.5a Quisiera que me dijera si está Ud. de acuerdo o no con cada una de las siguientes frases. (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Su enfermera/o es amable	1	2	3	4	5	8	9
Su enfermera/o es eficaz y atiende bien sus problemas de salud	1	2	3	4	5	8	9

P.6 A continuación, dígame si está Ud. de acuerdo o no con cada una de las siguientes frases. (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Los administrativos, es decir, las personas que atienden al público en los mostradores son amables	1	2	3	4	5	8	9
Los administrativos son eficaces y resuelven bien sus gestiones	1	2	3	4	5	8	9

P.7 Con respecto al tiempo que Ud. ha esperado hoy desde la hora que estaba citado hasta el momento de entrar en la consulta, dígame si está de acuerdo o no con la siguiente afirmación (MOSTRAR TARJETA A)

Ha tenido que esperar poco desde la hora de cita hasta entrar en consulta	1	2	3	4	5	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---

P. 8 Vamos a hablar de su médico de familia. De nuevo le voy a leer unas frases para que Ud. me diga si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Le recuerdo que el 1 significa que está Ud. totalmente en desacuerdo y el 5 que está totalmente de acuerdo. (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Su médico es amable	1	2	3	4	5	8	9
Su médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud	1	2	3	4	5	8	9
Su médico le dedica todo el tiempo necesario	1	2	3	4	5	8	9
Su médico le deja hablar y escucha todo lo que Ud. quiere decirle	1	2	3	4	5	8	9

P. 9 Ahora le voy a leer otras frases y quisiera que me dijera si está Ud. de acuerdo con cada una de ellas. (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Su médico le explica todo lo que Ud. quiere saber sobre su salud	1	2	3	4	5	8	9
Siempre que es necesario su médico le explora (ausculta, palpa, mira) para conocer bien el problema	1	2	3	4	5	8	9
Cuando su médico le receta medicamentos le queda claro cómo debe tomarlos	1	2	3	4	5	8	9

P.10 ¿Alguna vez su médico de cabecera le ha mandado visitar un especialista?

Sí	1
No	2
N.C.	9

P.10a La última vez que su médico le mandó visitar a un especialista, ¿acudió Ud. al especialista que le recomendó?

Sí	1
No	2
N.C.	9

P.10b Le voy a leer unas frases en relación a este tema y dígame si está Ud. de acuerdo o no con cada una de ellas. (MOSTRAR TARJETA A)

		Escala		
		<u>1 – 5</u>	NS	NC
Siempre que ha sido necesario, su médico de familia le ha mandado visitar un especialista	—		8	9
Su médico de familia se interesa por lo que le ha dicho el especialista	—		8	9

P.10c Y dígame si está Ud. de acuerdo o no con estas otras frases. (MOSTRAR TARJETA A)

La última vez que acudió al especialista, éste se interesó por lo que le había dicho su médico de familia	—	8	9
El último especialista que ha visitado Ud. fue amable	—	8	9
El último especialista que ha visitado Ud. fue eficaz y resolvió bien su problema de salud	—	8	9

A TODOS:

P.11 Pasemos a otra cuestión. ¿Durante el último año, ha solicitado en alguna ocasión que el médico de familia o su enfermera fueran a visitarle a su casa por un problema suyo o de algún miembro de su hogar?

	- SI	1					
	- NO	2					
	- NC	9					

P.11a Dígame ahora si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Cuando Ud. ha solicitado que fueran a visitarle a su casa, han ido a visitarle siempre	1	2	3	4	5	8	9
Cuando fueron a casa le atendieron bien	1	2	3	4	5	8	9

P.11b La situación por la que solicitó la visita la última vez fue ...

Una urgencia	1
Una enfermedad larga	2
N.C.	9

P.11c Cuando solicitó esta última vez que fueran a visitarle a su casa, ¿fueron a visitarle?

Sí	1
No	2
N.C.	9

P.11d Y con respecto a esta última vez, dígame si está de acuerdo o no con la siguiente afirmación (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Cuando fueron a casa le atendieron bien	1	2	3	4	5	8	9

P.12 Refiriéndose a su médico de familia, diga si está de acuerdo con la siguiente afirmación (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Recomendaría su médico a sus amigos	1	2	3	4	5	8	9

P.13 ¿ Alguna vez ha tenido Ud. un problema de salud que le haya obligado a acudir urgentemente a un Centro sanitario?

SI	1	
NO	2	} Pasará a P.14
NC	9	

▼.13a La última vez que Ud. ha tenido un problema de salud urgente, ¿qué hizo Ud.?
(ENTREVISTADOR: LEER RESPUESTAS)

Acudió directamente al hospital	1
Acudió a un Servicio de Atención Primaria (no de hospital)	2
N.C.	9

▼ P.13b En relación con la atención sanitaria que recibió en esas urgencias de Atención Primaria, Dígame si está de acuerdo con las siguientes afirmaciones (MOSTRAR TARJETA A)

						NS	NC
Le atendieron con rapidez	1	2	3	4	5	8	9
Le atendieron bien	1	2	3	4	5	8	9

P.13c Y ¿Cuál fue el resultado de la atención que recibió en esa urgencia de Atención Primaria? (LEER RESPUESTAS)

Le resolvieron el problema allí mismo	1
Fue necesario enviarle además al hospital	2
N.C.	9

P.14 Con respecto a su valoración del Centro de Salud en su conjunto, dígame si está de acuerdo con la siguiente afirmación. (MOSTRAR TARJETA A)

Está satisfecho con la atención que ha recibido en su Centro de Salud.	1	2	3	4	5	8	9
--	---	---	---	---	---	---	---

P.15 Con independencia de que Ud. pueda o no elegir, ¿cuándo le vendría a Ud. mejor acudir a la consulta de su médico de familia?

Por la mañana (Hasta las 3)	1
Por la tarde (de 3 a 8)	2
Le es indiferente	3
N.C.	9

P.16 Durante el último año, es decir desde octubre de 2000, ¿podría recordar, aproximadamente, cuántas veces ha ido Ud. a la consulta de su médico de familia, sea cual sea el motivo de su visita?

Menos de 4 veces	1
Entre 4 y 8 veces	2
Más de 8 veces	3
No puede recordar	8
N.C.	9

P.17 ¿Me podría decir si el médico de familia que le atiende lo eligió Ud. o le ha sido asignado por el Insalud?

Elegido	1
Asignado	2
N.C.	9

P.18 Por último. Podría decirme, ¿cuándo tiene la consulta su médico: solo por la mañana, solo por la tarde o una parte por la mañana y otra por la tarde ?

Mañana	1
Tarde	2
Mañana y Tarde	3
N.S.	8
N.C.	9

P.19 sexo

Varón	1
Mujer	2

P.20 ¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

_____ años
N.C. 99

P.21 ¿Ha ido Ud. a la escuela o cursado algún tipo de estudios?
(ENTREVISTADOR: en caso negativo, preguntar si sabe leer y escribir).

No, es analfabeto	1
No, pero sabe leer y escribir	2
Sí	3
N.C.	9



P.21a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Ud. ha cursado, con independencia de que los haya terminado o no? Por favor, especifique lo más posible, diciéndome el curso que estaba cuando los terminó (o los interrumpió) y también el nombre que tenían entonces esos estudios. Por ej. 3º de Estudios Primarios, 5º de Bachillerato, Maestría Industrial, Preuniversitario, 4º de Derecho.

ENTREVISTADOR: si aún está estudiando, anotar el último curso que haya completado.

Curso: _____ Nombre de los estudios _____

P.22 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?

Trabaja	1
Jubilado o pensionista	2
Parado	3
Estudiante	4
Sus labores	5
Otra situación	8
N.C.	9

Bibliografía

1. Panasuranam A., Zeithalm, Berry. A conceptual Model of Service Quality and its implications for future Research. J.Market 1985;49:41-50
2. Feletti G. y cols. Patient satisfaction whit primary care consultations. J. behav. Med. 9. 1986
3. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Soc. Sci. Med. 1997; 45 (12):1829-1843
4. Costa J. Evaluación de la satisfacción del paciente. Club Virtual At. Primaria. <http://www.atheneum.doyma.es>
5. INSALUD Cartera de Servicios en Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Año 2002.
6. INSALUD Encuesta de Satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria. Documento interno. Subdirección General de Atención Primaria. Años 1995-1997.
7. INSALUD Satisfacción de los usuarios como elemento de incentivación Atención Primaria. Documento interno. Subdirección General de Atención Primaria. Año 1995.
8. INSALUD Índice Sintético de Satisfacción. Documento interno. Subdirección General de Atención Primaria. Año 1995.
9. INSALUD. Encuesta de Satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria. Subdirección General de Atención Primaria. Años 1998, 1999, 2000.
10. INSALUD. Metodología. Evaluación de tiempos de espera y atención en consulta de Medicina de familia y pediatría. Documento interno. Subdirección General de Atención Primaria Años 1995-2001.

IV.4. PROGRAMAS DE CALIDAD

Aguilera Guzmán, Marta / García Solano, Marta / Vega López, Luis / Abad Bassols, Ángel / Palanca Sánchez, Inés / Romera García, M^a Teresa / Gosá de Oteiza, Marta / Honduvilla Poveda, Ruperta

Introducción

La mejora continua de la calidad es una estrategia esencial de la misión de la organización y, por lo tanto, de todos sus miembros. Es por ello que requiere un marco institucional donde desarrollarse y es responsabilidad de la organización establecer las bases sobre las que impulsar y garantizar la calidad de la atención.

Concretamente en calidad asistencial y en base al desarrollo y evaluación de las Normas Técnicas (NT) de la Cartera de Servicios, en 1997 se planteó la necesidad de establecer, desde la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP), nuevas áreas de trabajo en mejora de calidad asistencial, por dos razones:

- Las Normas Técnicas tienen aspectos muy positivos y de gran utilidad al ser criterios consensuados por los profesionales y su evaluación anual ha ido generando una cultura de auditoría de historias clínicas en Atención Primaria.
- La Subdirección General de Atención Primaria, con el fin de poder comparar la calidad que se está dando en las distintas Áreas del territorio INSALUD, selecciona los servicios a evaluar cada año, no coincidiendo, en algunos casos, con las prioridades de las Áreas o Equipos de Atención Primaria.

Las auditorías que se han venido realizando en estos años son una fuente importante de identificación de problemas y, por lo tanto, de gran utilidad para el establecimiento de objetivos de calidad.

Por otra parte hay muchos aspectos de la asistencia susceptibles de mejora, más allá de las NT, relacionados, no sólo con la dimensión asistencial, sino con otras dimensiones científico-técnica, accesibilidad, satisfacción del usuario, etc. Algunas Áreas ya habían desarrollado iniciativas propias en esta línea.

Con el objetivo de impulsar el desarrollo de actividades de Mejora de la Calidad Asistencial en Atención Primaria, la Subdirección General de Atención Primaria optó por establecer un compromiso formal con las Áreas a través del Contrato de Gestión de 1998. Como base de este compromiso, se

definieron algunos requisitos básicos de esta línea de trabajo: el enfoque programado, la participación de los profesionales de los EAP y la designación de un responsable para impulsar y coordinar la puesta en marcha de los proyectos.

Se estableció como definición de Programa de Mejora de la Calidad un conjunto de actividades organizadas que permiten la detección de déficits y la propuesta de medidas correctoras de los cuidados de salud ofertados a una población determinada. En definitiva, se trata de medir lo que ocurre, compararlo con lo que debería ocurrir, según normas de buena actuación, valorar las diferencias, introducir cambios y evaluar los efectos de dichos cambios.

Estructura de los Programas de Mejora de la Calidad Asistencial

Los apartados que debían contemplarse en la elaboración de los Programas de Mejora de la Calidad Asistencial¹ por parte de las Gerencias eran:

- *Definición del Problema a Evaluar*
Se entiende por problema la circunstancia que puede ocasionar un daño en la salud del paciente o en la eficiencia del sistema. El problema ha de ser concreto y estar suficientemente acotado. Se debe detallar la metodología empleada para identificarlo. Se deben analizar los beneficios alcanzables para solucionarlo.
- *Dimensión estudiada*
Se debe hacer referencia a la dimensión concreta de la calidad que se va a estudiar: Calidad científico – técnica, Accesibilidad, Satisfacción del usuario.
- *Formulación de criterios*
Fijar las reglas que hay que cumplir para considerar que una acción se ha realizado de manera correcta o adecuada. Cada criterio deberá contar con las aclaraciones necesarias y las excepciones posibles. En general, no se deben utilizar más de diez criterios para evaluar un problema.
- *Formular los indicadores*
Un indicador expresa el grado de cumplimiento de un criterio dentro de un número definido de casos en un tiempo determinado. El numerador se refiere al número de casos en los que se cumple el criterio y el denominador el número de casos en los que se pretende medir el suceso.
- *Fijación de estándares*
Determinación del nivel que consideramos adecuado en la aplicación de cada uno de los criterios.

- *Diseño y ejecución del estudio*
 - Determinar la población a estudiar.
 - Fijar el tamaño de muestra a evaluar.
 - Elegir la técnica de muestreo.
 - Definir el procedimiento de recogida de datos.
 - Ejecutar el estudio y obtener los indicadores.

- *Análisis de los hallazgos*

Una vez obtenidos los indicadores, se comparan éstos con los estándares establecidos, cuantificando y analizando la diferencia entre ambos.

- *Información y medidas correctoras*

Se refiere a la estrategia seguida para informar a todos los profesionales implicados en la actividad evaluada y las medidas correctoras implantadas. En general las medidas correctoras se referirán a: Información, Formación, Organización y Motivación.

- *Reevaluación:* Resultados de la reevaluación que constaten la resolución parcial o total del problema en cuestión. Se recomienda elaborar un informe con la siguiente estructura:
 1. Metodología del estudio de reevaluación:
 - 1.1. Población y muestra estudiadas: tamaño, método de muestreo
 - 1.2. Procedimiento de evaluación: participación de los profesionales, evaluación interna / cruzada / externa, recogida de datos

 2. Resultados
 - 2.1. Reevaluación de los objetivos (se recomienda utilizar gráficos para la presentación de resultados):
 - 2.1.a. Nivel alcanzado: Estimado, como mínimo, mediante los indicadores establecidos en el contrato de gestión
 - 2.1.b. Cuantificación de la mejora: Comparación de los resultados de la reevaluación con los de la evaluación inicial y cuantificación de la mejora.
(*Si se trata de un estudio de evaluación inicial, este análisis no ha lugar*)

 - 2.2. Evaluación de las medidas correctoras, de acuerdo con los indicadores establecidos en el contrato de gestión:
 - 2.2.a. Nivel de implantación (indicadores)
 - 2.2.b. Comparación con el estándar

2.2.c. Cronograma de implantación

3. Análisis y discusión de los resultados:

- Valoración de los resultados obtenidos y la efectividad de la/s intervención/es.
- Conclusiones y recomendaciones: Consideraciones acerca de la experiencia desarrollada y recomendaciones para el futuro: monitorización, definición de nuevos objetivos, rediseño del programa, abordaje de nuevos proyectos.
- Actividades desarrolladas para la presentación y discusión de los resultados con los profesionales.

- *Cronograma*

En todos los programas estarán definidos los periodos concretos de tiempo que se invertirán en la evaluación de calidad, así como el periodo de tiempo transcurrido tras la aplicación de los cambios propuestos para realizar una reevaluación (ésta en ningún caso excederá los dos años).

Evolución histórica

En **1998**, las Gerencias de Atención Primaria designaron responsables de calidad en las Áreas y desarrollaron el diseño y evaluación inicial de los proyectos de mejora, preferentemente en aspectos científico-técnicos, de acuerdo con algunas recomendaciones metodológicas planteadas por la Subdirección General de Atención Primaria, que se recogen anteriormente.

Los principales aspectos sobre los que se iniciaron líneas de mejora en 1998 son: Historia Clínica de Atención Primaria, Atención a Patologías Crónicas, Actividades Preventivas y Programa de la Mujer, Atención a Pacientes Inmovilizados y Terminales, Atención al Anciano, Uso Racional del Medicamento, Gestión de Usuarios, Coordinación Primaria-Especializada, Procesos esenciales o comunes a varios servicios, herramientas de gestión, servicios no incluidos en Cartera y procesos organizativos.

En **1999**, se potenciaron los proyectos de mejora, la implantación de medidas correctoras y cronograma de reevaluación de aquellos proyectos puestos en marcha en el año anterior.

Los objetivos establecidos en el Contrato de Gestión respecto a Programas de Calidad Asistencial en **2000**, enfatizaban los siguientes aspectos:

- Estructura (comisiones y responsables): La constitución de comisiones de calidad se planteó con objeto de potenciar un enfoque participativo y multidisciplinar, mediante un

órgano presidido por un miembro del Equipo Directivo, con suficientes recursos a su disposición, que favorezca la planificación, seguimiento y difusión de las actividades de mejora de calidad, integrándolas en el resto de las actividades del Área. La figura del responsable de calidad del equipo, se consideró potestativa en función de la estrategia del Área, aunque impulsando su formación en calidad, en caso de existir.

- **Formación:** La formación se consideró un pilar básico, inicialmente para generar una actitud y cultura organizativa favorables a la mejora de la calidad, y posteriormente como herramienta de apoyo para los objetivos de Calidad del Área. Por ello, requiere un enfoque planificado, a corto y medio plazo, priorizando inicialmente la formación del responsable de calidad del Área, miembros de la Comisión y Equipo Directivo y sucesivamente, responsables de calidad de los EAPs, profesionales de los EAPs, personal de la Gerencia, unidades de apoyo, etc.
- **Actividades de planificación y gestión de la calidad desde la Gerencia,** para lo cual se potenció el desarrollo de herramientas básicas de gestión como la instauración de un registro de proyectos en el ámbito del Área, como fuente de información para la gestión de las actividades de mejora de calidad, que permita planificar y evaluar periódicamente el desarrollo de los objetivos de calidad, así como disponer de información válida para su difusión a distintos niveles.

Otra herramienta que se consideró básica es el diseño y puesta en marcha de un procedimiento de validación de proyectos, para respaldar las iniciativas de mejora, en cuanto a su adecuación respecto a los objetivos de mejora del Área, así como a su idoneidad metodológica.

- Otro aspecto que se consideró especialmente relevante fue fomentar la continuidad de los proyectos iniciados y el desarrollo de nuevos proyectos. La continuidad de las actividades requiere un trabajo de fondo en planificación, consenso y difusión de la información, procurando programar las actividades y distribuir la carga de trabajo a lo largo del año. El seguimiento y la comunicación periódica del desarrollo de las actividades de calidad y de los logros alcanzados a los EAPs, sus responsables de calidad y coordinadores son actividades esenciales en la continuidad de los proyectos y la motivación de quienes participan en ellos.

Por otra parte, la puesta en marcha de nuevos proyectos necesita encontrar un equilibrio con el desarrollo y finalización de proyectos en marcha, ya que requieren tiempo y dedicación por parte del responsable y otros profesionales con formación en mejora de calidad que puedan proporcionar apoyo a los proyectos. Los nuevos proyectos son

necesarios en el marco de una estrategia global y difícilmente surgirán si no se desarrollan acciones encaminadas a fomentarlos.

Los resultados de la evaluación realizada en 2000² indicaron que las Gerencias de Atención Primaria habían avanzado en el desarrollo de aspectos estructurales relacionados con la Gestión de Calidad, habían desarrollado actividades de formación en apoyo de estos objetivos y habían impulsado proyectos de mejora hacia fases de reevaluación, desarrollando paralelamente nuevos proyectos.

Globalmente, la situación se consideró bastante satisfactoria y parecía aconsejable continuar en la línea de proponer objetivos similares para **2001**, aunque potenciando aún más la autonomía de las Gerencias en la operativización de sus estrategias, especialmente en aquellas que mediante los indicadores de evaluación evidenciaban un grado suficiente de madurez. En estas Gerencias, se han potenciado la puesta en marcha de proyectos de mejora en la propia Gerencia, como estrategias para profundizar y reforzar aún más en la cultura de calidad, así como gesto de compromiso por parte de las figuras directivas.

En el resto de las Gerencias, en las que no se alcanzaron todos los objetivos estructurales y de formación en 2000, y el desarrollo de proyectos llevaba un ritmo más lento, se ha mantenido los compromisos estructurales, aplazando la diversificación de proyectos e insistiendo en potenciar el desarrollo de un esfuerzo continuado y simultáneo de culminación de proyectos y puesta en marcha de otros nuevos.

Como se puede ver en las siguientes tablas, el grado de implantación y desarrollo de las actividades de mejora de calidad en las 57 Áreas es heterogéneo. Algunas Áreas iniciaron su andadura a partir del planteamiento de la SGAP en 1998, mientras que otras abordaron el desarrollo de su propio Plan de Calidad.

**TABLA IV.4.1. Estructura (comisiones y responsables) y Formación en Calidad.
Total INSALUD 2000 - 2001**

Estructura	2000	2001
Comisión de Calidad	53 (93%)	57 (100%)
Registro de proyectos	40 (70%)	54 (95%)
Procedimiento de validación de proyectos	28 (49%)	45 (79%)
Formación		
Responsable de Calidad de Área con formación en Mejora de Calidad	54 (95%)	
Formación miembros Comisión de Calidad	45 (79%)	
Formación responsables calidad EAPs	40 (70%)	

**TABLA IV.4.2. Porcentaje de Gerencias con Comisiones y Registro de Proyectos por CC.AA.
Años 2000 - 2001**

Comunidades Autónomas	Comisión de Calidad % Gerencias		Registro de Proyectos % Gerencias	
	2000	2001	2000	2001
Aragón	100	100	75	100
Asturias	100	100	50	87
Baleares	67	67	67	100
Cantabria	100	100	100	100
Castilla - La Mancha	100	100	38	87
Castilla y León	91	91	73	100
Extremadura	100	100	50	100
La Rioja	100	100	100	100
Madrid	82	100	91	100
Murcia	100	100	100	100
Ceuta	100	100	0	0
Melilla	100	100	100	100
INSALUD	93	96	70	95

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria – INSALUD

TABLA IV.4.3. Programas de Mejora de la Calidad 1998 - 2001

CC. AA.	Evaluación Inicial Nº Proyectos				Reevaluación Nº Proyectos			Gerencia Nº Proyectos
	1998	1999	2000	2001	1999	2000	2001	2001
Aragón	7	0	25	32	6	6	13	7
Asturias	9	0	15	12	8	8	10	5
Baleares	2	1	14	7	0	4	5	1
Cantabria	2	0	1	4	2	24	14	5
Castilla-La Mancha	11	1	20	41	8	18	17	8
Castilla y León	16	0	45	55	16	26	43	8
Extremadura	4	0	9	8	4	4	10	0
La Rioja	1	0	1	3	1	2	1	0
Madrid	39	10	122	147	36	96	105	25
Murcia	5	6	19	36	5	15	23	14
Ceuta	0	1	0	1	0	0	0	0
Melilla	1	1	4	2	1	4	2	1
INSALUD	97	20	275	343	87	207	243	74

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria - INSALUD

Líneas de Futuro de los Programas de Mejora de la Calidad

En las Áreas de Salud, se debería consolidar esta dinámica de trabajo, debiendo involucrar a toda la organización en una política de calidad.

Se considera necesario la definición de una Política de Calidad en el Sistema Nacional de Salud consensuada en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, que incluya el establecimiento de estándares de calidad tanto del proceso asistencial como de centros con el fin de implantar un proceso de acreditación de servicios y centros sanitarios.

Este proceso de acreditación podría adaptarse a uno o varios de los existentes: normas ISO, Joint Commission y/o European Foundation Quality Management (EFQM) o instaurar un modelo propio para todo el SNS.

Bibliografía

1. INSALUD. Estructura de Programas de Mejora de la Calidad Asistencial (documento interno)
2. INSALUD. Informe de Evaluación de los Programas de Mejora de la Calidad Asistencial Criterios para proyectos de Calidad (documento interno)

V. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

Alfaro Latorre, Mercedes / Etreros Huerta, Javier / Terol García, Enrique / Rico Jiménez, Fermina

La agrupación de recursos y actividades en niveles asistenciales, es un elemento comúnmente adoptado por las administraciones sanitarias de cara a establecer su organización para la provisión de los servicios. Las fórmulas empleadas siguen básicamente dos esquemas: atención primaria / atención especializada en unos casos y atención ambulatoria / atención hospitalaria en otros (1,2,3). En cualquiera de los modelos la complejidad tecnológica de cada nivel y la accesibilidad al mismo se encuentran habitualmente en relación inversa.

TABLA 1	
SISTEMA DE ATENCION PRIMARIA DE	AUTORIZA ACCESO A 2º NIVEL
AUSTRIA	NO
ALEMANIA	NO
BELGICA	NO
DINAMARCA	SI
ESPAÑA	SI
FINLANDIA	SI
FRANCIA	NO
HOLANDA	SI
IRLANDA	SI
ITALIA	SI
NORUEGA	SI
PORTUGAL	SI
REINO UNIDO	SI
SUECIA	NO
SUIZA	NO

Elaboración propia

En la mayoría de los modelos que contemplan un nivel primario y otro especializado, el acceso a este último debe ser ordenado por los médicos del primero (Tabla 1). Los servicios de nivel especializado pueden referirse a pruebas diagnósticas, a interconsultas o a derivación del caso con transferencia de la responsabilidad clínica sobre el paciente, al menos de manera temporal. El nivel primario debe asumir, posteriormente, la continuidad del tratamiento indicado en el nivel especializado y el control de la evolución del proceso.

Esta organización no es algo caprichoso o casual. Por el contrario, se debe a una estrategia adoptada por los sistemas sanitarios públicos basados en la universalidad y equidad en el acceso a los servicios que, con unos determinados recursos, deben dar respuesta a una demanda continuamente creciente. Para ello, se establecen unos servicios sanitarios de primer nivel caracterizados por una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente. Este primer nivel llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isocrona razonable desde cualquier lugar de residencia. La dotación tecnológica se compone de aquellos medios necesarios para el manejo de patología prevalente, cuya profusa utilización hace que se consideren recursos rentables. Por otra parte, dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Los mismos criterios de equidad y eficiencia hacen que se atribuya al nivel primario otra función primordial, la de determinar la intervención del nivel especializado en los casos que superan sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas. Con ello se pretende modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste, previsiblemente poco equitativo por lo dependiente de la iniciativa personal, nivel cultural, circunstancias sociales y geográficas, tolerancia a la incertidumbre, etc., de cada individuo y, seguramente, de baja eficiencia por lo indiscriminado de su demanda.

Es decir, en estos modelos la atención especializada entra en juego mediante una primera decisión técnica¹ que resuelve poner el caso clínico en manos de profesionales específicamente expertos y que cuentan con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran. Tras su intervención, en la mayoría de los casos, el paciente y la información clínica correspondiente deben nuevamente transferirse al médico generalista quien, al disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, debe garantizar la visión clínica y terapéutica global. De igual modo, la transferencia al médico del primer nivel garantiza que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía (atención a domicilio).

Este modelo sanitario, que es el actualmente vigente en nuestro entorno, requiere ineludiblemente una adecuada interrelación entre los dos niveles asistenciales. La organización funcional necesaria parece razonablemente posible, pero presenta en la realidad numerosos escollos, existiendo la percepción general de que no funciona bien. Tanto usuarios como profesionales consideran a los servicios sanitarios como una serie de compartimentos estancos obligados a relacionarse, sobre todo burocráticamente, pero no perciben al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios que debe resolver íntegramente las demandas y cuya segmentación operativa y transacciones internas deberían ser prácticamente transparentes, es decir, no visibles, para el paciente.

Las causas que originan esta deficiente coordinación son múltiples y amalgamadas: la tradicional desatención que se han venido prestando mutuamente los dos niveles y el descompás en sus desarrollos respectivos; la dificultad que puede suponer el entendimiento entre dos unidades de gestión distintas, con presupuestos propios que han de cumplir; el sentir residual, rancio pero presente, de que en uno de los niveles y solo en uno es donde reside la ciencia; la falta de estímulo y crisis de estatus profesional que una situación funcionarial puede provocar en los médicos; la demanda creciente y sin techo que se observa en las últimas décadas que intensifica la presión asistencial y un largo etcétera de obstáculos que se interponen entre los actores de los dos niveles asistenciales.

¹ En los modelos con acceso directo al especialista suele ser necesaria una participación financiera del usuario (reembolsable o no)

La actividad de cada uno de los dos niveles se ha venido desarrollando sin apenas consecuencias mutuas, positivas o negativas, que motivasen la necesidad de aunar esfuerzos en el proceso de provisión de servicios. Por el contrario, es frecuente observar que en los niveles primario y especializado de un mismo Área Sanitaria hay planteamientos autónomos de objetivos en temas que afectan a ambos, sin contemplar las repercusiones que provocan o las sinergias que se podrían haber obtenido. En la práctica diaria está escasamente desarrollada la conciencia de corresponsabilidad mutua en el uso de los recursos, tanto de los especializados por parte del primer nivel como de los de primaria por parte de los especialistas. La generación de demoras en consultas externas, por ejemplo, es atribuida con frecuencia por primaria a la falta de capacidad del nivel especializado, pero pocas veces se plantea su parte de responsabilidad en la misma. Del mismo modo, el gasto inducido en primaria por continuación de prescripciones farmacéuticas instauradas por el médico especialista, no es habitualmente objeto de preocupación en atención especializada, desde el punto de vista del coste/eficacia terapéutica. Es llamativa, por otra parte, la escasa costumbre de transmitirse, entre médicos de uno y otro nivel, la información clínica relativa a un paciente sobre el que están actuando ambos.

Por último, hay que señalar que el incremento de la población asegurada, el envejecimiento de la población, la proliferación de pacientes crónicos, el aumento del nivel de información y renta de la población, entre otros factores, tienen una gran repercusión en un sistema caracterizado por la gratuidad en el momento del servicio, que confiere a los usuarios una enorme capacidad de uso. El primer efecto es la tendencia al consumo excesivo, intensificando la presión asistencial y el nivel de exigencia (4). Esta creciente demanda sería otro poderoso motivo para establecer estrategias conjuntas de actuación. Sin embargo, en la práctica, lo que suele suceder es que el aumento de presión provoca un mayor distanciamiento entre los dos niveles, en un intento de "achicar" carga de trabajo.

La falta de coordinación entre niveles produce efectos negativos desde el punto de vista de la continuidad asistencial y es también fuente de ineficiencia de los recursos y de cuestionamiento del propio sistema por lo que, independientemente de las decisiones de calado que eventualmente pudieran reorientar la relación entre los agentes del sistema sanitario, es imprescindible aplicar mecanismos de mejora de la situación actual que, en cualquier caso, permitirían un claro avance en la calidad de los servicios y en la rentabilidad del sistema.

¿Qué se puede hacer para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales?

Atención Primaria es el origen del 65-70% de las primeras consultas y del 30-35% de las pruebas diagnósticas que se realizan en el nivel especializado (5). En nuestro actual modelo, para la mayor parte de los procesos asistenciales, la relación está sectorizada en el ámbito del Área Sanitaria. Es decir, cada hospital sabe que va a recibir pacientes procedentes de un determinado número de centros de salud, y estos, a su vez, saben que ese hospital es quien tiene que dar

respuesta a su demanda de interconsultas o pruebas para el diagnóstico. En condiciones normales, conociendo la trayectoria y la cultura de uso del Área, es posible predecir, con bastante aproximación, qué número de pacientes van a necesitar anualmente de cada uno de estos servicios. Y, establecida la previsión de demanda, el hospital puede analizar como atenderla en unos plazos clínicamente razonables.

Este planteamiento, así expresado, puede parecer extremadamente reduccionista, pero no lo es el análisis previo que es necesario realizar para poder hablar con cierta seriedad de demanda y oferta y de suficiencia o insuficiencia de recursos. Este análisis, no exento de complejidad pero perfectamente viable en todas las Áreas, además de los datos básicos de estructura, población y recursos, debe incluir al menos las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene acceso la Atención Primaria a un repertorio de pruebas diagnósticas suficiente para abordar las patologías prevalentes?
2. ¿Está implantado el manejo protocolizado de las patologías que, con mayor frecuencia, son abordadas conjuntamente por ambos niveles?
3. ¿Existe un sistema que permita el suministro de información clínica entre los diferentes profesionales que tratan a un mismo paciente?
4. ¿Tienen estabilidad las agendas de consultas externas y pruebas diagnósticas? ¿El tiempo destinado y rendimiento de las mismas tienen margen de mejora?
5. ¿Tienen los médicos de Atención Primaria capacidad y métodos para gestionar la oferta disponible de servicios de Atención Especializada?
6. ¿Se dispone de un sistema de organización eficaz del acceso del paciente a diferentes consultas y pruebas?
7. ¿Se hace medicina preventiva *comunitaria* desde el hospital?
8. ¿Existe un programa de formación continuada adecuado para el conjunto de profesionales del Área?
9. ¿Existen foros de encuentro entre los profesionales de ambos niveles?

Actuaciones para mejorar la coordinación asistencial en el Insalud

Utilización de servicios especializados desde el primer nivel asistencial

En el ámbito de la Atención Primaria del Insalud se comenzó a monitorizar en el año 1.992 las tasas de utilización de consultas especializadas y pruebas diagnósticas, pero no fue hasta el

Contrato-Programa de 1.994 cuando se incluyó decididamente la evaluación y control de dichos consumos.

Las dificultades que ofrecían los sistemas de registro de uno y otro nivel asistencial, que no medían exactamente los mismos parámetros, obligaron a la revisión y redefinición de indicadores, buscando elementos comunes que fueron incorporados en el Sistema de Información del INSALUD. En la actualidad, los criterios de registro de interconsultas se encuentran recogidos en la "Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada", editada por el INSALUD en el año 2000 (6). La serie histórica de utilización de servicios especializados en nuestro ámbito de gestión, como tasa por mil habitantes/año, resumida en tres cortes cuatrienales se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 2 : Tasas de utilización SSEE /1000 hab.

	1.992	1.996	2.000
INTERCONSULTA	289	314	308
LABORATORIO	263	328	380
RADIODIAGNÓSTICO	76	87	96

Fuente: INSALUD SG. A. Primaria

Los contratos-programa incluían un compromiso de consumo por parte de las Gerencias de Atención Primaria que se monitorizaba trimestralmente y al cierre del ejercicio. El compromiso era unilateral, es decir, cada gerencia intentaba ajustar su tasa cuando estaba claramente desviada de la media del INSALUD y, aunque existía la recomendación general de analizar en estos casos el origen de la desviación conjuntamente con la gerencia de atención especializada, solo se consiguió salvo excepciones, una baja implicación de los hospitales en este tema.

En 1.997 se produce un nuevo avance en coordinación, mediante el establecimiento de compromisos concretos entre las ambas Gerencias, refrendados por su correspondiente Dirección Provincial, y la Presidencia Ejecutiva del INSALUD. Estos compromisos se formalizaron en una Adenda de Coordinación entre Atención Primaria y Especializada, integrante del Contrato de Gestión desde 1.998² que incorpora objetivos de mejora en la continuidad en la atención a los problemas de salud del usuario, independientemente del profesional, servicio o nivel organizativo que actúe en cada fase del proceso asistencial. Ello debe lograrse mediante el manejo eficiente, por todos los profesionales, de los recursos disponibles para el abordaje común del problema o problemas de salud, buscando la calidad en el conjunto de intervenciones que se efectúen y la adecuación del momento de atención a los pacientes a las características de la enfermedad, debiendo, en todo caso, ser asumibles socialmente los plazos de respuesta ante una necesidad de atención sanitaria.

Por otra parte, se considera que la existencia de estos compromisos formales no garantiza, por sí misma, la consecución de los objetivos marcados a no ser que se adopten paralelamente mecanismos que propicien el entendimiento de las dos partes. El éxito de cualquier medida en este

² En el año 2001 los contenidos de la Adenda se incorporaron en el texto general del C. Gestión (antes C. Programa)

entorno concreto, precisa claramente del apoyo de los profesionales, dada la complicada combinación de intereses que hay que conciliar. Buena prueba de la necesidad de su implicación es la tibieza con que se han venido aplicando una serie de iniciativas (circulación de la hoja de interconsulta, comunicación de demoras, primera receta por el especialista, comunicación precoz del alta posthospitalización al Equipo de Atención Primaria, etc.) (2,8) cuya pertinencia está fuera de duda y que, aun teniendo algunas carácter de norma, se eluden con bastante frecuencia a través de la indiferencia con que son acogidas por los profesionales.

En esta línea, con el propósito de proporcionar un soporte de encuentro y toma de decisiones a profesionales y gestores de los dos niveles asistenciales, en abril de 1997 se creó en el INSALUD un órgano específico de coordinación, la Comisión Paritaria de Área (9), dotada de poder ejecutivo a través de la presidencia ejecutiva del Director Provincial. Su composición, con una amplia representación de estamentos (Tabla 3), debe permitir la discusión y puesta en marcha de todos aquellos acuerdos que permitan avanzar en materia de coordinación.

Tabla 3 – Composición de la Comisión Paritaria	
DIRECTOR PROVINCIAL	
D. Gerente D. Médico D. Enfermería Responsable de Gestión Usuarios Tres facultativos (Consejo Gestión)	D. Gerente D. Médico D. Enfermería Responsable de Admisión Tres facultativos (Comisión mixta)
ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Las Comisiones Paritarias se dotan de unos principios básicos de actuación, distintivos de todos los dispositivos del INSALUD, a través de los objetivos de carácter institucional recogidos en el Contrato de Gestión. Estos objetivos giran fundamentalmente, como ya se ha apuntado, en torno a la adecuación entre la oferta de servicios de atención especializada y la demanda de los mismos desde atención primaria, al aumento de la capacidad de resolución de esta última, a la mejora del intercambio de información clínica y a la necesidad de establecer pautas comunes de racionalidad en la prescripción farmacéutica. Se establece igualmente la adopción de sistemas de información homogéneos que faciliten el análisis y toma de decisiones.

Las funciones de la Comisión contemplan tanto aspectos estrictamente clínicos como de organización práctica del acceso y circulación de pacientes dentro del sistema (Tabla 4).

Tabla 4 :Funciones de la Comisión Paritaria

- Estudio y aprobación Pacto Oferta-Demanda propuesto por las Gerencias (Interconsultas, Laboratorio, P. Imagen)
- Aprobación y seguimiento del Catálogo de Pruebas Diagnósticas para A. Primaria
- Aprobación de protocolos conjuntos de atención a patologías prevalentes
- Impulso y seguimiento de protocolos de derivación
- Seguimiento y evaluación de la Hoja de Interconsulta
- Armonización de las Guías Fármaco-terapéuticas de Area
- Seguimiento de la prescripción de la primera receta en AE
- Establecimiento y control de demora máxima en cada especialidad
- Seguimiento del proceso de citación para especialista desde los centros de salud.
- Estrategias de información a los usuarios de los servicios
- Otras que se consideren necesarias para la coordinación entre niveles

En cuanto a las normas de funcionamiento, la Comisión Paritaria debe elaborar un reglamento interno por el que se regirá su trabajo y realizar, al menos, una reunión plenaria trimestral. Los acuerdos adoptados, de carácter vinculante para los dos niveles, deben ser trasladados tanto a la Comisión Mixta de Atención Especializada como al Consejo de Gestión de Atención Primaria.

Los compromisos del Contrato de Gestión

El Pacto de Consumos

Anualmente se establece un **Pacto de Oferta / Demanda** de servicios entre Atención Especializada y Atención Primaria, acordado y rubricado por los Gerentes de ambos niveles. El pacto recoge, para cada especialidad, la demanda prevista desde el primer nivel en lo relativo a interconsultas y pruebas diagnósticas. Como elemento orientativo de carácter general se utilizan unas tasas de referencia extraídas del comportamiento medio real de las Areas en la serie histórica disponible, siendo conscientes de que deben ir ajustándose a otras características (que asocien, por ej., estructura poblacional con utilización de servicios) conforme los sistemas de información vayan proporcionando más datos.

Para el establecimiento de este pacto, la Gerencia de Atención Primaria debe realizar una estimación de la demanda, apoyándose en los datos de años anteriores y en los objetivos anuales de cobertura de determinados servicios de la Cartera (los que precisen periódicamente de pruebas de laboratorio, citologías ginecológicas, estudios anatomopatológicos para cirugía menor, etc). La Gerencia de Atención Especializada debe igualmente analizar la idoneidad de su oferta y orientar la organización de los recursos de cara a asumir la demanda pactada, realizando una oferta en consonancia con aquella. Las agendas de consulta deberán elaborarse en total coherencia con el

pacto establecido. En la negociación con la Dirección General, previa a la fijación de objetivos para el Contrato de Gestión, la propuesta de pacto se compara con su serie histórica y con la media general del INSALUD de utilización de dichos servicios.

Utilización racional de los recursos

Un aspecto clave para la racionalización de la demanda creciente, en términos de pertinencia clínica y eficiencia económica, es **aumentar la capacidad de resolución de problemas en Atención Primaria**. Para ello, el INSALUD se ha servido de diferentes estrategias, entre las que cabe destacar la implantación de un **Catálogo Básico de Pruebas Diagnósticas (CBDP)** (10) que recoge todas aquellas determinaciones relacionadas con la patología de frecuente presentación, con el fin de fomentar la capacidad de diagnóstico y control evolutivo de los pacientes en Atención Primaria. El catálogo se acompaña, por una parte, de unas Guías de Uso³ para una serie de determinaciones de laboratorio (11) y, por otra, de unos protocolos clínicos - que debe desarrollar cada Área - para el acceso a determinadas pruebas, con el fin de que la utilización de los recursos sea lo más pertinente posible.

Por otra parte, debe avanzarse hacia el establecimiento de un sistema que permita a los facultativos responsables de la atención a un paciente, en cualquiera de los niveles asistenciales, el **acceso a las pruebas diagnósticas ya realizadas**, evitando la duplicación innecesaria de las exploraciones y técnicas de estudio clínico. Las nuevas tecnologías informáticas son la clave de este objetivo.

En este mismo sentido, la falta de **información clínica** sobre un paciente que está siendo atendido por diferentes facultativos supone, sobre todo, merma en la calidad asistencial, pero también uso inadecuado de recursos, molestias para el paciente y desmotivación para los profesionales. Por ello, la información técnica obtenida en el proceso asistencial, deberá estar disponible para los distintos profesionales que intervengan en el mismo, de manera que las decisiones que en cada momento se adopten, sean fruto de un proceso coordinado basado en el conocimiento de su situación clínica. Con este fin, y como mínimo, Atención Primaria debe remitir al médico especialista la información clínica relevante del paciente sobre el que se solicita interconsulta, de tal modo que el 100% de las mismas se acompañen de la correspondiente Hoja de Interconsulta (HI) correctamente cumplimentada y, cuando proceda, de las pruebas diagnósticas ya realizadas. Por su parte, el médico especialista remitirá al médico de Atención Primaria la información clínica correspondiente al caso consultado, mediante la adecuada cumplimentación de su parte en la HI, a la que añadirá cualquier otra documentación si lo considera preciso. Esto supondría para el médico de primaria la obtención del producto que realmente demanda al médico especialista: un diagnóstico y una propuesta de actuaciones terapéuticas y de control de evolución.

³ Elaboradas por las Sociedades Científicas bajo la coordinación del INSALUD

La puesta en marcha del servicio de **cirugía menor** en los centros de salud en 1.997, responde igualmente al objetivo de uso racional de los recursos, además del de acercar los servicios al ciudadano (12). La priorización, dentro de los programas de formación continuada en Atención Primaria, de aquellos orientados al manejo de patologías prevalentes, pretende igualmente contribuir a aumentar la capacidad de respuesta de este ámbito asistencial.

Para mejorar la adecuación en la utilización de los recursos se establece la necesidad de elaboración de **protocolos de atención clínica coordinada** para los procesos más frecuentes, dentro de las especialidades de mayor frecuentación o elevada demora media. En ellos deben quedar contemplados tanto los criterios de derivación desde el primer nivel como las pautas de actuación a lo largo del proceso asistencial.

En otro orden de cosas, mediante la implicación de la Atención Primaria en la **gestión de las agendas** de consulta especializada, se trata de acercar al origen de la demanda la responsabilidad práctica en la utilización de los recursos. Los centros de Atención Primaria deben ser quienes prioricen y administren, día a día, la agenda de consulta externa que recoge el pacto suscrito. Este objetivo se verá tremendamente facilitado en el momento en que se disponga de medios informáticos para su gestión. Dada su transcendencia se recogen una serie reflexiones en el Anexo 1.

Un objetivo también de gran importancia por su transcendencia clínica y económica es lograr una utilización racional de los medicamentos por todos los facultativos implicados en cada proceso atendido. Como medidas instrumentales, las Gerencias de ambos niveles se comprometen a elaborar e implantar conjuntamente una Guía Farmacoterapéutica de Área y a explotar y utilizar la información disponible sobre la prescripción realizada por cada facultativo.

Organizar el proceso asistencial

Otros objetivos orientados a mejorar el proceso asistencial se basan en la aplicación de la **Guía de Gestión de las Consultas Externas de Atención Especializada** (6). Con el objetivo de establecer un marco normativo, de carácter corporativo, la Guía desarrolla los criterios que definen un modelo normalizado de gestión integral de consultas externas. Elaborada a finales del año 99 por profesionales de los dos niveles asistenciales, contribuye a dotar de homogeneidad a la gestión de las consultas externas en Atención Especializada, desde que se produce su petición hasta que concluye la valoración diagnóstica o terapéutica en este ámbito y el paciente es remitido de nuevo a su médico de atención primaria. Para ello, define la responsabilidad de las partes implicadas en la gestión de las consultas externas, dota de una terminología homogénea al proceso y establece criterios explícitos de gestión. Igualmente fija los requisitos mínimos de un sistema de información que dé respuesta a las necesidades de todas las partes implicadas y establece criterios de evaluación de todo el proceso.

La **estabilidad de las consultas externas** marca la pauta para que el resto de objetivos puedan alcanzarse. La planificación de agendas de primeras consultas de cada especialidad debe realizarse rigurosamente, **sobre el pacto de consumos** suscrito con atención primaria, al que se añadirá la previsión de interconsultas generadas entre especialistas. Su diseño debe responder a unos criterios de gestión que eviten, en la mayor medida posible, las reprogramaciones y las solicitudes pendientes de cita por insuficiente previsión temporal de las mismas. Las alteraciones en la programación de consultas que no se atengan a los criterios establecidos en la Guía deberán ser asumidos desde la propia unidad asistencial, reorganizando la actividad de manera que se suministre una nueva cita en un plazo no superior a 5 días desde la fecha anulada. La Guía recoge también como debe llevarse a cabo la citación desde Atención Primaria, la coordinación de cita en consulta con pruebas complementarias, la información y acreditación documental para el paciente y el registro de pacientes en consultas externas, entre otros muchos aspectos.

Por último, las gerencias firmantes se comprometen a **facilitar el contacto entre los profesionales** de los dos niveles tanto puntual como programado, facilitando el acceso telefónico, la participación en reuniones clínicas y la celebración de sesiones de trabajo donde se traten temas de interés mutuo.

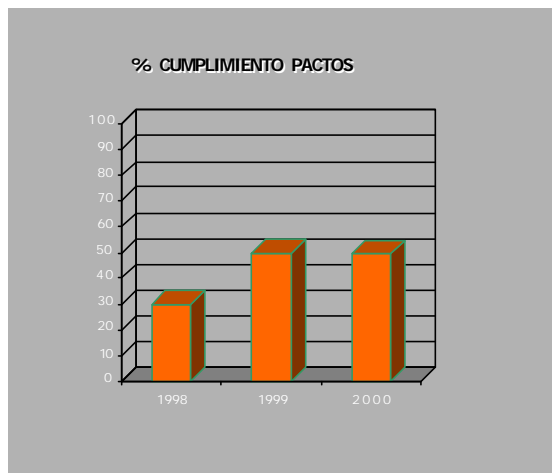
Algunos resultados obtenidos

En la fase actual, de implantación y consolidación de esta dinámica de trabajo, solamente pueden valorarse, en general, resultados intermedios relativos a la mejora del proceso de coordinación y al funcionamiento y actividades emprendidas por las Comisiones Paritarias, debiendo esperar un cierto tiempo para medir resultados finales de impacto sobre la actividad, calidad y rentabilidad del proceso asistencial.

El funcionamiento regularizado de las Comisiones Paritarias es el primer *resultado* que merece la pena comentar puesto que, aunque su constitución y número mínimo de sesiones a celebrar tienen carácter normativo, la adhesión a este tipo de iniciativas no está garantizada solamente por su naturaleza legal. En 1997 se constituyeron la totalidad de las comisiones (en número de 72) y en la actualidad son 74 las existentes al haberse incrementado en dos el número de hospitales de la red. Resulta indicativo el mantenimiento de una dinámica de funcionamiento que ha permitido, generalizadamente, la constitución de los grupos de trabajo relativos a la atención a la salud del niño y de la mujer. Además se han constituido otros 58 grupos impulsados por 42 Comisiones Paritarias. Fruto de los mismos es el centenar largo de protocolos conjuntos de actuación ante diversas patologías de presentación frecuente que, además de su indudable valor técnico, tienen la ventaja de estar elaborados por los profesionales que deben posteriormente aplicarlos.

A tenor de lo reflejado en las actas, el pacto anual de oferta/demanda para el ejercicio de 2000 se sometió a análisis y discusión en 27 Comisiones, con el fin de detectar y abordar los problemas que puedan estar presentes en cualquiera de los niveles.

Gráfico 1



De los 84 Pactos de Oferta/Demanda suscritos en el año 2000 (hay que tener en cuenta que una misma Gerencia de A. Primaria puede suscribir pactos con más de un hospital en función de la sectorización de algunas Zonas Básicas de Salud y de las especialidades que cada hospital ofrece según su nivel), alrededor del 50% logró cumplir el compromiso, tanto en demanda como en oferta. En el Gráfico 1 puede observarse la evolución de los últimos 3 años.

El intercambio de información entre los profesionales ha mejorado en términos cuantitativos. Desde el año 1993 los médicos de Atención Primaria sustituyeron el volante P10 por la Hoja de Interconsulta (HI) y su cumplimentación es preceptiva para que el paciente acceda a la consulta del especialista. El nivel de utilización de la HI es por ello prácticamente del 100%. La evaluación de la calidad de la información que contiene debe abordarse por las Direcciones Médicas y Comisiones Paritarias; el 40% de éstas ya han puesto en marcha un sistema de evaluación. En cuanto a la información que debe suministrar el especialista, en los centros de atención primaria se recibe por circuito normalizado la correspondiente a un 48% de las interconsultas, lo que supone un avance aunque dista bastante del objetivo final (100% informadas).

Su no retorno a los centros se produce bien porque el especialista solo registra en la historia clínica, bien porque no realiza ningún tipo de registro; en otros casos la HI se entrega solamente al paciente, quien no siempre la traslada a su médico de familia, sobre todo si no existe un tratamiento que deba ser prescrito por éste. En el Gráfico 2 puede observarse la evolución 97-2000

Gráfico 2



La casi totalidad de las Comisiones Paritarias han abordado la elaboración de protocolos para la utilización de las pruebas del CBPD que así lo requieren. El 56% de las comisiones han revisado el CPD

básico y lo ha adaptado en alguno de sus contenidos a las necesidades de su Área. Un 65 % han elaborado la Guía Farmacoterapéutica de Área.

En las siguientes tablas se presentan los principales datos de actividad de las Comisiones Paritarias y algunos de los resultados de los objetivos de coordinación.

Tabla 5

Funcionamiento Comisiones Paritarias				
	1997	1998	1999	2000
Comisiones constituidas	72	72	74	74
Número reuniones plenarias	209	272	252	230
Media anual de reuniones	2,9	3	3,5	3,1

Tabla 6

Actividad y Resultados Comisiones Paritarias. Año 2000.	
Reglamento Comisión aprobado	76 %
Subcomisiones formadas	100 %
Constitución grupos de trabajo mujer y niño	93 %
Constitución otros grupos de trabajo	57 %
Numero de pactos de interconsultas elaborados	84
CP que han elaborado Protocolos del CPD	98 %
Catálogo P. Diagnósticas analizado en CP	56 %
Evaluación Implantación CPD en Areas Sanitarias:	
Adecuada	67 %
Inadecuada*	26 %
No implantación	7 %
Guías Fármaco-terapéuticas de Area	65 %
% Interconsultas contestadas desde AE	48 %
Comisiones que han elaborado Protocolos Clínicos	49 %
Principales patologías o procesos protocolizados	-Lumbalgia -Alergias -Diabetes -Cefaleas -Derivación a Digestivo -Derivación a Reumatología

* No se dispone de acceso 2 o más procedimientos diagnósticos incluidos en el CBPD institucional.

¿Hemos avanzado algo?

Evidentemente queda mucho camino por delante, pero quienes trabajamos en algo tan estimulante como es la continuidad asistencial para el paciente dentro de los servicios sanitarios, también observamos que los componentes de uno y otro nivel han empezado a reconocerse como partes de una misma entidad. Falta todavía mucha discusión y elaboración de estrategias de intervención. Falta superar muchas reticencias mutuas y hay que evolucionar a tenor de los resultados que van generando las medidas implantadas.

Es necesario reflexionar, por ejemplo, sobre el papel que debe desempeñar la Comisión Paritaria y el que desempeña realmente en muchos casos. Normativamente tiene un papel decisivo en el progreso de los compromisos suscritos, puesto que en su seno deben decidirse los planes a adoptar para la consecución de los objetivos planteados, pudiendo aplicar en su ámbito fórmulas singulares adaptadas a sus circunstancias concretas. En la práctica se observa, tanto a través de sus actas como de los propios resultados de Contrato de Gestión, que algunas comisiones cubren formalmente los mínimos exigidos institucionalmente (reuniones trimestrales, reglamento de funcionamiento, actas, etc) pero no parecen haberse creído su capacidad decisoria. En algunos casos las actas reflejan más una puesta en común de desencuentros que una búsqueda de soluciones a los problemas. La comunicación de los acuerdos al conjunto de la organización, a través de la Comisión Mixta y del Consejo de Gestión es todavía deficitario. Probablemente haya además que reforzar estas vías con otras complementarias que lleguen más directamente a los profesionales.

Por otra parte, parece difícil que los profesionales sanitarios, después de tantos años de trabajo al margen de estos objetivos, los asuman en ausencia de incentivos concretos. Sin embargo tampoco es planteable que cada medida de mejora en la provisión de los servicios sanitarios deba ir necesariamente acompañada de nuevos incentivos económicos. Posiblemente, el sistema retributivo debería tener en cuenta en mayor medida la adecuación de la actividad del profesional a los objetivos de la organización, dando más peso a la productividad variable y vinculándola a ciertos objetivos estratégicos, entre los que se incluiría, como mínimo, el cumplimiento de la actividad pactada y la existencia de información clínica compartida. Del mismo modo, recompensas relativas a la mejora de la formación de cada profesional, el reconocimiento mediante la divulgación de su trabajo y de los logros obtenidos, la capacidad de influencia de su opinión experta en los ámbitos de decisión, etc., deben formar parte de cualquier sistema de incentivación.

Conseguir un buen sistema de información es otro requisito imprescindible para planificar y evaluar cualquier fórmula de coordinación. Los sistemas de información han alcanzado bastante estabilidad pero todavía no ofrecen toda la concordancia deseable y deben seguir mejorándose. Cuando un profesional dispone de datos rigurosos y consistentes sobre el trabajo que realiza es

difícil que no reaccione ante los aspectos defectuosos del mismo y, por el contrario, suele resultar motivador conocer y que se conozca la buena labor realizada.

No obstante, puede afirmarse que, al menos, existen ya unas las bases establecidas para avanzar en política de coordinación de niveles asistenciales al disponer de:

- Un objetivo final, que el Servicio de Salud proporcione una atención integral al usuario, en las mejores condiciones de calidad y eficiencia.
- Unos objetivos estratégicos de mejora de la organización de los servicios, tanto clínicos como administrativos, y de uso adecuado de los recursos.
- Un soporte de relación contractual, el Contrato de Gestión, que obliga a las partes a asumir compromisos para alcanzar dichos objetivos.
- Un órgano de discusión y toma de decisiones que permite implicarse en el proceso a los profesionales que detentan la capacidad técnica de decisión.

Como última reflexión, no hay que olvidar que la coordinación entre niveles asistenciales no es solamente una cuestión de opinión, sino que implica asumir unas determinadas formas de organización de los servicios sanitarios, donde están en juego muchos intereses que deben concurrir en uno solo: la correcta atención al ciudadano.

Anexo 1: Algunas consideraciones sobre la gestión de Agendas de Consulta Especializada desde Atención Primaria

El modelo de Gestión de Agendas de Primeras Consultas de Atención Especializada desde Atención Primaria (B) no se sustenta en un diseño puramente teórico, sino que pretende dar protagonismo a la lógica clínico-asistencial, subordinando todo el resto de los procedimientos organizativos necesarios para la asignación y la comunicación de la cita, a las necesidades clínicas de los pacientes, al mismo tiempo que se facilitan los trámites que conlleva la asistencia sanitaria.

Si analizamos el proceso a través del cual se genera la indicación de interconsulta a una determinada especialidad, éste comienza con la entrevista clínica, en la cual el médico de AP, tras realizar su anamnesis y exploraciones, pondera las diferentes estrategias diagnósticas y/o terapéuticas posibles y elige, de entre todo el abanico que su valoración le lleva considerar, aquellas que a su juicio son más adecuadas a ese caso individual: en este supuesto, remitirlo a consulta externa de determinada especialidad concreta.

Tener en cuenta lo antedicho tiene una importancia máxima y, por ello, cualquier propuesta que se haga con la intención tanto de contribuir a hacer un uso más racional de este tipo de servicios como de mejorar la calidad del proceso, debe considerar, además de las medidas organizativas, la imprescindible implicación de los profesionales en la gestión clínica de estos recursos. Sin ella, solo podrán conseguirse mejoras en aspectos como la accesibilidad de los usuarios, mejora de los sistemas de información interna para la organización etc.. pero no será posible avanzar en otros aspectos relacionados con la calidad técnica y la adecuación clínica a las necesidades que impone cada caso.

Habitualmente, a partir del momento en que se toma la decisión de solicitar la interconsulta, la capacidad de asignación de fecha (y por tanto de establecer el tiempo de demora para que el paciente sea atendido) corresponde al Servicio de Admisión del Hospital o Centro de Especialidades Periférico(CEP), con independencia de que la solicitud de cita pueda ser tramitada desde el mostrador de un centro de AP. Si el criterio con el que se toma esta decisión es puramente administrativo, como así ha venido siendo en la mayoría de las Áreas, las fechas de cita se asignan en el mismo orden correlativo con el que llegan al Servicio de Admisión. En algunos centros de AE se antepone a este orden aquellos casos que son clasificados, por el médico solicitante, como "preferentes". En otros, la clasificación de una interconsulta como preferente no comporta una asignación de fecha de cita muy distinta de la ordinaria.

Este modelo tiene como principal virtud la de su escasa complejidad, pero conlleva la aparición de los siguientes problemas:

- Genera en los profesionales de AP la percepción de imposibilidad para influir en el tiempo de espera de cada paciente para ser visto por el especialista, decisión ésta que corresponde a una organización "distinta" a la suya. Esta neta separación ha facilitado la instauración de una conciencia, entre los profesionales de AP, de que las causas y soluciones a unas demoras, sean elevadas o no, les son ajenas.
- La clasificación de casos en Preferentes y Ordinarios, que no suele realizarse en función de criterios explícitos, ni compartidos por profesionales de ambos niveles, ha dado lugar a serias discrepancias ante casos individuales y por ello, su operatividad, como instrumento de priorización, ha sido devaluada por el uso.
- Como consecuencia de lo anterior, no es fácil conseguir la adecuación de los plazos de espera a las necesidades clínicas de diagnóstico/tratamiento. Esto es especialmente acusado en un reducido número de casos que, pese a ser pocos, tienen un efecto muy desalentador entre los clínicos de ambos niveles.

Como respuesta a este último problema, aquellos Servicios Clínicos hospitalarios más conscientes de su responsabilidad hacia el Área, preocupados de una parte por la inadecuación entre la demora soportada por algunos pacientes y las necesidades de actuación diagnóstica o terapéutica en un plazo corto y, presionadas de otra, por un desajuste creciente entre oferta y demanda, comenzaron a establecer sistemas de priorización desde AE, utilizando generalmente el resumen de información clínica escrita por el médico que deriva en un modelo acordado (generalmente la Hoja de Interconsulta). Aunque este mecanismo puede aportar alguna mejora a un sistema de priorización devaluado, tiene los siguientes inconvenientes y limitaciones:

- Los datos utilizados por los médicos especialistas para establecer la prioridad han sido recogidos, elaborados, ponderada su importancia y resumidos por otros profesionales (los de AP). Aún contando con información escrita de la mejor calidad, es un hecho cotidiano conocido por todo clínico que la riqueza de matices que aporta la observación directa del paciente, está muy por encima de todo aquello que puede resumirse en un informe. De hecho, es práctica habitual de todo clínico experimentado y juicioso, no tomar decisiones clínicas sobre datos resumidos o referidos por otro, sin antes enriquecer su juicio con una valoración directa del paciente. ¿Acaso anticipar o retrasar la valoración clínica especializada de un caso no es una decisión clínica trascendente? ¿Es pues razonable hacerlo sobre la base de la interpretación de datos ajenos?
- Consume recursos adicionales en tiempo médico de especialistas para la revisión de cada solicitud y su priorización previa a la cita, que podría ser mejor utilizado en incrementar la actividad (una de ellas la asistencial)

- Añade demora a la cita, al intercalar en el circuito un trámite más, e impide la comunicación de la fecha de cita al paciente, en tiempo real.
- Por último, no solo no aporta nada a la implicación de los médicos de AP en la gestión de los recursos que consumen, sino que aleja aún más la posibilidad de hacerlo, al dejar sin efecto cualquier iniciativa de priorización de médicos de AP y sustituirla por otra, generalmente no compartida, realizada por un médico del otro nivel y que, operativamente, es la única tomada en consideración para asignar cita.

La propuesta de gestión de agendas de primeras consultas de especialidades desde AP, surge tras considerar todos estos problemas descritos y es la aplicación de un modelo descentralizador de la gestión de los recursos. Resumidamente, el modelo se basa en la idea básica de que los médicos de cada Centro de AP, con el cual se pacta un volumen determinado de recursos como son pruebas diagnósticas e interconsultas proporcionado a sus necesidades, están en la mejor posición dentro de la organización para gestionarlos de la forma más adecuada a la situación clínica que presentan los pacientes a quienes atienden.

Esquemáticamente el proceso puede resumirse como sigue:



Este modelo, que es radicalmente distinto a los anteriormente descritos, supone un importante incremento en la capacidad de decisión de los médicos de AP, que es inseparable de la correspondiente asunción de las responsabilidades correspondientes que tienen que ver con la

trascendencia de aquellas decisiones que adoptan; trascendencia en relación con dos ámbitos distintos que es necesario armonizar entre sí: el individual, ligado al compromiso de atención contraído con cada paciente y el colectivo, ligado a la obligación del mejor uso posible de los recursos asignados a toda la comunidad concreta a la que se sirve, en beneficio de ésta.

¿Qué se entiende por priorización de los casos?

Es el proceso a través del cual se trata de adecuar, lo más ajustadamente posible, el plazo en el que deben satisfacerse las necesidades diagnósticas o terapéuticas de cada caso a la fecha de cita, en orden a minimizar el impacto que ese tiempo pudiera tener sobre el pronóstico de las enfermedades que se sospechan. Por ello, el personal que asigne cita debe hacerlo atendiendo a la categoría de prioridad asignada por el médico de AP, tras su valoración clínica, en la Hoja de interconsulta.

Las categorías de prioridad y sus criterios de aplicación, deben ser uniformes en todo el equipo de AP y consensuadas, para los procesos más frecuentes, con los Servicios Clínicos especializados de destino. Las dos categorías de prioridad tradicionalmente utilizadas (preferente y ordinario) constituyen, pese a sus limitaciones, un punto de partida obligado, motivo por el cual son las categorías recogidas en las aplicaciones informáticas de citación actualmente disponibles. No obstante, en aquellas agendas con demoras más prolongadas una escala de priorización con algunas categorías intermedias permitiría una mejor adecuación. Y, como objetivo final, la elaboración de alguna escala de priorización clínica, realizada con rigor metodológico suficiente, que combine diferentes aspectos de pronóstico y de calidad de vida hasta la instauración del tratamiento, parece una necesidad a resolver en el futuro más cercano posible.

El hecho de que el volumen total de la oferta disponible se consuma con una demanda priorizada, no supone incremento de la demora global. Ahora bien, con un volumen de oferta previamente fijado, para que un reducido subgrupo de pacientes, clasificado como de prioridad de atención elevada en función de la naturaleza de los procesos sospechados, pueda beneficiarse de una demora muy inferior a la media, será preciso incrementar algo (aunque sea mínimamente) el tiempo de espera del gran volumen de pacientes catalogados en los grupos de prioridad más baja. Esta es una idea que debe quedar interiorizada, desde el principio y asumida, colectiva e individualmente, por profesionales y directivos. Por ello, es imprescindible que los facultativos apliquen criterios de triage estrictamente profesionales y transparentes, los cuales deben poder ser explicados y argumentados a los usuarios, siempre que sea necesario hacerlo.

Más allá de todo lo expuesto hasta ahora, entendemos que, la priorización, debe tener un sentido más amplio todavía, extendiéndose hasta la propia indicación de derivación concreta; de forma que, determinados pacientes portadores de procesos de prioridad baja y escaso nivel de complejidad, resultarían muy beneficiados de un manejo diagnóstico y/o terapéutico más temprano por su médico de AP, haciendo uso de los medios diagnósticos suficientes, en lugar de una espera

prolongada para recibir un manejo clínico similar, en lo esencial, al que pudiera realizar un médico especialista en la misma situación.

Para poder realizar todo ello, todos los médicos de AP deben conocer, además de los datos clínicos que se obtienen del paciente, datos institucionales acerca de la demora media actualizada de la especialidad y qué actuaciones son las que pueden esperar del centro especializado concreto.

Requisitos básicos para la gestión de agendas de consulta especializada en A. Primaria

Además de la priorización de pacientes, existen una serie de requisitos básicos para poner en marcha esta gestión. Es imprescindible explicar a todos los profesionales el fundamento del modelo anteriormente descrito, los fines que persigue, las ventajas que aporta para la institución, a los pacientes y a los profesionales, sus inconvenientes y la redistribución de responsabilidades que el nuevo modelo comporta.

Es necesario seleccionar las especialidades por las que se va empezar. En las etapas más iniciales de la puesta en marcha del proyecto, la Comisión Paritaria de Área debe participar en señalar qué especialidades son las más adecuadas para iniciar la experiencia. En el siguiente cuadro se recogen los requerimientos que conlleva esta gestión

GESTIÓN DE AGENDAS La herramienta ideal debe tener... UN BUEN PACTO OFERTA / DEMANDA Y.....	
Agenda Única sobre la que todos los centros citan simultáneamente	Rendimiento Óptimo Cita a tiempo real
Acceso desde cada centro, s/cupo que le corresponde.	Demora Específica de Centro
Reserva de espacios para cita de preferentes	Demora adecuada de prioridad clínica
Reconversión de espacios preferentes no utilizados	Rendimiento Óptimo
Acceso directo desde la G.A.P. a información sobre ritmos de consumo y demoras de cada centro	Rendimiento Óptimo Control de asimetría de demora Reordenar cupos
Acceso del S. de Admisión a la ocupación de la agenda	Monitorización evolución Información a GAE y SS EE
Explotación mensual automatizada de los indicadores de actividad y Gestión de C.C.E.E.	Rendimiento Óptimo Control sobre demoras y Lista de Espera de GAE/GAP/CP

INSALUD.- Subdirección General de Atención Primaria

En cuanto a la gestión operativa de las citas, el modelo ha ido evolucionando de forma paralela a los diferentes esfuerzos realizados para impulsar mecanismos de coordinación AP-AE y al proceso de informatización en el ámbito del INSALUD. Esto hace que el nivel de desarrollo, y los planteamientos utilizados, sean diferentes según los casos. En la actualidad se puede clasificar el

sistema de citación y gestión de agendas en tres modelos básicos: Agenda no conectada residente en AP, conexión informática de ámbito AP a través de WEB y conexión informática “on line” de ámbito AP-AE. Para cada modelo existe una propuesta de actuación.

Por otra parte, en 1.998 nace el Proyecto de Conexión Telemática AP-AE del INSALUD, como un proyecto institucional de telemedicina que, si bien se desarrolla inicialmente entre la Fundación Hospital de Alcorcón y el Área 8 de Atención Primaria de Madrid (de ahí su nombre inicial: SINFAL), tiene la clara voluntad de definir un modelo generalizable a toda la red del INSALUD. Consiste en un proyecto global subdividido en varios subproyectos como son la cita bidireccional entre Atención Primaria y Especializada, la transmisión de información clínica, el acceso a la Historia Clínica del paciente desde cualquier punto autorizado de la red, la teleconsulta y telediagnóstico y la telerradiología.

En el aspecto que nos ocupa, las agendas sobre las que cita Atención Primaria, son las existentes en Atención Especializada, definidas y gestionadas tal como viene especificado en la “Guía de Gestión De Consultas Externas en Atención Especializada”. Una vez definidas las agendas la gestión posterior depende, exclusivamente, de Atención Primaria (asignación a Centros, reservas de preferentes, etc.). Este tema puede consultarse ampliamente en el capítulo VIII de esta misma publicación.

Bibliografía

1. Saltman R., Figueras, J. Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias Actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1997.
2. La Modernización de la Salud Pública en el Mundo. Arthur Andersen. 1997.
3. Busse R. Reformas en el Sistema Sanitario Alemán. RAS 2001, vol. V nº 17.
4. Revilla L. et al. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de consultas médicas. Atención Primaria. 1987; 4 (9): 472-481.
5. INSALUD. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).
6. INSALUD. Guía de Gestión de consultas externas en Atención Especializada. 2000
7. INSALUD. Circular 8/92 sobre Coordinación de cita entre Médico General y Especialista
8. INSALUD. Circular 8/96 sobre Regulación de la prescripción a través de receta médica oficial en la atención especializada.
9. INSALUD. Circular 4/97 sobre Comisión Paritaria de Área de Atención Primaria y Especializada
10. INSALUD. Catálogo Básico de pruebas Diagnósticas. Documento interno
11. INSALUD. Guía de Uso de pruebas Diagnósticas
12. INSALUD. Programa de Cirugía Menor en Atención Primaria

VI. MAPA DE RECURSOS

Guerra Aguirre, Javier / Iborra González, Diana / García Rull, Juan José

Introducción

La reforma emprendida en Atención Primaria al inicio de la década de los ochenta por el INSALUD, supuso una importante modificación de la organización, prestaciones y capacidad de respuesta de este nivel asistencial.

Desde el primer momento, se consideró la necesidad de disponer de más recursos para acometer esta importante transformación¹ en medios humanos, tanto en número como en calidad, y en medios físicos (confort y accesibilidad).

La Subdirección General de Atención Primaria necesitó conocer desde el principio dónde, cómo y cuándo se precisaba una dotación de recursos, por lo que se crearon unas bases de datos que permitieran conocer el número de componentes de los Equipos de Atención Primaria y el número de edificios donde estos profesionales efectuaban su atención sanitaria.

Por ello, se dispuso de unos sistemas de información, que conformaran el Mapa de Recursos de Atención Primaria, a través de un Inventario de Recursos Humanos y otro de Centros de Salud.

Ideas clave: Recursos. Inventario. Planificación de recursos. Ordenación. Asignación.

Descripción histórica

Desde la publicación del Real Decreto 137/84² y, posteriormente, de la Ley General de Sanidad³, fue necesario ordenar, planificar y dividir el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas y provincias en zonas básicas de salud. Esta planificación, emprendida en diversas fechas por las Comunidades Autónomas perseguía el siguiente esquema: Zona Básica de Salud = Equipo de Atención Primaria = Centro de Salud.

La realidad, posteriormente, no ha sido tan rígida, y así, el INSALUD ha tenido que adaptar el Equipo de Atención Primaria, a unos ámbitos poblacionales, que no siempre han sido miméticos con las zonas básicas de salud establecidas por los mapas sanitarios confeccionados por las Comunidades Autónomas, y, en más de una ocasión, la no disponibilidad de locales ha obligado, a que en un mismo Centro de Salud se ubique más de un Equipo de Atención Primaria.

El desarrollo de otras actividades y prestaciones, que completara la atención brindada por los Equipos de Atención Primaria, como por ejemplo rehabilitación, salud bucodental infantil, planificación familiar, salud mental, inicialmente denominados “Programas Especiales (ver capítulo II.4 de este libro), también hizo necesario la incorporación progresiva de otros profesionales al ámbito de la gestión de la atención primaria en las llamadas Unidades de Apoyo o de Área.

En el año 1988 el INSALUD introdujo un Plan de Gestión por objetivos. Entre los objetivos del INSALUD comunes a toda la organización, figuraban:

Para mejorar la eficacia del Sistema de Salud:

- “Extensión y profundización del Modelo de Atención Primaria basado en Centros de Salud: este objetivo pretende alcanzar no sólo una mayor cobertura de población por los Centros de Salud mediante la creación o ampliación de los existentes, sino también el definitivo asentamiento de los ya funcionantes respecto a infraestructura y métodos de trabajo”.

Para mejorar la eficiencia del Sistema:

- “Programar las necesidades de recursos del Area de Salud de manera conjunta entre la Atención Primaria y la Especializada.

La planificación de recursos técnicos y humanos en el Área de Salud deberá tener en cuenta los recursos existentes en la Atención Primaria y en la Especializada con el fin de evitar duplicidades”.

- “Optimizar la gestión de todos los recursos en todos los niveles de atención”.

Partiendo de estos objetivos generales, la Subdirección General de Atención Primaria adoptó un sistema de planificación estratégica de recursos humanos para la consecución de los objetivos establecidos.

El objetivo primordial era la consolidación de un nuevo modelo de Atención Primaria cuya implantación pasaba por mejorar la calidad, la productividad, la responsabilidad y la competencia. El logro de estos objetivos implicaba una transformación radical de la gestión de los recursos humanos, reforma que se abordó desde la Subdirección General de Atención Primaria.

Durante los primeros años los criterios de actuación del INSALUD, así como los sistemas de información e indicadores se habían enfocado hacia la extensión del nuevo modelo.

A partir del 88 la estrategia de reforma de la Atención Primaria, se planteó mejorar la calidad de la asistencia ofrecida, regularizar los servicios que se prestaban, y abordar temas importantes en la gestión de personal: optimización y rentabilización de los recursos humanos existentes, formación para el acceso, creación de mecanismos de estimulación de los profesionales, retribuciones, concursos de traslados, etc.

- El punto de partida de esta planificación estratégica se resumía en dos interrogantes:

1.- ¿Dónde queremos llegar en Atención Primaria con los recursos humanos?

2.- ¿Dónde estamos, cuántos recursos tenemos?

La respuesta del primer interrogante era más sencilla, la organización estaba en condiciones de predecir la situación futura en cuanto a sus objetivos y esquema de funcionamiento:

Implantación de un nuevo modelo de Atención Primaria localizado en los Centros de Salud organizados con criterios de equipo asistencial.

El segundo interrogante planteaba más dificultad, ya que no se conocía el número de recursos existentes en el modelo tradicional de asistencia sanitaria (personal de cupo y zona dependiente del INSALUD y personal de APD dependiente de las Comunidades Autónomas), ni tampoco los recursos reales del nuevo modelo cuya implantación se había iniciado.

La falta de una información completa sobre los recursos humanos, suponía una limitación importante para encarar el proceso de planificación.

Por ello, se planteó un plan operativo, que incluyera los mecanismos de control y evaluación del cumplimiento de los objetivos intermedios y finales establecidos por la organización.

Ese plan se articulaba sobre dos grupos de tareas principales dirigidas a:

- Conocer la situación actual de los recursos existentes.
- Establecer un escenario de futuro que contemplase la asignación ideal de los recursos humanos y las etapas a cubrir en cada ejercicio presupuestario para llegar a esta meta.

El paso siguiente fue ***¿Cómo?***

- Elaborando un sistema de información centralizado y fiable.

- Con los datos ofrecidos por ese sistema de información, confeccionar planes de actuaciones anuales.

A este sistema de información se le denominó “**Inventario de Recursos Humanos en Atención Primaria**”.

Inventario de Recursos Humanos

El inventario de Recursos Humanos recogía:

- La plantilla horizonte de cada Zona Básica de Salud, es decir, las plantillas ideales según categorías. Para ello, se hicieron los estudios necesarios para establecer los ratios de adscripción de población a los distintos profesionales según las características de las Zonas Básicas de Salud: urbanas, rurales, dispersión geográfica, demografía, etc.
- Ficha para la obtención de toda la información sobre los recursos reales que estaban trabajando en cada Zona Básica de Salud y en el Área.

El Inventario de Recursos Humanos se inició con una triple finalidad:

- Planificar el ritmo de implantación del modelo de Atención Primaria hasta alcanzar el 100% de cobertura poblacional.
- Estimar las necesidades de recursos tanto humanos como físicos y financieros para alcanzar este objetivo.
- Dimensionar los incrementos presupuestarios anuales necesarios para financiar el crecimiento del modelo.

A lo largo de 1989 se efectuó la recogida, procesamiento y validación de la información, obteniéndose los datos relativos a:

a) Ordenación Territorial

- Areas de Salud y Zonas Básicas de Salud por provincia.
- Distribución de Zonas Básicas de Salud según ubicación: Capital de Provincia, medio rural y urbano.
- Zonas Básicas de Salud con implantación de Equipos de Atención Primaria y pendientes de implantación.

b) Población

- Población mayor y menor de 14 años por Zona Básica de Salud.

c) Recursos Humanos

- Zonas Básicas de Salud con E.A.P. implantado
 - Plantilla horizonte por zona
 - Plantilla orgánica de E.A.P. aprobada
 - Plantilla real por zona, con registro de las plazas que están ocupadas por propietarios, interinos y vacantes.
 - Recursos humanos del modelo tradicional de cupo y dependientes de otras Administraciones Públicas (Sanitarios Locales de A.P.D.), pendientes de incorporarse al EAP autorizado.
 - Claves médicas de los facultativos de Medicina General y Pediatría de nuevo modelo y tradicional.
- Zonas sin E.A.P. implantado
 - Plantilla horizonte de cada zona
 - Recursos humanos de modelo tradicional de cupo y dependientes de otras Administraciones Públicas.
 - Claves médicas de Medicina General y Pediatría del modelo tradicional.

d) Recursos Materiales

- Locales de Atención Primaria de titularidad pública por Zona Básica de Salud.
- Tipo de local (Ambulatorio, Consultorio, Centro de Salud, Dispensario, Casa de Socorro, etc.) y titularidad.
- Instalaciones con que contaba cada local y necesidad o no de obras de acondicionamiento.

Una vez finalizada la fase de análisis de la situación, se diseñaron las explotaciones del sistema informático para la gestión de recursos humanos. Se inició la codificación del Inventario de Recursos Humanos, siendo necesario e indispensable el disponer de una identificación inequívoca y unívoca de los profesionales (médicos y pediatras), estableciéndose así el Código de Identificación Autonómica Sanitaria (CIAS)⁴. . (Para mayor conocimiento, consultar el capítulo VIII Sistema de Codificación de este libro). El inicio de la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual permitió que

se volcaran en dicha aplicación, todos los datos referentes a los puestos de trabajo de Medicina de Familia y Pediatría.

La información del Inventario de Recursos Humanos se convirtió en un soporte básico para la gestión, por ello se instrumentaron los mecanismos necesarios para que las Gerencias proporcionasen los datos requeridos por los Servicios Centrales, comprometiéndose éstos a su mantenimiento periódico para facilitar el flujo de la información.

La explotación del Inventario de Recursos permitió empezar a trabajar estratégicamente. Por ello, se definieron las medidas para cambiar la situación existente y alcanzar los objetivos propuestos.

Se elaboraron una serie de planes de actuación:

1. Plan de Actuación sobre plantilla orgánica de Modelo Tradicional
2. Plan de Actuación sobre E.A.P. ya constituidos y funcionantes
3. Plan de Actuación sobre E.A.P. con plantilla orgánica autorizada y que no habían iniciado su actividad
4. Plan de creación de nuevos Equipos de Atención Primaria
5. Desarrollo de los órganos de gestión de Atención Primaria
6. Plan de formación

Desde el principio fue necesario conocer el número de profesionales existentes y dónde se ubicaban, tal como se ha señalado con anterioridad. Las plantillas de los EAP se han nutrido de las siguientes categorías:

- Médicos de familia estatutarios.
- Médicos de familia del cuerpo sanitario de APD.
- Pediatras estatutarios.
- Enfermeros estatutarios de consulta.
- Enfermeros estatutarios de zona.
- Enfermeros del cuerpo sanitario de APD.
- Auxiliares de enfermería estatutarios.
- Auxiliares administrativos estatutarios.
- Celadores estatutarios.

Estos profesionales eran la base para constituir los EAP, y por ello se hablaba de profesionales del nuevo modelo y profesionales del modelo tradicional.

Fue preciso conocer cuáles de éstos se integraban en EAP y cuáles no, a fin de poder además completar las plantillas de los EAP que se iban constituyendo.

En el año 1993, se codificaron todas las Zonas Básicas de Salud, Unidades Funcionales y puestos de trabajo-CIAS de las restantes categorías autorizadas en la plantilla orgánica.

La categoría profesional y el número es lo que conforma la plantilla orgánica de la que, en la actualidad, disponen las Gerencias de Atención Primaria y las Gerencias de Atención Primaria del 061.

La creación de los primeros EAP y los diseños de Programas Especiales, generó un número mayor de plazas en las plantillas orgánicas que las posibilidades de presupuestarlas, apareciendo el concepto de plantilla financiada. Ello supuso, en posteriores años, la adaptación progresiva de ambas cifras, por lo que fue preciso amortizar plazas sin dotación presupuestaria, especialmente de los programas especiales(trabajadores sociales, matronas y fisioterapéutas), donde se fijaron criterios teóricos sin tener en cuenta las disponibilidades presupuestarias de aplicación con el objetivo de hacer coincidir la plantilla financiada con la orgánica.

En la actualidad, esa plantilla orgánica y financiada puede estar cubierta o estar parte de la misma vacante, por lo que se habla de un tercer concepto de plantilla, la plantilla real.

El Inventario de Recursos Humanos recoge tanto la plantilla orgánica, como la plantilla real, y tiene, entre otras, las siguientes utilidades:

- Obtención de una mejora de recursos de cada Gerencia de Atención Primaria.
- Conocimiento del grado de cobertura de la plantilla orgánica.
- Planificación de nuevos recursos humanos.
- Dependencia estatutaria, funcional o laboral del personal.
- Permite la tramitación de los costes cero.
- Posibilita la preparación de concursos y oposiciones.
- Ayuda al cumplimiento presupuestario del capítulo I.
- Facilita la posibilidad de mejorar los criterios de asignación.

La codificación de cada puesto de trabajo en su CIAS correspondiente –ver capítulo VIII-, permite una serie de interrelaciones entre datos de estructura y procesos con otras aplicaciones como son: la base de usuarios de TSI, DIGITALIS, imputación de costes, cartera de servicios, sistemas de información de actividad...

Así por ejemplo, dado que el CIAS identifica un determinado puesto de trabajo, de un médico se puede llegar a conocer:

- La edad y el género de los ciudadanos que tiene asignados.

- La frecuentación por edad y género de las visitas que efectúen esos ciudadanos asignados.
- Las coberturas esperados y alcanzadas de los diferentes servicios que componen la cartera (aunque gran parte de los datos de coberturas alcanzadas sean compartidos por otros profesionales).
- El régimen jurídico de su vinculación a la plaza que ocupa.
- El equipo, zona básica y edificio donde desarrolla su trabajo.
- El número de “actos médicos” que efectúa y su modalidad.
- El perfil de prescripción farmacéutica, en aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Los usuarios que derive dicho facultativo a Atención Especializada, tanto en interconsultas como en pruebas de laboratorio y radiología.
- El perfil clínico del uso de la incapacidad temporal.

De casi igual forma que para el médico, se pueden conocer este tipo de datos para el resto de profesionales sanitarios, y de hecho ha habido intentos centralizados de integrar todo este tipo de información básica en la base de usuarios de tarjeta sanitaria individual, o en el uso del terminal autónomo de identificación de recetas (TAIR), o en los nuevos programas informáticos o con SIGIT ó DIGITALIS (ver capítulo VII).

Situación actual

En noviembre de 2001, el INSALUD en su ámbito de gestión, y tal como recoge la tabla VI.1, dispone de la siguiente oferta asistencial, que posibilita el cumplimiento de las prestaciones recogidas en el catálogo de prestaciones contemplado en el Real Decreto 63/95⁵.

TABLA VI.1. EAP y Unidades de Apoyo

C. AUTÓNOMA	EAP	UF	USBD	UPPO	UO	USM	UAM	ESAD
ARAGÓN	120	24	20	80	10	23	8	2
ASTURIAS	78	31	40	31	4	2	1	1
BALEARES	47	16	10	44	9	8	12	1
CANTABRIA	37	16	12	26	1	5	1	1
CASTILLA-MANCHA	188	41	46	80	13	12	6	1
CASTILLA-LEÓN	239	47	38	190	26	29	11	2
EXTREMADURA	101	43	27	38	4	11	4	1
LA RIOJA	18	9	4	14	3	7	0	0
MADRID	290	63	61	131	15	31	4	6
MURCIA	74	23	24	71	4	6	3	1
CEUTA	3	1	2	2	0	1	0	0
MELILLA	4	1	1	1	0	1	1	0
INSALUD	1.199	315	285	708	89	136	51	16

Fuente: Directorio de Equipos de Atención Primaria y Unidades de Apoyo. Noviembre 2001

A continuación se describen las diferentes siglas que dan pie a esta organización asistencial:

Equipo de Atención Primaria (EAP)

Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona básica de salud y con localización física principal en el Centro de Salud correspondiente. (Real Decreto 137/84, de 11 de enero).

Unidades de Apoyo

Se denominan como tal a aquellas Unidades Asistenciales compuestas por personal sanitario y no sanitario que brindan prestaciones sanitarias y sociosanitarias complementarias a las que ofertan los médicos de familia, pediatras y enfermeras de los Centros de Atención Primaria (EAP y/o modelo tradicional) y que tienen, en general, un ámbito territorial de actuación superior a una Zona Básica de Salud.

El personal de estas Unidades suele tener nombramiento de Área o de Apoyo y dispone de espacios físicos propios o compartidos para desarrollar sus actividades.

En la actualidad, se dispone de las siguientes modalidades:

- Unidades de Atención a la Mujer (U.A.M.)
- Unidades de Salud Mental (U.S.M.)
- Unidades de Fisioterapia (U.F.)
- Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica (U.P.P.O.)
- Unidades de Salud Bucodental (U.S.B.D.)
- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.)
- Odontología de Cupo (U.O.)

a) Unidad de Atención a la Mujer (UAM)

DEFINICION: Dispositivo asistencial compartido entre Atención Primaria y Atención Especializada para brindar las prestaciones sanitarias contempladas en el Real Decreto 63/1995 (20 de enero), Anexo I.

REQUISITOS:

- ✓ Existencia de personal sanitario o no sanitario a cargo de los presupuestos de la Gerencia de Atención Primaria (GAP).
- ✓ Garantizada la presencia de ginecólogo algún día de la semana.

b) Unidad de Salud Mental (USM)

DEFINICION: Dispositivo asistencial compartido entre Atención Primaria y Atención Especializada para brindar las prestaciones sanitarias contempladas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero).

REQUISITO:

- ✓ Existencia de local/es específicos para su funcionamiento.
- ✓ Existencia de personal (psicólogo, enfermera...), a cargo de los presupuestos de la Gerencia de Atención Primaria.
- ✓ Garantizada la presencia de psiquiatra algún día a la semana.

c) Unidad de Fisioterapia (UF)

DEFINICION: Dispositivo asistencial para el desarrollo de las actividades contempladas en la Circular 4/91 (25 de junio) de la Dirección General del INSALUD.

REQUISITO:

- ✓ Existencia de fisioterapeuta con cargo a los presupuestos de la Gerencia de Atención Primaria.
- ✓ Existencia de una sala de Fisioterapia.

d) Unidad de Psicoprofiláxis Obstétrica (UPPO)

DEFINICION: Dispositivo asistencial para el desarrollo de las actividades contempladas en la Circular 5/91 (25 de junio) de la Dirección General del INSALUD.

REQUISITO:

- ✓ Existencia de sala de preparación al parto.
- ✓ Presencia, algún día a la semana, de matrona de Area.

e) Unidad de Salud Bucodental (USBD)

DEFINICION: Dispositivo asistencial que garantiza el conjunto de las prestaciones contempladas en el Real Decreto 63/1995, Anexo I, apartado 5º.

REQUISITO:

- ✓ Existencia de Odontólogo de Area.
- ✓ Existencia de un sillón odontológico.

f) Unidad de Odontología de Cupo (UO)

DEFINICION: Dispositivo asistencial que presta la atención sanitaria de tratamiento de procesos agudos odontológicos, incluida la extracción de piezas dentarias.

REQUISITO:

- ✓ Existencia de Odontólogo de cupo.
- ✓ Existencia de un sillón odontológico.

g) Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD)

DEFINICION: Dispositivo asistencial de apoyo para la atención de pacientes terminales, inmovilizados complejos y crónicos de procesos avanzados, bien directamente o bien a través de los correspondientes profesionales de Atención Primaria.

REQUISITO:

- ✓ Disponer de recursos humanos y físicos específicos para el desarrollo de sus actividades, conforme a la Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD de fecha 26 de julio de 1999 (BOE de 10.08.99).

Asignación de recursos

En 1993, la Subdirección General de Atención Primaria, fruto de grupos de trabajo diversos, elaboró unos criterios de asignación de recursos humanos⁶ superando los criterios iniciales del “número absoluto” de ciudadanos a atender, y para ello tomó como elementos moduladores: la edad, la dispersión geográfica, el tipo de actividad (consulta a demanda, servicios de la cartera y atención domiciliaria) y el tiempo medio de dedicación para cada actividad. Con ello, se establecieron las plantillas horizontes a las que deberían llegar las diferentes Gerencias de Atención Primaria al finalizar el proceso de la reforma de atención primaria.

Recientemente, el grupo de consenso de Sociedades Científicas y la SGAP, ha elaborado un documento “Los Equipos de Atención Primaria: propuestas de mejora⁷, que aconseja actualizar y revisar las directrices fijadas en 1993.

Lo que inicialmente fue contemplado para los profesionales de base de la Atención Primaria ya mencionados, posteriormente, hubo que adaptarlo para incluir a los profesionales de los, en un principio, denominados Programas Especiales:

- Salud Bucodental (aunque ya existían los odontólogos de cupo)

- Salud Mental
- Planificación y Orientación Familiar
- Unidades de Rehabilitación.

así, como otros profesionales no integrados en unidades funcionales específicas, como por ejemplo los trabajadores sociales.

Sobre algunas de estas Unidades y sobre ciertos profesionales de los EAP, se ha formulado una normativa interna, como ocurre con las funciones de los enfermeros de los EAP⁸, del fisioterapeuta⁹ o de la matrona¹⁰, sin fijar criterios de asignación.

Otros, como la salud bucodental, la salud mental y la planificación familiar, carecen de un soporte específico, lo que facilita la heterogeneidad en el tipo de servicios y prestaciones que se desarrollan, especialmente en las actuales Unidades de Salud Mental y Unidades de Atención a la Mujer, debido al hecho de haber carecido desde su origen de una definición de qué debían efectuar, cómo y con qué tipo de recursos y, además, por estar compuestas por personal no dependiente exclusivamente de Atención Primaria (psiquiatras, ginecólogos) y, por consiguiente, no reflejados en su oportuno Inventario de Recursos Humanos.

Con posterioridad, la puesta en marcha de nuevos Programas Asistenciales, ha precisado modificar el Inventario de Recursos Humanos para dar entrada a los profesionales que lo desarrollan, entre ellos, merecen destacarse:

- Programa de Uso Racional del Medicamento¹¹ (1993), con incorporación de farmacéuticos de atención primaria y auxiliares administrativos.
- Pediatras de Área¹² (1998), que atienden varias zonas de salud rurales y actuando como consultores de los médicos en estos EAP.
- Las Gerencias de Atención Primaria del 061 (1999) incorporando personal sanitario de emergencias y sus correspondientes equipos directivos¹³.
- Los Equipos de Soporte de Atención Domiciliara (1999)¹⁴, que incorporan médicos de familia, enfermeros, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos.

También ha sido necesario incorporar algunas categorías nuevas, como los Higienistas Dentales, o los puestos de Coordinadores de Equipos y Responsables de Enfermería (Subdirectores).

En la tabla VI.2 se recoge la evolución del número de médicos de familia, que han supuesto, desde 1996, un incremento neto de 276 médicos (3%), pero, sobre todo, un incremento de la oferta horaria, ya que los que componen los EAP tienen una mayor dedicación y oferta horaria para los ciudadanos y se han pasado en este periodo de 8.040 a 9.194 (incremento de 14 %).

TABLA VI.2. Evolucion del numero de Médicos de Familia de EAP

	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ⁽¹⁾
Médicos de EAP	8.040	8.360	8.629	8.832	9.085	9.194
Médicos APD – Cupo	1.559	1.295	1.084	936	748	681
TOTAL Médicos	9.599	9.655	9.713	9.768	9.833	9.875

(1) Datos a noviembre 2001.

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos.

La tabla VI.3 recoge de manera similar la evolución de los pediatras, en cuanto a la modalidad de EAP, y sobre todo por la creación de la figura del Pediatra de Área, con un aumento de un 4 % en el conjunto de los mismos.

TABLA VI.3. Evolución del numero de Pediatras de EAP

	1996	1997	1998	1999	2000	2001(1)
Pediatras EAP	1.290	13.29	1.386	1.419	1.455	1.477
Pediatras Cupo	417	370	319	270	240	222
Pediatras Área	--	--	5	49	65	72
TOTAL Pediatras	1.707	1.699	1.710	1.738	1.760	1.771

(1) Datos a noviembre 2001.

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos.

La tabla VI.4 muestra las modificaciones e incrementos del personal de enfermería incluidos los que constituyen las Unidades de Apoyo.

TABLA VI.4. Evolución del numero de Enfermeros en EAP

	1996	1997	1998	1999	2000	2001 ⁽¹⁾
Enfermeros EAP	8.217	8.438	8.723	8.945	9.209	9.301
Enfermeros modelo tradicional ^(*)	1.228	1.020	815	649	476	429
Enfermeros de Apoyo	235	225	223	219	219	215
TOTAL Enfermeros	9.680	9.683	9.761	9.813	9.904	9.945

(*) Incluye enfermeros de modelo tradicional, zona y APD.

(1) Datos a noviembre 2001

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos.

El incremento del número de enfermeros ha sido de casi un 3 %. El descenso del número de enfermeros de Apoyo, es atribuible a que su trabajo lo efectuaban fundamentalmente en las Unidades de Salud Bucodental y Salud Mental, y en las primeras se han ido incorporando higienistas dentales y en las segundas, ha ido disminuyendo el número de estas Unidades.

La tabla VI.5 muestra la evolución del número de auxiliares administrativos, que trabajan en las unidades asistenciales (no incluye los existentes en las Gerencias).

TABLA VI.5. Evolución número Auxiliares Administrativos en EAP (1)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Auxiliares Administrativos	3.465	3.511	3.607	3.647	3.728	3.773

(1) No incluye los existentes en los Equipos Directivos.

Fuentes: *Inventario de Recursos Humanos.*

El crecimiento cercano al 9 %, es el mayor aumento entre los componentes de los EAP. Este crecimiento ha coincidido con un mayor número de actividades y tareas, desarrolladas en las Unidades Administrativas de los EAP (ver capítulo II.3).

El resto de componentes, auxiliares de enfermería y celadores, ha tenido un crecimiento diferente, ya que en el primer caso crece un 9% y en el segundo ha descendido ligeramente.

En síntesis, las plantillas de los EAP existentes en 1996 se han incrementado en casi todas las categorías, y de manera especial, en el número de auxiliares administrativos.

El incremento del personal sanitario (médicos de familia, pediatras y enfermeros), ha sido inferior, ya que en estas categorías el mayor énfasis se ha efectuado en las transformaciones y reconversiones al nuevo modelo.

El crecimiento de estos recursos humanos ha sido inferior al incremento de personas a las que se les ha reconocido la tarjeta sanitaria (10 %), lo que en algunas categorías, especialmente médicos de familia y enfermería, ha empeorado los ratios de población asignada.

Dentro de los programas de apoyo a los EAP con personal de área, el número de profesionales (enfermeros y auxiliares de enfermería, fundamentalmente) ha descendido en estos últimos años. Así, por ejemplo, en el de Planificación y Orientación Familiar, que se brinda en las Unidades de Atención a la Mujer, se debe tanto a la ausencia de un catálogo específico de prestaciones, como a la existencia de servicios en la oferta de la Cartera de Servicios, tales como la anticoncepción, seguimiento del embarazo, que pueden ser efectuados en los propios Equipos de Atención Primaria o en las Unidades de Psicoprofiláxis Obstétrica.

De manera similar viene ocurriendo con las denominadas Unidades de Salud Mental, en la que el número de profesionales, especialmente psicólogos, ha permanecido casi estable en este periodo.

El número de trabajadores sociales de apoyo a los EAP, también ha permanecido estable en estos años y ello, en parte, es atribuible a que no existe una norma que ordene sus actividades.

Por el contrario, ha habido dos programas asistenciales, el relacionado con la salud bucodental infantil y la fisioterapia en atención primaria, que han presentado un importante crecimiento en el número de profesionales, como se recoge en las tablas siguientes, donde los incrementos son superiores al 20% en auxiliares de enfermería de apoyo; 34 % en fisioterapéutas; 57 % en odontólogos de área y más del 200 % en higienistas dentales.

La tabla VI.6 recoge el Programa de Salud Bucodental, en las dos categorías básicas, odontólogos de área e higienistas dentales.

TABLA VI.6. Evolución recursos Programa Salud Bucodental

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Higienistas Dentales	58	82	124	135	157	161
Odontólogos de Área	183	219	235	258	274	288

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos.

La tabla VI.7 señala el otro programa en el que se ha efectuado un importante esfuerzo dotacional, el de fisioterapia.

TABLA VI.7. Evolución del Programa de Fisioterapia

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Fisioterapéutas	292	308	351	367	385	393
Auxiliares de Enfermería (*)	171	184	190	192	199	205

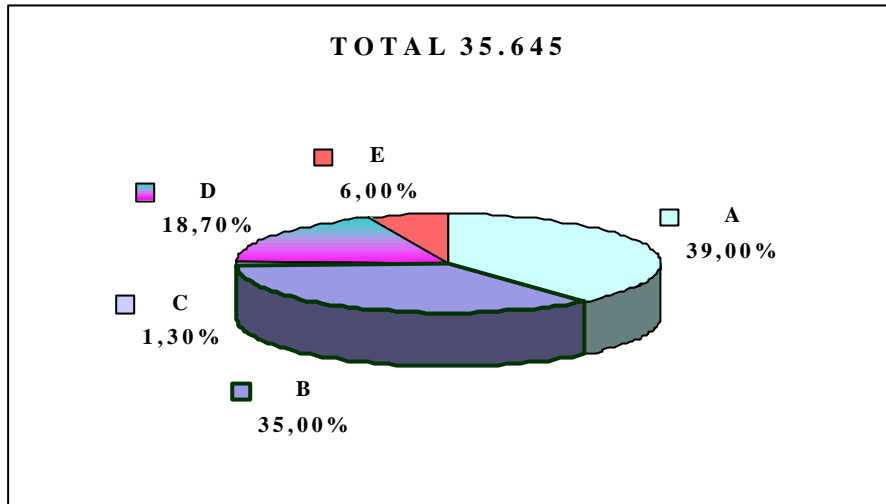
(*) No Incluye los existentes en EAP o en Consultas.

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos.

La evolución del 061 y el personal de emergencias se puede consultar en el capítulo II.5 de este libro.

La distribución de estos recursos humanos por categorías, presenta unas características específicas de atención primaria, como son la existencia de un elevado porcentaje de titulados superiores y titulados de grado medio, que suponen el 74 % (Figura 6.1)

FIGURA 6.1 : Distribución de recursos humanos en A.P. por categorías



Fuente: Inventario de Recursos Humanos.

Distribución por Comunidades Autónomas

Los 35.610 profesionales con los que contaba el INSALUD a finales de noviembre de 2001, presentan una distribución más heterogénea por CC.AA, tal como se puede apreciar en la tabla VI.8

TABLA VI.8. Recursos humanos y población por Comunidad Autónoma

COMUNIDAD AUTÓNOMA	POBLACIÓN		PROFESIONALES	
	USUARIOS TSI	%	Nº ABSOLUTO	%
ARAGÓN	1.163.787	7,67	2.976	8,35
ASTURIAS	1.062.256	7,00	2.389	6,70
BALEARES	803.978	5,30	1.678	4,71
CANTABRIA	517.792	3,41	1.153	3,23
CASTILLA-MANCHA	1.686.849	11,11	3.831	10,75
CASTILLA-LEÓN	2.382.636	15,69	6.717	18,84
EXTREMADURA	1.029.047	6,78	2.643	7,41
LA RIOJA	271.866	1,79	681	1,91
MADRID	5.037.764	33,18	10.734	30,11
MURCIA	1.118.991	7,37	2.522	7,07
CEUTA	56.817	0,37	158	0,44
MELILLA	51.071	0,34	167	0,47
TOTAL	15.182.854	100,00	35.649	100

Fuentes: Inventario de Recursos Humanos..

Como se puede apreciar la Comunidad Autónoma de Castilla-León, con el 15,69 % de la población, dispone del 18,84 % de los recursos humanos, y por el contrario, la Comunidad de Madrid cuenta con un 30,11% de los mismos para el 33,18% de la población. Esta diferencia entre la población asignada y los recursos humanos disponibles, y sin emplear elementos de ponderación al uso, como puedan ser la dispersión y la edad, nos muestra la desigualdad entre las Comunidades Autónomas y que es una de las causas del distinto gasto/habitante por Comunidad Autónoma (ver apartado VII).

El Ministerio de Hacienda viene monitorizando anualmente, dentro de los objetivos asistenciales, los indicadores poblacionales de las categorías de médicos de familia (sobre población mayor de 14 años), pediatras (sobre los menores de 14 años), odontólogos de área (sobre los niños/as de 6-14 años), matronas (sobre mujeres entre 14-65 años) y enfermeros, fisioterapeutas y auxiliares administrativos (sobre la población general).

En la tabla VI.9 se puede apreciar como la dotación de estas categorías por Comunidades Autónomas presenta fuertes oscilaciones en base poblacional.

TABLA VI.9. Ratio poblacional por Comunidad Autónoma

COMUNIDAD AUTÓNOMA	MED. FAM.	PEDIATRA	ENFERM.	AUX.ADM.	FISIO.	ODONTOL.	MATRONA
ARAGÓN	1.142	1.011	1.406	3.781	43.103	5.273	6.130
ASTURIAS	1.582	824	1.614	3.650	27.954	2.584	10.946
BALEARES	1.762	1.127	2.035	4.729	34.956	9.682	6.406
CANTABRIA	1.551	986	1.749	4.542	32.362	3.682	7.287
CASTILLA-MANCHA	1.218	1.603	1.445	4.325	40.163	4.972	10.686
CASTILLA-LEÓN	927	1.217	1.260	4.479	36.656	4.934	4.881
EXTREMADURA	1.167	1.343	1.272	4.235	27.812	5.339	5.461
LA RIOJA	1.333	1.180	1.470	5.548	24.715	3.595	6.786
MADRID	1.664	918	1.791	3.627	45.385	4.634	9.715
MURCIA	1.708	1.261	1.910	3.940	43.038	5.289	7.805
CEUTA	1.782	1.533	1.722	4.058	28.409	4.111	6.288
MELILLA	1.408	1.293	1.647	3.405	25.536	3.800	4.194
INSALUD	1.345	1.092	1.567	3.991	37.957	4.731	7.516

Fuentes: *Inventario de Recursos Humanos.. Noviembre 2001*

Base de usuarios TSI: *Contrato de Gestión 2001.*

El INSALUD dispone de un médico de familia por cada 1.345 personas mayores de 14 años, con un rango que va desde los 1.782, de Ceuta, a los 927, de Castilla-León.

El número de niños por pediatra (aunque aquí existe la posibilidad de elección de ser atendido por médico de familia o por pediatra), nos muestra como existe una oferta de pediatra para cada 1.092 niños, con una variación desde los 824, existentes en Asturias, a los 1.603, en Castilla-La Mancha.

El personal de enfermería de EAP, del que el INSALUD dispone de uno para cada 1.567 ciudadanos, presenta también fuertes oscilaciones, desde los 1.260, de Castilla-León, a los 2.035, de Baleares.

La oferta de matronas, 7.516 mujeres de entre 14-65 años, como media del INSALUD, nos muestra como en Asturias esta cifra se eleva a 10.946 y disminuye hasta 4.194 en Melilla.

La salud bucodental infantil, dispone de un odontólogo de área por cada 4.731 niños, con unas medias extremas de 2.584 de Asturias frente a 9.682 de Baleares.

Finalmente, el número de auxiliares administrativos, uno por cada 3.991 ciudadanos, muestra diferencias significativas entre Madrid, con uno por cada 3.627 y uno por cada 5.548 en La Rioja.

Inventario de Centros de Salud

Uno de los grandes retos que presentaba la reforma de la Atención Primaria era el incremento de la ACCESIBILIDAD, de manera especial e inicialmente en su dimensión geográfica, para lo que fue necesario plantear unas normas de diseño de los Centros de Salud y que posteriormente la SGAP ha venido mejorando con lo que se conoce como MEMORIA FUNCIONAL DEL CENTRO DE SALUD y PLANES BÁSICOS DE MONTAJE.

La Memoria Funcional del Centro de Salud (Anexo I) cuenta con:

- Características poblacionales y tendencias.
- Distancia al Hospital de referencia.
- Cartera de servicios (tipo de unidades a ubicar).
- Tipo y número de consultas.
- Área o no de urgencias.
- Área de Admisión (UNAD).
- Sala de Juntas.
- Biblioteca.
- Unidad Docente o no.

Con posterioridad, una vez construido el Centro de Salud y debidamente equipado, se confecciona una “Ficha Técnica del Edificio” (Anexo II) , de la que se traslada una copia a la SGAP y que contiene:

- Su localización y código.
- Zona básica donde se ubica.
- Titularidad (INSALUD, Comunidad Autónoma, Ayuntamiento, alquilado,...).
- Superficie.
- Unidades Funcionales (EAP y Unidades de Apoyo).
- Número de salas y consultas
- Cartera de Servicios del Centro
- La existencia o no de PAC.
- Y si, a juicio de la Gerencia, es definitivo o provisional.

El conjunto de sus Fichas Técnicas de Edificios, es lo que conforma el Inventario de Centros de Salud del que dispone la SGAP.

En la tabla VI.10 se recogen las principales items del Inventario de Centros de Salud por Comunidades Autónomas.

TABLA VI.10. Inventario de Centros de Salud por CC.AA.

C. AUTÓNOMA	Nº Zonas Básicas	Nº EAP	Nº Centros Salud	Superficie M²/1.000 hab.	Ubicación definitiva	Edificios alquilados
ARAGÓN	121	120	113	94	107	8
ASTURIAS	80	78	78	79	62	26
BALEARES	47	47	47	69	45	1
CANTABRIA	37	37	37	98	27	4
CASTILLA-MANCHA	188	188	186	87	167	6
CASTILLA-LEÓN	240	239	218	93	202	22
EXTREMADURA	101	101	97	94	94	1
LA RIOJA	18	18	17	84	13	2
MADRID	298	290	233	79	163	67
MURCIA	74	74	72	81	61	4
CEUTA	3	3	3	73	2	0
MELILLA	4	4	3	146	3	0
INSALUD	1.212	1.199	1.104	85	946	141

Fuentes: Inventario de Centros de Salud.

En este breve resumen de indicadores, se aprecia como existen Centros de Salud en los que están ubicados más de un EAP, especialmente en la Comunidad Autónoma de Madrid, donde está más extendido el disponer de un EAP de mañana y un EAP de tarde (290 EAP ubicados en 233 Centros de Salud).

También se puede conocer la necesidad de planificar futuras inversiones, tanto para los que se encuentran en locales alquilados como los que no tienen la categoría de definitivos. El Inventario, al ser de edificios existentes, no recoge las inversiones en marcha, por lo que el porcentaje de definitivos, en la actualidad del 86 %, sería superior si incluyéramos éstos últimos.

La superficie disponible en atención primaria por 1000 habitantes, viene creciendo desde los 70 m² habitantes del año 97 a los 85 m² existentes en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria Madrid . 1987.
2. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Estructuras Básicas de Salud (BOE nº 27 de 01.02.84).
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 102 de 29.04.86)
4. Circular de la Dirección General del INSALUD 37/1989 (29 de diciembre), sobre tarjeta sanitaria individual.
5. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias (BOE nº 35 de 10.02.95).
6. Subdirección General de Atención Primaria. INSALUD. Asignación de recursos. Madrid. 1993. (documento de uso interno, no publicado).
7. INSALUD. Los Equipos de Atención Primaria: propuestas de mejora. Madrid. 2001.
8. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/90 de 18 de junio, que regula las actividades del personal de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.
9. Circular de la Dirección General del INSALUD 4/91 de 25 de febrero, que ordena las actividades de los Fisioterapeutas de Área en Atención Primaria.
10. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/91 de 25 de febrero, que ordena las actividades de las Matronas de Área en Atención Primaria.
11. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/93, de 22 de junio que regula los Servicios Farmacéuticos de Atención Primaria.
12. Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, de 23.07.98 (BOE nº 187 de 6 de agosto), por la que se crea la figura del Pediatra de Área y se ordenan sus funciones y actividades.
13. Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, de 26 de julio de 1999 (BOE nº 190, de 10 de agosto), por la que se crean las Gerencias de Atención Primaria del 061.
14. Resolución de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, de 26.07.99 (BOE nº 190 de 10.08.99), por la que se crean los puestos de Personal de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

ANEXO I MEMORIA FUNCIONAL DE UN CENTRO DE SALUD

CENTRO DE SALUD (CONSTRUCCION Y REMODELACION DE CENTROS DE SALUD – MODELO NORMALIZADO)

1. - Bases de Programación

1.1.- Bases Generales

PROVINCIA:

AREA:

DENOMINACION DE LA ZONA EN EL MAPA SANITARIO:

TIPO DE LA ZONA DE SALUD

G1:

G3:

G2:

G4:

POBLACION DE LA ZONA DE SALUD SEGUN EL MAPA SANITARIO:

POBLACION ATENDIDA EN CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA EN NUCLEO DE CABECERA:

TENDENCIA DEMOGRAFICA DE LA ZONA :

INCREMENTO RAPIDO:

INCREMENTO LENTO:

INCREMENTO TEMPORAL

ESTACIONARIO:

DESCENSO RAPIDO:

DESCENSO LENTO:

DESCENSO TEMPORAL:

ESTRUCTURA DEMOGRAFICA:

MENORES 15 AÑOS:

MAYORES 65 AÑOS:

UNIDAD DOCENTE:

SI:

NO:

PREVISION DE POBLACION:

Año:

Hab. :

DISTANCIA EN TIEMPO AL HOSPITAL DE REFERENCIA:

min.

SUPERFICIE DEL SOLAR DISPONIBLE:

m²

SUPERFICIE PARA REHABILITAR O REFORMAR:

m²

1.2.- Localización:

LOCALIDAD:

1.2.1 ¿EXISTE EQUIPO DE A.P. FUNCIONANDO EN LA ZONA? SI: NO:

1.2.2 RADIOLOGIA
POBLACION SUBSIDIARIA DEL EQUIPO
DE RADIOLOGIA BASICA: Hab:

1.2.3 CINESITERAPIA, ELECTROMEDICINA, FISIOTERAPIA
POBLACION SUBSIDIARIA DEL EQUIPO DE REHABILITACION:

1.2.4 ORIENTACION FAMILIAR.
POBLACION SUBSIDIARIA ASIGNADA O DE REFERENCIA: Hab.

1.2.5 SALUD MENTAL.
POBLACION ASIGNADA O DE REFERENCIA: Hab.

NOTA IMPORTANTE: Los locales cuya columna de nº y superficie total no esté cumplimentada no se considerarán en este programa.

2. - Programa de Necesidades

2.1.- Zona de Acceso

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M²
2.1.1. - Vestíbulo principal.	1	35	35

2.1.2. - Recepción (1)

(1) Mostrador suficiente para puestos de trabajo, todos ellos con ordenador. Una parte será más baja para atención a minusválidos. Debe estar en relación con el área administrativa.

2.2. - Zona de Consultas

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTALM²
2.2.1. - Consulta de Medicina de Familia (1)		18	
2.2.2. - Consulta de Enfermería M.F.)		18	
2.2.3. Consulta Polivalente. (1)		18	
2.2.4. Sala de Técnicas y Curas (1)		20	
2.2.5. Sala de Intervenciones Menores(1)		20	
2.2.6. Consulta de Pediatría. (2)		18	
2.2.7. Consulta de Enfermería Pediátrica (2)		18	
2.2.8. Consulta de Odontología (2)		20	
2.2.9. Módulos de Sala de Espera. (3).		10	

Criterio de disposición de consultas:

- (1) En un mismo bloque de consultas, comunicadas entre sí y a ser posible alejado de la Pediatría.
- (2) En un mismo bloque, siempre que sea posible en planta de acceso y alejado de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Criterio de disposición de esperas:

- (3) Cada módulo de espera enfrentado a su consulta si es posible.

2.3.- Extracción de Muestras

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M ²
2.3.1. Sala de Extracción.		20	
2.3.2. Módulo de Sala de Espera de extracción.		15	

2.4.- Zona de Apoyo Administrativo

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M ²
2.4.1. Despacho de Administración. (1) Nº puestos de trabajo:	1		
2.4.2. Archivo Historias Clínicas	1		
2.4.3. Despacho del Trabajador Social.		15	
2.4.4. Despacho de Coordinación.		15	
2.4.5. Sala de Juntas, Biblioteca. (*)	1		
2.4.6. Aula de Docencia, incluyendo armario.	1		

(1) Despacho mamparado de 10 m² en la misma superficie.

(*) Con tabique móvil separando ambas estancias.

NOTA: Al menos el despacho de administración y el archivo de historias clínicas estarán en planta de acceso e inmediatos al mostrador de recepción.

2.5.- Zona de Servicio

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M ²
2.5.1. Oficio de limpieza. (1).	1n	4	4n
2.5.2. Almacén de basura.	1	10	10
2.5.3. Almacenes generales			
2.5.4. Aseos de público. (1)	2n	10	20n
2.5.5. Aseo pediátrico.	1	5	5
2.5.6. Aseo de minusválido	1	5	5
2.5.7. Vestuarios de personal. (2)	2	15/20	35
2.5.8. Aseos de personal. (3)	2n	5	10n
2.5.9. Estar de personal		20	
2.5.10 Instalaciones:			
Central Térmica.	según necesidades		aproximadamente 60 m ²
Central Eléctrica.			
Otras instalaciones.			

(1) n= n⁰ de plantas

(2) m² para vestuario hombres; y
m² para vestuario mujeres.

(3) Un bloque por planta a excepción
en el caso de los aseos de per--
sonal de la planta en que se si-
túan los vestuarios.

NOTA: El aseo pediátrico irá dotado de una gran encimera al lado del lavabo que permita cambiar pañales.

**2.6.- Punto de Atención Continuada (P.A.C.)
(Todos los locales en Pta. de acceso)**

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M²
2.6.1. Cortavientos.Vestíbulo.Consejería	1	10	10
2.6.2. Almacén de camillas y sillas de ruedas.	1	6	6
2.6.3. Módulo de espera	1		
2.6.4. Aseos de público.	2	4	8
2.6.5. Consulta de Urgencias.		18	
2.6.6. Sala de Tratamiento.		18	
2.6.7. Sala de Observación.		15	
2.6.8. Almacén de urgencias.	1	6	6
2.6.9. Sala de estar de personal.	1		
2.6.10. Dormitorios personal		6	
2.6.11 Aseos personal	2	6	12

NOTA: Sectorizar instalaciones de este Area respecto al resto del edificio y hacerlas susceptibles de funcionar independientemente.

2.7.- Otras Zonas

2.7.1.- Unidad de Psicoprofilaxis Obstétrica

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M²
2.7.1.1 Consulta de Matrona. incluyendo aseo.	1	20	20
2.7.1.2 Módulo de espera	1	15	15
2.7.1.3 Vestuarios (1)	1	10	10
2.7.1.4 Sala de Usos Múltiples, incluyendo almacén de colchonetas y sillas.	1		

(1) Tratar de compatibilizar este vestuario con el de Cinesiterapia de mujeres si existiese.

NOTA: Estos locales se situarán siempre que sea posible en planta de acceso alejados de las consultas de pediatría.

2.7.2.- Unidad de Salud Mental

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M ²
2.7.2.1 Recepción y archivo.			
2.7.2.2 Consulta		15	
2.7.2.3 Sala de Terapia de Grupo (1).		20	
2.7.2.4 Módulo de espera.		10	

(1) Comunicada con la consulta con “espejo de judas” y preinstalación de video-audio.

NOTA: Esta unidad debe estar funcionalmente segregada de otras unidades del Centro.

2.7.3.- Zona de Tratamiento

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M ²
2.7.3.1 Sala de Cinesiterapia (1)	1		
2.7.3.2 Vestuarios de público	2	10	20
2.7.3.3 Almacén de colchonetas y aparatos.	1	6	6
2.7.3.4 Consulta de Fisioterapeuta. (2)	1	18	18
2.7.3.5 Módulo de espera.	1	15	15

(1) Situar en esta Sala 3 Boxes para electroterapia con dos enchufes cada uno, y suelo de tarima, linóleoum o similar.

(2) Comunicada física y visualmente con la Sala de Cinesiterapia.

NOTA: Esta unidad estará necesariamente en planta de acceso. La consulta de fisioterapeuta se comunicará visualmente y físicamente con la Sala de Cinesiterapia.

2.8.- Otros Servicios Complementarios

AMBIENTE O LOCAL	Nº	AREA UTIL	TOTAL M²
2.8.1. Aparcamiento. Según ordenanza municipal. Preferentemente en superficie.			
TOTAL SUPERFICIE UTIL			
+ 40 % CONSTRUIDA			
TOTAL SUPERFICIE CONSTRUIDA			

NOTA: Las dimensiones de las consultas deberán permitir el amueblamiento, considerando que la mesa de despacho del facultativo tiene un ala informática. La disposición de puertas no debe invadir los espacios de utilización de mobiliario.

- Prever 5 enchufes junto a la mesa (TAIR, monitor, impresora, lámpara de mesa y negoscopio. Dos enchufes en cabecera de camilla de reconocimiento para poliscopeo y flexo de pared. Un enchufe en encimera.

- Situar un rail para cortina donde finaliza el hueco de la puerta de comunicación entre consultas.

- **Diseñar un sistema que evite la visualización de la zona de reconocimiento desde el exterior.**

- Cuidar la carpintería exterior en calidad, teniendo en cuenta la accesibilidad para limpieza.

- Dotar de medidas de seguridad las partes accesibles del centro e incluir la canalización de los detectores volumétricos.

- Centralita con capacidad para voz y datos, megafonía-interfonía.

- Cortavientos con puertas automáticas, con separación mínima entre puertas de 2,50 m

-Tratar los pavimentos verticales en esperas con acabados “duros” que faciliten su mantenimiento.

-Proteger zonas húmedas sobre senos de consultas.

Informática:

-Instalación de cableado y rosetas informáticas en la administración, teniendo en cuenta en el diseño del mostrador, la ubicación de los monitores.

- Preinstalación informática a todas las consultas y salas de reuniones, biblioteca, coordinación y Trabajador Social.

- Ubicación adecuada en Odontología del compresor del equipo y en caso de instalación RX odontológicos prever el anclaje del brazo.

- Reforzar el forjado de toda la zona donde se diseñe el Archivo Compacto (600 kg/m2 mínimo). Diseñar la longitud de carril, de tal manera que se puedan efectuar 2 aperturas del archivo simultáneamente.

ANEXO II: FICHA TÉCNICA DE EDIFICIO

FICHA TÉCNICA DE EDIFICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

GERENCIA de A.P.:	C. GESTIÓN:
--------------------------	--------------------

IDENTIFICACIÓN DEL EDIFICIO				
Código:	Tipo:	Nombre:	A.C.:	Ubic.:
Dirección:			Teléfono:	
Localidad:		Rural/Urbano:	Zona Básica:	

Titularidad:		Alquiler: pts/año:		
Superficie: Total	Insalud: M2:	A. Primaria: M2:	A. Especializada: M2:	Nº plantas:
En caso de mantenimiento compartido (cap. II): Insalud		%	Otra Institución	%

UNIDADES FUNCIONALES UBICADAS							
Código	Tipo	Nombre	M2	Código	Tipo	Nombre	M2

Nº CONSULTAS, SALAS Y DESPACHOS POR SERVICIOS							
Asistenciales (Nº)		Eap1	Eap2	Eap3	Total	ADMINISTRATIVOS	Nº
Facultativo	Medicina Familia					Recepción - Información	
	Pediatría					Sala Administrativa	
Enfermería	Enferm/Matrona					Archivo Centralizado	
	Sala extracciones					Despacho Coordinador	
	Sala curas					Otros Despachos	
Otras	Polivalentes					GENERALES	
	Usos múltiples					Almacenes	
	Trabajador Social					Vestuarios Personal	
Sala de reunión/Biblioteca						Aseos Personal	
Odontología						Aseos Público	
Laboratorio						Aseos Minusválidos	
Radiología						Oficios Limpios	
Rehabilitación Básica						Oficios Sucios	
Rehabilitación completa						Instalación refrigeración	
Otros						Instalación calefacción: Tipo:	
						Aparcamiento: Nº Plazas:	

PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA / SERVICIO URGENCIA ATENCIÓN PRIMARIA			
Dormitorios		Sala de espera - control	
Sala de estar		Oficio	
Sala de curas		Almacén	
Sala de observación		Aseos Personal	
Consultas		Aseos Público	

..... de 200....
..

EL DIRECTOR GERENTE

VII. ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez Doblado, José Antonio/ Sánchez González, Esther/ Gil Buzón, M^a Victoria

Introducción

La asignación presupuestaria a cada Gerencia de Atención Primaria ha sido un componente básico de los Contratos de Gestión suscritos anualmente entre la Dirección General del INSALUD y las Gerencias de Atención Primaria.

El cumplimiento del presupuesto anual ha sido un requisito necesario para acceder al sistema de incentivación de los profesionales.

Los principios recogidos en el texto del Contrato de Gestión, en cuanto a la financiación de cada Gerencia, han sido:

- Suficiencia presupuestaria para el desarrollo de programas y cumplimiento de objetivos asistenciales.
- Compromiso de ajustar gastos en cuantía y finalidad a la asignación presupuestaria.
- La implantación de nuevas acciones anuales está condicionada a la asignación de recursos financieros adicionales.
- Eficacia y eficiencia en la gestión, optimizando la utilización de recursos para alcanzar una mejor relación coste-efectividad.
- El resultado del balance presupuestario no condiciona la financiación del ejercicio siguiente, es decir, es el presupuesto y no el gasto del año anterior el que sirve de base para la formación del presupuesto del ejercicio siguiente.

Desde la Subdirección General de Atención Primaria se ha propuesto anualmente la asignación a las Gerencias del presupuesto pactado en Contrato de Gestión, abarcando los Gastos de Personal (Capítulo I), los Gastos corrientes en Bienes y Servicios (Capítulo II) y la Prestación Farmacéutica (Capítulo IV). El gasto mensual de la Gerencia en cada uno de estos capítulos ha sido objeto de especial seguimiento para conocer puntualmente su adecuación al presupuesto asignado y, en caso de que la liquidación prevista anual indicara desviación presupuestaria, se han mantenido reuniones de trabajo con los equipos directivos de las Gerencias con el fin de diseñar y gestionar planes de ajuste para reconducir el gasto.

Antes de pasar a hablar de los criterios de asignación presupuestaria, conviene, por un lado, analizar la estructura del presupuesto en Atención Primaria y, por otro, conocer la cuantía y

crecimientos anuales de la asignación presupuestaria, así como el gasto generado y los resultados obtenidos por las Gerencias de Atención Primaria en el periodo 1994–2001.

En cuanto al Capítulo IV (Farmacia), todas las peculiaridades de su asignación presupuestaria se desarrollan en un apartado específico siguiente, si bien ahora se le cita en determinados aspectos que son comunes con los capítulos I y II.

1. ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El presupuesto asignado en Atención Primaria en el Contrato de Gestión de 2001 asciende a 606.141 millones de Ptas.

La distribución por Programas es:

	<u>Millones Ptas.</u>	<u>%</u>
• Programa 2121 (Atención Primaria de Salud)	595.428	98,2
• Programa 2627 (Formación de Personal Sanitario)	10.713	1,8

El Programa 2121 se distribuye en Capítulos:

• Capítulo I (Gastos de Personal)	203.036	34,1
• Capítulo II (Gastos corrientes en bienes y servicios)	28.135	4,7
• Capítulo IV (Farmacia)	364.256	61,2

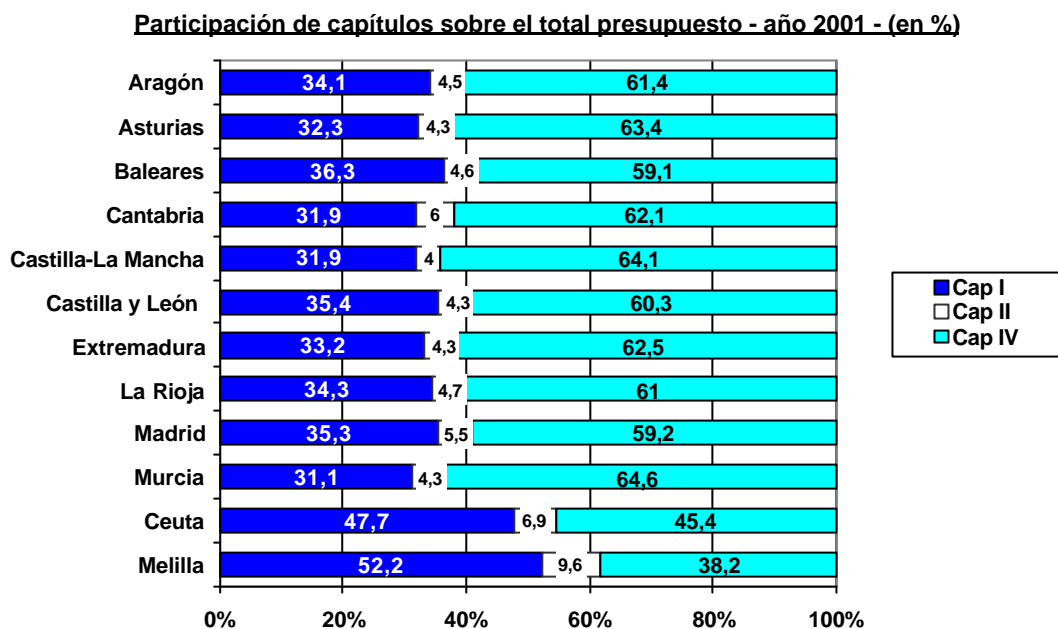
La participación del Capítulo IV en el presupuesto total de Atención Primaria, que alcanza en 2001 el 61,2%, ha venido creciendo cada año. En 1994 suponía el 56,2%. (Ver evolución histórica en Tabla VII.1). Por el contrario, el peso específico del Capítulo I se ha reducido desde el 39,4% de 1994 hasta el 34,1% de 2001. El capítulo II, como puede apreciarse, ha permanecido constante, pues desde 1995 ha oscilado entre el 4,6% y el 4,7% del total.

TABLA VII.1 - Participación de capítulos sobre presupuesto total (en %)

Capítulo/año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
I Personal	39,4%	38,7%	38,6%	36%	35,9%	34,7%	34,2%	34,1%
II Bienes y servicios	4,4%	4,6%	4,7%	4,6%	4,7%	4,6%	4,7%	4,7%
IV Farmacia	56,2%	56,6%	56,7%	59,4%	59,4%	60,7%	61,1%	61,2%

La participación de cada capítulo en el presupuesto total y su evolución histórica por Comunidad Autónoma se muestran en el ANEXO VII.1.

En el gráfico siguiente se representa el peso específico en 2001 de cada capítulo por Comunidad Autónoma. El capítulo IV alcanza la máxima participación del presupuesto en la Comunidad Autónoma de Murcia con el 64,6%, frente al 38,2% de Melilla. El capítulo I supone en Melilla el 52,2% del total, mientras que en Murcia alcanza el 31,1%. El capítulo II tiene mayor peso en Melilla con el 9,6% y menor en Castilla-La Mancha con el 4%.



Es preciso tener en cuenta que en Capítulo I se asigna una cantidad correspondiente a Cuotas de la Seguridad Social que se fija convencionalmente en el 25%. Su liquidación final no afecta al cumplimiento del Contrato de Gestión.

En la asignación presupuestaria del Capítulo I no se incluye la cantidad destinada a incentivación de los profesionales. A este fin, se reserva un fondo que revertirá a la Gerencia en el ejercicio siguiente en proporción al grado de cumplimiento del Contrato de Gestión.

En capítulo II, la asignación presupuestaria incluye los conciertos para asistencia sanitaria con medios ajenos, así como la previsión de ingresos en concepto de Cobros por Servicios prestados a Terceros.

En capítulo IV (Farmacia), el presupuesto asignado a las Gerencias de Atención Primaria es una parte del presupuesto total por este concepto del Programa 2121 (En el ejercicio 2001 el 87,2%). El resto, 12,8%, se asigna a las Gerencias de Atención Especializada. Este porcentaje varía entre Provincias y Comunidades Autónomas.

El capítulo VI (Inversiones reales) nunca se ha incluido en el Contrato de Gestión.

A continuación se analiza la distribución del gasto en Capítulo I (Gastos de Personal) tomando como base el gasto real de 2000, que se muestra en la tabla VII.2.

TABLA VII.2 – Capítulo I. Distribución del gasto real 2000

Epígrafes Presupuestarios	Millones Ptas.	%	
		Sin Cuotas ni Prod. Variable	Con Cuotas y Prod. Variable
Retribuciones básicas	48.233	30.9%	24.1%
Trienios	8.443	5.4%	4.2%
Complemento de Destino	27.127	17.4%	13.6%
Complemento Específico	15.280	9.8%	7.6%
C. Atención Continuada	9.943	6.4%	5.0%
Retribuciones complementarias de Cupo	1.525	1.0%	0.8%
Otros complementos (Residencia, etc.)	834	0.5%	0.4%
TOTAL ARTÍCULO 12	111.385	71.4%	55.7%
ART. 13 (*) Sustituciones, Refuerzos, P.Laboral	26.051	16.7%	13.0%
ART. 15 Productividad Fija	17.772	11.4%	8.9%
Resto ART. 16 (Prestaciones Sociales)	754	0.5%	0.4%
TOTAL (Sin Cuotas ni Productiv. Variable)	155.962	100	77.9%
Productividad Variable (Art. 15)	2.500		1.2%
Cuotas de Seguridad Social (Art. 16)	41.688		20.8%
TOTAL CAPÍTULO I	200.150		100

(*) En 2001, la mayor parte del Artículo 13 (Sustituciones y Refuerzos) ha pasado al Artículo 12 (concepto 125).

A la vista de esta distribución, y para facilitar el análisis del gasto, se pueden considerar cuatro grandes grupos:

a) El 65% del Capítulo I (71,4% Art.12 – 6,4% A. Continuada), son gastos fijos que están en función del dimensionamiento de las plantillas orgánicas por zona básica y área de salud.

Una variable importante para la valoración económica de la plantilla orgánica de una zona básica es la existencia de plazas de Medicina General y Enfermería de APD (Asistencia Pública Domiciliaria) dependientes funcionalmente de la Comunidad Autónoma, que asume una parte de las retribuciones. En alguna Gerencia los facultativos de APD suponen en torno al 90% del total.

b) El 11,4% del Capítulo I corresponde a **Productividad Fija**. Este concepto está directamente relacionado con el tamaño de la población, estratificación por grupos de edad y su dispersión geográfica. Es fácilmente calculable para cada Equipo de Atención Primaria (EAP) y cada profesional, en función del número de Tarjetas Sanitarias Individuales asignadas.

Conviene señalar que este 11,4% se refiere al total del Capítulo I, en el que también se recogen las retribuciones del Modelo Tradicional y todas las categorías profesionales. Si nos referimos a las retribuciones totales de un Facultativo de EAP, este porcentaje oscila entre el 20–25%.

c) **El 10,8% del Capítulo I** (64,6% del Artículo 13) se destina a **sustituciones** de profesionales titulares por ausencia en casos de Incapacidad Temporal, vacaciones, días de libre disposición, formación y otros permisos.

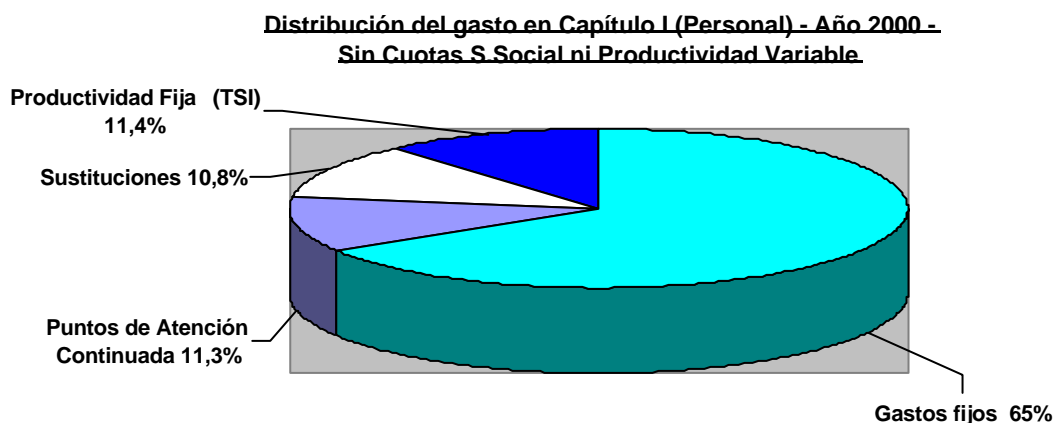
El gasto total del **Artículo 13** quedó desagregado en 2000 de la siguiente forma:

	<u>%</u>
• Sustituciones por vacaciones y días L.D.	32,1
• Sustituciones por Incapacidad Temporal	16,3
• Sustituciones – otros	16,2
Total Sustituciones	64,6
• Personal de Refuerzo	29,9
• Otros	5,4

El nivel de sustituciones de los profesionales por ausencia de los titulares presenta gran variabilidad entre las Gerencias, siendo uno de los factores más determinantes del cumplimiento del presupuesto del capítulo I. La dependencia funcional del personal de APD de las Comunidades Autónomas ha influido en gran medida en esta variabilidad.

d) **El 11,3% del Capítulo I** (Atención Continuada + Refuerzos) está en función de la existencia de **Punto de Atención Continuada (PAC)** en la zona básica.

La existencia de PAC en la zona básica, generalmente en medio rural, tiene repercusión importante en la valoración económica del EAP, pues debe garantizar la atención durante veinticuatro horas todos los días del año. Además, en algunas zonas básicas existe más de un PAC, y el módulo de profesionales que lo atienden puede exceder de 1 médico y 1 enfermera.



En resumen, se puede concluir que las principales variables que explican la composición del gasto en Capítulo I son:

- Tamaño de la población.
- Dispersión geográfica.
- Grupos de edad.
- Medio Rural o Urbano.
- Tamaño del EAP.

La distribución de porcentajes expuesta se refiere al promedio del INSALUD. La variabilidad entre Gerencias y EAP puede ser muy importante, debido al distinto peso que tienen estas variables.

En **Capítulo II** (Gastos corrientes en bienes y servicios) la distribución del **gasto real de 2000**, excluidos conciertos, atendiendo a las variables que explican el gasto, se puede agrupar de la siguiente forma.

	<u>%</u>	<u>Variables explicativas</u>
• Limpieza y aseo	19,3	Superficie de los centros
• Suministro agua, gas, electricidad	13,0	Superficie de los centros
• Reparación y conservación (Art. 21)	11,3	Superficie y antigüedad del centro
TOTAL:	43,6	
• Material sanitario consumo y reposición	15,4	Población y nº de profesionales
• Comunicaciones telefónicas.	7,2	“ “
• Material de oficina	4,3	“ “
• Productos farmacéuticos	4,9	“ “
• Instrumentos sanitarios y no sanitarios	1,0	“ “
• Transporte	2,5	Población y dispersión geográfica.
TOTAL:	35,1	

Estas dos agrupaciones explicarían aproximadamente el **80% del gasto de Capítulo II**.

A la vista de esta distribución, se pueden considerar como factores más determinantes en la composición del gasto en Capítulo II:

- Tamaño de los Centros.
- Población.
- Nº de Profesionales.
- Antigüedad de los Centros.
- Dispersión de la población.

Teniendo en cuenta que el tamaño de los Centros y el número de profesionales están relacionados directamente con el tamaño de la población, aunque exista un cierto grado de variabilidad, se puede deducir que es la población, directa o indirectamente, el factor más importante en la explicación del gasto del Capítulo II.

En las zonas básicas rurales, la existencia de mayor o menor número de puntos asistenciales (consultorios periféricos) que complementan al Centro de Salud, tiene una incidencia importante en el gasto del Capítulo II.

2. CONTRATOS DE GESTIÓN 1994–2001. ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA, GASTO Y RESULTADOS.

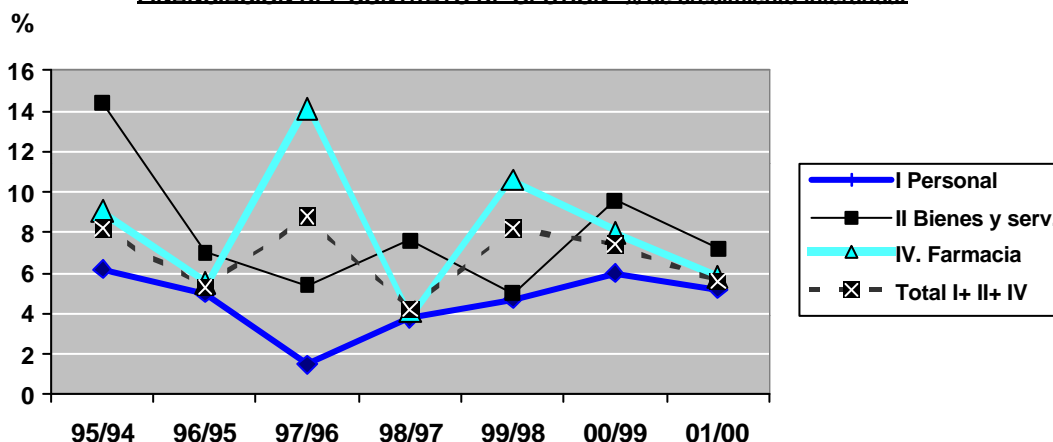
El presupuesto asignado en el Contrato de Gestión de las Gerencias de Atención Primaria en el Programa 2121 durante el período 1994-2001, agrupado por Comunidades Autónomas, se muestra en el ANEXO VII.2.

Los crecimientos interanuales por capítulo desde 1994 se muestran en la tabla VII.3.

TABLA VII.3 – Crecimientos Interanuales por capítulos (en %)

CAPÍTULO/año	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98	00/99	01/00
I Personal	6.2%	5.0%	1.5%	3.8%	4.7%	6.0%	5.2%
II Bienes y servicios	14.4%	7.0%	5.4%	7.6%	5.0%	9.6%	7.2%
IV. Farmacia	9.1%	5.5%	14.1%	4.1%	10.6%	8.0%	5.8%
Total I + II + IV	8.2%	5.3%	8.8%	4.2%	8.2%	7.4%	5.6%

FINANCIACIÓN DEL CONTRATO DE GESTIÓN -% de crecimiento interanual



Los mayores y menores crecimientos interanuales por capítulos, y el crecimiento acumulado desde 1994, han sido los siguientes:

CAPÍTULO	Mayor incremento	Menor incremento	% Incremento Acumulado 94-2001
I - Personal	1995 - 6,2%	1997 - 1,5%	37.0%
II - Bienes y servicios	1995 - 14,4%	1999 - 5,0%	71,1%
IV - Farmacia	1997 - 14.1%	1998 – 4.1%	72.6%
Total I + II + IV	1997 – 8.8%	1998 – 4.2%	58.5%

Los mayores crecimientos en Capítulos IV y II respecto al Capítulo I se pueden explicar atendiendo a los fundamentos en los que se han sustentado los incrementos anuales.

En la presupuestación global del Capítulo IV (Farmacia) ha tenido gran incidencia el gasto producido en el ejercicio anterior, siendo los incrementos de gasto interanuales mayores que en los otros dos capítulos.

El capítulo I (Gastos de Personal) se ha presupuestado partiendo del incremento anual del I.P.C., al que se ha sumado el coste de la implantación de Equipos de Atención Primaria, Unidades de Apoyo, etc., así como la creación o actualización de conceptos retributivos. El menor incremento en 1997 del 1,5% se debió a que el I.P.C. aplicado este año fue 0.

El fuerte incremento experimentado en Capítulo II (Gastos corrientes en bienes y servicios) en 1995, que alcanzó el 14,4%, se debió a la inclusión del Complemento de Desplazamiento de los profesionales. Los mayores crecimientos en los dos últimos ejercicios se deben a la implantación de los Servicios del 061, por el coste de las Unidades Móviles de Emergencias. Una constante del incremento experimentado en este capítulo ha sido el mayor gasto de mantenimiento de los nuevos Centros de Salud, respecto de los Consultorios existentes con anterioridad.

En el ANEXO VII.3 figuran los incrementos interanuales por capítulos de las Comunidades Autónomas y del INSALUD. Es necesario precisar que en Capítulos I y II los incrementos interanuales aplicados a las Gerencias de Atención Primaria y el crecimiento acumulado del período 1994-2001 dependen principalmente del grado de implantación del nuevo modelo de Atención Primaria, ya que en 1994, año que se toma como referencia, este grado de implantación ofrecía gran disparidad entre Gerencias y entre Comunidades Autónomas.

El **gasto** imputable a los Contratos de Gestión de las Gerencias de Atención Primaria en el período 1994-2001, agrupado por Comunidades Autónomas, se muestra en el ANEXO VII.4.

En cuanto a **los resultados del balance presupuestario** de los Contratos de Gestión en el período indicado, 1994-2000, obtenidos por el conjunto de las Gerencias de Atención Primaria se muestran en la tabla VII.4, en millones de Ptas.

Tabla VII.4. Contrato de Gestión. Resultados del pacto presupuestario (En millones Pts.)

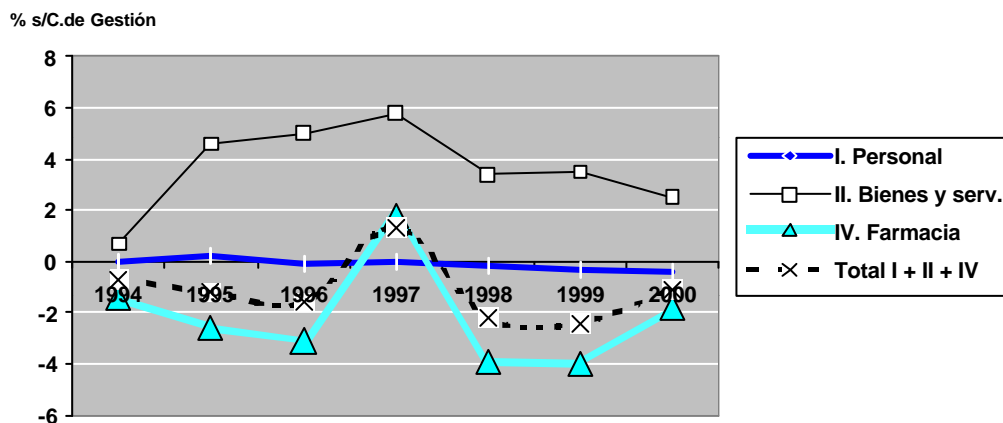
CAPITULO/año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I. Personal	+29	+282	-195	-42	-281	-542	-768
II. Bienes y servicios	+116	+859	+1.017	+1.241	+774	+845	+652
IV. Farmacia	-2.914	-5.924	-7.468	+5.063	-11.297	-12.650	-6.181
Total I + II + IV	-2.769	-4.782	-6.646	+6.262	-10.803	-12.347	-6.297

En la tabla VII.5 se ofrecen estos mismos resultados, pero en % sobre el presupuesto asignado en Contrato de Gestión.

Tabla VII.5. Contrato de Gestión. Resultados del pacto presupuestario (En % s/presupuesto)

CAPITULO/año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I. Personal	+0.0%	+0.2%	-0.1%	-0.0%	-0.2%	-0.3%	-0.4%
II. Bienes y servicios	+0.7%	+4.6%	+5.0%	+5.8%	+3.4%	+3.5%	+2.5%
IV. Farmacia	-1.4%	-2.6%	-3.1%	+1.8%	-3.9%	-4.0%	-1.8%
Total I + II + IV	-0.7%	-1.2%	-1.6%	+1.3%	-2.2%	-2.4%	-1.1%

Contrato de Gestión. Resultados del pacto presupuestario. 1994-2000



Los años con mejores y peores resultados en el cumplimiento del presupuesto del Contrato de Gestión han sido:

Capítulo	Mejores resultados			Peores resultados		
	Año	Millones Pts.	% s/C.G.	Año	Millones Pts.	% s/C.G.
I. Personal	1995	+282	+0.2 %	2000	-768	-0.4 %
II. Bienes y ser.	1997	+1.241	+5,8 %	1994	+116	+0.7 %
IV. Farmacia	1997	+5.063	+1.8 %	1999	-12.650	-4.0 %
Total I + II + IV	1997	+6.262	+1.3 %	1999	-12.347	-2.4 %

Como se puede observar, es el resultado del Capítulo IV (Farmacia) el que determina en gran medida el resultado global del Contrato de Gestión. Esta circunstancia se repite en la mayoría de las Gerencias.. También se puede apreciar que el Capítulo II ha presentado resultado positivo todos los años y que el Capítulo I ha venido empeorando resultados desde 1997, previéndose que en 2001 tendrá mayor desviación que en 2000.

El número de Gerencias que han cumplido el pacto presupuestario en cada uno de los capítulos se muestra en la tabla VII.6. El año en el que mayor número de Gerencias han cumplido el presupuesto global del Contrato de Gestión, 49 de 60, fue 1998, coincidiendo con el mejor resultado del capítulo IV. El número total de Gerencias de Atención Primaria existentes hasta 1998 fue de 60, llegando a 67 en 2000 con la implantación de los 061.

Tabla VII.6. Contrato de Gestión. Nº de Gerencias que han cumplido el pacto presupuestario

CAPÍTULO/año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I. Personal	35	29	30	30	33	31	29
II. Bienes y servicios	38	47	47	56	50	54	45
IV. Farmacia	17	12	14	43	8	7	16
Contrato de Gestión	24	19	20	49	15	17	28

Estos resultados, agrupados por Comunidades Autónomas, en el período 1994-2001, se ofrecen en el ANEXO VII.5 en millones de Ptas. y en % sobre presupuesto.

La **asignación de Pesetas por habitante** en el Contrato de Gestión 2001, por capítulos y Comunidad Autónoma, clasificadas por la cuantía total, se muestra en la tabla VII.7.

TABLA VII.7. Asignación de Ptas. por habitante en el Contrato de Gestión 2001 – Programa 2121

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Población TSI 2001	Capítulo I		Capítulo II		Capítulo IV		Total	
		Ptas. por habitante	% s/ media	Ptas. por habitante	% s/ media	Ptas. por habitante	% s/ media	Ptas. por habitante	% s/ media
Extremadura	1.029.047	14.635	9,4	1.905	2,8	27.580	15,0	44.120	12,5
Aragón	1.163.787	14.940	11,7	1.974	6,5	26.907	12,2	43.821	11,7
Asturias	1.062.256	14.072	5,2	1.887	1,8	27.597	15,0	43.555	11,1
C.- La Mancha	1.686.849	13.902	4,0	1.748	-5,7	27.896	16,3	43.546	11,0
Castilla y León	2.382.636	15.253	14,1	1.851	-0,1	25.937	8,1	43.041	9,8
Murcia	1.118.991	12.930	-3,3	1.796	-3,1	26.886	12,1	41.608	6,1
Melilla	51.071	21.346	59,6	3.914	111,0	15.627	-34,9	40.887	4,3
Cantabria	517.792	12.948	-3,2	2.432	31,2	25.160	4,9	40.540	3,4
La Rioja	271.866	13.823	3,4	1.886	1,8	24.594	2,5	40.304	2,8
INSALUD	15.182.854	13.373		1.853		23.991		39.217	
Ceuta	56.817	18.608	39,1	2.699	45,7	17.709	-26,4	39.016	-0,5
Baleares	803.978	13.047	-2,4	1.660	-10,4	21.238	-11,5	35.945	-8,3
Madrid	5.037.764	11.569	-13,5	1.796	-3,1	19.397	-19,2	32.761	-16,5

En el año 2001, la **media del INSALUD es de 39.217 Ptas./habitante** en el conjunto de los capítulos del Programa 2121 (Atención Primaria de Salud). La Comunidad Autónoma con mayor asignación es Extremadura (44.120 Ptas./habitante, +12,5% sobre la media) y la de menor es Madrid (32.761 Ptas./habitante, -16,5% bajo la media). En la tabla VII.8 se reflejan las Comunidades Autónomas con mayor y menor asignación por capítulo.

Tabla VII.8 C. Autónomas con mayor y menor asignación por habitante. C. de Gestión 2001

CAPÍTULO	Mayor asignación 2001			Menor asignación 2001		
	C. Autónoma	Pesetas habitante	% s/ media	C. Autónoma	Pesetas habitante	% s/ media
I. Personal	Melilla	21.346	+59,6	Madrid	11.569	-13,5
II. Bienes y serv.	Melilla	3.914	+111	Baleares	1.660	-10,4
IV. Farmacia	C. La Mancha	27.896	+16,3	Melilla	15.627	-34,9
Total I + II + IV	Extremadura	44.120	+12,5	Madrid	32.761	-16,5

El ANEXO VII.6 recoge la asignación por habitante en cada Comunidad Autónoma, diferenciada por Capítulos I, II, y IV, clasificadas según cuantía.

Con respecto a esta asignación presupuestaria por habitante, se debe considerar:

- La implantación de EAPs y servicios del 061 no se ha culminado en todas las Comunidades Autónomas, lo que puede explicar una pequeña parte de la diferencia de asignación en capítulos I y II.

- En Capítulo II los conciertos con medios ajenos para los servicios del 061 en Baleares y Madrid han sido financiados en 2001 a través de la Dirección Territorial y, por tanto, no se incluyen en esta asignación. Tampoco se incluye la financiación del transporte de profesionales en la provincia de Cáceres que se ha considerado fuera del Contrato de Gestión.
- En Capítulo IV, la población a la que se refiere esta asignación es la total, sin tener en cuenta la distribución de activos y pensionistas, ni su ponderación.

VII.1 CRITERIOS DE ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA. CAPITULOS I y II.

Al hablar de asignación presupuestaria en Atención Primaria hemos de distinguir dos niveles:

- a) DE DIRECCIÓN GENERAL DEL INSALUD A LAS GERENCIAS reflejada en el Contrato de Gestión.
- b) DE LA GERENCIA A LAS UNIDADES CLÍNICO-ASISTENCIALES reflejada en el Contrato de Gestión Clínico-asistencial.

a) ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA A GERENCIAS (Capítulos I y II)

Como ya se indicó anteriormente, las peculiaridades de la asignación presupuestaria del Capítulo IV (Farmacia) se desarrollan en un apartado específico siguiente.

Capítulo I (Gastos de Personal)

Desde el inicio de la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria, **la financiación de recursos humanos** se ha basado en la aplicación de **criterios de asignación** que han tenido en cuenta las características diferenciales de cada zona básica de salud: su tamaño poblacional, la edad de la población y su dispersión geográfica, así como otras variables que después se citan.

Una vez dimensionada la plantilla de cada EAP en función de estos criterios, se ha realizado la **valoración económica del mayor coste** en relación con los recursos ya existentes en la zona (personal de cupo y APD). Es decir, el coste de implantación del nuevo modelo se ha venido financiando zona a zona y plaza a plaza, según la normativa retributiva vigente, garantizando así la **equidad territorial** al aplicar criterios homogéneos de financiación en todo el ámbito del INSALUD.

Esta financiación diferencial y pormenorizada de cada zona básica de salud ha sido posible gracias a la gestión centralizada del **Inventario de Recursos Humanos**, que ha permitido conocer en cada momento la plantilla orgánica horizonte y la situación real de cada zona básica y área de salud.

Además, se ha evaluado, desde el punto de vista asistencial, la conveniencia de situar en la zona básica de salud un **Punto de Atención Continuada** y su dimensionamiento, teniendo este dispositivo una fuerte incidencia en la valoración económica total del EAP.

Asimismo, los criterios de asignación se han aplicado a los **incrementos de población** sobrevenidos en la zona básica, dando lugar a ampliaciones de plantilla con su consiguiente financiación.

La implantación o actualización de **servicios y programas asistenciales o Unidades de Apoyo** (Salud Bucodental, Fisioterapia, ESAD, Servicio del 061, etc.) han ido precedidas de la autorización de las plazas necesarias y la financiación correspondiente, a lo largo de los últimos ejercicios presupuestarios.

De igual forma, los **Equipos Directivos de Atención Primaria** se dimensionaron y clasificaron atendiendo a criterios poblacionales y de complejidad de gestión presupuestaria. Su financiación, junto a la plantilla administrativa de apoyo de la Gerencia, se ha realizado ajustándose a la normativa retributiva aplicable.

También la variación de **conceptos retributivos** (Homologación de retribuciones de Personal de Refuerzo, aumento de productividad fija por mayor valor de la TSI para determinados grupos de edad, etc.) se han financiado teniendo en cuenta las características particulares de cada Gerencia.

De esta forma, el componente histórico del gasto en Capítulo I ha venido perdiendo progresivamente peso específico hasta hacerse inapreciable, pues con el 99% de las zonas básicas con Equipo de Atención Primaria financiado, se puede afirmar que, en general, las diferencias de asignación presupuestaria entre las Gerencias de Atención Primaria responden a la aplicación de criterios objetivos y uniformes de financiación.

Capítulo II (Gastos corrientes en bienes y servicios)

En cuanto a la gestión de Gastos corrientes de bienes y servicios hay que señalar que, de igual forma que en Capítulo I la financiación del nuevo modelo de Atención Primaria se ha venido realizando en función de las características de la zona básica, en Capítulo II la financiación se ha basado principalmente en la superficie de los Centros de Salud construidos o habilitados para albergar a los Equipos de Atención Primaria.

En los sucesivos ejercicios presupuestarios se ha venido financiando el mayor coste originado por la apertura de Centros de Salud en relación con el coste de la anterior ubicación, aplicando estándares de gasto que responden al distinto tamaño de los edificios.

Otro concepto integrado en el capítulo II, como el Complemento por Desplazamiento de los Profesionales, se valoró y financió atendiendo a la plantilla de cada zona básica y al factor de dispersión geográfica.

Existe un componente que explica una parte de la financiación de algunas Gerencias que, por su propia naturaleza, no admite equiparación, como es el alquiler de edificios o locales, cuando no es posible la ubicación en espacios de titularidad propia. Estos arrendamientos se limitan casi exclusivamente al medio urbano, donde, por falta de suelo edificable, no es posible la construcción de Centros de Salud.

La implantación del sistema de urgencias y emergencias sanitarias del 061 ha exigido un importante esfuerzo de financiación en Capítulo II, asignando a cada Gerencia de Atención Primaria del 061 el presupuesto necesario para el servicio de teleoperadores del Centro Coordinador y para los conciertos con medios ajenos de las Unidades Móviles de Emergencias.

Considerando todo ello, también en Capítulo II se puede mantener que el peso histórico del presupuesto ha quedado minimizado.

b) ASIGNACION PRESUPUESTARIA BASADA EN UN MODELO DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS.

La asignación presupuestaria en capítulos I y II depende casi exclusivamente de la asignación de recursos humanos y físicos, pues se traduce en la valoración económica del gasto que éstos generan.

En el año 1993 la Subdirección General de Atención Primaria realizó un estudio sobre Criterios de asignación de recursos en Atención Primaria, que ha servido de referencia durante años para la asignación anual de nuevas acciones en función de la dotación presupuestaria disponible, y para obtener el nivel de subvención-subfinanciación del presupuesto asignado a cada Gerencia de Atención Primaria.

Los pasos seguidos en la elaboración de este documento, en cuanto al Capítulo I fueron:

1. Establecer criterios de asignación de recursos humanos para cada Zona Básica de Salud y Área Sanitaria, según categoría profesional.
2. Conocer las plantillas horizonte por zona básica o Área Sanitaria, por aplicación de estos criterios.
3. Valorar económicamente las plazas de esta plantilla, según normativa vigente de retribuciones, fijando un presupuesto horizonte por zona básica o Área Sanitaria.
4. Determinar el nivel de subvención-subfinanciación de cada Gerencia de Atención Primaria, tras comparar el presupuesto real asignado a la Gerencia con el presupuesto horizonte.

Metodológicamente, se estableció un objetivo y criterios específicos por cada categoría profesional. Así, por ejemplo, se citan a continuación los utilizados para conocer el número de Médicos de Familia o Pediatras y Enfermeras necesarios por zona básica y área de salud:

Médicos de Familia y Pediatras

- Frecuentación: N° de consultas habitante/año por grupos de edad.
- Tiempo medio por consulta: N° de minutos de atención por consulta.
- Dispersión de la población en torno al Centro de Salud: N° de minutos utilizados por cada facultativo para atender a la población según número de núcleos y distancia media al Centro de Salud.
- Tiempo de dedicación a atención directa: N° horas a la semana por profesional para atender consulta a demanda, programada y el conjunto de actividades de la cartera de servicios.

Enfermería

- Frecuentación de actividades de botiquín. N° actividades/habitante/año.
- Tiempo medio por consulta. N° de minutos de actividad.
- Dispersión de la población en torno al Centro de Salud.
- Tiempo de dedicación para desarrollar el conjunto de actividades de la cartera de servicios.
- Tiempo de dedicación a atención directa/semana.

Sobre este sistema de asignación conviene aclarar:

- a) Se ofrecían criterios de asignación para:

- Todos los profesionales de EAP y Área.
 - Equipos Directivos, fijado en un % sobre la valoración económica total.
 - Días de sustitución por profesional por motivo de vacaciones, días de libre disposición y absentismo laboral por Incapacidad Temporal y otros permisos.
- b)** La plantilla y presupuesto horizontes se referían a la cobertura total de E.A.P. en cada Gerencia, tomando como base la delimitación zonal existente.
- Al ser la zona básica la unidad elemental de asignación, cuya delimitación es competencia de las Comunidades Autónomas, la plantilla y el presupuesto horizontes están condicionados por la variabilidad de los criterios aplicados por cada Comunidad al establecer su mapa sanitario.
- c)** No se consideraban directamente factores socioeconómicos, de morbilidad o desplazamiento, si bien podían influir en la frecuentación.
- d)** En capítulo II se utilizaba un criterio básicamente poblacional.

c) FORMACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL DE CADA GERENCIA.

Anualmente, antes de la firma del Contrato de Gestión, la Subdirección General de Atención Primaria ha propuesto la financiación de cada Gerencia. En capítulos I y II esta propuesta se ha formado siguiendo un procedimiento en dos momentos a lo largo del año:

1. **Asignación inicial** pactada en el Contrato de Gestión:
 - Presupuesto base del año anterior
 - Consolidación de las Nuevas Acciones autorizadas el año anterior, en función del número de meses no financiados en dicho año.
 - Revisión salarial (I.P.C.)
 - Incrementos retributivos específicos, si los hubiere.
 - En capítulo I: Cuotas de Seguridad Social al 25%

2. **Asignación por Nuevas Acciones** autorizadas y financiadas en el año en curso, que se pacta en el Anexo complementario al Contrato de Gestión en el primer semestre.
 - Capítulo I. Financiación de las nuevas plazas autorizadas.
 - Capítulo II. Financiación de gastos de mantenimiento por apertura de Centros.
 - Las nuevas acciones se financian en función de los meses del año en curso en los que se prevé que pueden estar operativas. El resto de la anualidad se consolida en el ejercicio siguiente.

Es importante destacar que **la financiación de la Gerencia** se basa en el presupuesto concedido el año anterior y no en el gasto generado. Este principio es fundamental para explicar el escaso peso específico que tiene el componente histórico del presupuesto. Además, fue necesario respetarlo cuando se implantó el sistema de incentivar, que primaba la cuantía del resultado positivo obtenido por la Gerencia, garantizando que este superávit no implicaría reducción del presupuesto en el ejercicio siguiente. De igual forma, si una Gerencia presentaba desviación presupuestaria, este mayor gasto sobre el presupuesto asignado no implicaba incremento de financiación en el año siguiente.

La financiación de las **nuevas acciones** ha seguido el siguiente procedimiento. Anualmente, se elaboraba un anteproyecto de presupuesto con las nuevas acciones solicitadas por las gerencias, priorizadas por la Subdirección General de Atención Primaria en aplicación de criterios asistenciales. Una vez conocido el crecimiento presupuestario anual que se concede al Programa de Atención Primaria de Salud, se delimita la extensión de las nuevas acciones que este crecimiento permitía. En capítulo I, se fijaban las plantillas de recursos humanos o los dispositivos asistenciales que implican incremento presupuestario y, posteriormente, se procedía a su valoración económica.

Los principales componentes de las nuevas acciones en **capítulo I**, han sido:

- Creación de nuevos Equipos de Atención Primaria o ampliación de los ya existentes, por extensión del nuevo modelo asistencial. Aplicando todos los conceptos retributivos, se valora cada plaza de la plantilla autorizada según su naturaleza, por ejemplo: Facultativos de nueva creación, reconversión de cupo, o integración de APD.

Además, se ha estimado el coste de la Productividad Fija del EAP, según la población adscrita con TSI, su número, su dispersión geográfica y su distribución por grupos de edad, aplicando el precio de cada TSI.

También se ha financiado el gasto originado por las sustituciones de los profesionales titulares, en los casos de vacaciones, días de libre disposición, Incapacidad Temporal y otros permisos.

Si el EAP está ubicado en el medio rural, se estima el coste del Punto de Atención Continuada, teniendo en cuenta las horas que puede atender la plantilla del EAP y las que, en su caso, precisan de personal de refuerzo.

- Creación de nuevas Unidades de Apoyo o ampliación de las existentes. Valoración de cada plaza de Unidades de Fisioterapia, Salud Bucodental, ESAD, etc.

- Implantación del Servicio 061, según el dimensionamiento de las unidades que lo componen, que ha absorbido gran parte del incremento de recursos financieros en los últimos ejercicios.

En cuanto a la creación o actualización de conceptos retributivos, se ha valorado para cada Gerencia el incremento de financiación necesario, basándose en la situación diferente de cada una con respecto al concepto afectado. Así, por ejemplo, la homologación de retribuciones del personal de refuerzo (años 1999, 2000, 2001), el incremento del precio de la TSI de 0-7 años (1999), la productividad fija de Odontólogos y Enfermería de Apoyo (1999).

Los componentes de las Nuevas Acciones en **Capítulo II** han sido:

- Distribución de crédito para gastos de reparación y conservación (Artículo 21) basado en criterios poblacionales y priorización de necesidades.
- Asignación para gastos de mantenimiento por apertura de Nuevos Centros de Salud, basada en el aumento de superficie a mantener.
- Valoración económica del complemento de Desplazamiento de profesionales, en función del número de plazas creadas.
- Implantación del servicio 061. Mantenimiento de la plataforma tecnológica y teleoperadores del Centro Coordinador y conciertos con medios ajenos de las Unidades Móviles de Emergencias.

Separadamente del presupuesto asignado en el Contrato de Gestión, cada año se ha dispuesto de un crédito finalista para la **Incentivación de los profesionales**, que las Gerencias han obtenido en función del grado de cumplimiento de su Contrato de Gestión.

d) CONTABILIDAD ANALÍTICA. Imputación de costes.

Una vez asignado el presupuesto anual desde la Dirección General del INSALUD a las Gerencias de Atención Primaria, existe, en aplicación del principio de descentralización de la gestión, un **segundo nivel de asignación** en el que las Gerencias asignan presupuesto a cada Unidad Funcional, con desagregación por epígrafes presupuestarios. El pacto de financiación se incluye en el contrato de gestión clínico-asistencial suscrito entre la Gerencia y cada unidad.

En los últimos años, el sistema de incentivación de los profesionales ha contemplado el cumplimiento del presupuesto por cada Unidad Funcional como un requisito necesario para obtener incentivos. En consecuencia, ha sido preciso mantener un sistema de imputación de costes para determinar el gasto real de cada unidad y, de esta forma, conocer el resultado de su balance presupuestario anual.

Para alcanzar un sistema de financiación a las Gerencias más equitativo que, frente al presupuesto con base histórica, tuviera en consideración las características diferenciales (estructurales, asistenciales y funcionales) que tienen repercusión en el gasto, se hizo necesario descender al análisis de las unidades funcionales. La identificación y ponderación de variables significativas, la comparación de la estructura del gasto entre unidades con características similares, son elementos decisivos para una adecuada asignación presupuestaria.

En 1993 se implantó un sistema de Contabilidad Analítica mediante la publicación y distribución del Manual de Imputación de Costes en Atención Primaria, elaborado por un grupo de profesionales de la Subdirección General de Atención Primaria y de las Gerencias de Atención Primaria. Su objetivo es conocer los costes por epígrafe presupuestario de cada Unidad Funcional, para relacionarlos con otras variables como número de habitantes, tipología rural o urbana, cobertura de Cartera de Servicios, etc. Su explotación se ha convertido en una herramienta de gran utilidad para la asignación de recursos, permitiendo, a su vez, extraer información y analizar resultados para diversos estudios de naturaleza económica.

Es preciso destacar que esta herramienta de gestión no hubiera logrado consolidarse sin el apoyo directo en un sistema de codificación de los recursos humanos y materiales que se condensó en el manual de Criterios de Codificación en Atención Primaria (1993).

A continuación, se expone un resumen sistematizado del manual de Imputación de Costes en Atención Primaria. Posteriormente se mostrará y comentará parte de la información obtenida de la explotación de la base de datos centralizada correspondiente al ejercicio 2000.

Resumen del Manual de Imputación de Costes en Atención Primaria

Se diferencian tres grandes apartados:

- Definición y clasificación de Centros de Coste o Unidades de Responsabilidad.
- Criterios de imputación de costes.
- Metodología de la imputación de costes.

1. Centro de Coste: Definición y clasificación

CENTRO DE COSTE.- Mínima unidad de gestión, dotada de:

- Recursos humanos
- Recursos económicos
- Local/es (utilización exclusiva o compartida)
- Responsable del Centro de Coste
- Cobertura poblacional definida

CLASIFICACIÓN.- En función de sus diferentes funciones o coberturas, se distinguen:

1) CENTROS DE COSTE PRINCIPALES (CCP).- Pueden ser

- EAP (Equipos de Atención Primaria). Incluye todos los puntos asistenciales.
- CUPO (Modelo tradicional de asistencia no integrado en EAP)
- APD (no integrado en EAP)

Las TSI de la población deben estar necesariamente adscritas a facultativos de alguna de estas unidades.

2) CENTROS DE COSTE AUXILIARES (CCA).- Sus características son:

- Dan cobertura a uno o varios EAP, pudiendo llegar a cubrir todo el área.
- Prestan una asistencia que complementa las prestaciones básicas del EAP.

Estas Unidades de Apoyo pueden ser: Unidades de Salud Mental, de Atención a la Mujer, de Fisioterapia, de Salud Bucodental, etc.

3) CENTRO DE COSTE ESTRUCTURAL (CCE).- Existe 1 por Área.

Se le deben imputar los gastos generados por los departamentos administrativos centrales de la Gerencia (Dirección, Suministros, Contabilidad, Personal, etc.) así como otros difícilmente imputables de forma directa a los otros centros de coste.

2. Criterios de imputación de costes.

Se fijan unos criterios de reparto de los gastos que se generan en los diferentes capítulos presupuestarios: Personal, Bienes y Servicios, Farmacia.

En las situaciones en las que dos o más unidades comparten personal o edificios, se deben considerar tres elementos fundamentales para cada centro de coste:

- Número de profesionales: Número de horas de dedicación a cada unidad.
- Utilización de edificios: Superficie y número de horas de utilización.
- Cobertura poblacional: Número de habitantes por centro y número de centros a los que presta servicio la unidad de apoyo.

La desagregación de los capítulos presupuestarios utilizada para la imputación de costes a cada unidad en 2001 es la siguiente:

CAPITULO I (Gastos de Personal)

- Subconcepto 1213 – Atención Continuada.
- Concepto 125 – Personal de Refuerzo.
- Concepto 125 – Sustituciones por ausencia de titulares.
- Resto Artículo 12 – Personal Funcionario y estatutario.
- Artículo 13 – Personal laboral.
- Artículo 15 – Productividad.
- Artículo 15 – Incentivos obtenidos por sistema incentivación.
- Concepto 160 – Cuotas de Seguridad Social.
- Resto del Artículo 16 – Prestaciones sociales complementarias.
- Gastos no incluidos en Contrato de Gestión.

CAPÍTULO II (Gastos corrientes en bienes y servicios)

- Artículo 20 – Arrendamientos.
- Artículo 21 – Reparaciones y conservación.
- Concepto 220 – Material de oficina.
- Subconcepto 2210 – Agua, gas, electricidad, calefacción.
- Subconcepto 2211 – Productos farmacéuticos.
- Subconcepto 2216 – Material sanitario para consumo y reposición.
- Subconcepto 2220 – Comunicaciones telefónicas.
- Concepto 223 – Transportes.
- Subconcepto 2273 – Limpieza.
- Subconcepto 2274 – Seguridad.
- Artículo 23 – Indemnizaciones por razón de servicio, dietas, etc.

CAPÍTULO IV (Farmacia)

- Subconcepto 4890 – Recetas médicas.
- Subconceptos 4891-2 – Otros.

El programa DIGITALIS permite la imputación directa informatizada de este capítulo.

CAPITULO VI (Inversiones reales)

No se contempla ninguna repercusión de este Capítulo, ni de ningún tipo de **Amortización**, aspectos a considerar en la evaluación y utilización de los costes obtenidos.

3. Metodología de la Imputación de costes

Previamente al proceso de imputación, es necesario tener bien definida e identificada la siguiente información:

- Relación codificada de centros de coste principales y auxiliares de la Gerencia.
- Por cada centro de coste: - Población adscrita (Total, activos y pensionistas)
 - Plantilla real y población adscrita a cada CIAS
 - Coeficientes de reparto (Personal o centros compartidos)

IMPUTACIÓN PRIMARIA (Costes directos)

El total de los gastos generados se reparten entre todos los centros de coste, aplicando los criterios de imputación aludidos anteriormente. El resultado de esta imputación son los llamados COSTES DIRECTOS.

El PROCESO DE IMPUTACION a cada centro de coste se realiza mensualmente por las siguientes unidades de la Gerencia:

- Unidad de Personal. En función del personal adscrito, sustituciones, refuerzos, etc.
- Unidad de Suministros. En función del consumo realizado de material no inventariable.
- Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales. Según gasto en reparaciones, limpieza, combustible, arrendamientos, etc.
- Unidad de Contabilidad. Recoge los gastos no incluidos en apartados anteriores.
- Unidad de Farmacia. Asigna los gastos generados por el conjunto de facultativos del centro de coste.

IMPUTACIÓN SECUNDARIA (Costes Indirectos)

Efectuada la imputación primaria, se procede a repercutir los costes de los Centros de Coste Auxiliares y del Centro de Coste Estructural a los Centros de Coste Principales, aplicando un criterio poblacional.

Al sumar los costes directos e indirectos se obtienen los costes totales por Centro de Coste Principal, es decir, el coste por Equipo de Atención Primaria, Cupo o APD. Como ya se indicó, estos centros tienen asignado el total de la población con TSI adscrita a facultativos. Con ello se puede obtener el coste por habitante de cada Unidad Funcional, Gerencia, Comunidad Autónoma o del ámbito INSALUD.

e) IMPUTACIÓN DE COSTES. EXPLOTACIÓN CENTRALIZADA DE DATOS. AÑO 2000

Desde las Gerencias de Atención Primaria se ha enviado anualmente a la Subdirección General de Atención Primaria la imputación de costes final de cada ejercicio en un formato predeterminado que permite conocer el coste por Unidad Funcional en cada epígrafe presupuestario.

Con los datos obtenidos en los años 1999 y 2000 se ha creado una base de datos de 2.656 unidades funcionales, correspondientes a 67 Gerencias de Atención Primaria, que permite todo tipo de consultas referidas a diferentes variables y niveles de desagregación.

Es preciso mencionar que una labor fundamental que confiere un alto grado de fiabilidad a esta base de datos ha sido la depuración de la información recibida, que ha supuesto una enorme carga de trabajo, habiéndose aplicado sucesivos controles, como son:

- Los **códigos** de las unidades, campo decisivo para la realización de consultas, se deben ajustar al Manual "Criterios de Codificación en Atención Primaria".
- El **número y tipo de unidades** funcionales debe coincidir con el Inventario de Recursos Humanos y Físicos.
- La suma de la **población** (total, activos y pensionistas) asignada a cada una de las unidades debe ser igual a la población con TSI reconocida a la Gerencia en el Contrato de Gestión.
- El gasto repercutido a las unidades funcionales debe coincidir, en su agregación a nivel de capítulo presupuestario, con el gasto generado por la Gerencia en el cierre presupuestario del Contrato de Gestión, a excepción del capítulo II en el que se acepta una diferencia entre gasto y coste de hasta un 5% a causa de los movimientos de existencias de almacén.

Vamos a analizar seguidamente la información obtenida de la base de datos de imputación de costes del año 2000.

El número de unidades funcionales es de 2.656 (Incluido el 061). Su distribución por tipo de centro de coste, unidad funcional y Comunidad Autónoma se muestra en el ANEXO VII.7.

Las Gerencias pueden, aplicando un criterio asistencial o funcional, agrupar en un solo centro de coste dos o más unidades funcionales. Por esta razón, en el mismo ANEXO VII.7 se muestran los centros de coste, cuyo número es inferior al de unidades funcionales. La diferencia indica el número de las unidades agrupadas en otras para constituirse en centro de coste.

Los Centros de Coste Principales constituidos, con la población asignada a ellos, se muestra en la tabla VII.9

TABLA VII.9 – Imputación de Costes 2000. Centros de Coste Principales

Centros de Coste Principales	Nº	Población	%
Equipos de Atención Primaria	1.174	13.928.417	93.3
Cupo (Modelo tradicional)	119	833.848	5.6
A.P.D. (No integrados en EAP)	53	166.779	1.1
TOTAL	1.346	14.929.044	100

Conviene señalar que la población asignada a los Equipos de Atención Primaria constituidos como centros de coste, 93,3%, es ligeramente superior a la población cubierta por EAP en 31-12-2000, que era del 90,7%. Esta diferencia se puede explicar por el agrupamiento en centros de coste EAP de unidades funcionales de modelo tradicional.

En la tabla VII.10 se detallan los costes del año 2000, diferenciados por capítulos presupuestarios (I Gastos de Personal, II Gastos en bienes corrientes y servicios y IV Gasto Farmacéutico) y por tipos de centros de coste (Principales, auxiliares y estructurales) del Programa 2121 (Atención Primaria de Salud). El 89,5 % de los costes en Atención Primaria lo soportan directamente los centros de coste principales (EAP el 84,2%, Cupo el 4,4% y APD el 0,9%), el 3,8% los centros de coste auxiliares, el 5,2% los centros de coste estructurales y el 1,5% las Gerencias del 061, que en este análisis se han considerado globalmente por separado.

TABLA VII.10 . Costes por capítulo, tipo de centro y unidad funcional. Año 2000

Centros de Coste		CAPITULO I Personal		CAPITULO II Bienes y serv.		CAPITULO IV Farmacia		TOTAL I+II+IV	
		Millones Ptas	%	Millones Ptas	%	Millones Ptas	%	Millones Ptas	%
PRINCIPALES	E.A.P.	153.821	76,9%	17.291	66,5%	314.683	89,7%	485.795	84,2%
	CUPO	5.835	2,9%	643	2,5%	18.932	5,4%	25.410	4,4%
	A.P.D.	1.131	0,6%	46	0,2%	3.939	1,1%	5.115	0,9%
	TOTAL C.C. Principales	160.786	80,3%	17.980	69,2%	337.553	96,2%	516.320	89,5%
AUXILIARES	P.A.C.	2.207	1,1%	251	1,0%	248	0,1%	2.706	0,5%
	S.N.U.	5.264	2,6%	505	1,9%	146	0,0%	5.915	1,0%
	Pediatría de Área	339	0,2%	7	0,0%	29	0,0%	375	0,1%
	E.S.A.D.	302	0,2%	33	0,1%	12	0,0%	346	0,1%
	U. Atención a la Mujer	313	0,2%	54	0,2%	1	0,0%	368	0,1%
	U. Salud Mental	1.313	0,7%	136	0,5%	16	0,0%	1.465	0,3%
	U. de Fisioterapia	1.974	1,0%	223	0,9%	1	0,0%	2.198	0,4%
	U. P. Obstétrica	2.556	1,3%	181	0,7%	1	0,0%	2.738	0,5%
	U. Salud Bucodental	2.475	1,2%	227	0,9%	191	0,1%	2.893	0,5%
	Odontología de Cupo	1.014	0,5%	41	0,2%	118	0,0%	1.173	0,2%
	Trabajo Social	1.394	0,7%	58	0,2%	0	0,0%	1.453	0,3%
	A. Especializ. (Rad., Lab.)	145	0,1%	100	0,4%	0	0,0%	245	0,0%
TOTAL C.C. Auxiliares	19.295	9,6%	1.817	7,0%	763	0,2%	21.874	3,8%	
ESTRUCTURAL	TOTAL C.C. Estructural	13.692	6,8%	3.989	15,3%	12.602	3,6%	30.283	5,2%
	Gerencias 061	6.377	3,2%	2.215	8,5%	0	0,0%	8.592	1,5%
	TOTAL	200.150	100%	26.001	100%	350.918	100%	577.069	100%

Es destacable que el 96,2% del gasto de Farmacia se imputa directamente a los centros de coste principales, mientras que en Capítulo I es el 80,3% y en Capítulo II el 69,2%.

Los costes por Comunidades Autónomas por tipo de centros de coste y unidades funcionales, del Programa 2121 (Sin 061) se muestran en el ANEXO VII.8. Los costes del Programa 2121, más 061, y del Programa 2627 (Formación) aparecen en el ANEXO VII.9.

Análisis de costes en Equipos de Atención Primaria. Año 2000

En 31-12-2000 funcionaban un total de 1.190 Equipos de Atención Primaria, de los cuales 16 se integraron en otros EAP para constituir un centro de coste, quedando 1.174. De éstos, 5 iniciaron su actividad a lo largo del año. Se han analizado 1.169 EAP con funcionamiento igual o superior a doce meses.

La distribución de estos 1.169 EAP en función del tamaño poblacional y de la dispersión geográfica de la zona básica de salud en la que se ubican, se muestran en la tabla VII.11.

TABLA VII.11. Nº de EAP según tamaño poblacional y factor de dispersión de la zona básica

Población EAP Nº habitantes	G1		G2		G3		G4		TOTAL	
	Nº EAP	%	Nº EAP	%	Nº EAP	%	Nº EAP	%	Nº EAP	%
0 - 1.000	-	-	-	-	2	0,2	14	1,2	16	1,4
1.001 - 5.000	10	0,9	8	0,7	35	3,0	201	17,2	254	21,7
5.001 - 10.000	43	3,7	36	3,1	68	5,8	112	9,6	259	22,2
10.001 - 15.000	122	10,4	38	3,3	70	6,0	36	3,1	266	22,8
15.001 - 20.000	102	8,7	54	4,6	28	2,4	11	0,9	195	16,7
20.001 - 25.000	60	5,1	32	2,7	15	1,3	3	0,3	110	9,4
25.001 - 30.000	24	2,1	14	1,2	11	0,9	-	-	49	4,2
más de 30.000	5	0,4	12	1,0	3	0,3	-	-	20	1,7
TOTAL Nº EAP	366	31,3	194	16,6	232	19,8	377	32,2	1.169	

El 32,2% de los EAP se ubican en zonas de máxima ruralidad (G4), mientras que el 31,3% de los EAP se ubican en zonas completamente urbanas (G1). El tamaño poblacional de las zonas básicas de salud con mayor número de EAP se sitúa entre 10.000-15.000 habitantes (22,8%) seguidas de las de 5-10.000 habitantes (22,2%).

En la tabla VII.12 figura la población cubierta por los 1.169 EAP con 12 ó más meses de funcionamiento según tamaño poblacional y dispersión geográfica.

El 42,4% de la población reside en zonas de salud urbanas (G1), si bien, añadiendo la población de zonas G2, casi urbanas, se alcanza el 65,7%. El 15% reside en zonas de salud de máxima ruralidad (G4).

El 24,7% de la población es atendida por EAP de zonas de entre 15.000-20.000 habitantes; el 23,8% por EAP de zonas de entre 10.000-15.000 habitantes.

TABLA VII.12. Población cubierta por EAP según tamaño poblacional y factor de dispersión

Población EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		TOTAL	
	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%
0 - 1.000	-	-	-	-	1.222	0,0	11.255	0,1	12.477	0,1
1.001 - 5.000	29.249	0,2	34.212	0,2	132.364	1,0	594.561	4,3	790.386	5,7
5.001 - 10.000	335.384	2,4	283.559	2,0	501.452	3,6	774.908	5,6	1.895.303	13,7
10.001 - 15.000	1.548.239	11,2	465.856	3,4	849.011	6,1	447.010	3,2	3.310.116	23,8
15.001 - 20.000	1.796.724	12,9	961.079	6,9	482.625	3,5	184.976	1,3	3.425.404	24,7
20.001 - 25.000	1.342.344	9,7	718.263	5,2	332.117	2,4	67.374	0,5	2.460.098	17,7
25.001 - 30.000	665.082	4,8	377.049	2,7	296.155	2,1	-	-	1.338.286	9,6
más de 30.000	172.055	1,2	385.559	2,8	92.963	0,7	-	-	650.577	4,7
Total habitantes	5.889.077	42,4	3.225.577	23,2	2.687.909	19,4	2.080.084	15,0	13.882.647	

En el ANEXO VII.10 aparece el número de EAP por Comunidad Autónoma, según las variables: dispersión geográfica y tamaño poblacional de la zona básica de salud. El 81,5% de los EAP de Madrid están en zonas con factor de dispersión G1 (Urbanos) mientras que en Extremadura es tan sólo el 2%. En el otro extremo, el 57,3% de los EAP de Castilla y León se sitúan en zonas con factor G4 (Máxima ruralidad) y en Madrid sólo el 2,2%.

Asimismo, en este ANEXO VII.10 se muestra la distribución por Comunidad Autónoma de la población atendida por EAP, según las mismas variables. El 81,3% de la población de Madrid reside en zonas con factor de dispersión G1 (Urbanos) frente al 4,3% de Extremadura y el 9,2% en Asturias y Murcia. En el otro extremo, el 34,8% de la población de Castilla y León reside en zonas con factor G4 (Máxima ruralidad) frente al 0,7% de Baleares y el 1,1% de Madrid.

En el año 2000, **el coste medio por habitante en EAP** en el Programa 2121 (Atención Primaria de Salud - Capítulos I + II + IV) fue de **38.411 Ptas./año**, incluyendo los costes directos e indirectos, sin repercutir los costes de los servicios 061, que no se han incluido en los costes indirectos de EAP porque en el año 2000 la implantación de este servicio en las Comunidades Autónomas no era homogéneo y, por tanto, podía descompensar su evaluación.

En la tabla VII.13 se muestra la desagregación de este coste medio por habitante en EAP, atendiendo a su naturaleza de imputación directa o indirecta, y por capítulo presupuestario. A destacar que en Capítulo I (Personal) los costes directos suponen el 79.9%, mientras que en Capítulo IV (Farmacia) alcanzan el 96.2%.

TABLA VII.13 . EAP. Coste medio por habitante por capítulos. Prog. 2121. Año 2000

Costes según imputación	CAPITULO I Personal		CAPITULO II Bienes y servicios		CAPITULO IV Farmacia		TOTAL I+II+IV	
	Ptas habitante	%	Ptas habitante	%	Ptas habitante	%	Ptas habitante	%
Directos	11.046	79.9	1.242	76.1	22.604	96.2	34.892	90.9
Indirectos	2.775	20.1	389	23.9	896	3.8	3.519	9.1
Total	13.821		1.631		23.500		38.411	

La desagregación del peso de los costes indirectos por tipo de unidad funcional se muestra en la tabla VII.14.

TABLA VII.14. EAP. Coste medio por habitante . Costes directos e indirectos. Desagregación por Unidad Funcional. Programa 2121. Año 2000

Clase de Coste	Tipo de Centro	Unidad Funcional	Ptas habitante	%
Directos	Principal	Equipo de Atención Primaria	34.892	90.9%
Indirectos	Auxiliares	Punto de Atención Continuada	165	0.4%
		Servicio Normal de Urgencias	407	1.1%
		Unidad de Atención a la Mujer	26	0.1%
		Unidad de Salud Mental	101	0.3%
		Unidad de Fisioterapia	154	0.4%
		U. Psicoprofilaxis Obstétrica	185	0.5%
		U. Salud Bucodental	192	0.5%
		Odontología de Cupo	86	0.2%
		Trabajo Social	100	0.3%
		Equipo Soporte A. Domiciliaria	23	0.1%
		Pediatría de Área	26	0.1%
		Otros	184	0.5%
		Estructural	Gerencia (Administración)	1.867
Total Coste medio por habitante EAP. Programa 2121 (Sin 061)			38.411	100

El 90,9% del coste medio por habitante se imputa directamente al EAP, el 4,2% a través de los centros de coste auxiliares o Unidades de Apoyo, y el 4,9% a través del centro de coste estructural (Gerencia).

Conviene señalar que el coste de los Puntos de Atención Continuada se refiere solamente a aquellos que atienden a población de más de un EAP, ya que si su ámbito es coincidente, el coste se integra en el propio EAP, siendo éste el caso más frecuente. Asimismo, se debe tener en cuenta que

algunos tipos de Unidades de Apoyo, por ejemplo ESAD, Pediatras de Área, no se hallan implantados de forma homogénea en todas las Comunidades Autónomas en el año 2000.

En la tabla VII.15 figura el coste medio por habitante adscrito a EAP en las Comunidades Autónomas, incluyendo costes directos e indirectos, y diferenciados por capítulo presupuestario. Las Comunidades Autónomas aparecen clasificadas según la cuantía del coste por habitante y el % de desviación sobre la media. Este coste se refiere al Programa 2121, sin incluir los servicios del 061.

TABLA VII.15. EAP. Coste medio por habitante. C. Autónomas. Año 2000. Prog. 2121

Comunidad Autónoma	Nº EAP	Población	Cap. I Personal		Cap. II Bienes y Serv.		Cap. IV Farmacia		TOTAL I + II + IV	
			Pts. hab.	%	Pts. hab.	%	Pts. hab.	%	Pts. hab.	%
Extremadura	98	963.387	14.261	7,4	1.945	19,2	27.165	15,6	43.372	12,9
Castilla-La Mancha	187	1.619.297	13.703	3,2	1.573	(3,5)	27.981	19,1	43.257	12,6
Aragón	119	1.090.920	14.381	8,3	1.675	2,7	26.477	12,7	42.533	10,7
Asturias	77	985.759	14.017	5,5	1.631	0,0	26.509	12,8	42.157	9,8
Castilla y León	234	2.270.610	15.051	13,3	1.658	1,7	24.476	4,2	41.185	7,2
Murcia	73	1.074.583	12.516	(5,8)	1.537	(5,7)	26.893	14,4	40.947	6,6
La Rioja	18	230.698	13.552	2,0	1.394	(14,6)	25.194	7,2	40.140	4,5
Global INSALUD	1.169	13.882.647	13.281		1.631		23.500		38.411	
Cantabria	37	479.095	12.352	(7,0)	1.428	(12,4)	23.310	(0,8)	37.090	(3,4)
Ceuta	3	54.920	16.972	27,8	1.565	(4,1)	17.763	(24,4)	36.300	(5,5)
Baleares	43	734.043	12.468	(6,1)	1.521	(6,8)	21.506	(8,5)	35.495	(7,6)
Melilla	4	48.487	18.190	37,0	1.912	17,2	13.880	(40,9)	33.982	(11,5)
Madrid	276	4.330.848	11.846	(10,8)	1.632	0,1	18.669	(20,6)	32.147	(16,3)

La Comunidad Autónoma con mayor coste por habitante es Extremadura, que con 43.372 Ptas/habitante está un 12,9% por encima de la media, mientras que, en el otro extremo, Madrid con 32.147 Ptas/habitante está un 16,3% por debajo de la media.

En Capítulo I, el mayor coste lo tiene Melilla con 18.190 Ptas/habitante (37% s/media) y el menor Madrid con 11.846 Ptas/habitante (10,8% bajo media). En capítulo II el mayor coste lo tiene Extremadura con 1.945 Ptas/habitante (19,2% s/media) y el menor La Rioja con 1.394 Ptas/habitante (14,6% bajo media). En capítulo IV el mayor coste lo tiene Castilla-La Mancha con 27.981 Ptas/habitante (19,1% s/media) y el menor Melilla con 13.880 Ptas/habitante (40,9% bajo la media).

En la tabla VII.16 se refleja el coste por habitante incluyendo el servicio 061 dentro del Programa 2121 (Atención Primaria de Salud) y el Programa 2627 (Formación del Personal Sanitario). El coste medio total por habitante es de Ptas. 39.744, oscilando entre 44.555 Ptas./habitante en Extremadura (12,1% sobre la media) y Madrid (15,9 bajo la media).

El coste medio por habitante del servicio 061 asciende a 619 Ptas., aunque, como ya se indicó, su distribución no es homogénea en todas las Comunidades Autónomas, por hallarse en 2000 en fase de implantación. Oscila entre 3.081 Ptas. en Melilla y 175 Ptas. en Asturias.

El coste medio por habitante en el Programa 2627 en Atención Primaria es de 714 Ptas., oscilando entre 944 Ptas./habitante en Cantabria y 60 Ptas./habitante en Melilla.

TABLA VII.16. Coste medio por habitante Año 2000. Programas 2121 (Atención Primaria de Salud) y 2627 (Formación de Personal Sanitario)

Comunidad Autónoma	Nº EAP	Población Total	Ptas. habitante					
			Programa 2121			Programa 2627	Total	%
			Directos+Ind	061	Total			
Extremadura	98	963.387	43.372	487	43.858	697	44.555	12.1
C.-La Mancha	187	1.619.297	43.257	349	43.607	686	44.293	11.4
Aragón	119	1.090.920	42.533	658	43.191	811	44.003	10.7
Asturias	77	985.759	42.157	175	42.333	930	43.262	8.9
Murcia	73	1.074.583	40.947	1.031	41.977	723	42.700	7.4
Castilla y León	234	2.270.610	41.185	265	41.450	895	42.345	6.5
La Rioja	18	230.698	40.140	1.232	41.372	866	42.238	6.3
INSALUD	1.169	13.882.647	38.411	619	39.030	714	39.744	
Cantabria	37	479.095	37.090	1.329	38.411	944	39.363	-1.0
Ceuta	3	54.920	36.300	1.404	37.704	121	37.825	-4.8
Melilla	4	48.487	33.982	3.081	37.062	60	37.122	-6.6
Baleares	43	734.043	35.495	823	36.318	607	36.925	-7.1
Madrid	276	4.330.848	32.147	740	32.887	556	33.443	-15.9

En la tabla VII.17 se muestra la variación de este coste medio, en función de las variables: **tamaño poblacional y factor de dispersión geográfica** de la zona básica de salud.

TABLA VII.17. EAP. Coste medio por habitante en Ptas. y % s/media. Año 2000

Población EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	%	Ptas.	%
0 - 1000	-	-	-	-	113.098	194,4	88.569	130,6	90.971	136,8
1.001 - 5.000	44.916	16,9	44.370	15,5	53.739	39,9	59.747	55,5	57.526	49,8
5.001 - 10.000	36.196	(5,8)	41.330	7,6	45.208	17,7	49.253	28,2	44.687	16,3
10.001 - 15.000	34.456	(10,3)	40.577	5,6	42.756	11,3	44.829	16,7	38.847	1,1
15.001 - 20.000	33.563	(12,6)	36.555	(4,8)	38.986	1,5	45.031	17,2	35.786	(6,8)
20.001 - 25.000	33.104	(13,8)	34.617	(9,9)	38.536	0,3	42.543	10,8	34.538	(10,1)
25.001 - 30.000	33.175	(13,6)	32.943	(14,2)	35.565	(7,4)	-	-	33.639	(12,4)
más de 30.000	31.103	(19,0)	32.340	(15,8)	32.054	(16,5)	-	-	31.972	(16,8)
Global INSALUD	33.784	(12,0)	36.281	(5,5)	41.425	7,8	50.922	32,6	38.411	

En zonas de mayor ruralidad (G4) el coste medio por habitante se sitúa en 50.922 Ptas., un 32,6% por encima de la media, mientras que en zonas urbanas (G1) se sitúa en 33.784 Ptas., un

12% por debajo de la media. Es decir, el coste por habitante en el medio rural es 1,51 veces mayor que el de medio urbano.

En relación con la variable del tamaño del EAP, el coste por habitante en EAPs de menos de 1.000 habitantes asciende a 90.971 Ptas., un 136,8% por encima de la media y un 284,5% por encima del coste por habitante en EAPs con más de 30.000 habitantes, que es de 31.972 Ptas. (16,8% por debajo de la media).

Si tenemos en cuenta las dos variables, el coste por habitante en un EAP de medio rural (G3-G4) y con un tamaño poblacional inferior a 1000 habitantes es el 292,5% del de EAP urbano (G1) con una población superior a 30.000 habitantes.

En el ANEXO VII.11 se reflejan los costes por habitante desagregados en Capítulos I (Gastos de Personal), II (Gastos en bienes corrientes y servicios) y IV (Farmacia) en función de las variables: tamaño poblacional del EAP y factor de dispersión geográfica.

El **coste medio por Equipo de Atención Primaria** en el año 2000 ha sido de **456 millones de Ptas.** En la tabla VII.18 se muestra este coste según las variables de tamaño poblacional y dispersión geográfica.

Tabla VII.18. Coste medio de EAP en millones de Ptas. y % s/media. Año 2000

Población EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%
0 - 1000	-	-	-	-	69	-84.9	71	-84.4	71	-84.4
1.001 - 5.000	131	-71.3	190	-58.3	203	-55.5	177	-61.2	179	-60.7
5.001 - 10.000	282	-38.2	326	-28.5	333	-27.0	341	-25.2	327	-28.3
10.001 - 15.000	437	-4.2	497	9.0	519	13.8	557	22.1	483	5.9
15.001 - 20.000	591	29.6	651	42.8	672	47.4	757	66.0	629	37.9
20.001 - 25.000	741	62.5	777	70.4	853	87.1	955	109.4	772	69.3
25.001 - 30.000	919	101.5	887	94.5	957	109.9	-	-	919	101.5
más de 30.000	1070	134.6	1.039	127.9	993	117.8	-	-	1.040	128.1
Global INSALUD	544	19.3	603	32.2	480	5.3	281	-38.4	456	

En zonas de máxima ruralidad (G4) el coste medio del EAP es de 281 millones de Ptas. (38% por debajo de la media), mientras que el EAP en medio urbano (G1) tiene un coste de 544 millones de Ptas. (19,3% sobre la media). Es evidente que esta diferencia de coste tiene como causa fundamental que el EAP urbano atiende a mayor población, ya que, como se citó anteriormente, el coste por habitante es mayor en medio rural.

En EAP de zonas de menos de 1000 habitantes, el coste del EAP es de 71 millones de Ptas. (84% por debajo de la media). En zonas con más de 30.000 habitantes el EAP tiene un coste medio de 1.040 millones de Ptas. (128% por encima de la media).

En la tabla VII.19 se ofrece el coste medio de un EAP en cada Comunidad Autónoma, del Programa 2121 sin el servicio 061, desagregado por capítulos. En la tabla VII.20 se incluye el coste del servicio 061 y del Programa 2627.

TABLA VII.19. Coste medio de EAP. C.Autónomas. Año 2000. Prog. 2121 (Sin 061)

Comunidad Autónoma	Nº EAP	Población Total	Promedio Población de EAP	Cap. I Personal		Cap. II Bienes y Serv.		Cap. IV Farmacia		TOTAL I + II + IV	
				Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%
Ceuta	3	54.920	18.307	311	97,0	29	47,9	325	16,5	665	45,7
Baleares	43	734.043	17.071	213	34,9	26	34,0	367	31,6	606	32,8
Murcia	73	1.074.583	14.720	184	16,8	23	16,8	396	41,9	603	32,1
Asturias	77	985.759	12.802	179	13,8	21	7,8	339	21,6	540	18,3
La Rioja	18	230.698	12.817	174	10,1	18	(7,8)	323	15,7	514	12,8
Madrid	276	4.330.848	15.691	186	17,9	26	32,2	293	5,0	504	10,6
Cantabria	37	479.095	12.949	160	1,4	19	(4,5)	302	8,2	480	5,3
INSALUD	1.169	13.882.647	11.876	158		19		279		456	
Extremadura	98	963.387	9.830	140	(11,1)	19	(1,3)	267	(4,3)	426	(6,5)
Melilla	4	48.487	12.122	220	39,8	23	19,7	168	(39,7)	412	(9,7)
Castilla y León	234	2.270.610	9.703	146	(7,4)	16	(16,9)	238	(14,9)	400	(12,4)
Aragón	119	1.090.920	9.167	132	(16,4)	15	(20,7)	243	(13,0)	390	(14,5)
Cast.-La Mancha	187	1.619.297	8.659	119	(24,8)	14	(29,7)	242	(13,2)	375	(17,9)

TABLA VII.20. Coste medio de EAP. Programa 2121 (con 061) y Programa 2627

Comunidad Autónoma	Nº EAP	Población Total	Media Población EAP	Millones Ptas.					
				Programa 2121			Programa 2627	Total	%
				Directos+Ind	061	Total			
Ceuta	3	54.920	18.307	665	26	690	2	692	46,8
Baleares	43	734.043	17.071	606	14	620	10	630	33,6
Murcia	73	1.074.583	14.720	603	15	618	11	629	33,4
Asturias	77	985.759	12.802	540	2	542	12	554	17,5
La Rioja	18	230.698	12.817	514	16	530	11	541	14,8
Madrid	276	4.330.848	15.691	504	12	516	9	525	11,4
Cantabria	37	479.095	12.949	480	17	497	12	509	8,0
INSALUD	1.169	13.882.647	11.876	456	7	464	8	472	
Melilla	4	48.487	12.122	412	37	449	1	450	-4,5
Extremadura	98	963.387	9.830	426	5	431	7	438	-7,1
Castilla y León	234	2.270.610	9.703	400	3	402	9	411	-12,8
Aragón	119	1.090.920	9.167	390	6	396	7	403	-14,5
C.-La Mancha	187	1.619.297	8.659	375	3	378	6	384	-18,6

Recapitulación. Líneas de futuro

El sistema de financiación utilizado en Atención Primaria, cuya descripción se ha centrado preferentemente en aspectos empíricos por el carácter testimonial de este documento, ha respondido a las exigencias de una época en la que los mayores esfuerzos se han orientado a la reforma del modelo asistencial de Atención Primaria.

En los capítulos de Personal y de compra de Bienes y Servicios, el sistema de asignación presupuestaria se ha basado en el coste de implantación del nuevo modelo asistencial, utilizando como unidad de análisis la zona básica de salud.

Las variables poblacionales y de dispersión geográfica aplicadas no se han configurado en un modelo de financiación capitativa directa para ajustar el riesgo al proveedor, sino que han servido para asignar los recursos humanos y físicos necesarios para la consolidación de una red básica de Equipos de Atención Primaria y de Centros de Salud, que son los pilares estructurales de la reforma asistencial.

Desde el momento de la planificación y financiación de los recursos humanos y físicos de dos zonas básicas de salud, una de máxima ruralidad y otra urbana, se ha podido prever que el coste por habitante en los Capítulos I y II sería cuatro veces mayor en la primera. Este diferente coste estructural se producirá con independencia del grado de utilización de recursos por la población y de la cantidad y calidad del producto generado, ya que hay una plantilla a la que hay que garantizar unas retribuciones y un edificio o local cuyo mantenimiento hay que costear.

En el capítulo de Farmacia, en principio más adaptable a la financiación capitativa, se ha tratado de combinar la asignación de un presupuesto realista, que no permite un excesivo despegue del gasto producido, con la introducción de criterios capitativos de ajuste basados en el mayor consumo constatado y esperado de población pensionista sobre activos.

La culminación del proceso transferencial a las Comunidades Autónomas confluye con otras realidades de gran relevancia para el perfeccionamiento de cualquier sistema de financiación:

- Implantación generalizada del nuevo modelo asistencial de Atención Primaria.
- Consolidación de la Cartera de Servicios.
- Posibilidad de acceso a nuevas fórmulas de gestión, con distintos grados de transferencia de riesgos.
- Impulso decidido a la informatización de los procesos de gestión clínica.
- Preferencia por el modelo organizativo de separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios.

- Predominio de la utilización de sistemas de financiación capitativa.

Este favorable panorama constituye un reto para los nuevos entes gestores a tomar iniciativas sobre modelos de financiación que superen los actuales, en la permanente búsqueda de la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, siempre compatible con una mejor atención al ciudadano y una mayor equidad en el acceso a los servicios.

Toda la información y bases de datos sobre asignación presupuestaria e imputación de costes, que el INSALUD ha puesto a disposición de las Comunidades Autónomas transferidas, pretende ser una plataforma básica de conocimiento y experiencia que puede ayudar a la toma de decisiones en el momento inicial.

La certeza de que la evolución del gasto en los capítulos de Personal, Bienes y Servicios y Farmacia no se produce a la misma velocidad ni responde a los mismos factores explicativos de su variabilidad, induce a pensar que es conveniente separar dos bloques de financiación, uno exigible por los costes estructurales y otro ajustable a los costes de gestión clínica. Este último admitiría la aplicación de criterios de financiación capitativos y sería más sensible a la medición de la eficiencia en la gestión.

La introducción de cualquiera de los modelos de financiación capiativa (variables sociodemográficas, sistemas de clasificación de pacientes, costes óptimos, etc) u otros que se relacionan con la actividad y objetivos de salud, se debería realizar con la debida cautela y de forma progresiva, si bien en todos los casos será imprescindible mantener un sistema de imputación de costes para conocer su evolución y la repercusión de las medidas adoptadas.

ANEXO VII.1

CONTRATO DE GESTIÓN - EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 -2001

PROGRAMA 2121 - ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD -**PARTICIPACIÓN DE CAPÍTULOS SOBRE EL PRESUPUESTO TOTAL**

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGON	38,6%	38,2%	37,6%	35,0%	34,8%	33,9%	34,0%	34,1%
ASTURIAS	39,0%	37,8%	37,9%	33,8%	34,1%	33,1%	32,7%	32,3%
BALEARES	41,1%	40,9%	40,6%	37,6%	37,3%	36,4%	36,4%	36,3%
CANTABRIA	36,0%	36,3%	35,9%	34,2%	33,9%	32,3%	31,6%	31,9%
CASTILLA-LA MANCHA	36,9%	36,0%	35,4%	33,2%	33,1%	31,7%	31,5%	31,9%
CASTILLA Y LEÓN	42,8%	40,9%	40,4%	38,0%	37,6%	36,5%	35,6%	35,4%
EXTREMADURA	36,3%	35,5%	35,7%	33,9%	33,9%	33,2%	33,1%	33,2%
LA RIOJA	40,7%	39,0%	39,0%	36,0%	35,3%	33,8%	34,4%	34,3%
MADRID	40,2%	39,9%	40,3%	37,8%	37,7%	36,4%	35,9%	35,3%
MURCIA	36,7%	36,7%	36,0%	33,0%	33,2%	32,2%	31,3%	31,1%
CEUTA	50,4%	50,6%	50,9%	48,7%	48,7%	47,3%	47,9%	47,7%
MELILLA	52,0%	54,2%	54,0%	51,9%	51,3%	52,0%	52,0%	52,2%
INSALUD	39,4%	38,7%	38,6%	36,0%	35,9%	34,7%	34,2%	34,1%

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGON	3,8%	4,1%	4,0%	4,0%	4,1%	4,2%	4,3%	4,5%
ASTURIAS	4,1%	4,2%	4,3%	3,9%	4,3%	4,1%	4,1%	4,3%
BALEARES	4,3%	4,6%	4,9%	4,7%	4,9%	4,6%	4,6%	4,6%
CANTABRIA	3,8%	3,8%	3,8%	3,8%	4,1%	4,1%	5,4%	6,0%
CASTILLA LA MANCHA	3,8%	4,0%	4,1%	3,9%	4,0%	3,8%	3,8%	4,0%
CASTILLA Y LEÓN	4,0%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,3%
EXTREMADURA	3,4%	4,3%	4,2%	4,1%	4,2%	4,2%	4,3%	4,3%
LA RIOJA	4,1%	4,2%	4,2%	4,0%	4,0%	4,0%	4,7%	4,7%
MADRID	5,6%	5,8%	6,0%	5,8%	5,9%	5,7%	5,6%	5,5%
MURCIA	3,5%	3,9%	3,9%	3,7%	4,1%	4,0%	4,4%	4,3%
CEUTA	5,5%	5,2%	5,3%	5,1%	5,0%	4,7%	6,0%	6,9%
MELILLA	4,7%	4,7%	5,0%	4,9%	4,8%	4,9%	8,9%	9,6%
INSALUD	4,4%	4,6%	4,7%	4,6%	4,7%	4,6%	4,7%	4,7%

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGON	57,5%	57,8%	58,3%	61,0%	61,1%	62,0%	61,7%	61,4%
ASTURIAS	57,0%	58,0%	57,9%	62,3%	61,6%	62,8%	63,2%	63,4%
BALEARES	54,6%	54,5%	54,5%	57,7%	57,8%	58,9%	59,0%	59,1%
CANTABRIA	60,2%	59,9%	60,3%	62,0%	62,0%	63,7%	63,0%	62,1%
CASTILLA LA MANCHA	59,3%	60,0%	60,5%	62,8%	62,9%	64,5%	64,7%	64,1%
CASTILLA Y LEÓN	53,3%	54,9%	55,3%	57,8%	58,1%	59,3%	60,2%	60,3%
EXTREMADURA	60,2%	60,2%	60,1%	62,1%	61,9%	62,6%	62,6%	62,5%
LA RIOJA	55,2%	56,8%	56,8%	60,0%	60,7%	62,1%	60,9%	61,0%
MADRID	54,2%	54,3%	53,7%	56,3%	56,4%	57,9%	58,5%	59,2%
MURCIA	59,8%	59,4%	60,1%	63,3%	62,6%	63,8%	64,3%	64,6%
CEUTA	44,1%	44,2%	43,8%	46,2%	46,3%	48,1%	46,1%	45,4%
MELILLA	43,3%	41,1%	40,9%	43,2%	43,9%	43,0%	39,2%	38,2%
INSALUD	56,2%	56,6%	56,7%	59,4%	59,4%	60,7%	61,1%	61,2%

ANEXO VII.2
CONTRATO DE GESTIÓN - EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 -2001
PROGRAMA 2121 - ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA POR C.AUTÓNOMA (Millones de Pesetas)

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGÓN	12.102	12.905	13.499	13.788	14.359	15.106	16.298	17.387
ASTURIAS	10.771	11.631	12.255	12.465	12.963	13.439	14.279	14.949
BALEARES	7.199	7.760	8.244	8.336	8.648	9.203	9.913	10.489
CANTABRIA	4.379	4.863	5.181	5.318	5.545	5.867	6.227	6.704
CASTILLA LA MANCHA	16.913	17.952	18.786	19.004	19.708	20.735	22.227	23.450
CASTILLA Y LEÓN	27.224	28.679	29.929	30.223	31.445	32.853	34.637	36.341
EXTREMADURA	10.478	10.998	11.537	11.729	12.227	13.055	14.192	15.060
LA RIOJA	2.792	2.899	3.018	3.048	3.122	3.251	3.518	3.758
MADRID	44.968	47.353	49.700	50.363	51.964	53.765	55.954	58.281
MURCIA	9.975	10.770	11.410	11.722	12.298	13.049	13.814	14.469
CEUTA	646	732	781	795	820	855	974	1.057
MELILLA	707	779	825	833	853	883	1.001	1.090
INSALUD	148.154	157.320	165.165	167.624	173.952	182.062	193.034	203.036

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGÓN	1.199	1.370	1.450	1.564	1.695	1.852	2.073	2.297
ASTURIAS	1.120	1.290	1.377	1.456	1.629	1.665	1.786	2.004
BALEARES	744	882	995	1.039	1.137	1.168	1.251	1.335
CANTABRIA	461	505	554	593	673	736	1.064	1.259
CASTILLA LA MANCHA	1.732	2.008	2.161	2.237	2.380	2.479	2.708	2.948
CASTILLA Y LEÓN	2.532	2.953	3.143	3.338	3.548	3.769	4.081	4.410
EXTREMADURA	991	1.343	1.356	1.402	1.529	1.652	1.859	1.960
LA RIOJA	281	309	326	339	356	388	480	513
MADRID	6.292	6.875	7.384	7.775	8.203	8.457	8.712	9.046
MURCIA	957	1.138	1.230	1.323	1.517	1.629	1.948	2.009
CEUTA	71	75	82	83	83	84	123	153
MELILLA	64	67	77	78	80	84	171	200
INSALUD	16.444	18.816	20.136	21.228	22.831	23.962	26.256	28.136

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGÓN	18.028	19.538	20.939	24.024	25.185	27.632	29.608	31.314
ASTURIAS	15.754	17.859	18.720	23.008	23.381	25.538	27.554	29.315
BALEARES	9.557	10.341	11.081	12.774	13.389	14.886	16.091	17.075
CANTABRIA	7.336	8.015	8.696	9.625	10.156	11.565	12.413	13.028
CASTILLA LA MANCHA	27.202	29.915	32.053	35.922	37.442	42.258	45.696	47.057
CASTILLA Y LEÓN	33.904	38.523	40.945	46.031	48.567	53.465	58.538	61.799
EXTREMADURA	17.376	18.633	19.428	21.488	22.353	24.640	26.841	28.381
LA RIOJA	3.781	4.224	4.392	5.089	5.374	5.974	6.226	6.686
MADRID	60.682	64.479	66.148	74.975	77.760	85.402	91.295	97.716
MURCIA	16.268	17.410	19.018	22.468	23.170	25.867	28.414	30.081
CEUTA	565	640	672	755	780	869	938	1.006
MELILLA	588	591	625	693	730	730	754	798
INSALUD	211.040	230.169	242.717	276.850	288.287	318.827	344.368	364.256

TOTAL CAPÍTULOS I + II + IV

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARAGÓN	31.328	33.813	35.889	39.376	41.239	44.590	47.979	50.998
ASTURIAS	27.646	30.781	32.353	36.928	37.973	40.642	43.619	46.267
BALEARES	17.499	18.983	20.320	22.149	23.174	25.256	27.256	28.899
CANTABRIA	12.176	13.383	14.432	15.535	16.374	18.169	19.703	20.991
CASTILLA LA MANCHA	45.847	49.875	52.999	57.162	59.530	65.472	70.631	73.455
CASTILLA Y LEÓN	63.660	70.154	74.017	79.593	83.561	90.087	97.256	102.551
EXTREMADURA	28.845	30.975	32.321	34.619	36.109	39.348	42.892	45.401
LA RIOJA	6.855	7.432	7.736	8.476	8.851	9.612	10.224	10.957
MADRID	111.941	118.707	123.232	133.113	137.926	147.623	155.962	165.044
MURCIA	27.201	29.318	31.658	35.512	36.985	40.545	44.176	46.559
CEUTA	1.282	1.447	1.535	1.633	1.683	1.809	2.034	2.217
MELILLA	1.359	1.437	1.527	1.604	1.663	1.696	1.927	2.088
INSALUD	375.638	406.305	428.019	465.701	485.069	524.851	563.659	595.428

Capítulo I con 25 % de Cuotas de la S.S.

Capítulo II incluye el Art 25

ANEXO VII.3

CONTRATO DE GESTIÓN - EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 -2001

PROGRAMA 2121 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INCREMENTOS DEL PRESUPUESTO POR COMUNIDAD AUTÓNOMA 1994 - 2001 (en %)

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Incr. 94/01
ARAGÓN	4,5%	6,6%	4,6%	2,1%	4,1%	5,2%	7,9%	6,7%	43,7%
ASTURIAS	4,6%	8,0%	5,4%	1,7%	4,0%	3,7%	6,3%	4,7%	38,8%
BALEARES	3,2%	7,8%	6,2%	1,1%	3,7%	6,4%	7,7%	5,8%	45,7%
CANTABRIA	6,0%	11,0%	6,5%	2,6%	4,3%	5,8%	6,1%	7,7%	53,1%
CASTILLA LA MANCHA	2,7%	6,1%	4,6%	1,2%	3,7%	5,2%	7,2%	5,5%	38,7%
CASTILLA Y LEÓN	3,3%	5,3%	4,4%	1,0%	4,0%	4,5%	5,4%	4,9%	33,5%
EXTREMADURA	2,3%	5,0%	4,9%	1,7%	4,2%	6,8%	8,7%	6,1%	43,7%
LA RIOJA	3,7%	3,8%	4,1%	1,0%	2,4%	4,1%	8,2%	6,8%	34,6%
MADRID	0,4%	5,3%	5,0%	1,3%	3,2%	3,5%	4,1%	4,2%	29,6%
MURCIA	2,0%	8,0%	5,9%	2,7%	4,9%	6,1%	5,9%	4,7%	45,0%
CEUTA	2,2%	13,3%	6,8%	1,8%	3,1%	4,3%	13,9%	8,6%	63,7%
MELILLA	3,2%	10,2%	6,0%	0,9%	2,4%	3,5%	13,4%	8,9%	54,2%
INSALUD	2,4%	6,2%	5,0%	1,5%	3,8%	4,7%	6,0%	5,2%	37,0%

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Incr. 94/01
ARAGON	3,4%	14,3%	5,8%	7,8%	8,4%	9,2%	12,0%	10,8%	91,6%
ASTURIAS	6,2%	15,1%	6,8%	5,7%	11,9%	2,2%	7,3%	12,2%	78,9%
BALEARES	2,8%	18,6%	12,9%	4,4%	9,4%	2,7%	7,2%	6,7%	79,5%
CANTABRIA	8,4%	9,6%	9,7%	6,9%	13,5%	9,4%	44,5%	18,4%	173,2%
CASTILLA LA MANCHA	6,1%	16,0%	7,6%	3,5%	6,4%	4,2%	9,2%	8,9%	70,2%
CASTILLA Y LEÓN	2,1%	16,6%	6,4%	6,2%	6,3%	6,2%	8,3%	8,1%	74,2%
EXTREMADURA	-6,2%	35,5%	1,0%	3,4%	9,0%	8,0%	12,5%	5,4%	97,8%
LA RIOJA	17,5%	9,7%	5,7%	4,0%	4,9%	9,1%	23,7%	6,8%	82,2%
MADRID	9,4%	9,3%	7,4%	5,3%	5,5%	3,1%	3,0%	3,8%	43,8%
MURCIA	10,5%	18,8%	8,1%	7,5%	14,7%	7,3%	19,6%	3,1%	109,9%
CEUTA	21,4%	5,6%	8,8%	2,0%	0,1%	1,3%	45,7%	24,7%	116,0%
MELILLA	6,3%	5,4%	14,2%	1,3%	2,8%	4,2%	104,8%	16,8%	212,3%
INSALUD	6,0%	14,4%	7,0%	5,4%	7,6%	5,0%	9,6%	7,2%	71,1%

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Incr. 94/01
ARAGON		8,4%	7,2%	14,7%	4,8%	9,7%	7,1%	5,8%	73,7%
ASTURIAS		13,4%	4,8%	22,9%	1,6%	9,2%	7,9%	6,4%	86,1%
BALEARES		8,2%	7,2%	15,3%	4,8%	11,2%	8,1%	6,1%	78,7%
CANTABRIA		9,3%	8,5%	10,7%	5,5%	13,9%	7,3%	5,0%	77,6%
CASTILLA LA MANCHA		10,0%	7,1%	12,1%	4,2%	12,9%	8,1%	3,0%	73,0%
CASTILLA Y LEÓN		13,6%	6,3%	12,4%	5,5%	10,1%	9,5%	5,6%	82,3%
EXTREMADURA		7,2%	4,3%	10,6%	4,0%	10,2%	8,9%	5,7%	63,3%
LA RIOJA		11,7%	4,0%	15,9%	5,6%	11,2%	4,2%	7,4%	76,8%
MADRID		6,3%	2,6%	13,3%	3,7%	9,8%	6,9%	7,0%	61,0%
MURCIA		7,0%	9,2%	18,1%	3,1%	11,6%	9,8%	5,9%	84,9%
CEUTA		13,3%	5,0%	12,3%	3,3%	11,5%	7,8%	7,3%	78,1%
MELILLA		0,5%	5,8%	10,9%	5,3%	0,0%	3,3%	5,8%	35,8%
INSALUD		9,1%	5,5%	14,1%	4,1%	10,6%	8,0%	5,8%	72,6%

TOTAL CAPÍTULOS I + II + IV

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Incr. 94/01
ARAGÓN		7,9%	6,1%	9,7%	4,7%	8,1%	7,6%	6,3%	62,8%
ASTURIAS		11,3%	5,1%	14,1%	2,8%	7,0%	7,3%	6,1%	67,4%
BALEARES		8,5%	7,0%	9,0%	4,6%	9,0%	7,9%	6,0%	65,1%
CANTABRIA		9,9%	7,8%	7,6%	5,4%	11,0%	8,4%	6,5%	72,4%
CASTILLA LA MANCHA		8,8%	6,3%	7,9%	4,1%	10,0%	7,9%	4,0%	60,2%
CASTILLA Y LEÓN		10,2%	5,5%	7,5%	5,0%	7,8%	8,0%	5,4%	61,1%
EXTREMADURA		7,4%	4,3%	7,1%	4,3%	9,0%	9,0%	5,9%	57,4%
LA RIOJA		8,4%	4,1%	9,6%	4,4%	8,6%	6,4%	7,2%	59,8%
MADRID		6,0%	3,8%	8,0%	3,6%	7,0%	5,6%	5,8%	47,4%
MURCIA		7,8%	8,0%	12,2%	4,1%	9,6%	9,0%	5,4%	71,2%
CEUTA		12,8%	6,1%	6,4%	3,0%	7,5%	12,4%	9,0%	72,9%
MELILLA		5,8%	6,3%	5,0%	3,7%	2,0%	13,6%	8,4%	53,7%
INSALUD		8,2%	5,3%	8,8%	4,2%	8,2%	7,4%	5,6%	58,5%

ANEXO VII.4

CONTRATO DE GESTIÓN – EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 - 2001

PROGRAMA 2121 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

GASTO imputable al CONTRATO DE GESTIÓN (Millones de Pesetas)

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ARAGÓN	12.220	12.909	13.665	13.821	14.426	15.091	16.303
ASTURIAS	10.665	11.472	12.212	12.318	12.834	13.350	14.300
BALEARES	7.163	7.700	8.097	8.300	8.696	9.212	9.905
CANTABRIA	4.347	4.679	5.059	5.190	5.477	5.850	6.167
CASTILLA LA MANCHA	17.139	18.067	18.943	19.210	19.856	20.877	22.451
CASTILLA Y LEÓN	27.396	28.827	29.978	30.268	31.432	32.871	34.634
EXTREMADURA	10.384	10.928	11.742	11.904	12.367	13.176	14.326
LA RIOJA	2.764	2.870	3.030	3.015	3.111	3.232	3.525
MADRID	44.595	47.319	49.514	50.194	52.036	54.026	56.203
MURCIA	10.128	10.804	11.541	11.828	12.328	13.178	14.056
CEUTA	642	721	776	799	824	862	932
MELILLA	683	741	804	818	847	877	1.000
INSALUD	148.125	157.038	165.360	167.666	174.232	182.604	193.803

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ARAGON	1.164	1.315	1.438	1.517	1.693	1.833	2.080
ASTURIAS	1.114	1.263	1.373	1.366	1.587	1.640	1.763
BALEARES	746	867	984	1.014	1.128	1.153	1.227
CANTABRIA	406	470	525	537	619	663	1.015
CASTILLA LA MANCHA	1.776	1.914	2.029	2.098	2.349	2.437	2.717
CASTILLA Y LEÓN	2.471	2.811	3.028	3.222	3.445	3.721	4.006
EXTREMADURA	1.047	1.286	1.336	1.346	1.492	1.626	1.849
LA RIOJA	264	232	279	269	302	337	449
MADRID	6.170	6.520	6.777	7.175	7.809	7.960	8.400
MURCIA	1.026	1.137	1.193	1.286	1.482	1.601	1.839
CEUTA	84	78	82	83	78	82	103
MELILLA	59	64	74	74	73	64	155
INSALUD	16.327	17.957	19.120	19.987	22.057	23.117	25.604

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ARAGÓN	18.227	20.250	22.114	24.059	26.348	29.177	30.616
ASTURIAS	16.866	18.710	20.014	22.275	24.458	26.887	28.361
BALEARES	9.535	10.308	11.607	12.719	14.063	15.518	16.456
CANTABRIA	7.396	8.008	8.780	9.768	10.863	11.750	12.070
CASTILLA LA MANCHA	27.656	30.195	33.647	36.195	39.973	43.585	45.791
CASTILLA Y LEÓN	35.394	39.027	41.568	45.146	49.974	55.336	58.272
EXTREMADURA	17.391	18.717	19.751	21.202	23.054	25.798	27.769
LA RIOJA	3.875	4.338	4.701	5.053	5.653	6.142	6.561
MADRID	60.566	66.622	66.943	71.555	79.300	87.848	93.556
MURCIA	15.939	18.621	19.787	22.479	24.445	27.891	29.518
CEUTA	598	689	682	736	826	901	865
MELILLA	510	608	592	601	628	644	715
INSALUD	213.955	236.093	250.185	271.787	299.583	331.476	350.549

TOTAL CAPÍTULOS I + II + IV

C. AUTÓNOMA	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ARAGÓN	31.611	34.474	37.218	39.396	42.467	46.100	48.999
ASTURIAS	28.645	31.444	33.599	35.959	38.879	41.877	44.423
BALEARES	17.444	18.875	20.687	22.033	23.886	25.883	27.588
CANTABRIA	12.149	13.157	14.364	15.495	16.959	18.263	19.252
CASTILLA LA MANCHA	46.572	50.176	54.620	57.503	62.177	66.900	70.960
CASTILLA Y LEÓN	65.260	70.665	74.574	78.637	84.850	91.928	96.912
EXTREMADURA	28.821	30.931	32.828	34.451	36.913	40.600	43.943
LA RIOJA	6.903	7.440	8.009	8.336	9.066	9.711	10.536
MADRID	111.332	120.462	123.234	128.923	139.145	149.835	158.159
MURCIA	27.094	30.562	32.521	35.593	38.255	42.670	45.412
CEUTA	1.324	1.488	1.541	1.618	1.729	1.846	1.900
MELILLA	1.252	1.412	1.470	1.493	1.548	1.585	1.871
INSALUD	378.406	411.087	434.665	459.440	495.873	537.198	569.956

Capítulo I con 25 % de Cuotas de la S. Social

Capítulo II incluye el Art. 25

ANEXO VII.5

CONTRATO DE GESTIÓN - EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 -2001

PROGRAMA 2121 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESULTADO (ASIGNACIÓN - GASTO) Millones de Pesetas y % s/ presupuesto de Contrato de Gestión

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%
ARAGÓN	(118)	(1,0)	(4)	(0,0)	(166)	(1,2)	(33)	(0,2)	(67)	(0,5)	16	0,1	(5)	(0,0)
ASTURIAS	107	1,0	159	1,4	44	0,4	146	1,2	129	1,0	88	0,7	(21)	(0,1)
BALEARES	36	0,5	61	0,8	147	1,8	35	0,4	(47)	(0,5)	(10)	(0,1)	8	0,1
CANTABRIA	32	0,7	184	3,8	122	2,4	129	2,4	68	1,2	17	0,3	60	1,0
C. LA MANCHA	(226)	(1,3)	(116)	(0,6)	(158)	(0,8)	(206)	(1,1)	(147)	(0,7)	(142)	(0,7)	(224)	(1,0)
CASTILLA Y LEÓN	(172)	(0,6)	(148)	(0,5)	(49)	(0,2)	(45)	(0,1)	14	0,0	(18)	(0,1)	3	0,0
EXTREMADURA	94	0,9	70	0,6	(205)	(1,8)	(175)	(1,5)	(140)	(1,1)	(121)	(0,9)	(134)	(0,9)
LA RIOJA	28	1,0	29	1,0	(12)	(0,4)	33	1,1	11	0,3	19	0,6	(7)	(0,2)
MADRID	372	0,8	34	0,1	186	0,4	169	0,3	(72)	(0,1)	(262)	(0,5)	(249)	(0,4)
MURCIA	(153)	(1,5)	(34)	(0,3)	(131)	(1,2)	(107)	(0,9)	(31)	(0,2)	(129)	(1,0)	(242)	(1,8)
CEUTA	4	0,7	10	1,4	4	0,6	(4)	(0,5)	(4)	(0,5)	(7)	(0,8)	42	4,3
MELILLA	24	3,4	38	4,9	22	2,6	15	1,8	6	0,6	6	0,7	1	0,1
INSALUD	29	0,0	282	0,2	(195)	(0,1)	(42)	(0,0)	(281)	(0,2)	(542)	(0,3)	(768)	(0,4)

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%
ARAGÓN	35	2,9	55	4,0	12	0,8	47	3,0	2	0,1	19	1,0	(7)	(0,3)
ASTURIAS	6	0,6	27	2,1	4	0,3	90	6,1	41	2,5	25	1,5	23	1,3
BALEARES	(3)	(0,4)	15	1,7	12	1,2	25	2,5	9	0,8	14	1,2	24	1,9
CANTABRIA	55	11,8	36	7,1	30	5,4	56	9,4	54	8,0	73	9,9	48	4,5
C. LA MANCHA	(45)	(2,6)	94	4,7	131	6,1	139	6,2	31	1,3	42	1,7	(10)	(0,4)
CASTILLA Y LEÓN	61	2,4	142	4,8	115	3,7	116	3,5	104	2,9	48	1,3	75	1,8
EXTREMADURA	(56)	(5,6)	57	4,3	21	1,5	57	4,0	37	2,4	26	1,6	10	0,6
LA RIOJA	18	6,4	77	24,9	47	14,4	71	20,8	54	15,2	51	13,1	31	6,4
MADRID	122	1,9	355	5,2	606	8,2	600	7,7	394	4,8	497	5,9	312	3,6
MURCIA	(69)	(7,2)	0	0,0	37	3,0	37	2,8	36	2,3	28	1,7	109	5,6
CEUTA	(13)	(18,4)	(3)	(3,7)	(1)	(0,9)	0	0,3	5	5,8	3	3,0	20	16,2
MELILLA	5	8,2	4	5,5	3	3,5	4	4,8	7	9,3	20	23,6	16	9,2
INSALUD	116	0,7	859	4,6	1.017	5,0	1.241	5,8	774	3,4	845	3,5	652	2,5

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%
ARAGÓN	(200)	(1,1)	(712)	(3,6)	(1.175)	(5,6)	(35)	(0,1)	(1.163)	(4,6)	(1.544)	(5,6)	(1.008)	(3,4)
ASTURIAS	(1.112)	(7,1)	(850)	(4,8)	(1.294)	(6,9)	733	3,2	(1.077)	(4,6)	(1.349)	(5,3)	(807)	(2,9)
BALEARES	22	0,2	33	0,3	(525)	(4,7)	55	0,4	(674)	(5,0)	(631)	(4,2)	(364)	(2,3)
CANTABRIA	(60)	(0,8)	7	0,1	(84)	(1,0)	(144)	(1,5)	(706)	(7,0)	(185)	(1,6)	343	2,8
C. LA MANCHA	(454)	(1,7)	(279)	(0,9)	(1.594)	(5,0)	(273)	(0,8)	(2.531)	(6,8)	(1.327)	(3,1)	(95)	(0,2)
CASTILLA Y LEÓN	(1.490)	(4,4)	(505)	(1,3)	(623)	(1,5)	885	1,9	(1.407)	(2,9)	(1.871)	(3,5)	266	0,5
EXTREMADURA	(15)	(0,1)	(84)	(0,4)	(323)	(1,7)	286	1,3	(701)	(3,1)	(1.157)	(4,7)	(928)	(3,5)
LA RIOJA	(94)	(2,5)	(113)	(2,7)	(309)	(7,0)	36	0,7	(280)	(5,2)	(169)	(2,8)	(335)	(5,4)
MADRID	116	0,2	(2.143)	(3,3)	(795)	(1,2)	3.421	4,6	(1.540)	(2,0)	(2.447)	(2,9)	(2.261)	(2,5)
MURCIA	328	2,0	(1.211)	(7,0)	(769)	(4,0)	(11)	(0,0)	(1.275)	(5,5)	(2.024)	(7,8)	(1.104)	(3,9)
CEUTA	(33)	(5,8)	(49)	(7,7)	(10)	(1,5)	18	2,4	(47)	(6,0)	(32)	(3,7)	72	7,7
MELILLA	78	13,2	(17)	(2,9)	33	5,3	93	13,3	102	14,0	86	11,8	39	5,2
INSALUD	(2.914)	(1,4)	(5.924)	(2,6)	(7.468)	(3,1)	5.063	1,8	(11.297)	(3,9)	(12.650)	(4,0)	(6.181)	(1,8)

TOTAL CAPÍTULOS I + II + IV

C. AUTÓNOMA	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%	Millones Pts	%
ARAGÓN	(283)	(0,9)	(661)	(2,0)	(1.329)	(3,7)	(21)	(0,1)	(1.228)	(3,0)	(1.509)	(3,4)	(1.020)	(2,1)
ASTURIAS	(999)	(3,6)	(663)	(2,2)	(1.246)	(3,9)	969	2,6	(906)	(2,4)	(1.235)	(3,0)	(804)	(1,8)
BALEARES	55	0,3	108	0,6	(367)	(1,8)	116	0,5	(712)	(3,1)	(627)	(2,5)	(332)	(1,2)
CANTABRIA	27	0,2	227	1,7	68	0,5	41	0,3	(585)	(3,6)	(95)	(0,5)	451	2,3
C. LA MANCHA	(725)	(1,6)	(301)	(0,6)	(1.620)	(3,1)	(341)	(0,6)	(2.647)	(4,4)	(1.428)	(2,2)	(328)	(0,5)
CASTILLA Y LEÓN	(1.601)	(2,5)	(511)	(0,7)	(557)	(0,8)	956	1,2	(1.289)	(1,5)	(1.841)	(2,0)	344	0,4
EXTREMADURA	23	0,1	44	0,1	(507)	(1,6)	168	0,5	(804)	(2,2)	(1.252)	(3,2)	(1.052)	(2,5)
LA RIOJA	(48)	(0,7)	(8)	(0,1)	(273)	(3,5)	139	1,6	(214)	(2,4)	(99)	(1,0)	(312)	(3,1)
MADRID	610	0,5	(1.755)	(1,5)	(2)	(0,0)	4.190	3,1	(1.218)	(0,9)	(2.211)	(1,5)	(2.198)	(1,4)
MURCIA	107	0,4	(1.245)	(4,2)	(863)	(2,7)	(81)	(0,2)	(1.270)	(3,4)	(2.124)	(5,2)	(1.236)	(2,8)
CEUTA	(42)	(3,3)	(42)	(2,9)	(6)	(0,4)	15	0,9	(46)	(2,7)	(37)	(2,0)	134	6,6
MELILLA	107	7,8	25	1,7	57	3,8	112	7,0	115	6,9	112	6,6	56	2,9
INSALUD	(2.769)	(0,7)	(4.782)	(1,2)	(6.646)	(1,6)	6.262	1,3	(10.803)	(2,2)	(12.347)	(2,4)	(6.297)	(1,1)

Capítulo I con 25 % de Cuotas de la S.S.

Capítulo II incluye el Art 25

ANEXO VII.6

CONTRATO DE GESTIÓN - EVOLUCIÓN HISTÓRICA 1994 -2001

PROGRAMA 2121 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

ASIGNACIÓN POR HABITANTE. PESETAS. (1)

CAPÍTULO I (GASTOS DE PERSONAL)

C. AUTÓNOMA	POB TSI 2001	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% (2)
MELILLA	51.071	13.839	15.249	16.157	16.309	16.698	17.286	19.603	21.346	59,6%
CEUTA	56.817	11.368	12.875	13.746	13.995	14.431	15.052	17.137	18.608	39,1%
CASTILLA Y LEÓN	2.382.636	11.426	12.037	12.561	12.685	13.198	13.789	14.537	15.253	14,1%
ARAGÓN	1.163.787	10.398	11.089	11.600	11.848	12.338	12.980	14.004	14.940	11,7%
EXTREMADURA	1.029.047	10.182	10.688	11.211	11.398	11.881	12.687	13.791	14.635	9,4%
ASTURIAS	1.062.256	10.140	10.950	11.537	11.734	12.203	12.651	13.442	14.072	5,2%
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	10.026	10.642	11.137	11.266	11.684	12.292	13.177	13.902	4,0%
LA RIOJA	271.866	10.270	10.664	11.100	11.210	11.482	11.957	12.941	13.823	3,4%
INSALUD	15.182.854	9.758	10.362	10.878	11.040	11.457	11.991	12.714	13.373	0,0%
BALEARES	803.978	8.954	9.652	10.254	10.368	10.757	11.446	12.330	13.047	-2,4%
CANTABRIA	517.792	8.457	9.392	10.006	10.271	10.709	11.331	12.026	12.948	-3,2%
MURCIA	1.118.991	8.915	9.625	10.197	10.475	10.990	11.662	12.345	12.930	-3,3%
MADRID	5.037.764	8.926	9.400	9.866	9.997	10.315	10.672	11.107	11.569	-13,5%

CAPÍTULO II (GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS)

C. AUTÓNOMA	POB TSI 2001	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% (2)
MELILLA	51.071	1.253	1.320	1.508	1.528	1.570	1.636	3.351	3.914	111,2%
CEUTA	56.817	1.250	1.320	1.436	1.465	1.467	1.486	2.164	2.699	45,7%
CANTABRIA	517.792	890	976	1.071	1.145	1.299	1.421	2.054	2.432	31,2%
ARAGÓN	1.163.787	1.030	1.178	1.246	1.344	1.457	1.591	1.781	1.974	6,5%
EXTREMADURA	1.029.047	963	1.305	1.318	1.363	1.486	1.605	1.807	1.905	2,8%
ASTURIAS	1.062.256	1.055	1.214	1.297	1.371	1.533	1.567	1.681	1.887	1,8%
LA RIOJA	271.866	1.035	1.136	1.200	1.248	1.309	1.428	1.766	1.886	1,8%
INSALUD	15.182.854	1.083	1.239	1.326	1.398	1.504	1.578	1.729	1.853	0,0%
CASTILLA Y LEÓN	2.382.636	1.063	1.240	1.319	1.401	1.489	1.582	1.713	1.851	-0,1%
MADRID	5.037.764	1.249	1.365	1.466	1.543	1.628	1.679	1.729	1.796	-3,1%
MURCIA	1.118.991	856	1.017	1.099	1.182	1.356	1.456	1.741	1.796	-3,1%
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	1.027	1.191	1.281	1.326	1.411	1.470	1.605	1.748	-5,7%
BALEARES	803.978	925	1.097	1.238	1.293	1.414	1.452	1.556	1.660	-10,4%

CAPÍTULO IV (FARMACIA)

C. AUTÓNOMA	POB TSI 2001	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% (2)
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	16.126	17.735	19.001	21.295	22.196	25.051	27.090	27.896	16,3%
ASTURIAS	1.062.256	14.831	16.813	17.623	21.659	22.011	24.042	25.939	27.597	15,0%
EXTREMADURA	1.029.047	16.885	18.107	18.880	20.881	21.722	23.945	26.083	27.580	15,0%
ARAGÓN	1.163.787	15.491	16.788	17.992	20.643	21.640	23.743	25.441	26.907	12,2%
MURCIA	1.118.991	14.538	15.559	16.995	20.079	20.706	23.116	25.393	26.883	12,1%
CASTILLA Y LEÓN	2.382.636	14.230	16.168	17.185	19.319	20.384	22.439	24.569	25.937	8,1%
CANTABRIA	517.792	14.168	15.479	16.795	18.588	19.615	22.336	23.973	25.160	4,9%
LA RIOJA	271.866	13.909	15.538	16.155	18.717	19.766	21.972	22.901	24.594	2,5%
INSALUD	15.182.854	13.900	15.160	15.986	18.234	18.988	20.999	22.681	23.991	0,0%
BALEARES	803.978	11.887	12.862	13.783	15.888	16.653	18.516	20.014	21.238	-11,5%
MADRID	5.037.764	12.045	12.799	13.130	14.883	15.435	16.952	18.122	19.397	-19,2%
CEUTA	56.817	9.943	11.265	11.832	13.285	13.722	15.302	16.500	17.709	-26,2%
MELILLA	51.071	11.511	11.569	12.241	13.576	14.293	14.294	14.771	15.627	-34,9%

TOTAL CAPÍTULOS I + II + IV

C. AUTÓNOMA	POB TSI 2001	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% (2)
EXTREMADURA	1.029.047	28.030	30.100	31.409	33.642	35.089	38.237	41.681	44.120	12,5%
ARAGÓN	1.163.787	26.919	29.054	30.838	33.834	35.435	38.315	41.227	43.821	11,7%
ASTURIAS	1.062.256	26.025	28.977	30.457	34.764	35.747	38.260	41.063	43.555	11,1%
CASTILLA LA MANCHA	1.686.849	27.179	29.567	31.419	33.887	35.291	38.813	41.872	43.546	11,0%
CASTILLA Y LEÓN	2.382.636	26.718	29.444	31.065	33.405	35.071	37.810	40.819	43.041	9,8%
MURCIA	1.118.991	24.308	26.200	28.291	31.736	33.052	36.234	39.478	41.608	6,1%
MELILLA	51.071	26.603	28.138	29.906	31.412	32.562	33.217	37.725	40.887	4,3%
CANTABRIA	517.792	23.516	25.847	27.872	30.003	31.623	35.089	38.053	40.540	3,4%
LA RIOJA	271.866	25.215	27.337	28.455	31.176	32.557	35.357	37.607	40.304	2,8%
INSALUD	15.182.854	24.741	26.761	28.191	30.673	31.948	34.569	37.125	39.217	0,0%
CEUTA	56.817	22.561	25.460	27.014	28.745	29.619	31.840	35.802	39.016	-0,5%
BALEARES	803.978	21.766	23.612	25.275	27.549	28.825	31.414	33.901	35.945	-8,3%
MADRID	5.037.764	22.220	23.563	24.462	26.423	27.378	29.303	30.959	32.761	-16,5%

(1) Los datos de todos los años referidos a población TSI del Contrato de Gestión 2001

(2) % s/ media INSALUD

ANEXO VII.7

IMPUTACIÓN DE COSTES 2000 - Nº de Unidades Funcionales y Centros de Coste

Nº DE UNIDADES FUNCIONALES

C. AUTONOMA	C.C. PRINCIPALES			C.C. AUXILIARES												CEE	Total
	EAP	CUPO	APD	PAC	SNU	Ped. Area	ESAD	UAM	USM	Fisiot.	UPPO	Salud Buc	Odont. cupo	Trab Soc	Aten. Esp		
ARAGON	119	15	15	8	0	4	2	8	15	23	4	4	4	4	1	4	230
ASTURIAS	78	16	9	10	3	1	1	2	2	28	6	8	6	8	0	8	186
BALEARES	45	24	19	7	2	2	1	8	7	12	2	3	2	2	1	3	140
CANTABRIA	37	11	31	12	3	2	1	1	5	15	1	2	1	1	1	2	126
C. - LA MANCHA	187	14	23	12	1	4	1	6	13	31	8	8	7	7	1	8	331
CASTILLA Y LEON	235	37	18	15	7	10	2	12	19	40	11	11	8	11	8	11	455
EXTREMADURA	101	11	11	4	1	4	1	4	12	35	4	4	4	4	1	4	205
LA RIOJA	18	5	8	1	2	1	0	0	6	9	1	1	1	1	2	1	57
MADRID	290	124	1	5	30	2	6	5	27	55	11	11	10	11	6	11	605
MURCIA	73	24	30	0	23	0	1	3	6	22	3	3	1	3	1	3	196
CEUTA	3	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	11
MELILLA	4	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14
TOTAL INSALUD	1.190	282	167	74	74	30	16	50	114	272	53	57	44	54	22	57	2.556

Nº DE CENTROS DE COSTE

C. AUTONOMA	C.C. PRINCIPALES			C.C. AUXILIARES												CEE	Total
	EAP	CUPO	APD	PAC	SNU	Pedia	ESAD	U. A.	U.S.	Fisiot.	UPPO	Salud Buc	Odont. cupo	Trab Soc	Aten. Esp		
ARAGON	119	4	2	6		4	2	5	5	10	4	4	4	4		4	177
ASTURIAS	77	5	4	8	3	1	1	2	2	22	6	8	6	8		8	161
BALEARES	44	3	1	4	2	2	1	8	7	12	2	3	2	2	1	3	97
CANTABRIA	37	2	8	2	3	1	1	1	2	13	1	2	1	1	1	2	78
C. - LA MANCHA	187	6	12	12	1	4	1	6	13	25	8	8	7	6	1	8	305
CASTILLA Y LEÓN	234	12	5	14	7	9	2	12	18	36	11	11	8	11	8	11	409
EXTREMADURA	100	4	7	2	1	4	1	4	11	18	3	4	4	4	1	4	172
LA RIOJA	18	4	8	1	2	1			6	9	1	1	1	1	2	1	56
MADRID	278	78	0	5	30	1	6	4	26	44	11	11	9	11	6	11	531
MURCIA	73		5		23		1		3	13	3	3	1	2	1	3	131
CEUTA	3				1				1	1	1	1	0	1		1	10
MELILLA	4	1	1		1			1	1	1	1	1	0	1		1	14
TOTAL INSALUD	1.174	119	53	54	74	27	16	43	95	204	52	57	43	52	21	57	2.141

GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL 061

C. AUTONOMA	CENTROS DE COSTE				TOTAL
	GERENCIA	C.C.U.	U.M.E.	OTROS	
ARAGON	1	1	6	1	9
ASTURIAS	1	1	3		5
BALEARES	1	1	6		8
CANTABRIA	1	1	4		6
CASTILLA - LA MANCHA	1	1	9		11
CASTILLA Y LEÓN	1	1	11		13
EXTREMADURA	1	1	5	1	8
LA RIOJA	1	1	2		4
MADRID	1	1	15	4	21
MURCIA	1	1	9		11
CEUTA	0	1	1		2
MELILLA	0	1	1		2
TOTAL INSALUD	10	12	72	6	100

ANEXO VII-8

IMPUTACION DE COSTES 2000 – Coste por Tipo de Centro y Capítulo. Programa 2121 sin 061 (Millones Ptas)

CAPÍTULO I (Gastos de Personal)

C. Autónoma	C.C. PRINCIPALES					C.C. AUXILIARES: UNIDADES DE APOYO													CC. Estructural		TOTAL
	EAP	CUPO	APD	Total	%	PAC	SNU	Pedia Area	ESAD	UAM	USM	Fisio-terap.	UPPO	Odont	T.S.	A. Esp	Total	%	CCE	%	
Aragón	13.497	387	22	13.906	85,8	315		29	34	55	166	134	193	242	149	0	1.319	8,1	974	6,0	16.199
Asturias	11.503	544	34	12.081	82,8	342	234	8	6	12	23	179	174	275	109	0	1.361	9,3	1.142	7,8	14.584
Baleares	7.267	287	7	7.561	78,5	179	437	7	27	50	109	100	159	147	41	10	1.266	13,2	803	8,3	9.631
Cantabria	4.991	33	205	5.229	83,9	86	137	17	4	11	57	61	59	92	36	0	560	9,0	440	7,1	6.229
C. La Mancha	18.995	81	226	19.302	85,4	508	58	41	27	40	131	198	240	419	160	3	1.825	8,1	1.472	6,5	22.599
Castilla y León	29.014	574	249	29.837	84,7	441	425	163	14	84	240	344	433	615	308	70	3.135	8,9	2.275	6,5	35.247
Extremadura	12.301	45	217	12.563	87,5	27	105	46	5	28	115	201	86	229	112	16	971	6,8	832	5,8	14.365
La Rioja	2.503	116	87	2.705	79,0	68	73	21			50	59	39	59	30	18	417	12,2	301	8,8	3.423
Madrid	42.133	3.755		45.888	81,9	242	2.049	6	157	29	335	550	922	1.138	369	28	5.825	10,4	4.332	7,7	56.046
Murcia	10.402		66	10.468	77,1		1.574		26	6	48	125	205	227	59	0	2.270	16,7	830	6,1	13.569
Ceuta	599			599	64,3		93				18	11	18	26	11	0	178	19,1	155	16,6	932
Melilla	615	13	18	647	68,1		79				20	12	27	20	10	0	168	17,7	135	14,2	950
INSALUD	153.822	5.835	1.131	160.787	83,0	2.207	5.264	339	302	313	1.313	1.974	2.556	3.489	1.394	145	19.295	10,0	13.691	7,1	193.773

CAPÍTULO II (Gastos corrientes en bienes y servicios)

C. Autónoma	C.C. PRINCIPALES					C.C. AUXILIARES: UNIDADES DE APOYO													CC. Estructural		TOTAL
	EAP	CUPO	APD	Total	%	PAC	SNU	Pedia Area	ESAD	UAM	USM	Fisio-terap.	UPPO	Odont	T.S.	A. Esp	Total	%	CCE	%	
Aragón	1.513	54	1	1.569	82,5	24		2	2	8	13	14	24	14	7	0	107	5,6	226	11,9	1.902
Asturias	1.281	90	3	1.374	79,4	14	13	0	1	1	10	9	4	21	3	0	76	4,4	280	16,2	1.730
Baleares	798	30	0	828	70,7	8	44	0	3	5	4	7	2	6	2	6	88	7,5	256	21,9	1.172
Cantabria	525	3	13	541	75,4	16	8	0	1	0	5	3	0	3	0	2	38	5,3	138	19,3	717
C. La Mancha	1.995	4	3	2.001	77,9	75	6	3	4	10	9	19	17	41	9	1	192	7,5	375	14,6	2.568
Castilla y León	2.872	40	8	2.920	75,8	66	48	1	1	18	29	24	25	46	14	26	299	7,8	632	16,4	3.851
Extremadura	1.628	0	5	1.633	84,7	1	2	0	1	2	6	14	6	17	2	10	62	3,2	232	12,1	1.927
La Rioja	265	6	7	277	80,8	11	2	0			2	7	3	5	1	1	32	9,4	33	9,8	343
Madrid	5.078	416		5.494	71,2	39	229	1	17	7	56	110	88	94	17	46	703	9,1	1.525	19,7	7.722
Murcia	1.236		6	1.242	74,4		131		2		1	14	9	18	3	8	187	11,2	240	14,4	1.669
Ceuta	49			49	57,1		14				0	1	1	2	0	0	19	22,1	18	20,8	86
Melilla	51	1	1	52	52,2		7				2	1	2	1	1	0	14	14,0	34	33,8	100
INSALUD	17.291	643	46	17.980	75,6	251	505	7	33	54	136	223	181	268	58	100	1.817	7,6	3.989	16,8	23.786

CAPÍTULO IV (Farmacia)

C. Autónoma	C.C. PRINCIPALES					C.C. AUXILIARES: UNIDADES DE APOYO													CC. Estructural		TOTAL
	EAP	CUPO	APD	Total	%	PAC	SNU	Pedia Area	ESAD	UAM	USM	Fisio-terap.	UPPO	Odont	T.S.	A. Esp	Total	%	CCE	%	
Aragón	27.591	1.520	136	29.247	95,5	79		0	0	0	0	0	1	24	0	0	104	0,3	1.265	4,1	30.616
Asturias	25.392	2.062	166	27.620	97,1	25	28	0	0	0	0	0	0	31	0	0	84	0,3	749	2,6	28.454
Baleares	15.282	646	0	15.928	96,8	17	39	0	0	0	0	0	0	14	0	0	70	0,4	458	2,8	16.456
Cantabria	10.639	244	805	11.687	95,6	2	6	0	0	1	0	0	0	12	0	0	20	0,2	518	4,2	12.226
C. La Mancha	44.040	199	248	44.486	97,2	43	1	3	2	0	0	0	0	43	0	0	93	0,2	1.212	2,6	45.791
Castilla y León	53.723	1.961	629	56.313	96,6	50	17	20	0	0	16	0	0	36	0	0	139	0,2	1.819	3,1	58.272
Extremadura	26.206	260	794	27.260	98,2	24	19	5	0	0	0	0	0	21	0	0	69	0,2	440	1,6	27.769
La Rioja	5.728	239	506	6.473	98,5	8	2	0			0	0	0	4	0	0	14	0,2	83	1,3	6.570
Madrid	76.496	11.796		88.292	94,4	0	30	0	10	0	0	0	0	87	0	0	127	0,1	5.137	5,5	93.556
Murcia	28.031		621	28.652	97,1		1		0		0	0	0	31	0	0	32	0,1	835	2,8	29.519
Ceuta	912			912	93,5		1				0	0	0	4	0	0	5	0,5	58	5,9	976
Melilla	644	5	32	682	95,4		3				0	0	0	2	0	0	5	0,7	28	3,9	715
INSALUD	314.683	18.932	3.939	337.554	96,2	248	146	29	12	1	16	1	1	310	0	0	763	0,2	12.603	3,6	350.919

TOTAL (Capítulos I + II + IV)

C. Autónoma	C.C. PRINCIPALES					C.C. AUXILIARES: UNIDADES DE APOYO													CC. Estructural		TOTAL
	EAP	CUPO	APD	Total	%	PAC	SNU	Pedia Area	ESAD	UAM	USM	Fisio-terap.	UPPO	Odont	T.S.	A. Esp	Total	%	CCE	%	
Aragón	42.601	1.961	159	44.722	91,8	419	0	31	36	63	179	148	218	280	156	0	1.530	3,1	2.465	5,1	48.717
Asturias	38.177	2.696	203	41.075	91,8	381	274	8	7	13	33	188	178	327	111	0	1.521	3,4	2.172	4,9	44.768
Baleares	23.347	962	7	24.317	89,2	203	520	7	30	55	113	107	162	167	43	17	1.424	5,2	1.517	5,6	27.259
Cantabria	16.154	280	1.023	17.457	91,1	103	151	17	5	12	63	64	59	107	36	2	618	3,2	1.096	5,7	19.171
C. La Mancha	65.030	284	476	65.790	92,7	626	65	47	33	49	139	216	258	502	169	4	2.110	3,0	3.059	4,3	70.958
Castilla y León	85.610	2.575	885	89.070	91,5	557	490	184	15	102	285	368	458	697	322	96	3.574	3,7	4.726	4,9	97.369
Extremadura	40.134	305	1.016	41.455	94,1	51	127	52	6	30	121	215	92	267	114	27	1.101	2,5	1.505	3,4	44.061
La Rioja	8.495	360	600	9.456	91,5	86	77	21	0	0	52	67	42	68	31	19	463	4,5	417	4,0	10.336
Madrid	123.707	15.968	0	139.675	88,8	281	2.308	7	184	36	391	660	1.010	1.319	386	74	6.655	4,2	10.994	7,0	157.324
Murcia	39.669	0	694	40.363	90,2	0	1.706	0	29	6	49	138	214	277	62	8	2.489	5,6	1.906	4,3	44.757
Ceuta	1.561	0	0	1.561	78,3	0	109	0	0	0	18	12	19	33	11	0	202	10,1	230	11,6	1.994
Melilla	1.311	19	51	1.381	78,3	0	88	0	0	2	21	14	28	23	11	0	187	10,6	197	11,2	1.765
INSALUD	485.796	25.410	5.115	516.321	90,8	2.706	5.915	375	346	368	1.465	2.198	2.738	4.066	1.453	245	21.874	3,8	30.283	5,3	568.479

ANEXO VII.9

IMPUTACIÓN DE COSTES 2000 - Coste por Tipo de Centro (Programas 2121 y 2627)

CAPÍTULO I (Gastos de Personal)

C. AUTÓNOMA	C.C. Principales		C.C. Auxiliares		CC. Estructural		061		Programa 2121		Programa 2627		TOTAL
	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	
ARAGÓN	13.906	78,7	1.319	7,5	974	5,5	539	3,1	16.738	94,8	923	5,2	17.661
ASTURIAS	12.081	77,0	1.361	8,7	1.142	7,3	139	0,9	14.722	93,8	975	6,2	15.698
BALEARES	7.561	71,2	1.266	11,9	803	7,6	508	4,8	10.139	95,4	487	4,6	10.626
CANTABRIA	5.229	74,5	560	8,0	440	6,3	311	4,4	6.539	93,1	484	6,9	7.023
C. LA MANCHA	19.302	79,9	1.825	7,6	1.472	6,1	407	1,7	23.005	95,3	1.138	4,7	24.144
CAST. Y LEÓN	29.837	78,9	3.135	8,3	2.275	6,0	411	1,1	35.658	94,3	2.141	5,7	37.799
EXTREMADURA	12.563	81,5	971	6,3	832	5,4	338	2,2	14.703	95,3	718	4,7	15.421
LA RIOJA	2.705	70,6	417	10,9	301	7,9	180	4,7	3.603	94,0	228	6,0	3.832
MADRID	45.888	75,0	5.825	9,5	4.332	7,1	2.492	4,1	58.537	95,6	2.683	4,4	61.220
MURCIA	10.468	68,6	2.270	14,9	830	5,4	901	5,9	14.470	94,8	789	5,2	15.258
CEUTA	599	60,1	178	17,8	155	15,5	58	5,8	990	99,3	7	0,7	997
MELILLA	647	61,8	168	16,0	135	12,9	94	9,0	1.044	99,7	3	0,3	1.047
INSALUD	160.787	76,3	19.295	9,2	13.691	6,5	6.377	3,0	200.150	95,0	10.575	5,0	210.725

CAPÍTULO II (Gastos corrientes en bienes y servicios)

C. AUTÓNOMA	C.C. Principales		C.C. Auxiliares		CC. Estructural		061		Programa 2121		Programa 2627		TOTAL
	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	
ARAGÓN	1.569	75,4	107	5,1	226	10,9	179	8,6	2.081	100,0		0,0	2.081
ASTURIAS	1.374	77,9	76	4,3	280	15,9	34	1,9	1.764	100,0		0,0	1.764
BALEARES	828	65,3	88	6,9	256	20,2	96	7,6	1.268	100,0		0,0	1.268
CANTABRIA	541	51,8	38	3,7	138	13,2	326	31,3	1.043	100,0		0,0	1.043
C. LA MANCHA	2.001	73,4	192	7,1	375	13,7	159	5,8	2.727	100,0		0,0	2.727
CAST. Y LEÓN	2.920	72,2	299	7,4	632	15,6	192	4,7	4.043	100,0		0,0	4.043
EXTREMADURA	1.633	79,3	62	3,0	232	11,3	131	6,4	2.058	100,0		0,0	2.058
LA RIOJA	277	62,0	32	7,2	33	7,5	104	23,3	447	100,0		0,0	447
MADRID	5.494	65,1	703	8,3	1.525	18,1	713	8,5	8.435	100,0		0,0	8.435
MURCIA	1.242	66,2	187	10,0	240	12,8	207	11,0	1.876	100,0		0,0	1.876
CEUTA	49	46,7	19	18,1	18	17,1	19	18,1	105	100,0		0,0	105
MELILLA	52	33,7	14	9,1	34	21,8	55	35,4	155	100,0		0,0	155
INSALUD	17.980	69,2	1.817	7,0	3.989	15,3	2.215	8,5	26.001	100,0	0	0,0	26.001

CAPÍTULO IV (Farmacia)

C. AUTÓNOMA	C.C. Principales		C.C. Auxiliares		CC. Estructural		061		Programa 2121		Programa 2627		TOTAL
	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	
ARAGÓN	29.247	95,5	104	0,3	1.265	4,1		0,0	30.616	100,0		0,0	30.616
ASTURIAS	27.620	97,1	84	0,3	749	2,6		0,0	28.454	100,0		0,0	28.454
BALEARES	15.928	96,8	70	0,4	458	2,8		0,0	16.456	100,0		0,0	16.456
CANTABRIA	11.687	95,6	20	0,2	518	4,2		0,0	12.226	100,0		0,0	12.226
C. LA MANCHA	44.486	97,2	93	0,2	1.212	2,6		0,0	45.791	100,0		0,0	45.791
CAST. Y LEÓN	56.313	96,6	139	0,2	1.819	3,1		0,0	58.272	100,0		0,0	58.272
EXTREMADURA	27.260	98,2	69	0,2	440	1,6		0,0	27.769	100,0		0,0	27.769
LA RIOJA	6.473	98,5	14	0,2	83	1,3		0,0	6.570	100,0		0,0	6.570
MADRID	88.292	94,4	127	0,1	5.137	5,5		0,0	93.556	100,0		0,0	93.556
MURCIA	28.652	97,1	32	0,1	835	2,8		0,0	29.519	100,0		0,0	29.519
CEUTA	912	93,5	5	0,5	58	5,9		0,0	976	100,0		0,0	976
MELILLA	682	95,4	5	0,7	28	3,9		0,0	715	100,0		0,0	715
INSALUD	337.554	96,2	763	0,2	12.603	3,6		0,0	350.919	100,0	0	0,0	350.919

TOTAL (Capítulos I + II + IV)

C. AUTÓNOMA	C.C. Principales		C.C. Auxiliares		CC. Estructural		061		Programa 2121		Programa 2627		TOTAL
	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	Millones Ptas.	%	
ARAGÓN	44.722	88,8	1.530	3,0	2.465	4,9	718	1,4	49.435	98,2	923	1,8	50.358
ASTURIAS	41.075	89,5	1.521	3,3	2.172	4,7	173	0,4	44.941	97,9	975	2,1	45.916
BALEARES	24.317	85,8	1.424	5,0	1.517	5,4	604	2,1	27.863	98,3	487	1,7	28.350
CANTABRIA	17.457	86,0	618	3,0	1.096	5,4	637	3,1	19.808	97,6	484	2,4	20.291
C. LA MANCHA	65.790	90,5	2.110	2,9	3.059	4,2	566	0,8	71.524	98,4	1.138	1,6	72.662
CAST. Y LEÓN	89.070	89,0	3.574	3,6	4.726	4,7	603	0,6	97.972	97,9	2.141	2,1	100.113
EXTREMADURA	41.455	91,6	1.101	2,4	1.505	3,3	469	1,0	44.530	98,4	718	1,6	45.248
LA RIOJA	9.456	87,2	463	4,3	417	3,8	284	2,6	10.620	97,9	228	2,1	10.848
MADRID	139.675	85,6	6.655	4,1	10.994	6,7	3.205	2,0	160.528	98,4	2.683	1,6	163.211
MURCIA	40.363	86,5	2.489	5,3	1.906	4,1	1.108	2,4	45.865	98,3	789	1,7	46.653
CEUTA	1.561	75,1	202	9,7	230	11,1	77	3,7	2.071	99,7	7	0,3	2.077
MELILLA	1.381	72,0	187	9,8	197	10,3	149	7,8	1.914	99,8	3	0,2	1.917
INSALUD	516.321	87,9	21.874	3,7	30.283	5,2	8.592	1,5	577.071	98,2	10.575	1,8	587.646

ANEXO VII. 10

**IMPUTACION DE COSTES. Nº DE EAP Y Nº DE HABITANTES
SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DE LA ZONA BÁSICA Y FACTOR DE DISPERSIÓN**
Nº DE EAP SEGÚN FACTOR DE DISPERSIÓN DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

COMUNIDAD AUTÓNOMA	G 1		G 2		G 3		G 4		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ARAGÓN	26	21,8	11	9,2	20	16,8	62	52,1	119
ASTURIAS	5	6,5	22	28,6	15	19,5	35	45,5	77
BALEARES	10	23,3	18	41,9	14	32,6	1	2,3	43
CANTABRIA	4	10,8	11	29,7	6	16,2	16	43,2	37
C. LA MANCHA	29	15,5	23	12,3	49	26,2	86	46,0	187
C. Y LEÓN	48	20,5	17	7,3	35	15,0	134	57,3	234
EXTREMADURA	2	2,0	21	21,4	50	51,0	25	25,5	98
LA RIOJA	4	22,2	2	11,1	7	38,9	5	27,8	18
MADRID	225	81,5	27	9,8	18	6,5	6	2,2	276
MURCIA	6	8,2	42	57,5	18	24,7	7	9,6	73
CEUTA	3	100,0	-	-	-	-	-	-	3
MELILLA	4	100,0	-	-	-	-	-	-	4
Global INSALUD	366	31,3	194	16,6	232	19,8	377	32,2	1.169

Nº EAP SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD

COMUNIDAD AUTÓNOMA	De 0 a 1.000	De 1.001 a 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 15.000	De 15.001 a 20.000	De 20.001 a 25.000	De 25.001 a 30.000	más de 30.000	TOTAL
ARAGÓN	3	48	22	22	11	8	5	-	119
ASTURIAS	3	13	17	14	15	8	4	3	77
BALEARES	-	-	8	12	9	6	5	3	43
CANTABRIA	-	5	12	8	5	4	2	1	37
C. LA MANCHA	7	65	53	29	16	12	5	-	187
C. Y LEÓN	2	78	55	42	36	17	2	2	234
EXTREMADURA	-	28	34	14	13	6	2	1	98
LA RIOJA	1	2	3	8	1	1	1	1	18
MADRID	-	11	37	97	67	38	20	6	276
MURCIA	-	4	17	17	20	9	3	3	73
CEUTA	-	-	-	-	2	1	-	-	3
MELILLA	-	-	1	3	-	-	-	-	4
Global INSALUD	16	254	259	266	195	110	49	20	1.169

Nº DE HABITANTES SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL DE LA ZONA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	De 0 a 1.000	De 1.001 a 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 15.000	De 15.001 a 20.000	De 20.001 a 25.000	De 25.001 a 30.000	más de 30.000	TOTAL
ARAGÓN	2.767	133.027	150.641	275.714	200.362	184.699	143.710	-	1.090.920
ASTURIAS	2.164	30.198	128.638	176.777	266.532	182.979	104.503	93.968	985.759
BALEARES	-	-	60.072	152.846	159.149	133.867	134.382	93.727	734.043
CANTABRIA	-	19.274	83.043	102.820	90.320	92.704	57.975	32.959	479.095
C. LA MANCHA	5.589	197.119	380.058	350.929	284.001	264.285	137.316	-	1.619.297
C. Y LEÓN	1.585	257.385	384.758	509.006	630.556	372.038	53.617	61.665	2.270.610
EXTREMADURA	-	93.581	253.906	171.935	226.643	137.109	50.046	30.167	963.387
LA RIOJA	372	5.966	20.472	104.064	19.391	22.979	25.315	32.139	230.698
MADRID	-	36.884	294.588	1.222.547	1.168.238	848.105	549.862	210.624	4.330.848
MURCIA	-	16.952	129.638	204.480	347.974	198.651	81.560	95.328	1.074.583
CEUTA	-	-	-	-	32.238	22.682	-	-	54.920
MELILLA	-	-	9.489	38.998	-	-	-	-	48.487
Global INSALUD	12.477	790.386	1.895.303	3.310.116	3.425.404	2.460.098	1.338.286	650.577	13.882.647

Nº DE HABITANTES SEGÚN FACTOR DE DISPERSIÓN DE LA ZONA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	G1		G2		G3		G4		Total	
	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%
ARAGÓN	497.998	45,6	165.181	15,1	175.993	16,1	251.748	23,1	1.090.920	7,9
ASTURIAS	90.215	9,2	425.125	43,1	228.660	23,2	241.759	24,5	985.759	7,1
BALEARES	195.554	26,6	308.585	42,0	224.726	30,6	5.178	0,7	734.043	5,3
CANTABRIA	98.548	20,6	169.594	35,4	89.192	18,6	121.761	25,4	479.095	3,5
C. LA MANCHA	358.281	22,1	344.736	21,3	529.094	32,7	387.186	23,9	1.619.297	11,7
C. Y LEÓN	824.011	36,3	241.119	10,6	415.207	18,3	790.273	34,8	2.270.610	16,4
EXTREMADURA	41.273	4,3	315.935	32,8	475.067	49,3	131.112	13,6	963.387	6,9
LA RIOJA	61.195	26,5	51.530	22,3	85.487	37,1	32.486	14,1	230.698	1,7
MADRID	3.519.456	81,3	523.102	12,1	241.515	5,6	46.775	1,1	4.330.848	31,2
MURCIA	99.139	9,2	680.670	63,3	222.968	20,7	71.806	6,7	1.074.583	7,7
CEUTA	54.920	100,0	-	-	-	-	-	-	54.920	0,4
MELILLA	48.487	100,0	-	-	-	-	-	-	48.487	0,3
Global INSALUD	5.889.077	42,4	3.225.577	23,2	2.687.909	19,4	2.080.084	15,0	13.882.647	

ANEXO VII.11

COSTE MEDIO POR HABITANTE SEGUN TAMAÑO POBLACIONAL Y FACTOR DE DISPERSION
Programa 2121 (Costes directos e indirectos) No incluido 061

CAPÍTULO I (Personal)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	63.867	380,9	48.726	266,9	50.209	278,1
1.001 - 5.000	18.029	35,8	16.916	27,4	18.045	35,9	24.114	81,6	22.561	69,9
5.001 - 10.000	13.063	(1,6)	13.290	0,1	14.846	11,8	17.125	28,9	15.229	14,7
10.001 - 15.000	12.373	(6,8)	12.805	(3,6)	13.737	3,4	15.129	13,9	13.156	(0,9)
15.001 - 20.000	11.681	(12,0)	12.404	(6,6)	12.620	(5,0)	15.480	16,6	12.222	(8,0)
20.001 - 25.000	11.475	(13,6)	12.122	(8,7)	12.830	(3,4)	13.920	4,8	11.914	(10,3)
25.001 - 30.000	11.173	(15,9)	11.254	(15,3)	11.899	(10,4)	-	-	11.356	(14,5)
más de 30.000	10.508	(20,9)	11.010	(17,1)	11.598	(12,7)	-	-	10.961	(17,5)
Global INSALUD	11.835	(10,9)	12.224	(8,0)	13.590	2,3	18.615	40,2	13.281	

CAPÍTULO II (Bienes y Servicios)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	5.183	217,8	4.824	195,8	4.859	197,9
1.001 - 5.000	1.883	15,5	2.288	40,3	2.532	55,2	2.687	64,7	2.614	60,3
5.001 - 10.000	2.126	30,3	1.869	14,6	1.912	17,2	1.901	16,6	1.939	18,9
10.001 - 15.000	1.654	1,4	1.638	0,4	1.701	4,3	1.638	0,4	1.662	1,9
15.001 - 20.000	1.521	(6,7)	1.406	(13,8)	1.562	(4,2)	1.860	14,0	1.513	(7,2)
20.001 - 25.000	1.415	(13,2)	1.385	(15,1)	1.648	1,0	1.739	6,6	1.446	(11,3)
25.001 - 30.000	1.339	(17,9)	1.375	(15,7)	1.362	(16,5)	-	-	1.355	(16,9)
más de 30.000	1.183	(27,5)	1.158	(29,0)	1.468	(10,0)	-	-	1.209	(25,9)
Global INSALUD	1.538	(5,7)	1.451	(11,0)	1.706	4,6	2.076	27,3	1.631	

CAPÍTULO IV (Farmacia)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	44.048	87,4	35.019	49,0	35.903	52,8
1.001 - 5.000	25.004	6,4	25.166	7,1	33.163	41,1	32.946	40,2	32.352	37,7
5.001 - 10.000	21.007	(10,6)	26.172	11,4	28.449	21,1	30.227	28,6	27.519	17,1
10.001 - 15.000	20.428	(13,1)	26.134	11,2	27.318	16,2	28.062	19,4	24.029	2,3
15.001 - 20.000	20.361	(13,4)	22.745	(3,2)	24.804	5,5	27.692	17,8	22.052	(6,2)
20.001 - 25.000	20.214	(14,0)	21.110	(10,2)	24.058	2,4	26.884	14,4	21.177	(9,9)
25.001 - 30.000	20.662	(12,1)	20.314	(13,6)	22.304	(5,1)	-	-	20.928	(10,9)
más de 30.000	19.413	(17,4)	20.172	(14,2)	18.987	(19,2)	-	-	19.802	(15,7)
Global INSALUD	20.411	(13,1)	22.606	(3,8)	26.130	11,2	30.231	28,6	23.500	

CAPÍTULOS I + II + IV

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media	Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	113.098	194,4	88.569	130,6	90.971	136,8
1.001 - 5.000	44.916	16,9	44.370	15,5	53.739	39,9	59.747	55,5	57.526	49,8
5.001 - 10.000	36.196	(5,8)	41.330	7,6	45.208	17,7	49.253	28,2	44.687	16,3
10.001 - 15.000	34.456	(10,3)	40.577	5,6	42.756	11,3	44.829	16,7	38.847	1,1
15.001 - 20.000	33.563	(12,6)	36.555	(4,8)	38.986	1,5	45.031	17,2	35.786	(6,8)
20.001 - 25.000	33.104	(13,8)	34.617	(9,9)	38.536	0,3	42.543	10,8	34.538	(10,1)
25.001 - 30.000	33.175	(13,6)	32.943	(14,2)	35.565	(7,4)	-	-	33.639	(12,4)
más de 30.000	31.103	(19,0)	32.340	(15,8)	32.054	(16,5)	-	-	31.972	(16,8)
INSALUD	33.784	(12,0)	36.281	(5,5)	41.425	7,8	50.922	32,6	38.411	

ANEXO VII.12

COSTE MEDIO DE EAP SEGÚN TAMAÑO POBLACIONAL Y FACTOR DE DISPERSIÓN
Programa 2121 (Costes directos e indirectos) No incluido 061

CAPÍTULO I (Personal)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	39	(75,3)	39	(75,3)	39	(75,3)
1.001 - 5.000	53	(66,5)	72	(54,4)	68	(57,0)	71	(55,1)	70	(55,7)
5.001 - 10.000	102	(35,4)	105	(33,5)	109	(31,0)	118	(25,3)	111	(29,7)
10.001 - 15.000	157	(0,6)	157	(0,6)	167	5,7	188	19,0	164	3,8
15.001 - 20.000	206	30,4	221	39,9	218	38,0	260	64,6	215	36,1
20.001 - 25.000	257	62,7	272	72,2	284	79,7	313	98,1	266	68,4
25.001 - 30.000	309	95,6	303	91,8	320	102,5	-	-	310	96,2
más de 30.000	362	129,1	354	124,1	359	127,2	-	-	357	125,9
Global INSALUD	190	20,3	203	28,5	157	(0,6)	103	(34,8)	158	

CAPÍTULO II (Bienes y Servicios)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	3	(84,2)	4	(78,9)	4	(78,9)
1.001 - 5.000	6	(68,4)	10	(47,4)	10	(47,4)	8	(57,9)	8	(57,9)
5.001 - 10.000	17	(10,5)	15	(21,1)	14	(26,3)	13	(31,6)	14	(26,3)
10.001 - 15.000	21	10,5	20	5,3	21	10,5	20	5,3	21	10,5
15.001 - 20.000	27	42,1	25	31,6	27	42,1	31	63,2	27	42,1
20.001 - 25.000	32	68,4	31	63,2	36	89,5	39	105,3	32	68,4
25.001 - 30.000	37	94,7	37	94,7	37	94,7	-	-	37	94,7
más de 30.000	41	115,8	37	94,7	45	136,8	-	-	39	105,3
Global INSALUD	25	31,6	24	26,3	20	5,3	11	(42,1)	19	

CAPÍTULO IV (Farmacia)

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	27	(90,3)	28	(90,0)	28	(90,0)
1.001 - 5.000	73	(73,8)	108	(61,3)	125	(55,2)	97	(65,2)	101	(63,8)
5.001 - 10.000	164	(41,2)	206	(26,2)	210	(24,7)	209	(25,1)	201	(28,0)
10.001 - 15.000	259	(7,2)	320	14,7	331	18,6	348	24,7	299	7,2
15.001 - 20.000	359	28,7	405	45,2	428	53,4	466	67,0	387	38,7
20.001 - 25.000	452	62,0	474	69,9	533	91,0	604	116,5	474	69,9
25.001 - 30.000	573	105,4	547	96,1	600	115,1	-	-	572	105,0
más de 30.000	668	139,4	648	132,3	588	110,8	-	-	644	130,8
Global INSALUD	328	17,6	376	34,8	302	8,2	167	(40,1)	279	

CAPÍTULOS I + II + IV

POBLACIÓN EAP Nº de habitantes	G 1		G 2		G 3		G 4		Global INSALUD	
	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media	Millones Ptas.	% s/media
0 - 1.000	-	-	-	-	69	(84,9)	71	(84,4)	71	(84,4)
1.001 - 5.000	131	(71,3)	190	(58,3)	203	(55,5)	177	(61,2)	179	(60,7)
5.001 - 10.000	282	(38,2)	326	(28,5)	333	(27,0)	341	(25,2)	327	(28,3)
10.001 - 15.000	437	(4,2)	497	9,0	519	13,8	557	22,1	483	5,9
15.001 - 20.000	591	29,6	651	42,8	672	47,4	757	66,0	629	37,9
20.001 - 25.000	741	62,5	777	70,4	853	87,1	955	109,4	772	69,3
25.001 - 30.000	919	101,5	887	94,5	957	109,9	-	-	919	101,5
más de 30.000	1.070	134,6	1.039	127,9	993	117,8	-	-	1.040	128,1
Global INSALUD	544	19,3	603	32,2	480	5,3	281	(38,4)	456	

VII.2. CAPÍTULO IV: FARMACIA

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Del Moral González, Tomás / Benedí González, Alicia / Laviña Rodríguez, Almudena / Gómez Juanes, Vicente / Ávila Muñoz, Luisa

Tal y como ha sido indicado en el capítulo relativo a la Prestación Farmacéutica, el presupuesto del Cap. IV (Farmacia) viene suponiendo porcentajes muy importantes del total del Capítulo Presupuestario de Atención Primaria con valores de entre el 56,2% en 1994 y el 61,2% en el año 2001. Por ello, la elaboración de la propuesta de presupuesto por parte de la Subdirección General de Atención Primaria ha sido un aspecto relevante dentro de su gestión. En todo momento el objetivo ha sido dotar a las Gerencias de Atención Primaria de presupuesto suficiente que permitiera gestionar la prestación farmacéutica. Sin embargo, la amplia variabilidad en el gasto farmacéutico entre las Comunidades Autónomas del INSALUD, provincias, Gerencias de Atención Primaria e incluso Equipos de un mismo Área ha añadido una elevada complejidad a la tarea de distribuir presupuestos e incrementos presupuestarios, en ocasiones limitados, entre los distintos ámbitos, de manera que fueran ajustados a las posibilidades de gestión. Por otro lado, los sistemas de información no recogen, en estos momentos, datos sobre los factores que se han identificado en múltiples publicaciones, como determinantes en el gasto farmacéutico.

La situación antes descrita ha hecho que el presupuesto farmacéutico y los criterios para su asignación hayan sido motivo continuo de intentos de mejora que se han visto frenados al carecerse, como ya ha sido indicado, de la información necesaria.

a) Criterios de asignación

Con carácter general se puede afirmar que la distribución presupuestaria se ha efectuado sobre la base de criterios poblacionales. El procedimiento seguido podría ser resumido de la siguiente manera: la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD efectúa la propuesta de incremento anual presupuestario sobre la base de la tendencia histórica del gasto farmacéutico, las variaciones poblacionales y la repercusión que se estima puedan tener tanto las medidas estructurales acometidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como las medidas propias de su gestión. Para ello, se realizan estudios específicos sobre el consumo farmacéutico en el INSALUD. Esta propuesta, elevada a la Subdirección General de Control Económico y Presupuestario y resto del Sistema Nacional de Salud, se ve matizada según el presupuesto definitivo que se asigna a este Organismo.

A partir de ese momento, la secuencia de actuación sería la siguiente:

- Se elabora una propuesta de distribución del presupuesto por comunidad Autónoma de acuerdo con su incremento poblacional según la base de datos de Tarjeta Sanitaria individual y utilizando un factor de ponderación de la población, lo que se traduce en un crecimiento interanual por comunidad autónoma. En el caso de que la comparación del presupuesto resultante con el gasto del año anterior señale un crecimiento negativo, se aplica un factor corrector, de manera que en ningún caso el presupuesto asignado para un año sea inferior al gasto del año anterior. La propuesta de distribución se remite desde la Subdirección General de Atención Primaria a la Subdirección General de Control Económico y Presupuestario, siendo esta última Subdirección la que, teniendo en cuenta el total del presupuesto asignado a cada comunidad autónoma y la diferencia respecto de la media del INSALUD, puede proponer su modificación a la Subdirección General de Atención Primaria.
- Una vez establecido el presupuesto por comunidad autónoma se procede a la distribución entre provincias. Para ello se consolida el presupuesto del año anterior y se distribuye la cantidad que resta con criterios poblacionales. Al igual que ocurre a nivel de comunidad autónoma, la población utilizada es la de tarjeta sanitaria individual (Farmacia) y se efectúa una ponderación de la población basada en la evidencia del mayor consumo y gasto farmacéutico por la población pensionista. La fórmula es:

Personas con consideración de activos x 1 + personas con consideración de pensionistas x GPA (relación entre el gasto medio de una persona pensionista respecto a un activo)

- Además del ajuste por población pensionista ya indicado, es relativamente frecuente en ámbitos provinciales que se utilicen otros ajustes, entre ellos, población mayor de 75 años, población en residencias de tercera edad, desplazados a segundas viviendas, etc., siempre que se disponga de la información necesaria y, generalmente, previa conformidad de los implicados.

b) Evolución

Las cifras absolutas y las relativas a la asignación del presupuesto del Cap. IV Farmacia así como su distribución por comunidades autónomas durante el período comprendido entre el año 1994 y el 2001, han sido facilitados en el primer apartado de este capítulo. Estos datos son complementados con una serie informativa referida principalmente al gasto y su evolución entre los años 1997 y 2001, diferenciando entre Atención Primaria y Atención Especializada. El año de partida es 1997, ya que no es hasta final de 1996 cuando se establece la regulación de la prescripción médica en Atención Especializada.

TABLA I. INCREMENTO DEL PRESUPUESTO Y GASTO DE FARMACIA A NIVEL DE CC.AA. Y DIRECCIONES PROVINCIALES DURANTE EL PERÍODO 1997/2001

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	1997				1998				1999			
		PRESUPUESTO	% Δ 97/96	GASTO	% Δ 97/96	PRESUPUESTO	% Δ 98/97	GASTO	% Δ 98/97	PRESUPUESTO	% Δ 99/98	GASTO	% Δ 99/98
ARAGÓN	HUESCA	4.628.894.000	12,79%	4.684.786.607	10,70%	4.864.373.000	5,09%	5.049.127.135	7,78%	5.298.754.000	8,93%	5.574.686.174	10,41%
	TERUEL	3.552.909.000	14,76%	3.534.721.217	7,83%	3.727.376.000	4,91%	3.810.286.851	7,80%	4.070.418.000	9,20%	4.224.229.418	10,86%
	ZARAGOZA	19.316.384.001	13,59%	19.289.761.751	9,22%	20.200.886.000	4,58%	21.221.836.074	10,02%	22.086.839.000	9,34%	23.689.382.274	11,63%
		27.498.187.001	13,61%	27.509.269.575	9,29%	28.792.635.000	4,71%	30.081.250.060	9,35%	31.456.011.000	9,25%	33.488.297.866	11,33%
ASTURIAS	OVIEDO	24.895.378.000	19,43%	25.106.672.604	10,64%	26.212.930.020	5,29%	27.734.941.848	10,47%	28.941.014.000	10,41%	30.631.559.578	10,44%
BALEARES	BALEARES	13.842.445.000	13,49%	13.827.638.900	12,86%	14.541.460.000	5,05%	15.379.538.873	11,22%	16.258.306.000	11,81%	17.158.132.698	11,56%
CANTABRIA	SANTANDER	10.972.604.000	11,23%	11.174.714.501	10,39%	11.562.746.000	5,38%	12.404.788.927	11,01%	13.104.287.000	13,33%	13.572.754.356	9,42%
C. LA MANCHA	ALBACETE	7.804.942.000	12,38%	8.029.359.839	8,81%	8.177.124.000	4,77%	8.896.656.958	10,80%	9.330.593.000	14,11%	9.866.334.690	10,90%
	CIUDAD REAL	11.577.920.000	13,00%	11.611.693.097	7,94%	12.107.401.000	4,57%	12.756.078.365	9,86%	13.627.076.000	12,55%	13.660.586.308	7,09%
	CUENCA	4.636.130.000	13,85%	4.719.365.062	9,24%	4.873.450.000	5,12%	5.185.027.920	9,87%	5.497.505.000	12,81%	5.772.466.038	11,33%
	GUADALAJARA	3.279.976.000	14,80%	3.427.618.409	11,15%	3.481.000.000	6,13%	3.897.690.142	13,71%	4.072.599.000	17,00%	4.314.367.439	10,69%
	TOLEDO	11.685.134.000	13,85%	11.812.938.568	7,66%	12.207.771.000	4,47%	13.185.277.539	11,62%	13.820.507.000	13,21%	14.460.594.085	9,67%
		38.984.102.000	13,38%	39.600.974.975	8,46%	40.846.746.000	4,78%	43.920.730.924	10,91%	46.348.280.000	13,47%	48.074.348.560	9,46%
C. Y LEÓN	ÁVILA	3.864.953.000	14,01%	3.889.969.589	9,74%	4.065.283.000	5,18%	4.342.115.023	11,62%	4.593.715.000	13,00%	4.769.711.938	9,85%
	BURGOS	6.779.313.000	12,96%	6.815.275.708	9,81%	7.142.001.000	5,35%	7.530.844.015	10,50%	7.999.621.000	12,01%	8.504.940.031	12,93%
	LEÓN	11.107.744.000	11,97%	10.947.807.878	8,44%	11.733.373.000	5,63%	12.059.840.495	10,16%	12.836.893.000	9,40%	13.527.829.908	12,17%
	PALENCIA	3.309.762.000	11,48%	3.207.549.698	8,57%	3.519.388.000	6,33%	3.594.193.631	12,05%	3.846.315.000	9,29%	3.946.881.490	9,81%
	SALAMANCA	7.402.996.000	13,44%	7.370.923.192	9,48%	7.803.502.000	5,41%	8.177.913.078	10,95%	8.720.453.000	11,75%	9.054.778.988	10,72%
	SEGOVIA	2.985.673.000	13,61%	2.945.843.209	9,10%	3.140.856.000	5,20%	3.230.647.422	9,67%	3.413.516.000	8,68%	3.577.540.453	10,74%
	SORIA	1.978.423.000	10,96%	1.963.526.921	11,11%	2.085.595.000	5,42%	2.165.267.339	10,27%	2.290.870.000	9,84%	2.406.236.476	11,13%
	VALLADOLID	9.259.489.000	10,32%	8.913.093.506	7,31%	9.772.102.000	5,54%	9.846.247.051	10,47%	10.586.282.000	8,33%	10.760.233.724	9,28%
	ZAMORA	4.555.080.000	15,32%	4.375.521.575	7,29%	4.814.587.000	5,70%	4.868.926.452	11,28%	5.273.934.000	9,54%	5.379.826.673	10,49%
		51.243.433.000	12,47%	50.429.511.276	8,72%	54.076.687.000	5,53%	55.815.994.506	10,68%	59.561.599.000	10,14%	61.927.979.681	10,95%
EXTREMADURA	BADAJOS	15.157.760.000	10,96%	15.122.719.888	6,10%	15.838.377.000	4,49%	16.397.925.618	8,43%	17.413.870.000	9,95%	18.008.955.896	9,82%
	CÁCERES	8.869.344.800	11,06%	8.858.887.358	4,58%	9.310.595.000	4,98%	9.790.148.759	10,51%	10.331.291.000	10,96%	10.856.348.266	10,89%
		24.027.104.800	11,00%	23.981.607.246	5,54%	25.148.972.000	4,67%	26.188.074.377	9,20%	27.745.161.000	10,32%	28.865.304.162	10,22%
LA RIOJA	LOGROÑO	5.702.556.000	11,99%	5.683.664.103	7,86%	5.994.744.000	5,12%	6.339.409.817	11,54%	6.646.389.000	10,87%	6.955.816.252	9,72%
MADRID	MADRID	88.054.819.000	12,27%	85.687.390.620	7,07%	92.486.067.000	5,03%	95.096.866.419	10,98%	101.308.261.000	9,54%	104.301.567.819	9,68%
MURCIA	MURCIA	24.329.985.000	14,88%	24.666.455.698	10,81%	25.389.884.000	4,36%	26.925.563.483	9,16%	28.347.491.000	11,65%	30.633.701.369	13,77%
CEUTA	CEUTA	940.003.000	10,98%	939.886.836	7,20%	985.098.000	4,80%	1.028.719.976	9,45%	1.081.714.000	9,81%	1.115.498.135	8,44%
MELILLA	MELILLA	815.035.000	14,63%	722.494.458	3,35%	866.448.000	6,31%	783.569.519	8,45%	866.487.000	0,00%	821.023.910	4,78%
INSALUD		311.305.651.801	13,22%	309.330.280.792	8,54%	326.904.417.020	5,01%	341.699.448.729	10,46%	361.665.000.000	10,63%	377.545.984.386	10,49%

TABLA I bis. INCREMENTO DEL PRESUPUESTO Y GASTO DE FARMACIA A NIVEL DE CC.AA. Y DIRECCIONES PROVINCIALES DURANTE EL PERÍODO 1997/2001

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	2000				2001			
		PRESUPUESTO	% Δ 00/99	GASTO	% Δ 00/99	PRESUPUESTO	% Δ 01/00	GASTO (a Junio)	% Δ 01/00
ARAGÓN	HUESCA	5.781.654.366	9,11%	6.023.647.247	8,05%	6.128.977.235	6,01%	3.168.541.563	7,43%
	TERUEL	4.426.453.807	8,75%	4.430.772.939	4,89%	4.682.857.721	5,79%	2.255.505.908	6,39%
	ZARAGOZA	23.989.630.399	8,62%	25.213.856.058	6,44%	25.350.919.549	5,67%	13.650.433.325	7,42%
		34.197.738.572	8,72%	35.668.276.244	6,51%	36.162.754.505	5,75%	19.074.480.796	7,30%
ASTURIAS	OVIEDO	31.574.645.795	9,10%	32.895.801.969	7,39%	33.494.036.442	6,08%	17.323.968.431	4,51%
BALEARES	BALEARES	17.731.677.284	9,06%	18.553.507.407	8,13%	18.810.395.000	6,08%	10.154.203.214	10,84%
CANTABRIA	SANTANDER	14.279.705.085	8,97%	14.274.324.047	5,17%	15.078.084.437	5,59%	7.518.868.321	7,11%
C. LA MANCHA	ALBACETE	10.227.054.000	9,61%	10.649.233.724	7,94%	10.767.117.000	5,28%	5.663.876.644	6,71%
	CIUDAD REAL	14.717.037.407	8,00%	14.535.030.458	6,40%	15.372.142.539	4,45%	7.797.863.577	8,25%
	CUENCA	6.024.488.000	9,59%	6.134.458.228	6,27%	6.375.592.480	5,83%	3.149.156.427	8,40%
	GUADALAJARA	4.437.166.901	8,95%	4.668.130.591	8,20%	4.706.731.924	6,08%	2.451.518.799	10,14%
	TOLEDO	14.905.519.231	7,85%	15.777.355.157	9,11%	15.812.924.780	6,09%	8.468.871.012	8,19%
		50.311.265.539	8,55%	51.764.208.158	7,68%	53.034.508.723	5,41%	27.531.286.459	8,09%
C. Y LEÓN	ÁVILA	5.007.160.392	9,00%	5.124.258.187	7,43%	5.298.276.894	5,81%	2.578.197.227	9,10%
	BURGOS	8.760.209.622	9,51%	9.071.554.252	6,66%	9.296.993.665	6,13%	4.728.517.541	7,64%
	LEÓN	14.122.563.973	10,02%	14.438.679.326	6,73%	15.030.780.353	6,43%	7.561.981.896	6,77%
	PALENCIA	4.279.231.172	11,26%	4.189.330.024	6,14%	4.580.856.001	7,05%	2.168.070.408	6,37%
	SALAMANCA	9.556.346.551	9,59%	9.671.095.285	6,81%	10.150.439.785	6,22%	5.060.318.405	6,47%
	SEGOVIA	3.735.888.547	9,44%	3.860.137.192	7,90%	3.962.209.638	6,06%	1.955.600.762	5,74%
	SORIA	2.516.636.000	9,86%	2.549.342.050	5,95%	2.677.242.920	6,38%	1.318.748.406	4,99%
	VALLADOLID	11.645.579.762	10,01%	11.530.441.932	7,16%	12.393.520.885	6,42%	6.161.027.573	6,38%
ZAMORA	5.805.887.000	10,09%	5.764.683.176	7,15%	6.180.053.839	6,44%	2.959.599.921	8,73%	
		65.429.503.019	9,85%	66.199.521.424	6,90%	69.570.373.980	6,33%	34.492.062.139	6,96%
EXTREMADURA	BADAJOS	18.798.434.939	7,95%	19.609.868.600	8,89%	19.689.440.300	4,74%	10.379.493.101	6,36%
	CÁCERES	11.228.668.915	8,69%	11.741.227.834	8,15%	12.060.713.283	7,41%	6.309.029.523	10,46%
		30.027.103.854	8,22%	31.351.096.434	8,61%	31.750.153.583	5,74%	16.688.522.624	7,87%
LA RIOJA	LOGROÑO	7.244.955.251	9,01%	7.540.129.627	8,40%	7.674.481.646	5,93%	3.943.802.644	6,93%
MADRID	MADRID	110.517.182.000	9,09%	111.300.104.247	6,71%	117.044.765.469	5,91%	61.689.223.318	7,46%
MURCIA	MURCIA	31.282.560.532	10,35%	32.967.384.731	7,62%	33.056.389.328	5,67%	17.739.612.659	8,80%
CEUTA	CEUTA	1.176.345.176	8,75%	1.236.585.789	10,86%	1.252.393.420	6,46%	683.129.370	11,12%
MELILLA	MELILLA	894.876.870	3,28%	905.419.991	10,28%	970.161.467	8,41%	488.476.249	7,74%
INSALUD		394.667.558.977	9,13%	404.656.360.068	7,18%	417.898.498.000	5,89%	217.327.636.224	7,49%

TABLA II. INCREMENTO DE PRESUPUESTO Y GASTO DE FARMACIA DURANTE EL PERÍODO 97/01 A NIVEL DE CC.AA. Y DIREC. PROV. POR NIVELES ASISTENCIALES

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	1997				1998				1999			
		INCREM. PRESUP.		INCREM. GASTO.		INCREM. PRESUP.		INCREM. GASTO.		INCREM. PRESUP.		INCREM. GASTO.	
		A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.
ARAGÓN	HUESCA	15,04%	-4,36%	10,47%	12,70%	4,95%	6,34%	7,24%	12,43%	8,54%	12,48%	9,73%	16,02%
	TERUEL	13,91%	21,21%	8,27%	4,69%	5,30%	2,08%	7,57%	9,46%	10,29%	1,13%	9,89%	17,84%
	ZARAGOZA	14,81%	6,32%	9,31%	8,67%	4,72%	3,68%	10,45%	7,19%	9,91%	5,61%	11,13%	14,98%
ARAGÓN		14,73%	6,39%	9,38%	8,70%	4,83%	3,83%	9,51%	8,20%	9,72%	5,99%	10,74%	15,49%
ASTURIAS	OVIEDO	22,90%	-11,13%	9,49%	20,59%	1,62%	50,01%	9,80%	15,72%	9,23%	20,15%	9,93%	14,26%
BALEARES	BALEARES	15,27%	-4,22%	13,01%	11,13%	4,82%	7,84%	10,57%	18,77%	11,18%	19,05%	10,35%	24,58%
CANTABRIA	SANTANDER	10,68%	15,33%	10,79%	7,70%	5,52%	4,34%	11,20%	9,66%	13,87%	9,42%	8,17%	18,20%
CASTILLA LA MANCHA	ALBACETE	7,25%	178,46%	7,66%	23,00%	3,48%	20,76%	9,73%	22,48%	13,54%	20,12%	10,24%	17,35%
	CIUDAD REAL	13,26%	10,17%	7,66%	10,71%	3,62%	15,11%	9,27%	15,40%	11,52%	22,76%	7,07%	7,31%
	CUENCA	14,06%	11,40%	8,76%	15,55%	5,63%	-1,07%	9,47%	14,76%	12,54%	16,18%	11,16%	13,29%
	GUADALAJAR	9,20%	89,24%	9,20%	30,11%	8,14%	-9,28%	14,09%	10,61%	16,57%	20,84%	9,24%	22,91%
	TOLEDO	14,32%	7,59%	7,11%	14,88%	3,74%	14,62%	11,41%	14,18%	12,81%	18,19%	9,20%	15,24%
CASTILLA LA MANCHA		12,07%	31,35%	7,75%	16,54%	4,23%	11,17%	10,44%	15,89%	12,86%	20,14%	9,04%	13,72%
CASTILLA Y LEÓN	ÁVILA	14,44%	9,52%	9,93%	7,68%	5,18%	5,19%	11,84%	9,34%	12,99%	13,11%	9,72%	11,24%
	BURGOS	13,26%	10,42%	9,20%	14,18%	3,15%	24,50%	12,89%	-5,82%	13,88%	-1,52%	12,14%	19,45%
	LEÓN	11,52%	16,03%	8,40%	8,76%	5,24%	8,99%	9,04%	19,35%	8,40%	17,81%	13,40%	3,00%
	PALENCIA	10,78%	20,37%	9,19%	1,08%	7,13%	-3,03%	12,11%	11,29%	9,25%	9,86%	9,89%	8,76%
	SALAMANCA	13,64%	11,82%	8,11%	23,25%	6,72%	-5,43%	11,30%	7,88%	11,66%	12,58%	10,57%	12,07%
	SEGOVIA	14,57%	3,68%	7,11%	30,87%	3,39%	25,95%	9,15%	14,26%	8,29%	12,38%	10,69%	11,12%
	SORIA	11,26%	7,68%	12,62%	-5,06%	6,57%	-7,79%	9,51%	19,91%	8,81%	23,43%	10,85%	14,36%
	VALLADOLID	10,65%	8,18%	8,73%	-1,96%	6,71%	-2,28%	10,31%	11,64%	8,62%	6,21%	7,48%	22,09%
	ZAMORA	13,62%	38,87%	6,73%	13,55%	5,36%	9,49%	10,71%	17,23%	8,89%	16,63%	10,28%	12,59%
CASTILLA Y LEÓN		12,42%	12,92%	8,63%	9,49%	5,51%	5,70%	10,69%	10,58%	10,08%	10,66%	10,73%	12,84%
EXTREMADURA	BADAJOS	10,97%	10,82%	5,87%	7,97%	3,52%	13,27%	8,04%	11,53%	9,76%	11,51%	11,98%	-6,54%
	CÁCERES	9,96%	20,24%	4,29%	6,79%	4,92%	5,42%	9,94%	14,70%	11,05%	10,32%	11,76%	4,77%
EXTREMADURA		10,60%	14,44%	5,28%	7,52%	4,03%	10,10%	8,74%	12,75%	10,23%	11,05%	11,90%	-2,13%
LA RIOJA	LA RIOJA LOGROÑO	15,86%	-12,30%	7,69%	9,23%	5,61%	1,13%	11,88%	8,76%	11,16%	8,36%	8,65%	18,59%
MADRID	MADRID	13,34%	6,49%	6,02%	12,67%	3,71%	12,59%	10,82%	11,78%	9,83%	8,01%	10,78%	4,15%
MURCIA	MURCIA	18,14%	-13,80%	11,45%	4,62%	3,13%	19,20%	8,75%	13,39%	11,64%	11,75%	14,10%	10,57%
CEUTA	CEUTA	12,28%	5,99%	7,78%	5,15%	3,29%	10,95%	12,25%	-0,66%	11,52%	3,32%	9,07%	5,84%
MELILLA	MELILLA	10,90%	41,81%	0,86%	17,66%	5,28%	12,14%	4,44%	28,24%	0,00%	0,02%	2,62%	13,45%
INSALUD		14,06%	6,86%	8,14%	11,51%	4,13%	12,08%	10,23%	12,18%	10,59%	10,93%	10,65%	9,39%

TABLA II bis. INCREMENTO DE PRESUPUESTO Y GASTO DE FARMACIA DURANTE EL PERÍODO 97/01 A NIVEL DE CC.AA. Y DIREC. PROV. POR NIVELES ASISTENCIALES

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	2000				2001 (Datos de GASTO a mes de Junio)			
		INCREM. PRESUP.		INCREM. GASTO.		INCREM. PRESUP.		INCREM. GASTO.	
		A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.
ARAGÓN	HUESCA	8,46%	14,79%	6,18%	22,70%	3,61%	25,79%	7,93%	4,22%
	TERUEL	6,45%	27,29%	4,59%	6,89%	5,79%	5,81%	8,03%	-3,55%
	ZARAGOZA	7,05%	19,27%	4,70%	17,86%	6,20%	2,45%	7,77%	5,41%
		7,21%	19,57%	4,93%	17,17%	5,70%	6,06%	7,83%	4,20%
ASTURIAS	OVIEDO	7,89%	18,15%	5,83%	18,62%	6,39%	3,96%	4,58%	4,06%
BALEARES	BALEARES	7,80%	22,71%	6,04%	27,88%	6,40%	3,08%	11,26%	7,70%
CANTABRIA	SANTANDER	7,33%	21,30%	4,05%	12,38%	4,95%	9,84%	7,66%	4,00%
CASTILLA LA MANCHA	ALBACETE	8,79%	17,89%	5,61%	29,21%	2,79%	28,42%	6,20%	10,48%
	CIUDAD REAL	8,22%	6,01%	2,69%	39,63%	1,49%	31,60%	6,95%	16,99%
	CUENCA	9,05%	16,26%	6,78%	0,29%	6,54%	-2,60%	8,19%	10,81%
	GUADALAJAR	7,79%	19,24%	5,91%	25,35%	3,49%	26,66%	11,75%	0,33%
	TOLEDO	7,44%	12,80%	5,96%	44,52%	2,87%	42,85%	9,01%	1,62%
		8,16%	12,58%	5,06%	33,05%	2,95%	29,81%	7,99%	8,89%
CASTILLA Y LEÓN	ÁVILA	7,81%	22,17%	4,36%	40,55%	3,95%	23,93%	10,50%	-1,16%
	BURGOS	8,93%	14,36%	5,37%	16,61%	6,11%	6,25%	7,29%	9,99%
	LEÓN	10,43%	6,82%	5,01%	20,97%	4,97%	18,01%	7,09%	4,54%
	PALENCIA	10,96%	15,08%	4,52%	27,44%	6,80%	10,08%	6,47%	5,38%
	SALAMANCA	9,51%	10,25%	6,15%	12,65%	5,53%	12,57%	6,98%	2,50%
	SEGOVIA	9,69%	7,22%	5,76%	26,12%	5,48%	11,46%	6,79%	-1,24%
	SORIA	9,52%	13,77%	4,51%	22,00%	6,38%	6,38%	0,76%	51,64%
	VALLADOLID	9,74%	11,99%	5,34%	18,52%	5,10%	16,01%	7,29%	1,53%
	ZAMORA	8,78%	23,40%	5,95%	18,89%	6,43%	6,56%	9,49%	2,52%
		9,58%	12,27%	5,31%	20,26%	5,49%	13,54%	7,28%	4,73%
EXTREMADURA	BADAJOS	8,44%	4,00%	7,84%	18,37%	4,74%	4,74%	7,19%	-0,21%
	CÁCERES	8,69%	8,69%	7,29%	14,56%	8,48%	-0,77%	11,93%	0,50%
		8,53%	5,80%	7,64%	16,78%	6,13%	2,56%	8,92%	0,08%
LA RIOJA	LOGROÑO	3,61%	56,94%	6,97%	19,21%	8,04%	-6,43%	7,90%	0,84%
MADRID	MADRID	6,79%	21,45%	6,50%	7,85%	7,15%	0,05%	7,47%	7,43%
MURCIA	MURCIA	10,05%	13,51%	5,83%	25,76%	5,67%	5,67%	8,82%	8,59%
CEUTA	CEUTA	7,83%	12,50%	8,22%	21,96%	7,32%	3,09%	9,54%	17,01%
MELILLA	MELILLA	3,34%	2,94%	11,03%	7,55%	5,79%	22,48%	12,13%	-7,32%
INSALUD		7,96%	17,76%	5,87%	16,65%	5,82%	6,34%	7,73%	5,93%

TABLA III. REPARTO PORCENTUAL DEL PRESUPUESTO DE FARMACIA POR NIVELES ASISTENCIALES

PROVINCIA	1997		1998		1999		2000		2001	
	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.
HUESCA	90,16%	9,84%	90,05%	9,95%	89,72%	10,28%	87,10%	12,90%	87,17%	12,83%
TERUEL	87,78%	12,22%	88,11%	11,89%	88,99%	11,01%	87,11%	12,89%	87,11%	12,89%
ZARAGOZA	86,62%	13,38%	86,73%	13,27%	87,18%	12,82%	86,36%	13,64%	86,36%	13,64%
ASTURIAS	92,42%	7,58%	89,20%	10,80%	88,24%	11,76%	87,27%	12,73%	87,52%	12,48%
BALEARES	92,28%	7,72%	92,07%	7,93%	91,56%	8,44%	90,75%	9,25%	90,77%	9,23%
CANTABRIA	87,71%	12,29%	87,84%	12,16%	88,26%	11,74%	86,93%	13,07%	86,40%	13,60%
ALBACETE	92,57%	7,43%	91,43%	8,57%	90,98%	9,02%	90,30%	9,70%	88,17%	11,83%
CIUDAD REAL	91,66%	8,34%	90,82%	9,18%	89,99%	10,01%	90,18%	9,82%	87,62%	12,38%
CUENCA	92,38%	7,62%	92,83%	7,17%	92,61%	7,39%	92,16%	7,84%	92,79%	7,21%
GUADALAJARA	88,46%	11,54%	90,14%	9,86%	89,81%	10,19%	88,62%	11,38%	86,69%	13,31%
TOLEDO	93,28%	6,72%	92,63%	7,37%	92,30%	7,70%	91,95%	8,05%	89,16%	10,84%
ÁVILA	91,70%	8,30%	91,70%	8,30%	91,69%	8,31%	90,69%	9,31%	89,09%	10,91%
BURGOS	89,70%	10,30%	87,82%	12,18%	89,29%	10,71%	88,82%	11,18%	88,81%	11,19%
LEÓN	89,61%	10,39%	89,28%	10,72%	88,45%	11,55%	88,79%	11,21%	87,57%	12,43%
PALENCIA	92,14%	7,86%	92,84%	7,16%	92,80%	7,20%	92,55%	7,45%	92,34%	7,66%
SALAMANCA	89,22%	10,78%	90,32%	9,68%	90,25%	9,75%	90,19%	9,81%	89,61%	10,39%
SEGOVIA	91,98%	8,02%	90,40%	9,60%	90,07%	9,93%	89,78%	10,22%	89,77%	10,23%
SORIA	91,95%	8,05%	92,95%	7,05%	92,08%	7,92%	91,80%	8,20%	91,80%	8,20%
VALLADOLID	86,90%	13,10%	87,87%	12,13%	88,11%	11,89%	87,15%	12,85%	86,80%	13,20%
ZAMORA	91,92%	8,08%	91,63%	8,37%	91,09%	8,91%	91,01%	8,99%	90,00%	10,00%
BADAJOZ	90,01%	9,99%	89,17%	10,83%	89,02%	10,98%	89,42%	10,58%	89,42%	10,58%
CÁCERES	88,44%	11,56%	88,39%	11,61%	88,45%	11,55%	89,33%	10,67%	89,33%	10,67%
LA RIOJA	89,23%	10,77%	89,64%	10,36%	89,88%	10,12%	85,93%	14,07%	87,12%	12,88%
MADRID	85,15%	14,85%	84,08%	15,92%	84,30%	15,70%	82,61%	17,39%	83,49%	16,51%
MURCIA	92,35%	7,65%	91,26%	8,74%	91,25%	8,75%	90,83%	9,17%	91,00%	9,00%
CEUTA	80,30%	19,70%	79,14%	20,86%	80,37%	19,63%	79,70%	20,30%	80,34%	19,66%
MELILLA	85,07%	14,93%	84,25%	15,75%	84,25%	15,75%	84,30%	15,70%	82,26%	17,74%
INSALUD	88,93%	11,07%	88,19%	11,81%	88,16%	11,84%	87,26%	12,74%	87,16%	12,84%

TABLA IV. REPARTO PORCENTUAL DEL GASTO DE FARMACIA POR NIVELES ASISTENCIALES

PROVINCIA	1997		1998		1999		2000		Desv. Media 2000	
	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.
HUESCA	89,68%	10,32%	89,23%	10,77%	88,68%	11,32%	87,15%	12,85%	0,32%	6,06%
TERUEL	87,97%	12,03%	87,78%	12,22%	87,01%	12,99%	86,76%	13,24%	-1,27%	-9,76%
ZARAGOZA	86,82%	13,18%	87,16%	12,84%	86,78%	13,22%	85,36%	14,64%	-1,17%	1,21%
ASTURIAS	88,72%	11,28%	88,18%	11,82%	87,78%	12,22%	86,50%	13,50%	-0,04%	1,97%
BALEARES	91,98%	8,02%	91,44%	8,56%	90,44%	9,56%	88,69%	11,31%	0,18%	11,23%
CANTABRIA	87,42%	12,58%	87,57%	12,43%	86,57%	13,43%	85,65%	14,35%	-1,81%	-4,27%
ALBACETE	91,57%	8,43%	90,68%	9,32%	90,14%	9,86%	88,20%	11,80%	-0,26%	12,56%
CIUDAD REAL	90,45%	9,55%	89,97%	10,03%	89,95%	10,05%	86,81%	13,19%	-3,18%	22,99%
CUENCA	92,57%	7,43%	92,24%	7,76%	92,11%	7,89%	92,55%	7,45%	0,92%	-16,35%
GUADALAJARA	89,11%	10,89%	89,41%	10,59%	88,24%	11,76%	86,37%	13,63%	0,05%	8,70%
TOLEDO	92,41%	7,59%	92,23%	7,77%	91,84%	8,16%	89,19%	10,81%	0,09%	27,87%
ÁVILA	91,45%	8,55%	91,63%	8,37%	91,52%	8,48%	88,91%	11,09%	-1,50%	23,90%
BURGOS	87,24%	12,76%	89,13%	10,87%	88,50%	11,50%	87,42%	12,58%	-0,50%	-0,04%
LEÓN	89,13%	10,87%	88,22%	11,78%	89,18%	10,82%	87,74%	12,26%	-0,86%	4,32%
PALENCIA	92,81%	7,19%	92,86%	7,14%	92,93%	7,07%	91,51%	8,49%	-1,34%	10,79%
SALAMANCA	89,77%	10,23%	90,05%	9,95%	89,93%	10,07%	89,38%	10,62%	0,29%	-4,00%
SEGOVIA	89,94%	10,06%	89,52%	10,48%	89,48%	10,52%	87,71%	12,29%	-0,11%	9,47%
SORIA	92,67%	7,33%	92,03%	7,97%	91,80%	8,20%	90,56%	9,44%	-1,35%	5,35%
VALLADOLID	87,80%	12,20%	87,67%	12,33%	86,23%	13,77%	84,77%	15,23%	-0,52%	1,88%
ZAMORA	91,35%	8,65%	90,88%	9,12%	90,71%	9,29%	89,69%	10,31%	0,09%	2,24%
BADAJOS	88,67%	11,33%	88,34%	11,66%	90,08%	9,92%	89,21%	10,79%	1,98%	1,73%
CÁCERES	87,97%	12,03%	87,51%	12,49%	88,20%	11,80%	87,50%	12,50%	1,43%	-2,09%
LA RIOJA	88,90%	11,10%	89,18%	10,82%	88,30%	11,70%	87,14%	12,86%	1,10%	2,56%
MADRID	83,51%	16,49%	83,39%	16,61%	84,23%	15,77%	84,06%	15,94%	0,63%	-8,80%
MURCIA	91,13%	8,87%	90,79%	9,21%	91,05%	8,95%	89,54%	10,46%	-0,03%	9,12%
CEUTA	78,34%	21,66%	80,34%	19,66%	80,81%	19,19%	78,89%	21,11%	2,35%	5,31%
MELILLA	83,16%	16,84%	80,08%	19,92%	78,43%	21,57%	78,97%	21,03%	5,17%	-9,10%
INSALUD	87,86%	12,14%	87,67%	12,33%	87,80%	12,20%	86,72%	13,28%	-	-

TABLA V. DESVIACIÓN GASTO PRESUPUESTO DE FARMACIA DURANTE EL PERÍODO 97/01 POR NIVELES ASISTENCIALES

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PROVINCIA	1997		1998		1999		2000		2001 (Datos a Junio)	
		DESV. GASTO/PRES.		DESV. GASTO/PRES.		DESV. GASTO/PRES.		DESV. GASTO/PRES.		DESV. GASTO/PRES.	
		A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.	A.P.	A.E.
ARAGÓN	HUESCA	0,66%	6,21%	2,86%	12,30%	3,99%	15,83%	1,81%	23,81%	3,18%	4,86%
	TERUEL	-0,30%	-2,03%	1,84%	5,05%	1,47%	22,40%	-0,30%	2,79%	-3,64%	-3,90%
	ZARAGOZA	0,10%	-1,69%	5,58%	1,63%	6,76%	10,65%	4,41%	9,34%	6,32%	16,40%
	ARAGÓN	0,15%	-0,70%	4,62%	3,48%	5,59%	12,76%	3,34%	10,50%	4,48%	12,00%
ASTURIAS	OVIEDO	-3,18%	50,01%	4,60%	15,72%	5,28%	10,05%	3,27%	10,48%	1,98%	13,73%
BALEARES	BALEARES	-0,43%	3,74%	5,03%	14,25%	4,24%	19,56%	2,54%	24,60%	5,51%	32,06%
CANTABRIA	SANTANDER	1,49%	4,32%	6,96%	9,64%	1,60%	18,45%	-1,51%	9,74%	-1,28%	6,17%
CASTILLA LA MANCHA	ALBACETE	1,77%	16,63%	7,91%	18,29%	4,77%	15,56%	1,71%	26,66%	4,45%	10,87%
	CIUDAD REAL	-1,04%	14,90%	4,36%	15,19%	0,20%	0,70%	-4,93%	32,64%	-0,44%	14,85%
	CUENCA	2,01%	-0,82%	5,72%	15,06%	4,43%	12,20%	2,25%	-3,21%	-2,08%	10,01%
	GUADALAJARA	5,27%	-1,38%	11,07%	20,24%	4,08%	22,30%	2,27%	28,57%	4,77%	0,27%
	TOLEDO	0,15%	14,21%	7,55%	13,77%	4,11%	10,93%	2,67%	42,13%	7,59%	3,19%
	CASTILLA LA MANCHA	0,76%	11,22%	6,76%	15,95%	3,14%	9,75%	0,19%	29,71%	3,20%	8,76%
CASTILLA Y LEÓN	ÁVILA	0,37%	3,66%	6,72%	7,75%	3,64%	5,98%	0,33%	21,92%	-2,67%	-2,74%
	BURGOS	-2,22%	24,48%	7,01%	-5,83%	5,37%	14,22%	1,93%	16,46%	-0,72%	21,09%
	LEÓN	-1,97%	3,11%	1,57%	12,92%	6,25%	-1,28%	1,03%	11,80%	0,56%	1,07%
	PALENCIA	-2,39%	-11,33%	2,15%	1,77%	2,76%	0,75%	-3,20%	11,56%	-6,52%	8,81%
	SALAMANCA	0,18%	-5,54%	4,48%	7,75%	3,46%	7,26%	0,29%	9,59%	-0,72%	3,40%
	SEGOVIA	-3,52%	23,73%	1,86%	12,25%	4,12%	10,98%	0,39%	30,54%	-3,52%	18,34%
	SORIA	0,03%	-9,69%	2,79%	17,43%	4,71%	8,80%	-0,07%	16,67%	-5,60%	44,55%
	VALLADOLID	-2,74%	-10,37%	0,53%	2,39%	-0,52%	17,70%	-4,51%	24,57%	-2,72%	13,53%
	ZAMORA	-4,54%	2,88%	0,30%	10,16%	1,58%	6,35%	-1,06%	2,46%	-4,48%	-1,86%
	CASTILLA Y LEÓN	-1,92%	1,37%	2,90%	6,04%	3,50%	8,13%	-0,53%	15,82%	-2,04%	8,65%
EXTREMADURA	BADAJOS	-1,72%	13,23%	2,57%	11,48%	4,65%	-6,56%	4,08%	6,35%	5,42%	5,51%
	CÁCERES	-0,65%	3,93%	4,11%	13,09%	4,78%	7,40%	3,44%	13,20%	3,40%	14,86%
LA RIOJA	LOGROÑO	-1,33%	9,47%	3,13%	12,10%	4,70%	-1,20%	3,84%	9,06%	4,65%	9,08%
MADRID	MADRID	-0,70%	2,74%	5,20%	10,49%	2,82%	20,92%	6,16%	-8,15%	2,65%	3,64%
MURCIA	MURCIA	-4,56%	8,05%	1,98%	7,27%	2,86%	3,44%	2,58%	-8,15%	6,24%	1,20%
MURCIA	MURCIA	0,05%	17,48%	5,50%	11,76%	7,82%	10,58%	3,69%	22,52%	5,49%	25,95%
CEUTA	CEUTA	-2,45%	9,91%	6,01%	-1,58%	3,69%	0,82%	4,06%	9,29%	5,64%	23,19%
MELILLA	MELILLA	-13,35%	0,00%	-14,04%	14,36%	-11,79%	29,73%	-5,22%	35,54%	-1,37%	10,32%
INSALUD		-1,83%	8,96%	3,92%	9,06%	3,97%	7,54%	1,95%	6,53%	3,38%	8,31%

TABLA VI. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO Y GASTO DE FARMACIA POR PERSONA PROTEGIDA PONDERADA DURANTE EL PERÍODO 1997 / 2001

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1997				1998				1999				2000				2001				2001/1997	
	PRES. P.P.P.		% ▽97/96		PRES. P.P.P.		% ▽98/97		PRES. P.P.P.		% ▽99/98		PRES. P.P.P.		% ▽00/99		PRES. P.P.P.		% ▽01/00		% ▽01/97	
	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL
ARAGÓN	6.570	7.520	22,35%	21,15%	7.097	8.114	8,02%	7,89%	7.651	8.709	7,80%	7,34%	7.609	8.784	-0,54%	0,85%	7.889	9.110	3,67%	3,72%	20,07%	21,14%
ASTURIAS	6.087	6.586	28,84%	25,20%	6.470	7.254	6,30%	10,14%	7.030	7.966	8,65%	9,82%	7.026	8.051	-0,05%	1,06%	7.445	8.507	5,97%	5,66%	22,32%	29,16%
BALEARES	6.582	7.132	18,23%	16,40%	7.004	7.607	6,41%	6,65%	7.647	8.352	9,18%	9,80%	7.637	8.439	-0,13%	1,04%	7.732	8.518	1,24%	0,94%	17,48%	19,43%
CANTABRIA	6.042	6.888	13,15%	13,71%	6.640	7.560	9,90%	9,75%	7.412	8.399	11,63%	11,10%	7.333	8.436	-1,07%	0,45%	7.550	8.738	2,96%	3,59%	24,96%	26,86%
C. LA MANCHA	7.071	7.673	14,80%	16,14%	7.459	8.137	5,49%	6,04%	8.346	9.153	11,89%	12,49%	8.391	9.237	0,55%	0,91%	8.430	9.501	0,46%	2,85%	19,22%	23,81%
C. Y LEÓN	5.708	6.354	16,17%	16,22%	6.253	6.962	9,54%	9,56%	6.834	7.614	9,30%	9,36%	6.956	7.769	1,78%	2,04%	7.277	8.192	4,61%	5,45%	27,50%	28,93%
EXTREMADURA	6.740	7.537	14,52%	14,92%	7.272	8.181	7,88%	8,55%	8.037	9.049	10,52%	10,61%	8.166	9.169	1,61%	1,32%	8.569	9.587	4,94%	4,56%	27,13%	27,19%
LA RIOJA	6.246	6.999	27,19%	22,94%	6.711	7.486	7,45%	6,96%	7.454	8.294	11,08%	10,79%	7.180	8.405	-3,67%	1,34%	7.595	8.717	5,77%	3,71%	21,60%	24,54%
MADRID	6.085	7.146	16,18%	15,08%	6.416	7.631	5,44%	6,78%	6.895	8.180	7,47%	7,19%	6.791	8.229	-1,51%	0,61%	7.024	8.414	3,44%	2,24%	15,45%	17,74%
MURCIA	7.613	8.244	29,36%	25,80%	7.985	8.749	4,88%	6,13%	8.763	9.603	9,75%	9,76%	8.902	9.782	1,59%	1,87%	9.180	10.088	3,12%	3,12%	20,58%	22,36%
CEUTA	6.258	7.794	29,75%	28,25%	6.329	7.997	1,13%	2,60%	6.955	8.654	9,90%	8,22%	6.938	8.706	-0,24%	0,60%	6.463	8.045	-6,85%	-7,59%	3,27%	3,22%
MELILLA	4.975	5.849	18,65%	22,64%	5.187	6.157	4,26%	5,27%	5.175	6.143	-0,24%	-0,23%	4.930	5.848	-4,74%	-4,80%	5.175	6.290	4,97%	7,57%	4,01%	7,55%
INSALUD	6.342	7.132	18,54%	17,66%	6.775	7.683	6,82%	7,72%	7.396	8.390	9,16%	9,20%	7.398	8.482	0,03%	1,10%	7.652	8.778	3,43%	3,50%	20,64%	23,09%

COMUNIDAD AUTÓNOMA	1997				1998				1999				2000				2001 (1)				2001/1997 (1)	
	GASTO P.P.P.		% ▽97/96		GASTO P.P.P.		% ▽98/97		GASTO P.P.P.		% ▽99/98		GASTO P.P.P.		% ▽00/99		GASTO P.P.P.		% ▽01/00		% ▽01/97	
	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL	A.P.	TOTAL
ARAGÓN	6.580	7.523	16,63%	16,54%	7.425	8.477	12,84%	12,67%	8.078	9.272	8,80%	9,38%	7.864	9.161	-2,66%	-1,19%	8.242	9.610	4,81%	4,90%	25,27%	27,74%
ASTURIAS	5.893	6.642	14,77%	15,98%	6.768	7.675	14,85%	15,55%	7.401	8.432	9,35%	9,86%	7.255	8.388	-1,97%	-0,52%	7.592	8.800	4,65%	4,91%	28,84%	32,49%
BALEARES	6.554	7.125	15,91%	15,75%	7.356	8.045	12,25%	12,92%	7.971	8.814	8,36%	9,56%	7.831	8.830	-1,76%	0,18%	8.158	9.196	4,18%	4,15%	24,49%	29,08%
CANTABRIA	6.132	7.015	13,27%	12,86%	7.102	8.110	15,81%	15,61%	7.531	8.699	6,04%	7,26%	7.223	8.433	-4,09%	-3,06%	7.453	8.715	3,20%	3,35%	21,54%	24,23%
C. LA MANCHA	7.124	7.795	10,38%	11,10%	7.963	8.750	11,77%	12,25%	8.608	9.494	8,09%	8,51%	8.407	9.504	-2,33%	0,10%	8.699	9.864	3,48%	3,79%	22,10%	26,54%
C. Y LEÓN	5.598	6.253	12,25%	12,34%	6.434	7.186	14,93%	14,91%	7.074	7.916	9,95%	10,16%	6.919	7.861	-2,18%	-0,70%	7.129	8.123	3,03%	3,34%	27,35%	29,91%
EXTREMADURA	6.651	7.523	9,01%	9,27%	7.500	8.519	12,76%	13,25%	8.414	9.415	12,19%	10,51%	8.479	9.573	0,77%	1,68%	8.968	10.078	5,77%	5,27%	34,84%	33,96%
LA RIOJA	6.202	6.976	18,22%	18,41%	7.060	7.917	13,84%	13,48%	7.664	8.680	8,56%	9,64%	7.622	8.748	-0,55%	0,78%	7.796	8.959	2,28%	2,42%	25,71%	28,43%
MADRID	5.807	6.954	8,68%	9,75%	6.543	7.846	12,67%	12,83%	7.093	8.421	8,40%	7,33%	6.966	8.288	-1,78%	-1,59%	7.463	8.869	7,13%	7,02%	28,52%	27,54%
MURCIA	7.617	8.358	22,04%	21,33%	8.424	9.279	10,59%	11,01%	9.448	10.377	12,16%	11,84%	9.231	10.309	-2,30%	-0,66%	9.684	10.827	4,91%	5,02%	27,13%	29,54%
CEUTA	6.105	7.793	24,55%	23,88%	6.709	8.351	9,90%	7,16%	7.212	8.924	7,49%	6,86%	7.220	9.152	0,11%	2,55%	6.828	8.776	-5,43%	-4,10%	11,84%	12,62%
MELILLA	4.311	5.185	7,91%	10,57%	4.459	5.568	3,43%	7,40%	4.565	5.820	2,38%	4,53%	4.672	5.917	2,35%	1,66%	5.104	6.335	9,23%	7,06%	18,38%	22,18%
INSALUD	6.226	7.086	12,38%	12,80%	7.041	8.030	13,08%	13,32%	7.689	8.758	9,21%	9,06%	7.542	8.697	-1,92%	-0,70%	7.910	9.130	4,88%	4,99%	27,04%	28,84%

(1) Datos a Junio de 2001

c) Seguimiento presupuestario

En el Anexo III de Farmacia de la Circular 03/2001 de Sistemas de Información del INSALUD, se dan las instrucciones relativas a la información que desde las Direcciones Provinciales del INSALUD, se debe remitir mensualmente al Área de Gestión de Farmacia de la Subdirección de Atención Primaria sobre el seguimiento del Gasto Farmacéutico. Esta Circular no es si no un reflejo de las adaptaciones que anualmente se venían estableciendo en las condiciones y conceptos sobre los que se presupuestaba y se imputaba el gasto.

En este sentido, los datos reflejados en el modelo de seguimiento del Gasto Farmacéutico, deben ir expresados como suma acumulada del periodo comprendido entre el mes de enero y el mes al que corresponde la información, y recogerá el Gasto Farmacéutico Total con cargo al Centro de Gasto de la Dirección Provincial, distribuido entre las diferentes Gerencias Asistenciales.

Esta información se remite cumplimentando dos modelos:

- **Gasto Farmacéutico a través de receta médica. (Subconcepto 4890)**

En la cumplimentación de este modelo el Gasto Imputado Final sin margen (con el margen descontado), correspondiente al total provincial debe coincidir exactamente con el gasto real imputado al Subconcepto 4890, en ese periodo de tiempo y con cargo al Centro de Gasto de la Dirección Provincial.

Para ello, el Gasto Imputado Final (GIF), con margen y sin margen, de cada Gerencia, se calculara a partir del Gasto Imputado Inicial (Importe PVP - aportación), obtenido mediante el SIFAR o la aplicación informática que en su momento se determine, aplicando la siguiente formula.

- **GIF sin margen** = GII – márgenes oficinas de farmacia RDL 5/2000 +/- Gasto EV/DH +/- Gasto Formulas y varios +/- incremento o deducciones + Gasto no imputable – Deducciones absorbentes de incontinencia de orina (AIO)
- **GIF con margen** = GII +/- Gasto EV/DH +/- Gasto Formulas y varios +/- incrementos y deducciones + Gasto no imputable – Deducciones de AIO

Todos y cada uno de estos conceptos se explican y detalla en las instrucciones sobre distribución entre las Gerencias del Gasto Farmacéutico Provincial que figura en la Circular 03/01 sobre Sistemas de Información del INSALUD.

- **Gasto Total de Farmacia (489)**

Los datos se referirán al gasto real que corresponda al período de tiempo que abarque la información, con cargo al Centro de Gasto de la Dirección Provincial y desglosado en los siguientes subconceptos y partidas económicas:

4890	Recetas médicas
4891	Reintegro de gastos
4892-0	Efectos y Accesorios
4892-1	Vacunas
4892-2	Tiras reactivas
4892-3	Medicamentos extranjeros
4892-4	Botiquines de empresa
4895	Otros

Agradecimientos:

A *Guilló Izquierdo, M^a Jesús* y *Merino Tello de Meneses, Alfonso*, por su colaboración en la obtención y procesamiento de los datos y a *Campos Carrizo, Elena*, por el apoyo administrativo en la realización de este capítulo.

VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Ruiz Martínez, Ana

Introducción

El conjunto de elementos que en la actualidad configuran el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) es el resultado del trabajo desarrollado a lo largo de 15 años por multitud de profesionales tanto del ámbito asistencial como de gestión en sus diferentes niveles. Todos y cada uno de ellos no dejan de constituir la respuesta a las necesidades de información que, de forma paulatina y en función del grado de desarrollo de la Atención Primaria en el ámbito de gestión del INSALUD, se han ido generando para mejorar los criterios de planificación y asignación de recursos, y los instrumentos de gestión en las diferentes áreas funcionales de la Subdirección¹.

Una primera característica de este sistema de información es su carácter descentralizado. Cada una de las áreas funcionales genera la información que necesita utilizándose en la mayoría de los casos aplicativos comerciales para el tratamiento de los datos obtenidos. Los procesos de depuración y consolidación son también responsabilidad de las áreas. Pero paralelamente el SIAP es un sistema integrado tanto por las interrelaciones que se producen entre las distintas aplicaciones como por la utilización de un sistema de codificación único y común que permite el intercambio y la agregación de información tanto de forma sistemática como de manera puntual.

Una segunda característica ha sido su capacidad de adaptación para dar respuesta a las necesidades de información de una estructura de gestión cada vez más compleja.

Así en 1986, año en el que se empieza a recoger de manera sistemática información a nivel central, la inexistencia de recursos específicos para la gestión de la Atención Primaria en las Áreas Sanitarias impulsó un diseño de sistema de información fuertemente centralizado –la Subdirección suplía esta carencia asumiendo competencias que en buena lógica hubieran debido estar situadas a otro nivel- cuyo objetivo era conocer el grado de implantación del modelo de Atención Primaria en aspectos tan elementales como el número de EAP en funcionamiento, su ubicación física, los recursos desde un punto de vista estrictamente cuantitativo, la población teóricamente atendida y finalmente la actividad desarrollada principalmente en aquellos aspectos que “cualificaban” el modelo frente al modelo tradicional tales como la utilización de Historias Clínicas, la realización de programas de salud o la evolución de la actividad burocrática, por poner algunos ejemplos. Para ello se diseñaron diferentes

¹ La SGAP se estructura a través de unas áreas funcionales que, esencialmente, se definen como de Cartera de Servicios, Recursos Asistenciales, Gestión de Farmacia, Costes,

modelos de recogida de datos cuya explotación era básicamente manual – todos nuestros recursos informáticos se reducían a un ordenador cedido a tiempo parcial - pero que permitían elaborar información para establecer unos mínimos criterios a la hora asignar recursos.

En 1987 esta información se complementarían con otros elementos como:

- el Cuestionario para Zonas Básicas, Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria, que incluía datos relativos a la Zona de Salud, estudio demográfico-sanitario de la población, datos socioeconómicos, recursos materiales y servicios de apoyo, programación del EAP, sistemas de información y registro, Unidad docente, fichas de los profesionales y listado de problemas. Este cuestionario se cumplimentaba por los propios EAP a los seis meses del inicio de actividades.
- las Memorias de los Equipos
- La explotación del listado de problemas de los Cuestionarios Básicos, previamente tipificados, respecto de los que se señalaba además, su grado de interferencia en la actividad cotidiana del EAP, y cuya finalidad era aportar conocimiento sobre las circunstancias que condicionaban la implantación y desarrollo del modelo de Atención Primaria. Esta información una vez procesada se remitía a las Direcciones Provinciales para su contraste y servía de base para la elaboración de un conjunto de objetivos y actividades que se integraban en el entonces Plan anual de Gestión por Objetivos.
- Se inicia la recogida de información sobre la actividad desarrollada tanto en el Modelo Tradicional de Atención Primaria como por los Especialistas que desarrollaban su actividad en Ambulatorios, hoy Centros de Especialidades.

Además se publicó un Manual de Recogida de Datos para la gestión de la Atención Primaria que obligó a revisar y sintetizar los distintos modelos que venían utilizándose. En 1988 la Circular 1/88 de la Dirección General, crea el Sistema de Información del INSALUD, integrando todos los modelos utilizados por las distintas Subdirecciones, para la elaboración de información de carácter periódico. Ese mismo año la Subdirección define e integra en una publicación todos los modelos para la elaboración de información no periódica. Se incluyen dentro de esta información además de los Cuestionarios ya señalados, las fichas de datos básicos de EAP, Unidades de Salud Mental y Centros y Unidades de Orientación Familiar que debían remitirse antes del inicio de actividades y que en el caso de los Equipos, sintetizaban información básica sobre plantillas, actividad, ubicación y medios disponibles en el Centro de Salud, la propuesta de creación o ampliación de EAP y lo que se denominaba Encuesta Abierta de Personal de EAP que recogía información sobre modificaciones o ampliaciones de plantilla de éstos. Estos dos últimos elementos constituyeron el soporte de recogida de datos para la elaboración de lo que en 1989 sería el Inventario de Recursos Humanos.

La mayor disponibilidad de recursos a nivel central, la creación de las primeras estructuras de gestión específicas para Atención Primaria en las Áreas Sanitarias, la necesidad de incorporar nuevos criterios para la planificación y de alcanzar mayores niveles de eficacia en la gestión, posibilitaron e impulsaron el desarrollo de nuevos instrumentos o la mejora de los ya existentes.

De esta manera, la implantación de la tarjeta sanitaria individual permitió identificar, con sus características demográficas básicas, la población realmente adscrita a los distintos ámbitos territoriales y funcionales de la Atención Primaria, lo que a su vez hizo posible, entre otras cuestiones, el inicio del actual sistema de codificación, la reforma del sistema retributivo mediante la introducción del concepto de capitación – prolongadamente demandado por los profesionales – o el establecimiento del tamaño máximo y óptimo del cupo de población a atender por los médicos en función de la dispersión geográfica de la zona de salud. De la misma forma, de un conocimiento puramente cuantitativo de los recursos humanos disponibles para la actividad asistencial, también fue posible, a través del Inventario de Recursos Humanos de Atención Primaria, obtener información depurada sobre efectivos, forma de cobertura de plazas, vacantes y situaciones administrativas lo que a su vez permitió mejorar y agilizar todos los procesos relativos a la gestión de plantillas así como la asignación de recursos y obtener información relativa a su gestión por parte de las Áreas. Igualmente, la implantación del sistema de cita previa facilitó la reforma del sistema de información de actividad o el desarrollo del primer proyecto de informatización de Centros de Salud (Proyecto SICAP: Sistema de informatización de los Centros de Atención Primaria) iniciado en 1988 con la informatización de las entonces Sectoriales de Atención Primaria y extendido a partir de 1989 a Centros de Salud. Asimismo, a partir de 1991, una vez establecidas las bases conceptuales e implantada la Cartera de Servicios en Atención Primaria, fue posible obtener información sobre la cobertura alcanzada en las diferentes Áreas en los servicios previamente autorizados por la Subdirección.

En 1993 se establece como prioridad la adaptación del sistema de información a las necesidades derivadas de la implantación de nuevas herramientas de gestión, fundamentalmente el entonces denominado Contrato-Programa (ahora Contrato de Gestión), que impulsa el desarrollo de mecanismos de evaluación y control más descentralizados y basados en el principio de responsabilidad de cada gestor en su nivel y ámbito de decisión.

Con estos criterios se sientan las bases del Sistema de Información de Atención Primaria, cuyas líneas generales permanecen vigentes en la actualidad. Se establecen como requerimientos básicos la existencia de una codificación y una red informática comunes, y se determinan como aplicaciones base del sistema Tarjeta Sanitaria y Cartera de Servicios, integrándose además, las siguientes subaplicaciones:

- Inventario de Recursos Humanos
- Inventario de Edificios

- Seguimiento presupuestario (a través de SICOSS)
- Seguimiento de farmacia (inicialmente a través de FAR-90)
- Imputación de costes
- Tratamiento del Censo y de las modificaciones territoriales
- Facturación Atención Primaria-Atención Especializada²
- Actividad

Igualmente se concretan las utilidades de la información obtenida mediante cada una de ellas, los circuitos de emisión-recepción de los datos, así como los informes a generar con especificación de las unidades responsables de consolidar la información dentro de la Subdirección.

Posteriormente, a lo largo de 1994 se efectúa una valoración del Sistema de Información, detectándose un conjunto de deficiencias, entre las cuales se pueden destacar:

- Desequilibrio entre datos (excesivos) e información (escasa), dispersión de los datos y/o de la información (en ocasiones ausencia de ambos), y reducida utilización, lo que se manifestaba en la existencia de un elevado número de publicaciones, la escasez, y a veces inexistencia, de datos relativos a financiación, la insuficiente explicación del significado de los datos recogidos o la carencia de un texto que integrara un análisis de los distintos aspectos medidos.
- Limitada selectividad de los datos requeridos a nivel central, especialmente y como veremos, en el sistema de información de actividad, lo que se traducía en el mantenimiento de una serie de datos de nula utilidad para este ámbito y por el contrario ausencia de otros datos más relevantes para la Subdirección.
- Precisión y fiabilidad cuestionables, como consecuencia de la existencia de múltiples fuentes de información no suficientemente contrastadas. A nivel de recepción, procesado y obtención de la información los controles realizados se centraban en aspectos puramente cuantitativos (comprobar en el caso de indicadores expresados en porcentaje que la suma de los parciales sea igual a 100%; en el caso de datos relativamente estables comprobar su coherencia con los valores remitidos en periodos anteriores, etc.) y de consistencia interna (si el mismo dato o indicador se obtiene mediante - o figura en - diversas dimensiones medidas debe coincidir en todos ellos).
- Elevado coste de transacción lo que se derivaba, entre otros aspectos, de la utilización de distintas fuentes para obtener los mismos datos, o de su transmisión en soporte papel o del establecimiento de la misma periodicidad, generalmente mensual, para la recepción y emisión de información, sin tener en cuenta su adecuación a la dimensión medida por el indicador o su utilidad para el usuario final.

² A pesar de su denominación lo que realmente se evaluaba era el consumo de pruebas complementarias e interconsultas generado por Atención Primaria. Dio lugar a los

Como consecuencia de todo ello, se plantea en 1995 una revisión del Sistema de Información con el objetivo de adaptarse a las nuevas necesidades de información, maximizar su utilidad a nivel central y corregir las deficiencias detectadas. Su diseño se basaba en el criterio de estabilidad de indicadores útiles minimizando de esta forma, los cambios que repercuten directamente sobre los emisores, es decir sobre las Gerencias de Atención Primaria. Como aspectos más destacables de este proyecto pueden citarse:

- Existencia de un soporte común o base de datos integrada que además de proporcionar la información básica para el seguimiento del Contrato-Programa y la elaboración del Cuadro de Mando de la Subdirección, proporcionara información puntual y favoreciera una mayor integración de la información.
- Elaboración de un glosario de términos que además de describir los datos y la formulación de los indicadores para que los usuarios finales conozcan que es lo que se mide y como se mide, se unificaran criterios respecto de los datos obtenidos y remitidos por las Gerencias.
- Reducción de la periodicidad de las publicaciones en función de criterios de ajuste a la utilidad real de la información y de estabilidad de los indicadores.
- Definición y unificación de fuentes de información, revisión de contenidos, redefinición de circuitos internos y establecimiento de un sistema informatizado de transmisión de datos.

De todos los objetivos enunciados el único no implantado en la actualidad es el desarrollo material de esa base de datos integrada, accesible desde todas las áreas de la Subdirección, alimentada por la información más relevante y útil producida por cada una de ellas. Igualmente hubiese sido necesario efectuar una nueva revisión del conjunto del sistema tanto en contenidos como en fuentes de información y circuitos (seguimos “pecando” de un exceso de datos en relación con la información que producimos). De los elementos definidos en 1993 aunque algunos han desaparecido, sustituidos por otros instrumentos mucho más eficaces y fiables (obviamente el tratamiento del Censo fue sustituido en cuanto fue posible por el sistema de información derivado de la TSI, del FAR-90 hemos evolucionado a Digitalis, por ejemplo) la mayor parte mantiene sus características básicas con pequeñas modificaciones, lo que ha permitido disponer de información estable sobre la evolución de los principales aspectos de la Atención Primaria en el ámbito del INSALUD en los últimos 16 años. De todos estos elementos y de las principales dimensiones que analizan, se realiza una descripción en los siguientes apartados.

Finalmente conviene señalar, que un aspecto clave del SIAP ha sido también su carácter participativo: la configuración de sus distintos componentes mediante el consenso con todas las instancias implicadas o afectadas por la implantación de cada uno de ellos, bien como suministradores de datos bien como usuarios de la información generada. Así, hay que destacar, que el sistema de

información ha sido tema de debate y análisis y objeto de propuestas en casi la totalidad de las jornadas que periódicamente se han realizado con participación de las Gerencias de Atención Primaria. Por su proximidad en el tiempo y el entorno en que se realizaron (a tres meses vista de las transferencias del INSALUD) sería importante señalar, al menos el marco conceptual sobre el que discurrió el debate del grupo de trabajo de sistemas de información de las Jornadas de Atención Primaria celebradas en Santander en Octubre de 2000, que decidimos denominar “ Sistemas de Información Sanitaria: Conceptos básicos para una nueva época”.

Partiendo del hecho de que el Sistema de Información es uno de los elementos claves para gestionar los retos presentes y futuros a los que deben enfrentarse las organizaciones sanitarias, en las que interactúan de un lado la Sociedad con mayores y mejores niveles de información (y en consecuencia de exigencia) lo que en general implica una mayor demanda y gasto creciente, por otro lado, los Profesionales cada vez más concienciados en la gestión y en la calidad y, por último, la Administración que busca alcanzar los mayores niveles posibles de eficacia / eficiencia, se plantea, también para hacer frente a los retos que surgen del conflicto de intereses entre estos tres agentes, que los sistemas de información sanitaria deben avanzar y pasar de los actuales sistemas de gestión de datos a sistemas que permitan tratar la información de forma global, facilitando la toma de decisiones a todos los niveles de nuestras organizaciones e integrando tanto la información interna como externa de nuestros centros sanitarios.

Desde esta perspectiva, el Sistema de Información Sanitaria, al menos desde Atención Primaria, debe obtener y suministrar información, fundamentalmente, sobre:

- Problemas, necesidades y demandas de la población en materia de salud, especialmente relevante para la planificación y la gestión de los recursos, los servicios y las acciones sanitarias. Las características sociodemográficas de la población y su relación con la morbimortalidad son aspectos muy importantes en esta parcela.
- Recursos disponibles y grado de utilización, tanto humanos como físicos, económicos, etc.
- Actividades sanitarias más relevantes tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos.
- Costes de las diversas actividades y programas sanitarios.
- Resultados, tanto en salud como en eficiencia, en equidad y en satisfacción de la población. Los resultados en salud son los más relevantes ya que es el objeto y razón de ser del conjunto del Sistema Sanitario, pero resultan, en muchas ocasiones los más difíciles de conseguir, por lo que es necesario avanzar en el terreno de los resultados intermedios (control de hipertensos, diabéticos, EPOC, etc.).

Todo ello sin olvidar que la información debe estar basada en datos adecuados, pertinentes, consistentes, precisos, veraces y fidedignos.

Asimismo, el Sistema de Información debe estructurarse para responder a las necesidades de los diversos agentes: Planificadores, gestores, evaluadores, profesionales y usuarios, especialmente estos dos últimos: los profesionales porque necesitan disponer, en tiempo y forma, de la información necesaria para poder tomar las decisiones adecuadas (clínicas fundamentalmente). Los usuarios (actores principales y grandes olvidados) porque necesitan y exigen la información precisa para decidir sobre lo que más les conviene para su salud y para participar, de manera activa, en los procesos de toma de decisiones del conjunto del Sistema.

Por último, dado el momento por el que atraviesa el sector, parece necesario que se tomen en consideración algunas reflexiones generales:

- Cualquier nuevo abordaje sobre Sistemas de Información Sanitaria ha de tener en cuenta la nueva realidad que se va a configurar con la culminación del proceso transferencial.
- Las propuestas que se hagan al respecto han de ser válidas para el conjunto del Sistema por lo que tienen que ser lo suficientemente flexibles para que permitan disponer de una información homogénea, con independencia de la organización, ordenación y gestión que cada Servicio de Salud adopte. Esto es especialmente relevante para la Atención Primaria, que a lo largo de los años y como consecuencia de un considerable esfuerzo colectivo, ha acuñado un lenguaje y una cultura común que sería preciso preservar.
- Por lo tanto es imprescindible que todo ello sea fruto de un consenso técnico y político entre todas las Comunidades Autónomas. A este respecto, el papel que juegue el Consejo Interterritorial debería ser determinante.

VIII.1 TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL Y BASE DE DATOS DE POBLACIÓN PROTEGIDA

Alfaro Latorre, Mercedes / Barranco Ortega, Víctor

Introducción al Sistema Tarjeta Sanitaria

La Ley General de Sanidad, aprobada en el año 1.986, contempla como principio general del Sistema de Salud la extensión de la asistencia sanitaria pública a todos los ciudadanos españoles y la garantía de igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. En 1.989 se establece, por Real Decreto, la cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, a las que se hace necesario dotar de un documento identificativo individual, puesto que el reconocimiento del derecho se establece, igualmente, a título individual. Dado que la relación de estos ciudadanos con la Seguridad Social no proviene de una situación de alta laboral que les hubiera dotado automáticamente del documento de afiliación (la cartilla de la Seguridad Social), se optó por emitir para ellos una Tarjeta Sanitaria Individual como documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria. El mantenimiento simultáneo de *cartillas* (para los cotizantes de Seguridad Social) y *tarjetas* (para las personas sin recursos económicos suficientes) suponía una discriminación en la misma puerta del sistema, al diferenciar claramente el propio formato del soporte acreditativo el origen del derecho. Por ello, la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) nació con la vocación de unificar el sistema de identificación de cada persona en su condición de usuario de los servicios sanitarios públicos, independientemente del título por el que cada uno pudiera acceder a dicha condición. La TSI se emitiría para todos los asegurados y debería ir sustituyendo, a efectos del acceso al sistema sanitario, a la mencionada cartilla que, no obstante, seguiría constituyendo la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria de los trabajadores y que, por lo tanto, debería ser presentada por éstos para obtener la tarjeta.

Pero la necesidad de contar con un sistema de identificación personal de los usuarios no venía dada únicamente por lo hasta ahora expuesto, sino también por las exigencias derivadas de la propia gestión del sistema sanitario, en términos de conocimiento de las características y distribución la población asegurada. La planificación de los servicios, la asignación de los recursos y la evaluación de la actividad necesitaban un referente claro, que no podía ser otro que los destinatarios, reales y potenciales, de la atención sanitaria. La identificación inequívoca y personalizada de cada usuario es, además, un elemento necesario para la mejora de la calidad de los servicios y para el control de las prestaciones.

Diffícilmente podía hacerse esto con la información derivada de la cartilla de Seguridad Social, de la que solamente existen mecanizados en la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) datos

del titular y la mayor aproximación al número real de personas aseguradas se debe obtener a través de unos coeficientes titular/beneficiarios. Tampoco era posible conocer por este sistema la distribución de la población por edad, sexo y lugar de residencia. En otro orden de cosas, la cartilla vinculaba a todos sus integrantes al mismo médico de atención primaria y a los especialistas que, piramidalmente, se relacionan con aquel, imposibilitando la elección individual de médico por cada ciudadano. Por todo ello, el RD 137 sobre Estructuras Básicas de Salud, disponía ya en el año 1.984 el paso de la cartilla familiar a la identificación individual y la extensión de la cobertura a personas no vinculadas a Seguridad Social actuó como catalizador para su puesta en marcha.

Consecuentemente con lo anterior, la TSI y su Base de Datos, en el ámbito del Instituto Nacional de la Salud, se concibió tanto como una garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones sanitarias a las que tuvieran derecho, como un sistema de identificación personalizada de cada usuario que aportase la información básica imprescindible para la ordenación y prestación de la asistencia. Además, la TSI, al proporcionar un sistema unívoco de identificación del usuario, permite el registro de las actuaciones sanitarias vinculándolas al mismo, elemento indispensable para la coordinación entre niveles asistenciales, tanto en el manejo conjunto de los procesos clínicos como en cuantas transacciones clínicas se realicen.

La información de la tarjeta sanitaria está integrada en una **Base de Datos de Población Protegida** por el INSALUD que proporciona información necesaria para la planificación de servicios y la gestión de usuarios, tanto en lo relativo a identificación del paciente y de su médico responsable de Atención Primaria, como en lo que se refiere a datos de población de referencia. Para ello, la aplicación desarrollada como apoyo a su gestión contempla la creación de un sistema de automatizado que permite disponer de todos los datos de la población con derecho a la asistencia sanitaria del INSALUD. Integra igualmente los datos correspondientes a los médicos de familia y pediatras que prestan servicios en las 57 Gerencias de Atención Primaria, así como los relativos a los centros de salud y consultorios donde se proveen dichos servicios, bajo la codificación que puede consultarse en el capítulo VIII.2 de esta misma publicación.

Dicho de otro modo, el Sistema Tarjeta del INSALUD se ha construido con una doble finalidad:

1. Como **censo** que permite conocer la población protegida, su identidad y características, basándose en criterios de:
 - Reconocimiento personalizado y único de cada ciudadano, evitando duplicidades, para lo que el Código de Identificación del Paciente (CIP) centralizado ha sido el instrumento básico.

- Conocimiento de la situación de aseguramiento de cada usuario, que facilite a los profesionales sanitarios el manejo administrativo de las diferentes modalidades de la prestación, sobre todo las relativas a la farmacia y a la incapacidad temporal.
2. Como **herramienta de planificación y de gestión de recursos**, mediante sistemas que relacionan a la población protegida con los recursos sanitarios disponibles (médicos, unidades funcionales, centros, zonas y áreas sanitarias) con especificidad por tramos de edad, sexo, residencia y dispersión geográfica de la población. En este contexto, la Tarjeta Sanitaria Individual y el Sistema de Información a ella asociado, están enfocados a facilitar la obtención de los datos necesarios para la gestión¹ a partir de los procedimientos de trámite que acompañan a la utilización del sistema sanitario y sin interferir en el desarrollo de la actividad asistencial.

El Sistema TSI está enfocado desde la estrategia de considerar al médico de atención primaria como agente del ciudadano ante el conjunto del sistema sanitario, por lo que fundamentalmente basa su operatividad en la relación usuario (CIP) - médico de Atención Primaria (CIAS).

La **aplicación informática** actual se implantó en noviembre de 1.999 sobre un análisis funcional inspirado en los principios de integración de la información, descentralización de la gestión y control de la calidad. El sistema de información que genera la TSI tiene la configuración de un sistema distribuido, con una Base de Datos Central (BDC), ubicada físicamente en los Servicios Centrales del Insalud, y una Base de Datos Local (BDL) en cada Gerencia de Atención Primaria, generada por replicación de la parte correspondiente de la base central. Las BDL están definidas como informacionales, en tanto que la BCD se define como operacional, por ser la que recoge directamente altas, bajas y modificaciones. El registro sistemático de todas las operaciones asegura la trazabilidad de cada usuario dentro del ámbito del INSALUD. El sistema Tarjeta Sanitaria posibilita el control de la información y sirve para alimentar otras aplicaciones informáticas (Digitalis, IT, aplicaciones locales de gestión clínica, conexión con Hospitales, etc.)

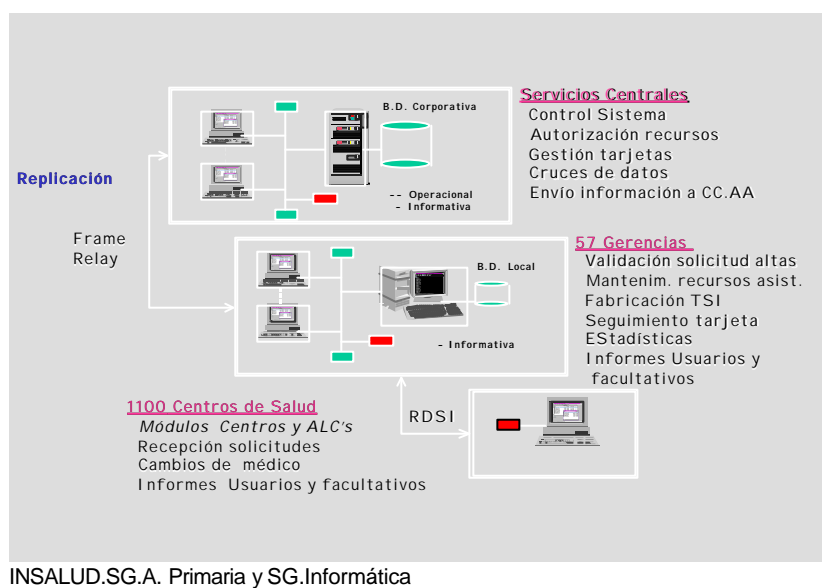
La base de datos de tarjeta está sometida a un importante **control de seguridad**, estando protegido y restringido el acceso a las instalaciones que la alojan. Periódicamente se efectúan auditorías de seguridad y se mantiene el sistema de copias de seguridad que contempla la normativa vigente. Están debidamente identificados los usuarios que tienen acceso al sistema, clasificados por grupos y cada usuario se encuentra debidamente acreditado. Se registran las actuaciones y procesos efectuados por cada usuario de la aplicación. La red en la que soporta el Sistema Tarjeta está securizada y el intercambio de información está planteado con las máximas garantías de confidencialidad.

¹ Planificación y contratación de Recursos Humanos (mediante el código CIAS), seguimiento y control del consumo farmacéutico, obtención de perfiles farmacoterapéuticos, soporte para la gestión de la prestación farmacéutica (DIGITALIS), Cartera de Servicios de AP, I.Temporal, Acceso a Historia Clínica electrónica.

El dominio de trabajo es la **Gerencia de Atención Primaria**, en cuya **Unidad de Tramitación de TSI** se lleva a cabo el control y la validación de los datos críticos de los usuarios y desde ella se incorporan las altas, bajas y modificaciones en la BDC. Igualmente a este nivel se mantienen los datos de recursos sanitarios, con las salvedades que se verán más adelante.

Las **Unidades Administrativas de los Centros de Salud (UAA)**, como primer y más accesible punto de contacto del ciudadano con los servicios sanitarios, realizan la identificación personalizada de los usuarios, recaban los datos necesarios y proponen su inclusión en la BDC, que dará lugar a la emisión de la TSI. Asignan el médico de familia y pediatra a cada persona protegida por el sistema y realizan los cambios de médico derivados del ejercicio de la libre elección por los usuarios, actuando contra esta misma base central y realizan algunos otros procedimientos que se detallarán más adelante. El esquema funcional básico se recoge en la Fig. 1

Figura 1: Diseño funcional Sistema TSI del INSALUD



Las Direcciones Territoriales y Provinciales del INSALUD (hoy transferidas) disponen de una conexión on line a la BDC para consulta de usuarios y explotaciones estadísticas y está implantándose, en el momento actual, la conexión on line de los hospitales, que hasta este momento solamente contaban con las copias de la BD que les suministraban la Gerencias de Atención Primaria.

La gestión del proceso de emisión de la Tarjeta Sanitaria Individual, tanto en emisión inicial como sucesiva, se sirve igualmente de la aplicación informática, mediante la generación de un fichero

con los datos de las tarjetas que tiene que fabricar una empresa externa o las propias Gerencias de Atención Primaria.²

Proceso de implantación

Como se ha comentado, en los meses de noviembre y diciembre de 1989 se promulgó la normativa para la tramitación del reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes y en ella se contemplaba que, una vez reconocido este derecho, el INSALUD o el órgano competente procedería a expedir un documento individual para el acceso a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, con validez en todo el territorio nacional.

Durante el año 1990 se completó el desarrollo normativo y se definió el protocolo de confección de la tarjeta sanitaria, así como los pliegos de cláusulas administrativas y prescripciones técnicas para efectuar la contratación del servicio de implantación de la misma. Tras la formación del personal que iba a participar en el Sistema Tarjeta se inició, en el primer trimestre de 1991, el proceso de emisión en cuatro provincias piloto: Cuenca, Guadalajara, La Rioja y Segovia. Entre los meses de julio y octubre de ese mismo año se incorporaron al proceso el resto de provincias y gerencias de Atención Primaria.

Inmediatamente después, se abordó la inclusión en el Sistema Tarjeta de todos los titulares en situación de alta en la Seguridad Social en los distintos regímenes y de sus beneficiarios reconocidos por el INSS, acreditándose la condición de titular mediante la presentación del documento de afiliación y consulta a la base de datos de la TGSS, y la condición de beneficiario comprobando la inclusión en el documento P1 integrante de la cartilla de S. Social. En ambos casos, los datos de identificación personal se obtenían del DNI, excepto en el caso de los menores.

A lo largo del año 1991 se fueron incorporando al sistema tarjeta otros colectivos: los beneficiarios de pensiones asistenciales y los minusválidos, ambos reconocidos por el INSERSO y los objetores de conciencia y sus beneficiarios durante el tiempo de realización de la prestación social sustitutoria.

En el año 1992 se incorporaron los emigrantes retornados con derecho a la asistencia sanitaria, y en 1993 los afectados por el síndrome del aceite tóxico (SAT), colectivo con prestaciones singularizadas.

En 1994, se expide la tarjeta sanitaria a los mutualistas y sus beneficiarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, tanto activos como pensionistas, que habían elegido el INSALUD para la prestación de la asistencia sanitaria; para este colectivo, tanto la prestación farmacéutica como la prestación por incapacidad temporal, corren a cargo de las Mutualidades, expidiéndoseles las recetas y parte de IT en

² La TSI se fabrica con medios propios en 6 GAPy parcialmente en la DT de Madrid

documentos propios de las mismas. En el mismo año de 1994, se incorporan al Sistema Tarjeta los funcionarios comunitarios europeos, personal administrativo y técnico al servicio de embajadas, a los que se les reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Posteriormente, en el año 1997, se inició la expedición de tarjeta a los menores incluidos en el ámbito de aplicación de la Ley 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor. El último colectivo incorporado al Sistema lo integran los extranjeros a los que se les ha reconocido el derecho a la asistencia sanitaria en aplicación de las Leyes 4/2000 y 8/2000, de 11 de enero y 22 de Diciembre respectivamente, ambas Leyes Orgánicas relativas a los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Cada uno de estos colectivos, por sus peculiaridades en la prestación farmacéutica o de incapacidad temporal (en el caso de las Mutualidades), debe quedar claramente identificado en la propia tarjeta para facilitar el ejercicio de los derechos de cada usuario, el trabajo de los profesionales y la correcta utilización del sistema sanitario por todos sus agentes.

Ritmo de implantación

Durante el primer año se expidieron 509.228 tarjetas en el territorio gestionado por el INSALUD que entonces comprendía a 11 Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla (Tabla 1).

En el año 1.993, con una cobertura superior al 80% de la población se pudo poner en práctica el derecho de libre elección de médico por cada ciudadano en Atención Primaria. El 100% de cobertura³ se consideró alcanzado en el año 1996. Esta circunstancia hizo posible que la Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que acompaña a la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 1.997, a fin de compatibilizar el ejercicio del derecho individual a la libre elección de facultativo con la adecuación de retribuciones de los profesionales, facultase al Gobierno para regular la sustitución del pago por cartilla (titulares) al pago por Tarjeta Sanitaria Individual (titulares y beneficiarios) a aquellos profesionales que todavía percibían sus retribuciones a través del sistema de determinación de honorarios.

A partir de 1.997 la población de referencia para la elaboración de los Contratos de Gestión que suscriben anualmente las Gerencias con la Dirección General del INSALUD, es la incluida en la base de TSI. La tarjeta es de uso obligatorio para los usuarios del INSALUD a partir de la Resolución de 23 de julio de 1.998 de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD (BOE 187 de 6 de agosto).

³ El único colectivo que todavía no cuenta con tarjeta sanitaria son las personas pertenecientes a las Empresas acogidas al régimen de colaboración, que siguen utilizando la "cartilla" de la Seguridad Social, no obstante la aplicación de TSI cuenta con la información y programas necesarios para la emisión de tarjeta a este colectivo.

Actualmente el número usuarios en alta en la BDC, distribuidos por Comunidades Autónomas, es el que se refleja en la Tabla 1. La distribución de población por algunos de los criterios de gestión más relevantes se recoge en gráficos al final del capítulo.

TABLA 1. Registros en BDTSI del INSALUD

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Diciembre 1991	Diciembre 2001		
		ACTIVOS	HISTÓRICO	TOTAL REGISTROS
ARAGÓN	10.474	1.183.085	110.761	1.293.846
ASTURIAS	49.811	1.062.785	110.934	1.173.719
BALEARES	869	833.053	67.250	900.303
CANARIAS*	9.210			
CANTABRIA	4.660	523.079	53.596	576.675
CASTILLA LA MANCHA	141.689	1.707.177	141.286	1.848.463
CASTILLA Y LEÓN	179.426	2.388.138	227.167	2.615.305
EXTREMADURA	17.522	1.031.112	101.314	1.132.426
LA RIOJA	72.796	276.655	26.669	303.324
MADRID	12.492	5.259.317	316.677	5.575.994
MURCIA	4.324	1.160.765	91.260	1.252.025
CEUTA	3.756	58.698	5.684	64.382
MELILLA	2.199	51.197	7.177	58.374
TOTAL INSALUD	509.228	15.535.061	1.259.775	16.794.836

*Se transfirió en 1.994 con 1,5 millones de TSI emitidas

Descripción y datos de la Tarjeta Sanitaria

El soporte físico es una tarjeta de plástico con banda magnética que, actualmente, contiene los siguientes datos en el anverso:

- **SERIGRAFIADOS EN COLOR SOBRE EL PLASTICO**
 - COMUNIDAD AUTONOMA DONDE SE EMITE LA TARJETA
 - ENTIDAD EMISORA (INSALUD)
- **ESTAMPADOS EN RELIEVE EN CINCO LINEAS**
 - CODIGO DE IDENTIFICACION DE ENTIDAD EMISORA (CITE)
 - CODIGO DE IDENTIFICACION PERSONAL (CIP)
 - Nº AFILIACION SEGURIDAD SOCIAL (NASS)
 - D.N.I. o N.I.E. (nº de identificación de extranjero)
 - TIPO DE USUARIO
 - FECHA DE CADUCIDAD
 - NOMBRE Y APELLIDOS

En el esquina superior derecha se incorpora, desde 1999, el número de tarjetas expedidas hasta la fecha al titular (renovación por caducidad, cambio de situación, extravío, etc.)

En el reverso lleva la etiqueta de adscripción de médico y la banda magnética, con la información que se describe a continuación:

- **IMPRESOS EN LA ETIQUETA DE ADSCRIPCIÓN DE MÉDICO**
 - APELLIDOS DEL FACULTATIVO DE A. PRIMARIA
 - DIRECCIÓN DEL CENTRO DE A.P.
 - TELÉFONO DE CITA PREVIA Y DE URGENCIAS
 - CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN AUTONÓMICA SANITARIA (**CIAS**)
 - CÓDIGO CENTRO

- **INCORPORADOS EN LA BANDA MAGNÉTICA**
 - CITE
 - CIP
 - APELLIDOS Y NOMBRE DEL TITULAR
 - TIPO DE USUARIO
 - FECHA CADUCIDAD

La banda magnética condiciona por su vida media (estimada en cuatro años) el período de validez de la tarjeta. La información se recoge en la pista 1 (estándar IATA) y en la pista 2 (estándar ABA), dejando libre, para futuros usos, la pista 3.

Actualmente la banda no contiene el NASS, al no tratarse de un número individualizado (puede tener el mismo toda la familia). Con la entrada en vigor del Número de Seguridad Social (que no de afiliación) individual de cada usuario, está previsto incorporar éste a la banda magnética, fundamentalmente para la gestión de la Incapacidad Temporal de los titulares activos de Seguridad Social,. En la receta médica puede utilizarse indistintamente CIP o NASS, con tendencia a dejar de utilizar este último a favor del primero. La etiqueta que proporciona el terminal autónomo de identificación de receta (TAIR), del que dispone cada médico de Atención Primaria, solamente incorpora el CIP.



Usuario Tipo General Activo



Usuario Tipo General Pensionista

Códigos utilizados en la TSI

Los diferentes códigos de identificación que incorpora la Tarjeta Sanitaria, se manifiestan como elementos de referencia de gran seguridad y versatilidad.

- **CITE (código de identificación de la entidad emisora)**

Es el código de identificación del tipo de tarjeta y del País y Comunidad Autónoma emisores de la misma. Para identificar el tipo de tarjeta se utiliza el código 8 de la International Standards Organization (ISO). Para codificar el país se utilizan tres caracteres numéricos (estándar de la CCITT), en el que a España le corresponde el código 034. El código numérico correspondiente a la Comunidad Autónoma emisora es el establecido oficialmente para cada una de las mismas.

El CITE está presente en todas las tarjetas sanitarias del SNS. Una vez esté ultimada la implantación de la tarjeta sanitaria individual, con carácter general, en todas las Comunidades Autónomas del estado español, el CITE permitirá el cálculo de la población a cargo de cada Servicio de Salud, teniendo un indudable valor para todo tipo de transacciones entre los mismos.

- **CIP (código de identificación personal)**

Cada persona física beneficiaria de los recursos sanitarios posee un código alfanumérico de identificación personal, denominado CIP (Card Holder Identification -CHI- en la terminología del International Patient Cards Standards Council -IPCSC-)

La composición de este código se estableció basándose en un consenso internacional en el ámbito de la IPCSC en el año 1.989, a partir del documento elaborado por el INSALUD a propuesta de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la Consellería de Sanitat y Consum de la Generalitat Valenciana y el propio INSALUD.

Construido sobre datos estables de la biografía de cada usuario, constituye un referente prácticamente unívoco del mismo. Consta de 16 caracteres alfanuméricos:

AAAA Dos primeras consonantes del primer y segundo apellido
FFFFFF Año, mes, día de nacimiento y sexo (mujer suma 40 al día de nacimiento)
NNN Comunidad Autónoma o País de nacimiento (*)
RR Dígitos de repetición de la secuencia AAAAFFFFFFNNN
C Dígito de control o chequeo

(*) Si el ciudadano ha nacido en territorio del Estado, se utiliza el código de 2 caracteres numéricos de la C. Autónoma, anteponiendo el carácter 9 (ISO 3166-1981).

Ejemplo: Juan García García, nacido el 22 de julio de 1.955 en Madrid:

CIP: GRGR550722916012 AAAA = GRGR
 FFFFFFF = 55 07 22
 NNN = 9 16
 RR = 01
 C = 2

Una persona diferente que se apellidase también García García (u otros apellidos cuyas dos primeras consonantes fueran GRGR) que fuera del mismo sexo, hubiera nacido el mismo día, mes y año y en la misma Comunidad Autónoma, tendría diferente el dígito de repetición RR (01 = solo existe un individuo con una determinada raíz de CIP; 02 = segundo individuo que tiene esa misma raíz del CIP; 03 = tercer individuo que lo tiene, etc.). Al ser diferente el código de repetición también cambia el dígito de control. Todo ello permite, cuando coinciden datos de identificación de personas diferentes, asignar hasta 99 CIP distintos, lo que cubre ampliamente la casuística.

En la Base de Datos TSI, cada CIP tiene asociados los datos identificativos del usuario, tanto relativos a su aseguramiento como los de domicilio, teléfono, CIAS médico asignado, CIAS médicos y Centros de Atención Primaria asignados anteriormente, etc.

- **CIAS (Código de Identificación Autonómica Sanitaria)**

En la Tarjeta Sanitaria este código identifica al puesto asistencial de medicina de familia o pediatría al que está adscrito el usuario y tiene asociado, en la Base de Datos, el profesional que lo ocupa. Proporciona la distribución de usuarios por cada efectivo, permite vincular cualquier actuación que se realice sobre el usuario a su médico de familia o pediatra y conocer donde reside su información clínica.

Está formado por el código identificador de la Comunidad Autónoma, Area Sanitaria, Zona Básica de Salud y Puesto de Trabajo, además de un dígito final de control.

16	Madrid
1608	Area 8
160805	Zona Básica nº 05 del Area 8 de Madrid
16080501	Médico General de la ZBS nº 05 del Area 8 de Madrid
1608050109	Puesto nº 9 de Médico General de la ZBS nº 05 del catálogo de puestos de trabajo del Area 8 de Madrid

En la base de datos cada CIAS tiene asociados los datos del médico que desempeña el puesto y del centro físico donde se ubica. Cada CIAS tiene asignados los usuarios que conforman su cupo.

Todos los demás puestos de trabajo de Atención Primaria están igualmente codificados a través de CIAS, estando prevista su incorporación a la Base de Datos TSI, relacionados con el centro en el que trabajan y la población a la que atienden. Está previsto, igualmente, el desarrollo de un módulo de "recursos" en Atención Especializada, dentro de esta misma Base de Datos.

Tipo de usuario

La descripción del "tipo de usuario" que recoge la tarjeta, conlleva el conocimiento del alcance de las prestaciones sanitarias para cada persona, en dependencia del régimen de afiliación a la Seguridad Social y posibilita su agrupación en los diferentes colectivos existentes (activo/pensionista, titular/beneficiario, régimen general/régimen especial agrario/mutualidades, extensión de cobertura a personas sin recursos, síndrome del aceite tóxico, etc.)

Proceso de emisión de la TSI

Circuito de emisión

La información existente sobre los usuarios, anterior a la TSI, no permitía la emisión de la tarjeta "de oficio", al aportar solamente datos sobre titulares (y de éstos tampoco se contaba con la necesaria para la confección de la misma). En estas circunstancias se llegó a la conclusión de que sólo era posible emitir la tarjeta a petición del usuario. El documento base para su solicitud es la Cartilla o Tarjeta con el NUSS de la Seguridad Social y el vehículo administrativo el Formulario *modelo F1* (actualmente informatizado). Este formulario, que debe ser cubierto para cada usuario, recoge todos los datos necesarios para su correcta identificación. En el momento de su cumplimentación y tras la firma del solicitante aceptando el tratamiento informático de sus datos, se entrega a éste una copia con validez para la asistencia hasta que, en un plazo cercano al mes, reciba en su domicilio la propia TSI.

Con el fin de facilitar su solicitud de la manera más cómoda para los ciudadanos, existen 1.165 puntos de información y recepción de formularios, ubicados en las UUAA de los centros de Atención Primaria.

Captura de datos en los Centros de Salud

Las UUAA son las encargadas de recoger los datos necesarios para la inclusión de los ciudadanos en la Base de Datos de Población Protegida del INSALUD. Disponen para ello de un terminal con un módulo de gestión de TSI conectado con la BDC. Los datos se recogen, por lo tanto, en

soporte informático existiendo diferentes controles para su grabación, tanto para asegurar la cumplimentación de campos críticos como para homogeneizar el formato de recogida de los mismos.

Es importante señalar que el personal de las UUAA debe realizar concienzudamente la comprobación de los documentos que necesariamente debe aportar el usuario para su inclusión, y recoger los datos directamente de los mismos (DNI, cartilla o tarjeta Social, pasaporte, etc.). Con ello se minimiza una de las posibles fuentes de error o incluso de fraude.

Validación de los datos

Las Unidades de Tramitación de cada Gerencia, con las propuestas de alta que se realizan desde las UUAA, deben comprobar la situación en el Fichero General de Afiliación, ficheros de Entidades o del SAT, del titular del derecho de la persona que solicita el alta. Si la situación es correcta lanzan el proceso de generación de CIP e inclusión en la BDC.

La información recogida y tratada, tanto en los Centros de Salud como en las Unidades de Tramitación de las Gerencias de Atención Primaria, se somete a las funciones de validación y acreditación de calidad de la información que se citan a continuación:

- Control de ortografía a los apellidos de los usuarios
- Control de ortografía a los datos de los recursos
- Control de ortografía de nombre y nombre reducido.
- Control del Nº de Afiliación a la Seguridad Social
- Generación/ control del NIF
- Generación / control del NIE
- Generación / control del CIAS
- Generación / control del CIP
- Generación / control del Nº de Colegiado
- Control de ortografía para las direcciones
- Generación /control del CITE
- Truncado nombre y apellidos en el anverso de la tarjeta
- Truncado nombre y apellidos en etiquetas
- Truncado nombre y apellidos en banda magnética

A continuación se describen algunos de los aspectos de mayor relevancia en el proceso de emisión que forman parte del control de calidad del Sistema Tarjeta.

- **Generación del código de identificación personal: controles para su relación unívoca con cada ciudadano**

Cuando se quiere incorporar un nuevo usuario a la base de datos de TSI la aplicación, a través de la función de "Generar el CIP", construye una raíz de dicho código con los datos de la nueva persona. Posteriormente busca en la base de datos, tanto en los registros activos como en el histórico, para determinar si hay algún usuario con esa misma raíz de CIP. En pantalla muestra al operador los datos de los registros encontrados del siguiente modo:

En la cabecera: Raíz de CIP común de los usuarios

En las líneas de detalle:

Primer apellido
Segundo apellido
Nombre
Número de Seguridad Social propio⁴ (NUSS)
Número de Afiliación a la Seguridad Social (NASS)
NIF/NIE
Código de Comunidad Autónoma o País de nacimiento
Código de Gerencia en la que se encuentra el usuario
Fecha de nacimiento
Sexo

En función de los datos obtenidos se determinará si se sigue con el proceso porque se trata de un usuario diferente a los mostrados, en cuyo caso se consuma la generación del CIP con los correspondiente caracteres de repetición y control que le dotan de exclusividad en la BDC, tal como ha quedado expuesto anteriormente. Si, por el contrario, el usuario ya existe en el fichero de activos de la Gerencia o como usuario dado de baja y mandado al histórico, se abandonará el proceso de captura inicial de datos, en el primer caso por ser obviamente innecesario y en el segundo porque basta con volver a pasar a activo el registro con el CIP que tuviera asignado, actualizando los datos restantes precisos (domicilio, tipo de usuario, etc.). Cuando se detecta que el usuario existe, como activo o en el histórico, pero adscrito a un Area Sanitaria de otra Gerencia, se modifica su adscripción mediante la opción de "cambio de usuario de Gerencia", quedando registrados en la base todos los movimientos.

- **Comprobación del NIF / NIE**

Si el campo NIF/NIE coincide con el de otro usuario, bien en el fichero de activos o en el histórico, mostrará una pantalla con los datos de los registros afectados, a fin de que el operador verifique si se trata de un usuario ya grabado o si es un posible duplicado de NIF/NIE. En el último caso informará al solicitante de esta situación por si desea comprobarla en el organismo competente, sin revelar, en ningún caso, la identidad de la/s otra/s persona/s afectadas. En la BDC se marcan los registros de los usuarios que ostentan el mismo NIF/NIE con un valor que advierte de su situación de duplicado y de la ubicación de los otros registros involucrados.

- **Comprobación del número de afiliación y tipo de usuario**

La incorporación de un nuevo usuario supone, en primer lugar, una consulta en el Fichero General de Afiliación de la TGSS a través de la conexión SILCON sobre el titular del derecho, ya que sobre los beneficiarios la única información disponible de Seguridad Social es el documento P1 de la cartilla. A continuación, y ya dentro del Sistema Tarjeta, si el nuevo usuario es titular se comprueba que no existe otro usuario titular con el mismo número de afiliación. Si se produce esta circunstancia, la aplicación muestra un mensaje indicando la Gerencia en la que se encuentra el duplicado para que conjuntamente depuren y actualicen la información.

Si el nuevo usuario es beneficiario se comprueba que su correspondiente titular se encuentra en la base de datos y el tipo de régimen de Seguridad Social y de prestación farmacéutica que les confiere. Si se trata de un beneficiario cuyo titular reside fuera del ámbito de gestión del INSALUD se comprueba que, efectivamente, dicho titular no existe en la BDTSI, y se asigna al nuevo usuario las características del titular que recoge el FGA, quedando marcado como "beneficiario con titular fuera de INSALUD"

Para un mayor control de la situación de los beneficiarios, sus registros llevan incorporado también el dato del CIP de su titular y la aplicación no permite que sus atributos respecto a la prestación farmacéutica sean diferentes a los del titular del derecho, salvo las excepciones legalmente contempladas (SAT, Minusválidos). En caso de cambio de situación del titular (cambio de régimen de S. Social, paso de activo a pensionista o pérdida del derecho –caso excepcional–) se modifica automáticamente la situación de sus beneficiarios, independientemente del área sanitaria, provincia o comunidad autónoma del ámbito INSALUD en la que se encuentren residiendo aquel y éstos.

Existen determinados tipos de usuarios que solamente pueden ostentar la condición de titulares, al tener reconocido individualmente el derecho a la asistencia. Es el caso de las personas acogidas al RD 1088, directamente o a través de la Ley de Protección Jurídica del Menor o de la Ley de Extranjería, todas las cuales disponen de su correspondiente Número de Seguridad Social. En estos casos la aplicación controla igualmente la existencia de duplicidades de dicho número e impide, por otra parte, la asociación de beneficiarios a estos registros.

Por último, el cambio de tipo de usuario que conlleva reconocimiento de gratuidad en la prestación farmacéutica, está sometido a un control adicional, registrándose la fecha, hora y login del usuario de la aplicación que ejecuta dicha modificación.

- **Comprobación usuarios de Entidades Concertadas**

⁴ La TGSS ha iniciado la asignación a cada ciudadano de un Número de Seguridad Social propio que, en caso de causar alta como trabajador constituye también el nº de afiliación y en caso contrario se asociará al título que confiera los derechos del sistema de Seguridad Social incluida la asistencia sanitaria.

Si el usuario procede de MUFACE, ISFAS o MUGEJU se valida su situación de alta y su condición de titular o beneficiario contra la base de datos proporcionada por dichas entidades, o, en segunda instancia, con el FGA, validación indispensable para poder proseguir con el procedimiento de inclusión de este tipo de usuarios.

- **Comprobación usuarios de situaciones especiales**

Se realizan controles específicos en los casos de fallecimiento del titular, pérdida del derecho y baja en Mutualidades. Para los usuarios acogidos a la Ley de Protección Jurídica del Menor o a la Ley de Extranjería se controla que no puedan tener la situación especial de baja en INSS, ni de pérdida de derecho, ni de fallecimiento de su titular (es él mismo). Si el usuario que se quiere incorporar está vinculado a un titular en situación especial de "pérdida de derecho" la aplicación mostrará un mensaje de error y no dejará darlo de alta. Siempre que exista una situación especial es necesario poner la fecha de dicha situación.

- **Datos de los beneficiarios del usuario seleccionado**

Siempre que el usuario sea titular y tenga beneficiarios aparecerá una ventana con la relación de éstos, su/s domicilio/s, el/los médico/s y centros de Atención Primaria a los que están adscritos, así como la existencia de alguna particularidad en cuanto a tipo de usuario.

- **Usuarios procedentes de otras CC.AA**

Los usuarios procedentes de una Comunidad Autónoma que no es del ámbito INSALUD y en la que disponen de su correspondiente tarjeta, se incorporan paralelamente en la tabla denominada "bajaccaa" que contiene la información de fecha del sistema, un número de orden correlativo a esa fecha, el CIP del INSALUD, primer apellido, segundo apellido, nombre, sexo, NIF o NIE y NASS, así como el código de la Comunidad Autónoma de procedencia del usuario y el CIP asignado en la misma. Estos datos se utilizan para realizar el envío del fichero a cada Servicio de Salud⁵ para que procedan a darlos de baja. Si no tiene tarjeta en la Comunidad de la que procede, se incluirán en esta tabla los mismos datos a excepción del CIP en su Comunidad de origen. Esta tabla se actualizará en la BDC y lleva un número de orden de registro incorporado por cada fecha de alta en el sistema INSALUD.

- **Inserción en el fichero histórico de procesos**

La captura inicial de datos del usuario queda registrada en un fichero de trabajo que vincula la fecha, hora y nombre de la persona que la ha realizado con el CIP de usuario que se está tratando. Este

control del trabajo realizado por cada persona se lleva a cabo sólo a nivel del sistema central y dicha tabla no existe en las Gerencias. Mensualmente se reporta a cada Gerente de Atención Primaria (o a la persona responsable de TSI) un resumen con la actividad realizada.

Fabricación de la TSI

La aplicación informática de TSI genera un fichero con los datos de las tarjetas que tiene que fabricar una empresa externa o la propia Gerencia; para ello solicita unos parámetros previos a la generación, además del código del fabricante de las tarjetas. En el caso de fabricar las tarjetas una empresa externa se mandan con un número de envío dentro del fichero generado e, internamente, se graba un registro con número de envío, código de empresa, CIP y número de orden en la entidad "envíos". Cuando se cargan los datos de las tarjetas fabricadas por empresas externas se comprueba que el número de tarjetas fabricadas para cada envío corresponde con el número de tarjetas mandadas a fabricar y, además, al quedar registrado el código de la empresa y la fecha de envío para fabricar, se puede consultar en este fichero por el número de envío.

Las tarjetas son remitidas al domicilio del usuario por la empresa o gerencia fabricante, tanto en su emisión inicial como en las sucesivas, acompañadas de una carta del Director General del INSALUD a modo de breve presentación del envío de la TSI. La renovación de tarjetas por caducidad se realiza de forma automática, aproximadamente un mes antes de la fecha de vencimiento.

Gestión y control de la actualización de la información

Con el fin de mantener la mayor actualización y fiabilidad de la información contenida en la BDTSI se realizan continuamente una serie de controles sobre la totalidad de los procesos.

El mantenimiento y actualización de las **tablas de parámetros** se realiza exclusivamente desde el **Sistema Central**, donde existen todas las opciones operativas: altas, bajas, modificaciones, consultas y listado. Desde las Gerencias sólo se accede a las opciones de consultas y listado. Dichas tablas se reflejan en la Tabla 2.

Tabla 2: Tablas de Parámetros TSI

<u>Localización</u>	<u>Usuarios</u>	<u>Apellidos</u>
Países	Tipos de Usuarios	Apellidos Abreviados
Comunidades Autónomas	Cambios de Médico	Apellidos Reconocidos
Provincias	Motivos de Borrado	
Localidades	Situaciones Especiales	

⁵ En la actualidad el procedimiento está operativo con Galicia y Navarra y disponible para el resto de CCAA a falta adoptar los acuerdos de intercambio.

Tipos de Vías Diccionario de Calles	Aportación de Farmacia	
<u>Puestos trabajo</u> Tipos de Puestos Modalidad de Puestos Forma de Cobertura Subtipos de Puestos Motivos de Borrado	<u>Recursos</u> Tipos de Unidades Funcionales Titularidad de Centros Centros de Gasto	
<u>Entidades / Empresas</u> Empresas Colaboradoras Entidades Concertadas Entidades Comunicantes de Datos Instituciones	<u>Tarjetas</u> Causas de Emisión Tipos de Petición Tipos de Estado Fabricantes de Tarjetas	

INSALUD SG.A. Primaria

Determinados procesos que afectan a los **recursos** se gestionan también desde el Sistema Central: altas, bajas y modificaciones de Gerencias de AP, Zonas Básicas de Salud, Unidades Funcionales, Centros de AP y autorización y alta de CIAS de AP.

Las **Gerencias** disponen de las opciones de altas y bajas para: ocupación de CIAS, alta de profesionales, asociación CIAS-Centro y Unidad Funcional-Centro. Pueden dar de alta centros con códigos 31 a 49 y 51 a 60 (consultorios locales) y pueden dar bajas de CIAS y modificar datos de U.Funcionales y de Centros. Tienen igualmente todas las opciones de consultas y listado.

Con el fin de evitar errores en los datos registrados o incoherencias en la asociación entre los mismos y garantizar la calidad de la información utilizada por el sistema TSI, la aplicación realiza los procedimientos que se recogen en la Tabla 3

Tabla 3

CONTROL Y GESTIÓN	CRUCES PERIODICOS DE DATOS
<ul style="list-style-type: none"> - Chequear Apellidos en Tarjetas a emitir - NIF / NIE duplicados - Misma Raíz de CIP - Cartillas - Activo - Histórico - Chequeo Beneficiarios con Titular erróneo - Chequeo Beneficiarios con Titular fuera del Sistema - Inserción en el Diccionario de Apellidos - CIAS - Centro sin médico - Chequeo de CIAS con menos de 15 usuarios - Chequeo de >14 años con CIAS de Pediatría - Control de fechas de caducidad 	<p>Con otros Organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INSS / Tesorería - MUFACE - ISFAS - MUGEJU - SAT <p>Tratamiento de información fallecimientos procedente de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerio de Justicia - Hospitales <p>Intercambio de información con Comunidades Autónomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usuarios provenientes de otras Comunidades Autónomas que han causado alta en Insalud. - Usuarios del Insalud que han causado alta en otra CCAA s/ información que facilitan éstas
USUARIOS	BORRADO MASIVO
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios masivos de médico - Cambio de Pediatría a Medicina General 	<ul style="list-style-type: none"> - Por devoluciones de tarjeta - Por pérdida del derecho a la asistencia sanitaria - Por caducidad de cartulinas - Por caducidad de permiso de residencia

INSALUD SG.A. Primaria

Explotación de la información

Las funcionalidades más destacadas para la **gestión y explotación de la información** están relacionadas con la generación de listados, cartas, etiquetas y estadísticas, además de las correspondientes consultas en pantalla. La Tabla 4 recoge las más importantes.

Tabla 4: Explotación de la información BDTSI

LISTADOS	CARTAS
<p><u>Tarjetas</u></p> <p>Tarjetas Emitidas en el Mes Tarjetas por facultativo Caducidad > 14 años sin NIF / NIE Usuarios por CIAS procedentes de otras Gerencias procedentes de otras CC.AA</p> <p>Fin de edad pediátrica Reordenación de CIAS PSR que cumplen 65 años Por Calles (Sólo Gerencia)</p> <p><u>Facultativos</u></p> <p>Médicos por Centro Médicos por Unidad Funcional Altas y Bajas de Usuarios</p> <p><u>Cartulinas</u></p> <p>Beneficiarios de Pensionista Invalidez Provisional Objetores Desplazados Temporales Procedentes de otras CC.AA transferidas Procedentes de otras Gerencias Por facultativo</p> <p><u>Nóminas</u></p> <p>CIAS CIAS / Zona y Centro Resumen (Sólo en Gerencia)</p> <p><u>Recursos Asistenciales (Sólo Central)</u></p> <p>Códigos y Centros de Gastos Recursos Humanos Puestos, Por Categoría y Por Gerencia Zonas, UF y CIAS, por GAP-P.Orgánica. Unidades Funcionales</p>	<p><u>Usuarios</u></p> <p>Caducidades > 14 años sin NIF Pensionistas que causan baja Beneficiarios Pensionista que pasan a otra situación Situaciones Especiales Advertencia uso Tarjeta Desacreditada Adscripción de Médico / Emisión de Tarjeta</p> <p><u>Médicos</u></p> <p>Fin de Edad Pediátrica Cambios de CIAS Denegación Elección de Médico Movimientos de Usuarios por CIAS</p> <p>ETIQUETAS</p> <p>Comunidades Autónomas Gerencias de AP Centros de AP Profesionales Usuarios Adscripción de Médico</p>
ESTADÍSTICAS	Explotaciones de Central (SSCC)
<p><u>Pirámides de Población</u></p> <p><u>Medias de Tarjetas / Facultativos Zona</u></p> <p><u>Fallecidos por Zona y Sexo</u></p> <p><u>Exención en el Pago de Medicamentos</u></p> <p>Por CIAS, por Zona y por tipo de usuario</p> <p><u>Tipos de Usuarios</u></p> <p>Con Tarjeta o cartulina por CIAS o por Zonas</p> <p><u>Emisión de Tarjetas</u></p> <p>Emisión Inicial y sucesiva, anual y mensual</p> <p><u>Cambios de médico por Zona</u></p>	<p>Número de usuarios por Gerencia Bajas por Causas Usuarios aportación farmacéutica Tramos de Edad Usuarios por CIAS / tramos de edad Usuarios por Subtipos de Puesto Usuarios por Zona / Tipos de Puestos Cartera de Servicios Usuarios Fallecidos Usuarios por Tipo de UF, Dispersión y Edad Usuarios FTR, GTA, GTN, PTN y PTA Distribución de Mujeres Tramos variables de edad</p>

Funcionalidades actuales del Sistema Tarjeta en la gestión sanitaria

Como se ha comentado al principio del presente capítulo, desde el año 1.997 la BDTSI proporciona la información sobre la población a la que deben orientarse los objetivos del **Contrato de Gestión** que, anualmente, suscriben las Gerencias de Atención Primaria con la Dirección General del INSALUD y, consecuentemente, con las unidades de provisión de servicios (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Apoyo, etc.) que deben llevarlos a cabo.

Los datos poblacionales intervienen en la **configuración del presupuesto** y en el posterior **análisis de costes**, al disponer del tamaño poblacional de cada Zona Básica de Salud, su distribución según dispersión geográfica, tramos de edad, tipo de usuario -aportación a farmacia- etc.(ver capítulos III y VII) y constituyen la base para el establecimiento de los objetivos de cobertura de la **Cartera de Servicios**, tanto a nivel de Area como de Unidad de Provisión (ver capítulo II).

La BDTSI proporciona los datos relativos a los tramos de edad según criterios de capitación para el abono del complemento de productividad fija a los profesionales de Atención Primaria, volcando los mismos a la aplicación de **nómina**.

Los programas informáticos de gestión de la **prestación farmacéutica** y de la prestación de **incapacidad temporal**, se sirven igualmente de la BDTSI, que les proporciona datos tanto de los usuarios como de los médicos prescriptores.

Los **programas informáticos de gestión clínica** toman igualmente su base poblacional de la base de TSI, identificando a cada usuario mediante los códigos principales (CIP, CIAS, CITE). La conexión entre Atención Primaria y Especializada para citación basa igualmente su funcionamiento en la identificación y asociación CIP-CIAS.

El uso de la TSI como documento identificativo personal se desarrolló, durante los primeros años, casi exclusivamente bajo un aspecto de reconocimiento visual. A partir de 1.997 se dotó a los centros y consultas de Atención Primaria de un sistema automatizado de lectura (TAIR) que permite el registro del paciente en la consulta del médico y la identificación mediante la emisión de una etiqueta para las recetas médicas y otros documentos clínicos, utilizando la información contenida en la banda magnética de la tarjeta. La Tarjeta Sanitaria Individual constituye el documento identificativo y acreditativo de cada usuario adscrito, a efectos de su asistencia sanitaria, al Instituto Nacional de la Salud, siendo título necesario y suficiente para el acceso a los servicios sanitarios prestados por el mismo. Igualmente identifica a los usuarios del INSALUD - gestión directa, ante el resto de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

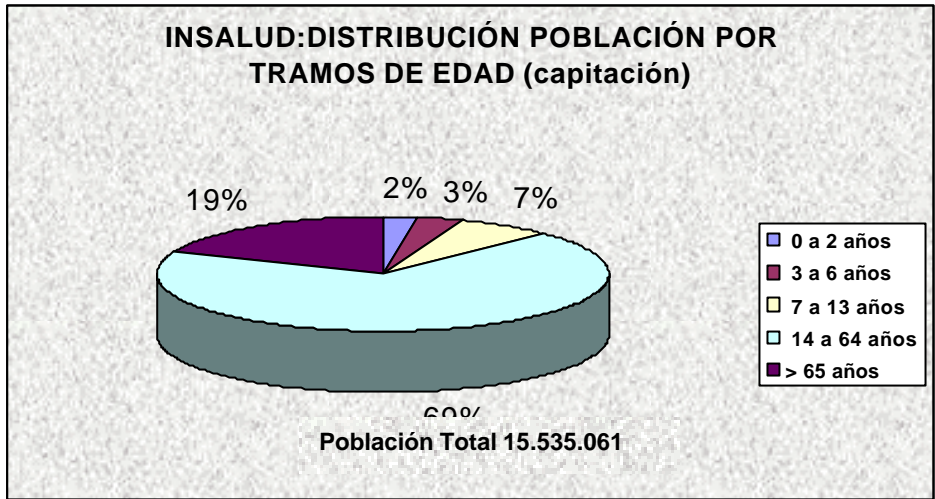
Las siguientes tablas y gráficos recogen datos de la población atendida por el INSALUD en función de diferentes criterios de distribución

Tabla 5: Datos poblacionales por Gerencia A.Primaria

POBLACIÓN BDTSI INSALUD DICIEMBRE 2001			
Gerencia	POBLACIÓN	Gerencia	POBLACIÓN
HUESCA	195.426	PALENCIA	169.803
TERUEL	133.008	SALAMANCA	337.814
ZARAGOZA I	544.513	SEGOVIA	134.595
ZARAGOZA II	310.138	SORIA	89.145
OVIEDO	315.217	VALLADOLID I	232.017
AVILES	155.717	VALLADOLID II	262.052
GIJON	290.971	ZAMORA	188.160
SAMA LANGREO	85.316	BADAJOS	497.140
MIERES	75.702	DON BENITO	138.541
ARRIONDAS	52.237	CACERES	183.667
CANGAS DE NARCEA	34.393	PLASENCIA	211.764
JARRIO	53.232	LA RIOJA	276.655
MENORCA	75.043	AREA I MADRID	638.293
PALMA DE MALLORCA	656.216	AREA II MADRID	402.928
IBIZA	101.794	AREA III MADRID	295.078
SANTANDER	366.469	AREA IV MADRID	528.555
TORRELAVEGA	156.610	AREA V MADRID	637.319
ALBACETE	360.041	AREA VI MADRID	480.176
CIUDAD REAL	285.371	AREA VII MADRID	499.843
PUERTOLLANO	80.221	AREA VIII	419.097
ALCAZAR	107.934	AREA IX	362.846
CUENCA	193.246	AREA X	278.147
GUADALAJARA	160.564	AREA XI	717.035
TOLEDO	380.319	MURCIA	728.691
TALAVERA	139.481	CARTAGENA	288.241
AVILA	154.630	LORCA	143.833
BURGOS	338.706	CEUTA	58.698
LEON	332.302	MELILLA	51.197
PONFERRADA2321	148.914	TOTAL INSALUD	15.535.061

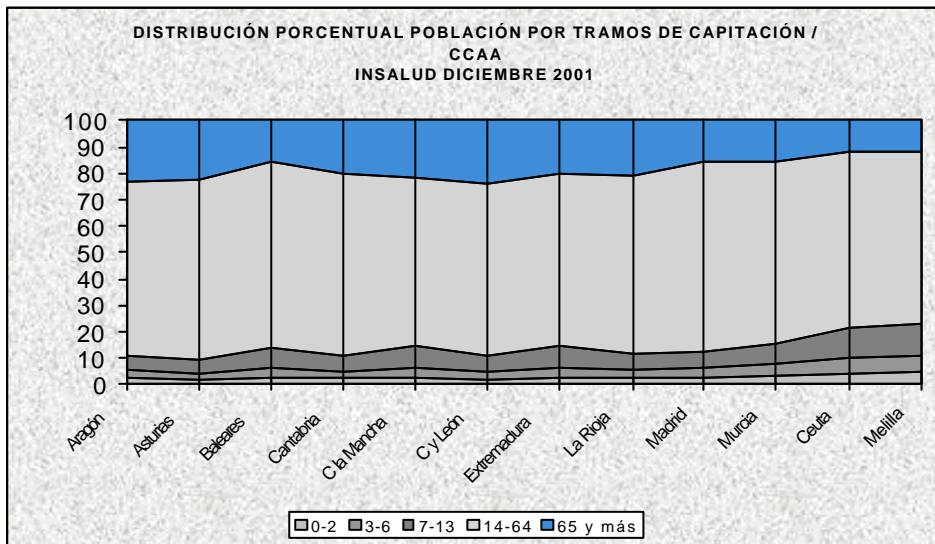
INSALUD SG.A.Primaria

Gráfico 1 : Tramos de edad (capitación)



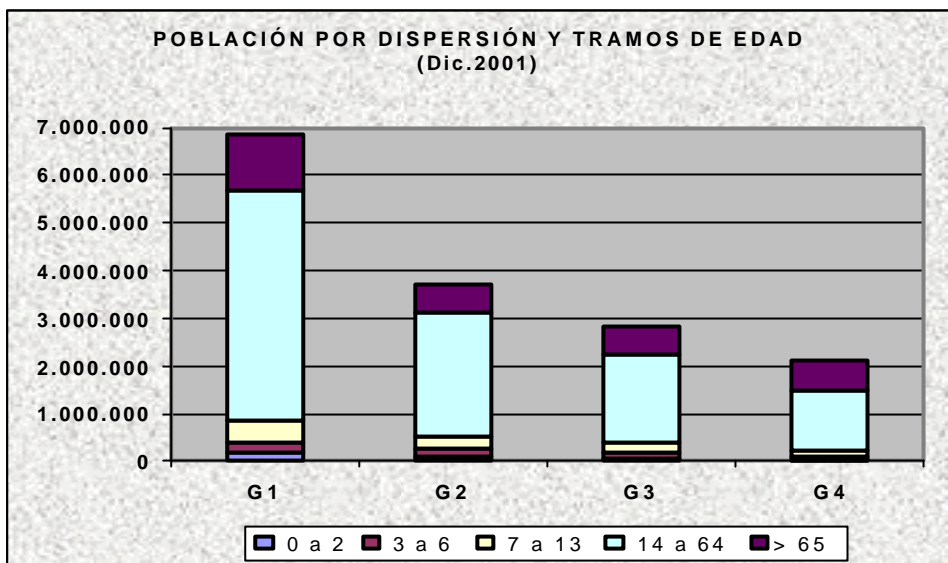
INSALUD SG.A.Primaria

Gráfico 2 : Tramos de capitación por CCAA



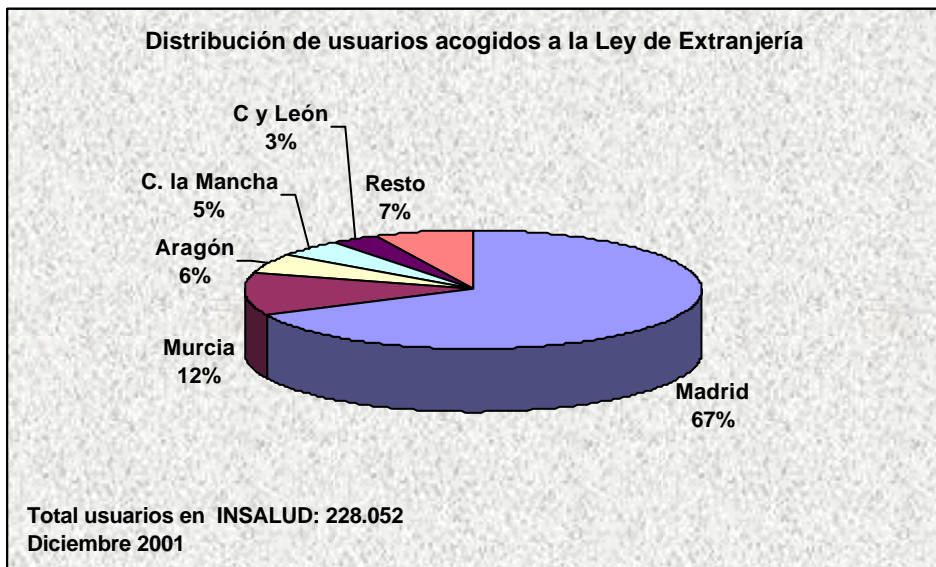
INSALUD SG.A.Primaria

Gráfico 3 : Edad y dispersión geográfica

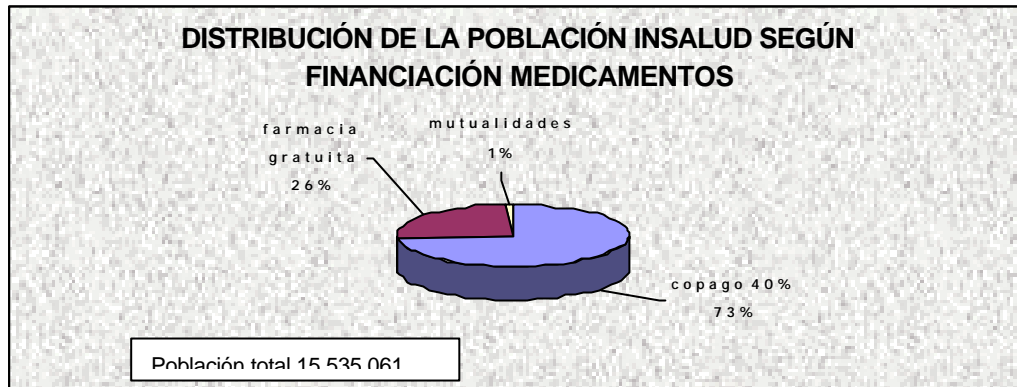


INSALUD SG.A.Primaria

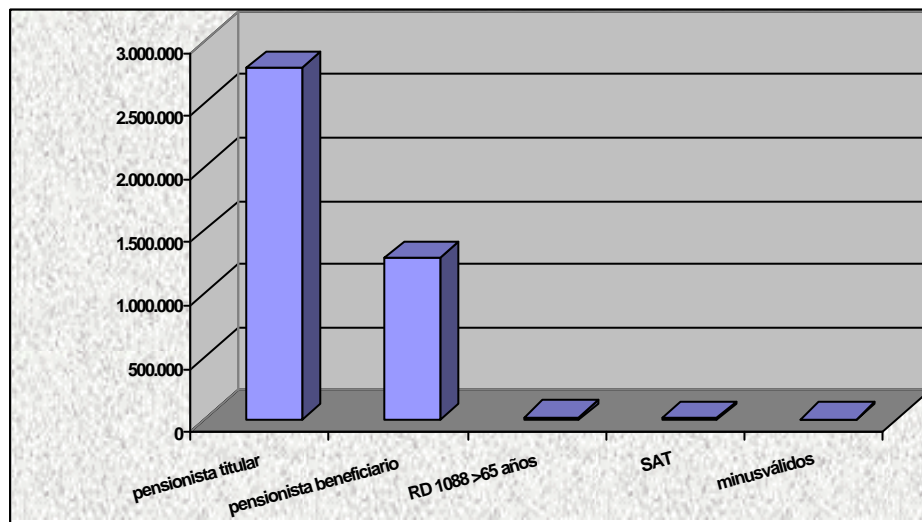
Gráfico 4 : Incorporación Usuarios (Ley Extranjería)



INSALUD SG.A.Primaria

Gráfico 5 : Usuarios por aportación medicamentos

INSALUD SG.A.Primaria

Gráfico 6 : Usuarios con farmacia gratuita**Agradecimientos:**

A M^a Luisa Sánchez Nieto, M^a Victoria Molina Molina, Amparo García Bravo, M^a Paz Ramírez y José Angel Prada por su infatigable dedicación, durante años, al Sistema Tarjeta Sanitaria del INSALUD.

A la Subdirección General de Informática del INSALUD por su apoyo técnico.

A la Coordinación de Informática de Asturias por su inestimable ayuda.

Al Grupo Técnico de Tarjeta Sanitaria.

VIII.2. CRITERIOS DE CODIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Betancor Martínez, Margarita / Guerra Aguirre, Javier / Iborra González, Diana / Pérez Doblado, José Antonio/ Rubio Marcos, María Victoria

Introducción

En el año 1989 se diseñó el sistema de codificación en paralelo al inicio de la implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual y del Inventario de Recursos Humanos en Atención Primaria. Posteriormente, como anexo al Contrato Programa de 1994, se incluyó el documento "Criterios de Codificación en Atención Primaria. 1993".

La necesidad de introducir ligeras modificaciones y ampliaciones y, sobre todo, la conveniencia de armonizar su contenido con el del Manual de Imputación de Costes, en el que también se hacía referencia a Códigos de Centros de Coste, justificaron la siguiente edición de este documento en 1994.

A lo largo de estos años, se han considerado equivalentes los términos Unidad Funcional, Unidad de Provisión de Servicios o Unidad Clínico Asistencial y Centro de Coste. Términos que han tratado de responder a la organización funcional de las Gerencias de Atención Primaria, desde la perspectiva de unidad con objetivos asistenciales propios, unidad de asignación de recursos y unidad de evaluación-incentivación. En algunos casos, esta equivalencia requiere algunas matizaciones conceptuales que se desarrollan en el apartado correspondiente de este manual.

Se incluye una hoja resumen de codificación que, esperamos, servirá de ayuda para la comprensión de la estructura y formación de los códigos, pues permite una visión comparativa de sus diferentes tipos. No obstante, se considera imprescindible tener en cuenta las particularidades que se contemplan en el texto explicativo de cada tipo de código.

Transcurridos varios años desde la primera edición de este manual, podemos considerar el sistema de codificación en él diseñado como totalmente implantado e incorporado a los mecanismos habituales de gestión. Se ha confirmado como una herramienta de gran utilidad e imprescindible para abordar con éxito áreas de gestión de personal, asignación presupuestaria, imputación de costes, organización interna de las Gerencias de Atención Primaria, medición del producto de la cartera de servicios, etc.

Algunas novedades sobrevenidas, como la constitución de las Gerencias de Atención Primaria del 061, la creación de nuevas unidades clínico asistenciales: el Equipo Soporte de Atención Domiciliaria, Pediatría de Área y Servicio de Urgencia de Atención Primaria, han hecho necesaria una nueva edición

del documento que incorpora, en la hoja resumen de codificación de una manera sistemática, las sucesivas modificaciones que han ido incluyéndose a lo largo de este periodo.

Tipos de Códigos

Atendiendo al enfoque funcional aplicado a los recursos humanos y materiales en Atención Primaria, se establecen 4 tipos de códigos:

	<u>Nº de Dígitos</u>
• Zonas Básicas de Salud	6
• Centros (Puntos asistenciales)	8
• Unidades Funcionales-Centros de Coste (Unidades de Provisión de Servicios)	10
• Puestos de trabajo-CIAS.....	11

Los seis dígitos de la Zona Básica, que identifican la Comunidad Autónoma, la Gerencia de Atención Primaria ¹ y la Zona, son la **raíz común** de los otros tres tipos de códigos, que se forman por agregación de nuevos dígitos.

Los códigos de Puestos de Trabajo-CIAS y de algunas Unidades Funcionales llevan agregados un SUBTIPO compuesto por dos dígitos.

En su forma más elemental, y a modo de ejemplo aplicado a un Equipo de Atención Primaria (EAP), los códigos PUESTOS DE TRABAJO-CIAS identifican las plazas de los profesionales que forman el Equipo. Este EAP se identifica con su código de UNIDAD FUNCIONAL-CENTRO DE COSTE. El EAP desarrolla su actividad en un edificio o local: el Centro de Salud, que se identifica con el código de CENTRO-PUNTO ASISTENCIAL. Este centro está ubicado en una ZONA BASICA DE SALUD. Todas las particularidades previstas que complican este esquema elemental, se desarrollan en este manual.

¹ En general, la Gerencia de Atención Primaria suele coincidir con el Área de Salud delimitada por la CA, pero en algunos casos la Gerencia de Atención Primaria del INSALUD abarca más de un Área.

CODIFICACIÓN-RESUMEN

ZONA BÁSICA DE SALUD	UNIDADES FUNCIONALES CENTROS DE COSTE Unidades Clínico Asistenciales	PUESTOS DE TRABAJO - CIAS
<p>Orden 6 Dígitos</p> <p>Dígitos</p> <p>1-2 Comunidad Autónoma 3-4 Gerencia Atención Primaria 5-6 Zona de Salud</p>	<p>Orden 10 Dígitos</p> <p>Dígitos</p> <p>1-2 Comunidad Autónoma 3-4 Gerencia Atención Primaria 5-6 Zona de Salud 7-8 Tipo de U.Funcional-C.Coste: 20 E.A.P. 21 Modelo Trad.Cupo S.Social 22 Modelo Tradicional APD 23 Puntos Atenc. Continuada 24 Servicio de Urgencia de A.P. 26 U. Atención a la Mujer 27 U. Salud Mental 28 U. Fisioterapia 29 U. Psicoprofilaxis Obstétrica 30 U. Salud Bucodental 31 Odontología de Cupo 32 Trabajo Social 33 A.Especializada-Radiología 34 A.Especializada-Laboratorio 35 A.Especializada-Otros 36 E. Soporte Atención Domiciliaria 37 Pediatría de Area 40 Centro Coordinador Urgencias 41 Atención Domiciliaria Urgencias 42 Unidad Móvil de Emergencias 43 Otras Unidades de Emergencias</p> <p>9-10 En E.A.P.(20) y M.T. (21)(22): 01 Dispersión G1 02 Dispersión G2 03 Dispersión G3 04 Dispersión G4 (En EAP con U.Docente el dígito 9º será 1 en lugar de 0). En resto U.Funcionales-C.Coste: Nº de orden (01,02,03,etc.)</p> <p style="text-align: center;">SUBTIPO 2 Dígitos</p> <p>1-2 En tipos (20) a (24): RU Rural UR Urbano CA Capital</p> <p>RESTO U.F. NO TIENEN SUBTIPO</p>	<p>Orden 11 Dígitos</p> <p>Dígitos</p> <p>1-2 Comunidad Autónoma 3-4 Gerencia Atención Primaria 5-6 Zona de Salud 7-8 Tipo de Puesto: 01 Medicina Familia 02 Pediatría 03 Odontología 04 Médico Urgencia/Emergencia 05 Psicólogos 06 Enfermeras 07 Enfermeras Unidades de Apoyo 08 Enfermeras Urgencia/Emergencia 09 Matronas 10 Trabajadores Sociales 11 Fisioterapeutas 12 Auxiliares Enfermería 13 Aux.Enf. Unid.Apoyo 14 Auxiliares Administrativos 16 Celadores 17 Celadores Urgencia 19 Higienista Dental 29 Otro Personal E.Colaboradoras 60 Gerente 61 Director Médico 62 Director Enfermería 63 Director Gestión 64 Coordinador EAP Gerencia 65 Resp.Enfermería Gerencia 66 Técnico Salud Pública 67 Técnico Grupo A 68 Gestión Grupo B 69 Administrativo 70 Auxiliar Administrativo Gerencia 71 Celadores Gerencia 72 Farmacéuticos 73 Otro Personal Gestión 74 T.E.R. 76 Electricista 77 Calefactor 78 Fontanero 79 Costurera 80 Jefe Personal Subalterno 81 Conductor 82 Conductor Encargado 83 Locutor 84 Telefonista 85 Limpiadora 86 Lavandera 87 Planchadora 88 Carpintero</p> <p>9-10 Nº Orden (01, 02, 03, etc) 11 Dígito de control (Letra) SUBTIPO 2 Dígitos</p> <p>1 Modalidad: E Nuevo Modelo T Modelo Tradicional S.Social A APD no integrado C Consulta Z Zona N Area</p> <p>2 Forma de Cobertura: 0 APD integrado 4 Propietario 5 Interino 6 Adscripción Funcional 7 Comisión de Servicio 8 Libre Autorizado 9 Vacante R Reingreso Provisional D Libre Designación L Laboral Fijo por Sentencia</p>
<p style="text-align: center;">CENTROS (Puntos Asistenciales)</p> <p style="text-align: center;">8 Dígitos</p> <p>Orden Dígitos</p> <p>1-2 Comunidad Autónoma 3-4 Gerencia Atención Primaria 5-6 Zona de Salud 7-8 Tipo de Centro: 00-09 Gerencia de A.P. (Sólo si la Gerencia está ubicada en 1 o más locales independientes,sin actividad en A.P.) 10 Centro de Salud 50 Consultorio Zona N ó P 20-30 Consultorio con 2 ó más facultativos y/o apoyo advo. 31-49 Consultorio con menos de 2 facultativos 51-60 Otros locales</p>		

Zona Básica

Definición:

Se entiende por zona básica el agregado de población que inicialmente se asigna a un Equipo de Atención Primaria (sea éste un equipo funcionante, previsto o no autorizado). En el medio rural coincide con la delimitación efectuada por las Comunidades Autónomas y, por lo tanto, tiene una dimensión territorial, mientras que en el medio urbano puede coincidir o no con la delimitación territorial fijada en el mapa sanitario correspondiente.

Composición del Código (ver hoja resumen).

6 Dígitos	Identificación	Ejemplo Formación Código	
1º y 2º	Comunidad Autónoma	Madrid	16
3º y 4º	Gerencia Atención Primaria	Area 2	16 02
5º y 6º	Identificación de Zona	Segre	16 02 35

Particularidades:

1. Si existen dos o más EAP en una zona básica delimitada según mapa sanitario, se creará una o más **zonas ficticias**, de forma que cada EAP tenga una zona diferente.

Ejemplo:

En el Area II de Madrid la zona Segre (Cód.160235) según mapa sanitario, tiene dos EAP:

Segre

Príncipe de Vergara

se crea una zona ficticia para el EAP Príncipe de Vergara que identificará el agregado de población que atiende.

Los códigos de las dos zonas son:

Segre 160235

Segre-Príncipe de Vergara 160231

Todos los Puestos-CIAS del EAP Príncipe de Vergara también llevarán en su código los dos dígitos de la zona ficticia (31).

2. Si los EAP están ubicados en distintos Centros de Salud, los dígitos de las zonas ficticias también integrarán el código de los centros.

Ejemplo:

Madrid Area II Zona Básica Segre (Cód 160235)

Existen 2 Centros de Salud: Segre y Príncipe de Vergara.

Se crea la zona ficticia 160231, de forma que los códigos de Centro son:

C. de Salud Segre Código 16023510

C. de Salud Príncipe de Vergara Código 16023110

3. En los códigos de determinadas Unidades Funcionales-Centros de Coste y Puestos-CIAS que dan cobertura a más de una zona básica o a todo el área, sus dígitos 5º y 6º correspondientes a zona son "00". Estos casos se especifican en el texto explicativo de esos tipos de códigos.
4. Cuando en una Zona de Salud existe un Equipo de Atención Primaria prestando servicios, se denomina a la zona "F" (Funcionante). Si existe un Equipo de Atención Primaria con plantilla orgánica autorizada, pero no operativo, a la zona se la denomina "P" (Prevista). Por último, si la zona carece de plantilla orgánica de Equipo de Atención Primaria se le denomina "N" (Equipo no autorizado).

Centros (Puntos Asistenciales)

Definición:

Son los edificios, locales o inmuebles en los que se desarrolla la actividad asistencial o de gestión de Atención Primaria.

La titularidad puede ser:

- Tesorería de la Seguridad Social.
- Instituciones públicas (Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, Diputaciones...).
- Particular, básicamente alquileres.

El edificio puede ser *definitivo* si alberga a uno o más EAP y se estima que durante los próximos 10 años va a continuar desarrollando su labor como tal, o *provisional* si no reúne los criterios anteriores.

Composición de Código: (ver hoja resumen)

8 Dígitos	Identificación	Ejemplo Formación Código	
1º y 2º	Comunidad Autónoma	Madrid	16
3º y 4º	Gerencia Atención Primaria	Area II	16 02
5º y 6º	Zona Básica de Salud	Montesa	16 02 25
7º y 8º	Tipo de Centro	Centro de Salud.	16 02 25 10

Tipo de Centro (dígitos 7º y 8º):

Todas las zonas básicas de salud disponen de un edificio principal, donde se efectúa la labor asistencial.

Si este edificio se encuentra en una zona básica de salud que dispone de Equipo de Atención Primaria (Zona Funcionante), se denomina CENTRO DE SALUD y sus dígitos 7º y 8º serán siempre 10.

Si el edificio se encuentra en una zona básica que carece de plantilla orgánica de Equipo de Atención Primaria (Zona N) o, teniendo plantilla orgánica, no se encuentra todavía operativo (con EAP Previsto "P"), al edificio principal se le denomina CONSULTORIO y sus dígitos 7º y 8º serán siempre 50.

Tanto en las zonas básicas N, como en P y F, puede haber otros puntos asistenciales, denominados Consultorios. Y puede ocurrir que en la organización asistencial haya situados 2 o más facultativos en dicho Consultorio, por lo que, en general, dispondrá de auxiliar administrativo de EAP ó de Area, que garantice el programa de cita previa y/o programa mostrador y sus dígitos 7º y 8º serán siempre del 20 al 30. En caso de carecer de estos profesionales sus dígitos 7º y 8º serán del 31 al 49.

Particularidades:

1. Si existen dos o más Centros de Salud en una misma zona básica delimitada según mapa sanitario, se creará una o más zonas ficticias, de forma que cada Centro tenga una zona diferente. Por este motivo, los dígitos 7º y 8º del código de todos los Centros de Salud sólo pueden tener el valor 10. (Ver ejemplo de particularidad 2 de Zonas Básicas).
2. En un mismo Centro existen frecuentemente varias Unidades Funcionales-Centros de Coste.

Ejemplo:

Madrid Area 2 Zona Coslada-Jaime Vera (Cód. 160212).

En el Centro de Salud de Jaime Vera (Cód. 16021210) existen:

EAP	- Código 1602122011
U.Salud Mental	- Código 1602002701
U.Salud Bucodental	- Código 1602003001
U.P.P.O	- Código 1602002901

3. La cobertura de una Unidad Funcional-Centro de Coste puede extenderse a varios Centros. Por ejemplo Centro de Salud y Consultorios Locales.

Ejemplo:

Madrid Area 2. Zona Mejorada del Campo (Cód 160217).

U.Funcional-C.Coste: EAP Mejorada del Campo. (Código 1602172012) realiza su actividad en dos Centros:

Centro de Salud	- Código 16021710
Consultorio Local Velilla	- Código 16021720

4. Los tipos de Centro "00" a "09", solamente se utilizarán si la Gerencia de Atención Primaria está ubicada en uno o más edificios o locales independientes, sin actividad asistencial en Atención Primaria.

Los dígitos de zona serán los de aquella en la que se encuentre ubicado el Centro. Los locales dedicados a almacén u otros locales no asistenciales también se codificarán con los dígitos "00" a "09".

5. Si en un Centro de Salud comparten su actividad dos o más EAP, el Código del edificio será único, por lo que no coincidirán los dígitos 5º y 6º (Zona de Salud) de uno o más EAP con los del edificio.

Ejemplo: En el Centro de Salud de San Fernando II (Código 16021610) existen dos EAP:

EAP San Fernando I	– Código	1602152001
EAP San Fernando II	– Código	1602162011

El EAP San Fernando I está ubicado en el Centro de la zona 16, aunque atiende a población de la zona 15.

6. Ningún Código de Centro puede llevar "00" en los dígitos correspondientes a zona (5º y 6º), puesto que el edificio o local está ubicado en una zona delimitada.

Unidades Funcionales-Centros de Coste (Unidades Clínico Asistenciales)

Definición:

Se entiende por Unidad Funcional el **conjunto de profesionales que atienden a una población determinada**, desarrollando su actividad en unas condiciones o unos aspectos asistenciales concretos.

Cada Unidad Funcional es un Centro de Coste. Excepcionalmente, algunas U. Funcionales se agrupan para formar un único Centro de Coste. Los casos previstos se contemplan en el apartado PARTICULARIDADES.

Así, una Unidad Funcional-Centro de Coste es un Equipo de Atención Primaria, pero también lo es el conjunto de APD no integrados en una Zona Básica o una Unidad de Salud Mental. La necesidad de diferenciar la actividad desarrollada en uno y otro modelo de atención, nos ha obligado a distinguir en el modelo tradicional entre Cupo y APD. Esta es la razón de que en el supuesto de que en una misma zona coexistan un EAP, modelo tradicional de Cupo y modelo tradicional APD, aparezcan tres Unidades Funcionales-Centros de Coste con códigos diferentes.

Composicion del Código (ver hoja resumen)

10 Dígitos	Identificación	Ejemplo Formación Código	
1º y 2º	Comunidad Autónoma	Baleares	14
3º y 4º	Gerencia Atención Primaria	Palma de M.	14 01
5º y 6º	Zona Básica de Salud	Camp Redo	14 01 04
7º y 8º	Tipo U.Funcional-C.Coste	EAP	14 01 04 20
9º y 10º	- Dispersión Geográfica (En EAP, Cupo o APD) (En EAP con U.Docente el dígito 9º será 1) - Nº orden en resto Unidades	G 2 U.Docente	 14 01 04 20 12

Subtipos : Los tipos de Unidades Funcionales 20 a 24, llevan un subtipo de dos dígitos según su ubicación:

RU	Rural	<u>En el ejemplo</u>
UR	Urbano	1401042012 CA
CA	Capital	

Particularidades:

1. Las siguientes Unidades Funcionales - Centros de Coste son únicos por Gerencia.

En su código, los dígitos 5º y 6º correspondientes a zona básica serán 00. Los dígitos 9º y 10º serán siempre 01.

Dígitos:	<u>5º 6º</u>	<u>7º 8º</u>	<u>9º 10º</u>
	<u>Zona</u>	<u>Tipo</u>	<u>Orden</u>
U. Psicoprofilaxis Obstétrica	0 0	2 9	0 1
U. Salud Bucodental	0 0	3 0	0 1
Odontología de Cupo	0 0	3 1	0 1
Trabajo Social	0 0	3 2	0 1
A. Especializada Radiología	0 0	3 3	0 1
A. Especializada Laboratorio	0 0	3 4	0 1
A. Especializada Otros	0 0	3 5	0 1
E. Soporte A. Domiciliaria	0 0	3 6	0 1
Pediatría de Area	0 0	3 7	0 1

2. Las siguientes Unidades Funcionales - Centros de Coste llevan en los dígitos 9º y 10º el nº de orden referido al Area y no a la Zona.

Dígitos:	<u>5º 6º</u>	<u>7º 8º</u>	<u>9º10º</u>
	<u>Zona</u>	<u>Tipo</u>	<u>Orden</u>
U. Atención a la Mujer	0 0	2 6	0 1, 0 2,
U. Salud Mental	0 0	2 7	... 0 1, 0 2,
U. Fisioterapia	0 0	2 8	... 0 1, 0 2,

3. En las U.Funcionales-C.Coste:	<u>Tipo</u>
Puntos de Atención Continuada (PAC)	2 3
Servicio de Urgencia de Atención Primaria (S.U.A.P)	2 4

Cada Gerencia podrá optar por:

- a) Incluir los dígitos de la zona en la que se ubican estas Unidades, si sólo atienden a población de esa Zona.
- b) Incluir los dígitos de zona 00 si atienden a población de más de una zona. En este caso los dígitos de nº de orden se referirán al área y no a la zona.

El criterio elegido por la Gerencia deberá ser el mismo que el utilizado para codificar los puestos-CIAS del personal del Servicio de Urgencias (Ver particularidad 1) punto c) de PUESTOS-CIAS)

4. En el medio urbano existen casos en los que varios Médicos de Cupo que atienden a población de distintas Zonas Básicas están ubicados en el mismo Centro.
 - a) Si la ubicación actual es provisional, se mantendrán varias Unidades Funcionales - Centros de Coste. Aunque en el manual de Imputación de Costes se indica que estas Unidades Funcionales constituyen un único Centro de Coste, sería conveniente que se estableciera un Centro de Coste por Unidad Funcional.
 - b) Si la ubicación se considera definitiva, por existir pocas posibilidades de traslado a otro Centro, se debería crear una única Unidad Funcional-Centro de Coste. En este caso se deberá solicitar la modificación de los correspondientes CIAS.
5. Cuando existen dos Unidades Funcionales de Modelo Tradicional (Cupo y APD) sin integrar en una Zona Básica, podrán constituirse como un único Centro de Coste, a efectos de imputación de Costes.
6. Las Unidades Funcionales de Modelo Tradicional (Cupo y APD) en las que no exista personal facultativo, podrán incorporarse al Centro de Coste Principal EAP, a efectos de imputación de Costes.
7. Las Unidades Funcionales P.A.C.(Puntos de Atención Continuada) exclusivos de un Equipo de Atención Primaria no constituirán Centro de Coste, sino que se incorporarán al correspondiente EAP (Centro de Coste Principal).

No obstante, cada P.A.C. debe llevar su correspondiente código

8. En los casos 5), 6) y 7) al cumplimentar las tablas de Imputación de Costes, se anotarán los códigos de las dos o tres Unidades Funcionales que constituyen un único Centro de Coste, indicando su agrupación en un único Centro de Coste.
9. A la Gerencia de Atención Primaria se le asignará código de Unidad Funcional-Centro de Coste a efectos de constituir el Centro de Coste Estructural. Los seis últimos dígitos de este código serán 000000.
10. Existen Unidades Funcionales-Centros de Coste que comparten Centro. Deberá conocerse con exactitud esta vinculación de códigos para establecer los coeficientes de reparto por compartir edificio o local para imputar costes.

Puestos de trabajo (CIAS)

Definición

El CIAS (Código de Identificación Autónoma Sanitaria, Circular 37/1989 de 29 de diciembre) es el código que se asigna a cada puesto de trabajo o plaza autorizada.

Composición del Código: (Ver hoja resumen).

11Dígitos	Identificación	Ejemplo Formación Código	
1º y 2º	Comunidad Autónoma	C.y León	17
3º y 4º	Gerencia Atención Primaria	León	17 03
5º 6º	Zona Básica de Salud	Armunia	17 03 01
7º 8º	Tipo de Puesto	Médico Familia	17 03 01 01
9º 10º	Nº Orden	02	17 03 01 01 02
11º	Dígito Control (Letra)	B	17 03 01 01 02 B

Subtipos: Todos los Puestos de Trabajo (CIAS) llevan un subtipo de dos dígitos:

		<u>En el CIAS ejemplo</u>	
1º	Modalidad	Nuevo Modelo	E
2º	Forma de Cobertura	Interino	5

Particularidades:

1. Para determinar los dígitos correspondientes a Zona (dígitos 5º y 6º) se tendrá en cuenta:

- a) En tipos de puesto:
- 01 Medicina de Familia
 - 02 Pediatría
 - 06 Enfermeras
 - 12 Auxiliares de Enfermería
 - 14 Auxiliares Administrativos
 - 16 Celadores

serán los de la Zona Básica a la que pertenece el puesto.

b) En los tipos de puesto:

01 Medicina de Familia adscrito a Unidad Funcional Equipo Soporte Atención Domiciliaria (Tipo 36)

02 Pediatría adscrito a Unidad Funcional Pediatría de Area (Tipo 37),

los dígitos de zona serán siempre "00" , dado que su ámbito territorial es superior a una zona básica.

- c) En tipos de puesto:
- 04 Médico Servicio de Urgencia de Atención Primaria
 - 08 Enfermera Servicio de Urgencia de A. Primaria
 - 17 Celador Servicio de Urgencia Atención Primaria

la Gerencia tendrá en cuenta el criterio utilizado para codificar la zona de las U.Funcionales-C.Coste tipo 23 y 24 (Ver particularidad 3 de U.Funcionales-C.Coste)

d) En el resto de tipos de puesto, los dígitos de Zona serán siempre 00.

2. Existen Puestos-CIAS que cubren más de una Unidad Funcional-Centro de Coste. Se deberá conocer con exactitud esta vinculación de códigos, con el fin de establecer el coeficiente de reparto por compartir personal para imputar costes.

3. El tipo de puesto "29" "Otro personal de Entidades Colaboradoras" se ha reservado para incluir el personal sanitario no facultativo que presta servicio en Empresas Colaboradoras a tiempo total.

Aclaraciones sobre subtipos de puestos-CIAS

A cada código de puesto-CIAS se le debe asignar el subtipo correspondiente. El subtipo se compone de dos dígitos:

- 1º Modalidad
- 2º Forma de Cobertura

Como quiera que no todos los TIPOS DE PUESTO pueden llevar las 6 opciones posibles de MODALIDAD, ni las 10 de FORMA DE COBERTURA, hemos considerado conveniente fijar las posibles combinaciones de estos dos dígitos, según el tipo de puesto. En la página siguiente se ofrece un cuadro con estas combinaciones.

Notas:

- 1) Las formas de cobertura: 4 - Propietario
7 - Comisión de Servicio
se refieren a plazas cubiertas en PROPIEDAD por personal estatutario
- 2) La forma de cobertura "0" "APD integrado" hace referencia a plazas de E.A.P. ocupadas por personal de APD, tanto si es propietario como interino.
- 3) Para su más fácil entendimiento, se describen las siguientes formas de cobertura:
 - 6 ADSCRIPCION FUNCIONAL : Son plazas del Nuevo Modelo ocupadas temporalmente por propietarios del Modelo Tradicional.
 - 7 COMISION DE SERVICIO: Son plazas cuyos propietarios no las están ocupando por hallarse en situación de comisión de servicio, pero mantienen su propiedad.
 - 8 LIBRE AUTORIZADO: Son Médicos con una autorización excepcional conforme al art. 64.3 del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la S.Social. No ocupan plaza en propiedad, pero tienen asignado código de Puestos-CIAS.
 - R REINGRESO PROVISIONAL: Son plazas ocupadas por personal que se hallaba en excedencia y ha solicitado el reingreso al servicio activo.
- 4) En los tipos de puesto Médico S.U.A.P (04) y Enfermera S.U.A.P. (08), la modalidad de cobertura (1º Dígito) **será siempre Area (N)** , a excepción de aquellos puestos ocupados por propietarios de los antiguos S.E.U/S.N.U que no opten por la reconversión a plazas del S.U.A.P., que **será siempre Modelo Tradicional Seguridad Social (T)** .

SUBTIPOS.- COMBINACIONES POSIBLES SEGÚN TIPO DE PUESTO

TIPO DE PUESTO	SURTIP0	
	Modalidad 1º Dígito	Forma de Cobertura 2º Dígito
01 Medicina Familia	E	0, 4, 5, 6, 7, 8, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 8, 9, R, L
	A	4, 5, 7, 9
02 Pediatría	E	4, 5, 6, 7, 9, R, L
	N	4, 5, 7, 9, L
	T	4, 5, 7, 9, R, L
03 Odontología	N	4, 5, 6, 7, 8, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 9, R, L
04 Médico Emergencias Médico S.U.A.P	N	4, 5, 7, 9, R, L
	N	4, 5, 7, 9, R, L
05 Psicólogo	N	4, 5, 7, 9, R, L
06 Enfermera	E	0, 4, 5, 6, 7, 9, R, L
	A	4, 5, 7, 9
	C	4, 5, 7, R, L
	Z	4, 5, 7, R, L
07 Enfermera Unidad Apoyo	N	4, 5, 6, 7, 9, R, L
08 Enfermera Emergencias Enfermera S.U.A.P	N	4, 5, 7, 9, R, L
	N	4, 5, 7, 9, R, L
09 Matrona	N	0, 4, 5, 6, 7, 9, R, L
	T	4, 5, 7
	A	4, 5, 7, 9
10 Trabajador Social	N	4, 5, 7, 9, R, L
11 Fisioterapeuta	N	4, 5, 7, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 9, L
12 Aux. Enfermería	E	4, 5, 6, 7, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 9, R, L
13 Aux. Enfermería Apoyo	N	4, 5, 6, 7, 9, R, L
14 Aux. Administrativo	E	4, 5, 7, 9, R, L
	N	4, 5, 7, 9, R, L
16 Celador	E	4, 5, 7, 9, R, L
	N	4, 5, 7, 9, R, L
17 Celador Urgencias	N	4, 5, 7, 9, R, L
19 Higienista Dental	N	4, 5, 7, 9, L
60 Gerente	N	D, 9
61 Director Médico	N	D, 9
62 Director Enfermería	N	D, 9
63 Director de Gestión	N	D, 9
64 Coordinador Equipos	N	D, 9
65 Responsable Enfermería	N	D, 9
66 Técnico Salud Pública	N	4, 5, 9, L
67 Técnico Grupo A	N	4, 5, 7, 9, R, L
68 Gestión Grupo B	N	4, 5, 7, 9, R, L
69 Grupo Administrativo	N	4, 5, 7, 9, R, L
70 Aux. Administrativo Gerencia	N	4, 5, 7, 9, R, L
71 Celador Gerencia	N	4, 5, 7, 9, R, L
72 Farmacéutico	N	4, 5, 9, L
73 Otro personal de Gestión	N	4, 5, 7, 9, R, L
74 T.E.R.	N	4, 5, 7, 9, R, L
76 Electricista	T	4, 5, 7, 9, R, L
77 Calefactor	T	4, 5, 7, 9, R, L
78 Fontanero	T	4, 5, 7, 9, R, L
79 Costurera	T	4, 5, 7, 9, R, L
80 Jefe Personal Subalterno	N	4, 5, 7, 9, R, L
	T	4
81 Conductor	N	4, 5, 7, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 9, R, L
82 Conductor encargado	N	4, 5, 7, 9, R, L
	T	4, 5, 7, 9, R, L
83 Locutor	N	4, 5, 7, 9, R, L
84 Telefonista	T	4, 5, 7, 9, R, L
85 Limpiadora	T	4, 5, 7, 9, R, L
86 Lavandera	T	4, 5, 7, 9, R, L
87 Planchadora	T	4, 5, 7, 9, R, L
88 Carpintero	T	4, 5, 7, 9, R, L

Codificación Gerencias “061”

Unidades funcionales

1.- Código Gerencia

10 Dígitos	Identificación	Ejemplo Formación Código	
1º y 2º	Comunidad Autónoma	Madrid	16
3º y 4º	Gerencia Atención Primaria	Gerencia 061	16 00
6 últimos	000000		16 00 00 00 00

A esta Unidad Funcional se adscriben todos los CIAS del Personal del Equipo Directivo y otro personal de Gerencia.

2.- Código de Unidades Asistenciales:

Los dígitos 1º y 2º	Comunidad Autónoma
Los dígitos 3º y 4º	Gerencia
Los dígitos 5º y 6º	Excepcionalmente, estos dígitos en lugar de corresponder a la Zona Básica serán:
	40 Para el Centro Coordinador de Urgencias
	41 Para Atención Domiciliaria de Urgencias (ADU)
	42 Para la Unidad Móvil de Emergencias
	43 Otras Unidades de Emergencias
Los dígitos 7º y 8º	Tipo de Unidad Funcional, serán:
	40 Para el Centro Coordinador de Urgencias
	41 Para Atención Domiciliaria de Urgencias (ADU)
	42 Para la Unidad Móvil de Emergencias
	43 Otras Unidades de Emergencias
Los dígitos 9º y 10º	Número de orden

Tipo de Unidad Funcional “Centro Coordinador de Urgencias” (Ejemplo: Código 1600404001)

Dispositivo asistencial, formado por médicos reguladores y otro personal, que recibe las demandas de atención sanitaria de los ciudadanos y en función de sus características, moviliza los dispositivos existentes en su ámbito de actuación.

Tipo de Unidad Funcional “Atención Domiciliaria de Urgencias (A.D.U.)” (Ejemplo: Código 1600414101)

Conjunto de dispositivos asistenciales, que se movilizan en vehículo con personal sanitario, que prestan atención preferentemente en domicilio y no realizan transporte de pacientes.

Tipo de Unidad Funcional “Unidad Móvil de Emergencias” (Ejemplo: Código 1600424201)

Dispositivo móvil, compuesto por facultativo y otros sanitarios, que se movilizan en vehículo medicalizado o medicalizable y que permite la atención al paciente dentro del mismo, así como transportarle en caso necesario.

Tipo de Unidad Funcional “Otras Unidades de Emergencias” (Ejemplo: Código 1600434301)

Se incluyen aquellas unidades no contempladas en los apartados anteriores, como, por ejemplo, el helicóptero.

Puestos de trabajo - CIAS

Los puestos de trabajo-CIAS de las Unidades Asistenciales, tendrán los 6 primeros dígitos idénticos a los de la Unidad en que estén adscritos.

Composición de Código (Ver hoja resumen):

<u>11 Dígitos</u>	<u>Identificación</u>	<u>Ejemplo Formación Código</u>	
1º 2º	Comunidad Autónoma	Madrid	16
3º 4º	Gerencia Atención Primaria	Gerencia 061	16 00
5º 6º	Excepcionalmente estos dígitos en lugar de corresponder a Zona Básica de Salud serán:		
	40 →	CIAS adscritos a la Unidad C.C.U.	16 00 40
	41 →	CIAS adscritos a la Unidad A.D.U.	16 00 41
	42 →	CIAS adscritos a la U.M.E.	16 00 42
	43 →	CIAS adscritos a Otras U.de Emerg.	16 00 43
7º 8º	Tipo de Puesto	Médico Emergencias	16 00 40 04
9º 10º	Nº Orden	01	16 00 40 04 01
11º	Dígito de control (Letra)	A	16 00 40 04 01 A

Subtipos: Todos los puestos de trabajo – CIAS llevan un subtipo de 2 dígitos:

		<u>En el CIAS ejemplo</u>	
1º	Modalidad	Area	N
2º	Forma de Cobertura	Interino	5

CODIGOS Y CENTROS DE GASTO

C. AUTÓNOMA	CÓDIGO	GERENCIA DE A. PRIMARIA	CÓDIGO	CGASTO	PROVINCIA	CÓDIGO
Aragón	10	Huesca	1001	2203	Huesca	22
		Teruel	1002	4405	Teruel	44
		Zaragoza I	1003	5012	Zaragoza	50
		Zaragoza II	1004	5018		
		061 de Aragón	1000	5019	Zaragoza	50
Asturias	05	Jarrio	0501	3324	Asturias	33
		Cangas Narcea	0502	3323		
		Avilés	0503	3313		
		Oviedo	0504	3312		
		Gijón	0505	3314		
		Ariondas	0506	3318		
		Mieres	0507	3317		
		Sarna Langreo	0508	3315		
		061 de Asturias	0500	3319	Asturias	
Baleares	14	Palma Mallorca	1401	0709	Baleares	07
		Menorca	1402	0708		
		Ibiza	1403	0710		
		061 de Baleares	1400	0711		
Cantabria	06	Santander	0601	3901	Cantabria	39
		Torrelavega	0602	3906		
		061 de Cantabria	0600	3908		
Castilla La Mancha	11	Albacete	1101	0203	Albacete	02
		Ciudad Real	1102	1309	Ciudad Real	13
		Puertolano	1103	1310		
		Alcázar de San Juan	1104	1314		
		Cuenca	1105	1603	Cuenca	16
		Guadalajara	1106	1903	Guadalajara	19
		Toledo	1107	4505	Toledo	45
		Talavera Reina	1108	4506		
		061 de Castilla la Mancha	1100	4507	Toledo	45
Castilla-León	17	Avila	1701	0503	Avila	05
		Burgos	1702	0906	Burgos	09
		León	1703	2404	León	24
		Ponferrada	1704	2405		
		Palencia	1705	3403	Palencia	34
		Salamanca	1706	3707	Salamanca	37
		Segovia	1707	4005	Segovia	40
		Soria	1708	4202	Soria	42
		Valladolid I	1709	4704	Valladolid	47
		Valladolid II	1710	4708		
		Zamora	1711	4903	Zamora	49
		061 de Castilla y León	1700	4709	Valladolid	
		Extremadura	13	Badajoz	1301	0611
Don Benito	1302			0612		
Cáceres	1303			1005	Cáceres	10
Plasencia	1304			1006		
061 de Extremadura	1300			0613	Badajoz	
La Rioja	07	La Rioja	0701	2603	La Rioja	26
		061 de La Rioja	0700	2604		
Madrid	16	Madrid-Area 1	1601	2822	Madrid	28
		Madrid-Area 2	1602	2823		
		Madrid-Area 3	1603	2835		
		Madrid-Area 4	1604	2829		
		Madrid-Area 5	1605	2828		
		Madrid-Area 6	1606	2827		
		Madrid-Area 7	1607	2831		
		Madrid-Area 8	1608	2836		
		Madrid-Area 9	1609	2826		
		Madrid-Area 10	1610	2833		
		Madrid-Area 11	1611	2832		
		061 de Madrid	1600	2834		
Murcia	08	Murcia	0801	3011	Murcia	30
		Cartagena	0802	3012		
		Lorca	0803	3013		
		061 de Murcia	0800	3014		
Ceuta	18	Ceuta	1801	5101	Ceuta	51
Melilla	19	Melilla	1901	5201	Melilla	52

VIII.3. ACTIVIDAD

Ruiz Martínez, Ana / Ripa Alvarez de Eulate, Abilio / Suárez Marcos, Delfín / Sastre Muncharaz, Asunción

Introducción

El sistema de información de actividad viene formando parte tradicionalmente - junto al sistema de información de farmacia (partes estadísticos) - del Sistema de Información del INSALUD, definido por circular en 1988, que establece los modelos de recogida de información periódica utilizados por distintas Unidades del Instituto. Esta integración no ha obviado que la responsabilidad de la gestión de estos datos haya continuado recayendo desde esa fecha hasta la actualidad en la propia Subdirección, de manera que ésta recibe, depura y explota la información que producen sus unidades de gestión, la cual una vez consolidada, se remite para su integración con la producida por otras unidades.

Como otros elementos del sistema de información, el de actividad ha sufrido una evolución en el tiempo paralela al desarrollo de la Atención Primaria en nuestro ámbito de gestión, pero esto no ha constituido un obstáculo para disponer de datos e indicadores relativamente homogéneos, al menos en lo que hace referencia al modelo de Atención Primaria, desde 1986.

A lo largo de estos años se han efectuado revisiones continuas del sistema, tanto respecto de los indicadores a utilizar para medir la actividad en Atención Primaria como de los datos necesarios para su confección, lo que ha permitido resolver en parte el desequilibrio entre datos e información producida y sobre todo, con la que realmente es útil a nivel central. Este problema está determinado en parte, por un conjunto de condicionantes analizados a continuación y que se relacionan con la complejidad organizativa de la Atención Primaria y en consecuencia con la existencia de una multiplicidad de sistemas de registro de orígenes diversos.

Igualmente se ha efectuado un importante esfuerzo para alcanzar mayores niveles de fiabilidad en la información que se genera. Los aspectos antes apuntados, complejidad organizativa y fuentes de datos basadas en sistemas de registro muy heterogéneos, también han influido en este aspecto. En la actualidad se reciben los datos mensualmente por correo electrónico, generalmente en formato Dbase o Access (aunque en algunos casos se remiten en Word) de manera que se integran de forma automatizada en la base de datos de todas las Gerencias. La primera depuración se hace mediante una aplicación informática diseñada en la propia Subdirección, que genera un informe en el que se reflejan:

- datos que no están relacionados entre sí (información con unidades informantes, ..)
- datos contradictorios con otros obtenidos por otras vías y por lo tanto conocidos de infraestructura (población, recursos, ...)
- datos que al relacionarlos generan indicadores erróneos.

Una segunda depuración se realiza al analizar algunos indicadores acumulados y compararlos con los valores obtenidos en el mismo periodo del año anterior y con el valor previsto para final de año según Contrato de Gestión.

La tercera depuración corresponde al análisis mensual de los mismos indicadores que se publican acumulados al semestre y al año. Todas las discrepancias y dudas se consultan telefónicamente con la Gerencia respectiva para confirmar o rectificar, con constancia documental, los datos recibidos. A pesar de que este procedimiento permite identificar y corregir errores en la información remitida no obvia la necesidad de articular un procedimiento de validación de los datos en sus orígenes (Gerencias) mediante algún sistema de auditorías periódicas.

Por último señalar que en 2001 y para su aplicación a partir de 2002, se ha efectuado una revisión del Anexo I (soporte para la recogida de datos de actividad de las Gerencias de Atención Primaria) cuya finalidad ha sido adaptar sus contenidos a las necesidades reales de información de la SGAP, utilizando, paralelamente, las potencialidades que el proceso de informatización de Centros de Salud ofrece para la obtención de información veraz y fiable.

Evolución histórica del Sistema de Información de Actividad.

El Sistema de Información de Actividad se inicia en 1986, año en el que se definen un conjunto de indicadores para el seguimiento de la actividad desarrollada por los Equipos de Atención Primaria y en consecuencia los modelos de recogida de datos para su elaboración.

A pesar de que a lo largo de los años han variado tanto la forma de expresión de los indicadores como las unidades de análisis, lo cierto es que las dimensiones que se evalúan han permanecido estables en el tiempo, de manera que realizando algunos ajustes es posible obtener una serie histórica desde 1986 hasta la actualidad respecto de variables como la utilización de servicios o la presión asistencial, entre otras.

En 1986 no existía una estructura de gestión propia de la Atención Primaria a nivel periférico. La demarcación territorial y funcional existente en aquel momento para todo el ámbito extrahospitalario era la Sectorial de Ambulatorios. Por ello, las Direcciones de Sectorial asumían, con escasos medios, la gestión de todos los recursos ubicados en Ambulatorios y consultorios (incluidos los incipientes Equipos de Atención Primaria). Esta situación junto a la necesidad de “tutelar” el desarrollo del modelo

de Atención Primaria en las fases iniciales de su implantación impulsó un modelo de sistema de información fuertemente centralizado y con un grado de pormenorización de contenidos, difícilmente explicable en otras circunstancias en función de las necesidades de información de la SGAP.

De ahí que los “Indicadores de rendimiento de los Equipos de Atención Primaria” se diseñaran utilizando como unidad de análisis el EAP. Los datos se remitían mensualmente directamente por los Equipos a la Subdirección, quien los depuraba (proceso en el que se incluían aclaraciones mediante contactos telefónicos con los Centros) realizaba una explotación mensual y una publicación cuatrimestral que se remitía a las Direcciones Provinciales y de Sectorial, para su posterior difusión a los Equipos. Los aspectos básicos sobre los que se elaboraba información eran los siguientes:

TABLA VIII.3.1. Contenidos Sistema de Información de Actividad 1986

Profesional	Dimensión	Indicador	Expresado	
Medicina de Familia y Pediatría	Demanda de Servicios	Demanda global	En porcentaje sobre población adscrita	
		Demanda por enfermedad		En Centro
				En domicilio
		Programada		
	Otras causas			
	Presión Asistencial	Global	Usuarios/profesional/día	
		Por causas	En porcentaje sobre presión global	
Capacidad de resolución y utilización de recursos	Derivaciones	Laboratorio	En porcentaje sobre consultas	
		Radiología		
		Especialistas		
Enfermería	Presión Asistencial	Centro	Número de Usuarios/profesional/día	
		Domicilio		Demanda
				Programada
	Actividad a demanda	Actividad Programada	Porcentaje	
		Consultas en Centro		
		Consultas en domicilio		A demanda
				Programadas
		Horas de consulta		Promedio diario
	Charlas de educación para la salud	Número de charlas		
	Trabajadores Sociales		Entrevistas	Número
Familias de riesgo captadas				
Reuniones comunitarias				
Actividades comunes		Sesiones del EAP	Número	
		Actividades de fomento y protección de la salud		

En 1987 se añaden nuevos datos relativos a los Equipos:

- Fecha de entrada en funcionamiento.
- Remisión del Cuestionario para Zonas Básicas, Centros de Salud y EAP y de información para la elaboración de indicadores de actividad.

- N° de programas y subprogramas acreditados.
- Diagnóstico de Salud de la zona.
- Existencia de registros de mortalidad y morbilidad.
- Existencia de libro de reclamaciones.
- Existencia de cita previa.

Igualmente se incorporan datos relativos a actividades de apoyo como extracción periférica de muestras o a la actividad desarrollada por fisioterapeutas. En la información aportada por los trabajadores sociales se añade como indicador el número de historias sociales abiertas. Igualmente se añaden datos relativos a la plantilla tanto de los equipos analizados como en funcionamiento, población adscrita total y ratios por profesional.

Este mismo año se añade información específica sobre modelo tradicional (presión asistencial y derivaciones) y se definen un conjunto de indicadores de actividad para los especialistas extrahospitalarios:

TABLA VIII.3.2. Indicadores de actividad en Instituciones Abiertas 1987

	Indicador		Expresado en:
Especialidades Médicas (desagregadas por especialidad)	Presión Asistencial		Nº pacientes/profesional y día
	Derivaciones a Hospital		Porcentaje sobre total consultas
	Derivaciones a Radiología		
	Derivaciones a Laboratorio		
	ECG y EEG		
Especialidades Quirúrgicas (desagregadas por especialidad)	Presión Asistencial		Nº pacientes/profesional y día
	Derivaciones a Hospital	Intervención propia	Porcentaje
		Intervención ajena	
	Derivaciones a Radiología		Porcentaje sobre total consultas
	Derivaciones a Laboratorio		
Enfermería de consulta	Presión Asistencial		Nº pacientes/profesional y día
	Actividad	Demanda	Porcentaje
		Programada	
Enfermería de zona	Presión Asistencial		Nº pacientes/profesional y día
	Actividad	Centro	Porcentaje
		Domicilio	
Matronas	Presión asistencial		Nº pacientes/profesional y día
	Actividad	Centro	Porcentaje
		Domicilio	
		Derivaciones	
		Demanda Programada	
Laboratorio	Determinaciones	Bioquímica	Porcentaje
		Bacteriología	
		Hematología	
Radiología	Presión asistencial		Nº de pacientes
	Actividad	Rad. Estática	Porcentaje
		Rad. Dinámica	
		Ecografía	
Servicios de Urgencia	Presión asistencial		Nº de urgencias atendidas
	Localización en	Centro	Porcentaje
		Domicilio	

Como en el caso de los EAP, esta información se recogía de manera individualizada para cada ambulatorio y consultorio, con una periodicidad mensual tanto en su recogida como explotación, y publicación trimestral. A finales de 1989, la integración de las especialidades ubicadas en los ambulatorios en el ámbito de gestión de la Subdirección de Atención Especializada, suprimió esta área

de información en nuestro sistema de información, manteniéndose los datos relativos a los profesionales de Atención Primaria de Modelo Tradicional.

El año 1988 introdujo como principales innovaciones:

- Una redefinición y simplificación de indicadores.
- Desagregación por EAP, Provincia, Comunidad Autónoma e INSALUD.
- Se introducen o modifican los siguientes indicadores, manteniéndose los restantes:

TABLA VIII.3.3 Modificaciones Sistema Información actividad 1988

Gerencia	Indicador			Expresado en:
Medicina de Familia y Pediatría	Frecuentación		General	Consultas/habitante/año
	Presión asistencial en urgencias		General	Urgencias/profesional/día
			Centro	
			Domicilio	
	Consultas	Centro	Demanda	Porcentaje
			Programada	
Domicilio		Enfermedad Burocrática		
Enfermería	Frecuentación		General	Consultas/habitante/año
	Presión asistencial en urgencias		General	Urgencias/profesional/día
			Centro	
			Domicilio	
	Consultas	Centro	Demanda	Porcentaje
			Programada	
		Domicilio	Demanda	
			Programada	
Continuación de la atención				

Este modelo permaneció estable hasta 1990, año en el que con participación de las Gerencias de Atención Primaria se reestructura el sistema de información de actividad. La imposibilidad de seguir gestionando la información procedente de una multiplicidad de Centros junto a la consolidación de los Equipos Directivos de Atención Primaria impulsaron una racionalización del sistema de manera que éste se configuró de forma más acorde a las necesidades de información de la SGAP. Así se definió como unidad de análisis la Gerencia de Atención Primaria quien, una vez desarrollado su propio sistema de información, integraba la procedente de los distintos centros y unidades de su ámbito de gestión y la remitía posteriormente a la SGAP una vez depurada. Se diseñó un nuevo modelo de recogida de datos que sintetizaba todos los que hasta ese momento venían utilizándose, se potenció la figura del responsable de información de la Gerencia como referente para la SGAP en el proceso de depuración de datos y se redujo sensiblemente el número de publicaciones, integrándose toda la información en una sola publicación periódica, "Indicadores de Actividad en Atención Primaria". No obstante no se produjo una reducción significativa de datos, entre otras razones, porque el diseño que se hizo se utilizó, al menos durante un periodo de tiempo relativamente dilatado, como sistema de información propio de la mayoría de las Gerencias.

La nueva estructura de la información de actividad elaborada por la SGAP a partir de esa fecha

se muestra en la siguiente tabla.

TABLA VIII.3.4. Sistema de Información de actividad 1991

Dimensión	Indicador		Expresado en:
Población	Población total		
	Población teórica	En EAP	Porcentaje
		En Modelo Tradicional	
	Población Real	En EAP	Porcentaje
En Modelo Tradicional			
Tarjetas Sanitarias		Porcentaje sobre población	
Centros y Unidades de Atención Primaria	Aprobados	Desagregado por tipo de Centro o Unidad	Número Absoluto (1) porcentaje
	En funcionamiento (1)		
	Informantes(1)		
Recursos Humanos	Aprobados	Desagregado por modelo de atención y tipo de profesional	Número Absoluto (1) porcentaje
	En funcionamiento (1)		
	Informantes(1)		
Accesibilidad (Horario de consulta a demanda)	8 y 12 horas	Desagregado por modelo de atención y tipo de facultativo	Porcentaje de profesionales
	12 y 15 horas		
	15 y 18 horas		
	18 y 21 horas		
Tramos de presión asistencial en Facultativos	Hasta 25 usuarios/día	Desagregado por modelo de atención y tipo de facultativo	Porcentaje de profesionales
	De 26 a 35		
	De 36 a 45		
	Más de 55		
Actividad de enfermería	Consultas de enfermería	Desagregado por modelo de atención	Porcentaje de profesionales
	Visita domiciliaria programada		
Tiempo medio de consulta	Consulta Demanda	Desagregado por modelo de atención y tipo de facultativo	Horas/profesional/día
	Consulta programada		
	Consulta de enfermería	Desagregado por modelo de atención	
Utilización de servicios	Frecuentación	Desagregado por modelo de atención y tipo de profesional	Consultas/habitante/año
Presión asistencial	Desagregado por modelo de atención y tipo de profesional		Usuarios/profesional/día
Demanda asistencial en Facultativos (desagregada por modelo y tipo de facultativo)	Actividad en Centro	Global	Porcentaje de usuarios
		Por enfermedad	
		Por razones administrativas	
		Por programas	
Actividad en Domicilio			Porcentaje de usuarios
Derivaciones	Especialista y Hospital		Porcentaje de usuarios
	Radiología		
	Laboratorio		
Demanda asistencial en enfermería	Actividad en Centro Global (1)	En Consulta(2)	(1) Porcentaje (2) Porcentaje sobre actividad en Centro (3) Porcentaje sobre actividad en consulta (4) Porcentaje sobre actividad en domicilio
		Esponánea + autoconcertada (3)	
		Derivada (3)	
		Programada(3)	
	Por otras causas (2)		
Actividad en domicilio		Global (1)	
		Por programas de salud (4)	
Tiempo medio de consulta (Facultativos)	Consulta de demanda	Por modelo de atención y tipo de facultativo	Minutos/usuario
	Consulta programada		

Dimensión	Indicador		Expresado en:
Unidades de Atención a la Mujer y Unidades de Salud Mental	Presión Asistencial		Usuarios/unidad/día
	Demanda Asistencial	Usuarios en primera consulta	Porcentaje
		Usuarios en consulta sucesiva	
		Relación consulta sucesiva/primera consulta	
	Lista de espera	Tiempo medio	Días
Número de usuarios			

	Procedencia de usuarios (1ª consulta)	Espontáneos	Porcentaje
		De EAP	
		Otros	
	Derivaciones	EAP	Porcentaje
		Especialistas/Hospital	
		Otros	
	Motivo 1ª consulta (UAM)	Planificación	Porcentaje
		Embarazo	
		Patología ginecológica	
Trabajadores Sociales	Demanda asistencial	Usuarios atendidos en Cnetro	Porcentaje
		Visitas domiciliarias	
	Procedencia 1ª consulta	EAP	Porcentaje
		USM	
		UAM	
Derivación a Servicios Sociales de base	Porcentaje usuarios		
Matronas de Area	Demanda asistencial	Consultas en Centro	Porcentaje
		Visitas domiciliarias	
	Gestantes atendidas	Por profesional y mes	
Fisioterapia	Demanda asistencial	Usuarios inician tratamiento	Porcentaje sobre atendidos
		Tiempo medio	Días
	Lista de espera	Usuarios	Número
		EAP	Porcentaje
		Especialista/Hospital	
Procedencia 1ª consulta	Otros		
Atención Continuada (desagregación: tipo de servicio y ubicación - rural, urbano > 100000 h y urbano < 1000.000-)	Recursos	Nº PAC	
		Nº SNU	
	Usuarios menores de 14 años	porcentaje	
	Usuarios atendidos en domicilio	porcentaje	
	Usuarios atendidos entre las 23 y 9 horas	porcentaje	
	Usuarios derivados a hospital	porcentaje	
Usuarios atendidos en Urgencias de Atención Primaria	Porcentaje sobre total urgencias		
Salud Laboral	UVMI	Expedientes recibidos	Número
		Expedientes tramitados	
	Enfermedad Profesional	EP declaradas INSALUD	Número
		EP declaradas Mutuas	
	Incapacidad Temporal	Nº Bajas	Por cada 1000 titulares en alta

Una nueva revisión de los contenidos del sistema de información de actividad se produce en 1995. Al comparar ambas tablas puede observarse una disminución manifiesta tanto el número de indicadores como de las dimensiones o aspectos medidos. Esto es especialmente significativo en el caso de la actividad de las Unidades de Apoyo.

TABLA VIII.3.5. Sistema de Información de actividad 1995

Dimensión	Indicador		Expresado en	
Población	Población Total			
	Población por grupo de edad	<= 14 años	Porcentaje	
		> 14 y < 65		
		> 65		
	Población según dispersión	G1	Porcentaje	
		G2		
		G3		
		G4		
	Población real adscrita desagregada por modelo de atención	M. de Familia	Número	
		Pediatría	Porcentaje	
Total				
Población según medio	Urbana	Número y distribución porcentual		
	Rural			
Población adscrita a PAC	Total	Porcentaje		
	Urbana			
	Rural			
Ratio habitante/profesional	Desagregación	Profesional		
		Modelo y profesional		
Tarjeta Sanitaria	Usuarios con TSI		Número y porcentaje sobre población total	
	Distribución por tramos de edad	< de 36 meses	Porcentaje	
		3 a 6 años		
		7 a 64 años		
		> 65 años		
Distribución según aportación a farmacia	Farmacia gratuita			
	Con aportación			
	Sin prestación farmacéutica			
	Total			
Actividad Médica	Presión asistencial < a 35 usuarios/día	Total	Porcentaje de facultativos	
		Por modelo y tipo de profesional		
	Consultas de tarde		Porcentaje	
	Tiempo medio en consulta	C. Demanda por tipo de profesional	Minutos/usuario	
		C. Programada por tipo de profesional		
	Presión asistencial	Media	Usuarios/profesional/día	
		Según modelo y tipo de profesional		
	Frecuentación	Media	Consultas/habitante/periodo analizado	
		Según modelo y tipo de profesional		
	Demanda asistencial	Por modelo	Total	Número
Domicilio			Porcentaje	
Administrativa				
Tiempo en C. demanda	Total y por tipo de profesional	Horas mensuales por profesional		
	Según modelo y tipo de profesional			
Actividad de enfermería	Demanda asistencial (desagregado por modelo)	Total	(1) Número (2) Porcentaje	
		Centro		Total (1)
				C. Enfermería(2)
				Otras causas(2)
	Domicilio	Total(1)		
		Programada (2)		
Presión asistencial	Media	Usuarios/enfermera/día		
Frecuentación	Media	Consultas/habitante/periodo analizado		
	Por modelo			
Utilización de recursos y capacidad de resolución	Derivaciones (desagregado por modelo y tipo de profesional)	Laboratorio	Por 1000 habitantes y mes Por 100 consultas	
		Radiología		
		Especialistas		
Atención Continuada	Demanda asistencial (por tipo de servicio PAC-SNU)	Total	Número	
		Según medio rural o urbano	Porcentaje	
	Frecuentación	Total	Consultas/habitante/periodo analizado	
		PAC según medio		
		SNU		
	Consultas domiciliarias	Total	Porcentaje	
		PAC según medio		
		SNU		
Derivaciones a Hospital	Total	Porcentaje usuarios derivados Por cada 1000 habitantes y mes		
	PAC según medio			
	SNU			
Unidades de Atención a la Mujer y	Usuarios atendidos			
Unidades de Salud Mental	Lista de espera	Usuarios		

Dimensión	Indicador		Expresado en
		Días	
	Relación 1ª consulta/sucesivas		
Odontólogos	Usuarios atendidos		
	Presión asistencial		Usuarios/profesional/día
	Frecuentación		Consultas/habitante/periodo analizado
Fisioterapeutas	Presión asistencial		Usuarios/profesional/día
			Sesiones/profesional/día
	Tratamientos	Total iniciados	
		Procedencia	A.Primaria A.Especializada
	Lista de Espera	Usuarios	Porcentaje
	Días		
Matronas	Presión asistencial		Usuarios/matrona/día
	Actividad domiciliaria		Porcentaje visitas
	Sesiones UPPO		Número
Trabajadores Sociales	Usuarios atendidos		Número
	Actividad domiciliaria		Porcentaje visitas
	Intervenciones comunitarias		Número

Finalmente entre 1997 y 1999 se produce una nueva revisión del sistema de información de actividad que reduce el número de indicadores elaborados, cuyo seguimiento, en muchos casos, se efectúa mediante otras vías.

Así se modifican los siguientes aspectos:

- Los datos e indicadores referidos a población se obtienen única y exclusivamente a través del sistema de información de TSI.
- En el caso de los facultativos se eliminan los indicadores relativos a derivaciones para pruebas complementarias o interconsulta, al obtenerse esta información a través del seguimiento de los pactos de consumo entre Atención Primaria y Especializada. Igualmente se reducen los indicadores relativos a la actividad médica. Aunque se mantiene el indicador tiempo medio en consulta a demanda, hay que señalar que su seguimiento en la actualidad se efectúa a través de la Encuesta de evaluación de tiempos de espera y atención en consulta en Medicina de Familia y Pediatría.
 - Se reduce sensiblemente la información relativa a Unidades de Apoyo. Posteriormente en 2000, se introduce información relativa a los ESAD y Pediatras de Area.
 - Se incorpora en las publicaciones un glosario que incluye la definición de cada indicador. Se modifica el glosario de términos que previamente se había incorporado al Anexo I. Ambos aspectos contribuyen a alcanzar un mayor nivel de transparencia y homogeneidad en la información ya que permiten conocer fehacientemente qué y cómo se mide.

Este mismo año se diseña el primer modelo de recogida de datos para el seguimiento de la actividad del servicio 061 (Anexo II). A lo largo de 2000 este modelo fue revisado por un grupo de trabajo integrado por profesionales de las distintas Gerencias del 061. El resultado de ese grupo de trabajo es el

actual Anexo II, implantado en 2001.

No obstante, a pesar del esfuerzo realizado siguen pendientes algunas cuestiones que afectan al SIAP en su conjunto:

- Una revisión sistemática de todos los indicadores: fuentes de datos de los distintos componentes de cada indicador, unificación de criterios y de fuentes cuando un mismo dato o indicador es generado o utilizado por distintas áreas funcionales de la Subdirección. Igualmente una revisión en profundidad de los circuitos internos de la SGAP, que evite la obtención y elaboración de información redundante.
- El proyecto que ha quedado pendiente es la creación de una base de datos integrada, accesible de forma inmediata, desde todas las áreas de la SGAP que incluya, además del Cuadro de Mando, la información más relevante de cada una de las áreas, que además es utilizada por las restantes tanto de forma habitual como puntual.

TABLA VIII.3.6 Actual sistema de información de actividad SGAP

Dimensión	Indicador				Expresado en
Población (TSI)	Distribución según medio	Total			
		Urbano			
		Rural			
	Distribución según dispersión	G1			
		G2			
		G3			
		G4			
	Distribución por grupos de edad	0 a 23 meses			porcentaje
		2 a 5 años			
		6 a 14 años			
15 a 64 años					
≥ 65 años					
	Distribución por modelo de atención y tipo de facultativo			porcentaje	
Actividad Médica	Consultas totales por tipo de facultativo				
	Tiempo medio en consulta a demanda por tipo de facultativo				Minutos
	Consulta de tarde en poblaciones > 10000 habitantes por tipo de facultativo				porcentaje
	Presión asistencial por modelo de atención y tipo de facultativo	Total			Usuarios/profesional/día
		Demanda			
		Concertada			
Domicilio					
	Administrativa				
	Frecuentación por modelo de atención y tipo de facultativo			Consultas/habitante/periodo analizado	
Actividad de enfermería	Total de usuarios atendidos por modelo de atención				
	Presión asistencial por modelo de atención	Total			Usuarios/profesional/día
		Centro	Consulta	Demanda	
			Concertada		
		Otras causas			
	Domicilio	Demanda			
		Concertada			
	Frecuentación por modelo de atención			Consultas/habitante/periodo analizado	
Atención Continuada	Usuarios atendidos	Total			
		PAC	Rural		
			Urbano		
	SNU				
	Derivación a hospital	Total		porcentaje	
		PAC	Rural		
Urbano					
SNU					
	Localización de Usuarios atendidos			porcentaje	

Dimensión	Indicador		Expresado en	
		PAC Rural Urbano		
		SNU		
Unidades de Salud Bucodental	usuarios atendidos	Total	Número	
		Centro	Total Demanda Programada	
		Fuera del Centro	Número	
		Presión asistencial en actividad programada	Usuarios/odontólogo/día	
Odontología de cupo	usuarios atendidos	Total	Número	
		Centro	Total Demanda Programada	
		Fuera del Centro	Número	
		Presión asistencial en actividad programada	Usuarios/odontólogo/día	
Fisioterapeutas	Presión asistencial	Usuarios	Por fisioterapeuta y mes	
		Sesiones	Por fisioterapeuta y día	
	Tratamientos iniciados	Total	Usuarios	
		Procedencia	A. Primaria A. Especializada	
Matronas	Consultas totales			
	Presión asistencial		Usuarios/matrona/día	
	Actividad domiciliaria		Porcentaje	
	Sesiones UPPO			
Unidades Atención a la mujer	usuarios atendidos			
Unidades de Salud Mental	Usuarios atendidos			
ESAD (Equipos de soporte de atención domiciliaria)	Visitas domiciliarias		Número Total	
	Visitas domiciliarias conjuntas médico-enfermera		Porcentaje	
	Presión asistencial		Visitas por profesional y día	
	Visitas realizadas por profesionales	Exclusivamente de ESAD		
Otros profesionales de A. Primaria		Porcentaje		
Pediatras de Area	Usuarios atendidos totales		Sobre profesionales informantes	
	Presión asistencial	Total		
		Demanda		
		Concertada		
		Administrativa		
Domicilio		Usuarios por profesional y día por cada tipo		
Frecuentación		Consultas/habitante/año		
Trabajadores Sociales	Usuarios atendidos			
	Presión asistencial		Usuarios/TS/día	
	Actividad a domicilio		Porcentaje	
	Intervenciones comunitaria			
Servicios 061	Población	Cubierta por CCU	Porcentaje	
		Cubierta por UME		
	Actividad Asistencial	CCU	Total Demanda asistencial Resueltas por teléfono	Llamadas telefónicas/día
		UME		Personas atendidas/UME/día
		Calidad	Emergencias atendidas antes de 15'	porcentaje

Evolución de algunos de los principales indicadores.

En este apartado se incluyen comentarios y valoraciones respecto de algunos de los

indicadores relativos a la actividad desarrollada por los tres colectivos profesionales de mayor entidad numérica en el ámbito de la Atención Primaria: Médicos de Familia, Pediatras y Enfermeras. Sería prolijo efectuar un análisis de la evolución temporal desde 1995 hasta 2001, para el conjunto de indicadores que configuran el sistema de información de actividad, teniendo en cuenta además que toda la información es accesible ya que ha venido publicándose por el INSALUD. Por esta razón se han seleccionado exclusivamente indicadores relacionados con la utilización de servicios de Atención Primaria (frecuentación por tipo de profesional) y con la presión asistencial, también por colectivo profesional, desagregada por los principales tipos de consulta y relativas al modelo de Atención Primaria. Se ha calculado igualmente, una tasa de crecimiento medio anual del periodo 1995 (o 1997)-2001 conforme a la siguiente fórmula:

$$R = \frac{2}{t} \frac{N^t - N^0}{N^t + N^0} * K \quad \text{siendo}$$

t: periodo de tiempo en años

N^t : valor al final del periodo

N^0 : valor al inicio del periodo

K: 100

Finalmente se han analizado los incrementos interanuales de los diferentes indicadores con el objetivo de conocer posibles causas que expliquen su evolución en los últimos años. Para ello, una vez transformadas las variables, se ha aplicado una regresión lineal múltiple.

Es importante señalar las limitaciones de este estudio teniendo en cuenta que la unidad de análisis es la Gerencia, el hecho de que la información utilizada sea de orígenes diversos (registros manuales, centros informatizados.....) y el número limitado de variables que se han utilizado. Lo contrario, además de exceder los propósitos de este libro, hubiese requerido un estudio mucho más pormenorizado tanto respecto de las posibles variables predictoras como de la unidad de análisis que en buena lógica debería ser al menos el Centro de Salud. Por lo tanto los comentarios que se efectúan a continuación deben matizarse con lo expuesto. Se trata, en definitiva, de apuntar posibles líneas de investigación, por otra parte necesaria, mas que de pretender extraer conclusiones ciertas sobre los indicadores analizados.

Frecuentación

El indicador viene expresado en número de consultas por habitante y año. Para el cálculo de este indicador se utiliza como denominador la población total adscrita y no la atendida efectivamente en

cada ámbito, dato sólo obtenible en el caso de Centros informatizados. Los valores para Medicina de Familia se reflejan en la siguiente tabla:

TABLA VIII.3.7. Evolución Frecuentación en Medicina de Familia EAP

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	6,7	7,25	7,89	7,88	8,14	8,15	8,12	2,74
ASTURIAS	5,31	5,54	5,78	5,74	5,84	5,82	5,9	1,50
BALEARES	4,99	5,41	5,24	5,06	5,08	4,97	5,24	0,70
CANTABRIA	5,15	5,42	5,31	5,17	5,01	5,13	5,09	-0,17
CASTILLA LA MANCHA	7,38	8,05	8,35	8,25	8,46	8,47	8,53	2,07
CASTILLA Y LEON	7,11	7,76	8,22	8,07	7,69	7,47	7,49	0,74
EXTREMADURA	8,11	9,07	9,2	9,07	9,06	9,11	9,25	1,88
LA RIOJA	7,58	8,08	8,1	8,23	8,15	8	7,93	0,64
MADRID	5,3	5,75	5,78	5,77	5,71	5,55	5,73	1,11
MURCIA	7,01	7,81	7,96	7,63	7,64	7,59	7,48	0,93
CEUTA	3,67	5,33	5,64	5,55	4,9	4,66	4,91	4,13
MELILLA	3,91	4,83	5,24	4,94	4,82	4,96	5,36	4,47
INSALUD	6,39	6,92	7,12	7	6,93	6,79	6,9	1,10

El crecimiento medio anual entre 1995 y 2001 es del 1.10% para el conjunto del INSALUD, aunque varias Comunidades experimentan incrementos muy superiores. Igualmente es destacable la enorme variabilidad existente con valores que oscilan entre 9,25 y 4,91 consultas por habitante y año. Este crecimiento de la utilización de servicios parece explicarse en función del incremento del volumen de consultas, ya que mientras la población crece a un ritmo del 0,88% anual, las consultas totales crecen un 3,91% en promedio por año. En el análisis de regresión se han utilizado como variables explicativas la evolución anual del ratio médico/ habitante y de la población mayor de 65 años, ninguna de las dos variables explica de forma satisfactoria el incremento de la frecuentación, solo en el año 97 la evolución del ratio explicaría el 7,6% del crecimiento de la frecuentación ($r=-.305$; $p=.012$), y en el año 2000 el crecimiento de la población mayor de 65 años explicaría el 8% ($r=.312$; $p=.010$). En los restantes años no hay asociación entre las variables.

En el caso de Pediatría los resultados se muestran en la siguiente tabla:

TABLA VIII.3.8. Evolución Frecuentación en Pediatría EAP

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	8,47	8,97	8,86	7,64	7,34	6,86	6,89	-2,94
ASTURIAS	4,47	4,76	5,72	5,7	5,71	6,23	6,39	5,05
BALEARES	4,64	5,48	5,09	5,52	5,45	5,67	5,51	2,45
CANTABRIA	4,32	5,06	5,09	5,33	5,5	5,47	5,81	4,20
CASTILLA LA MANCHA	6,87	7,96	7,61	7,13	6,47	6,34	6,42	-0,97
CASTILLA Y LEON	6,78	6,24	6,83	5,94	5,71	5,83	5,88	-2,03
EXTREMADURA	7,24	8,02	8,07	7,42	6,91	6,71	6,54	-1,45
LA RIOJA	8,83	8,85	8,71	7,9	7,65	7,42	6,34	-4,69
MADRID	6,44	7,42	7,6	7,04	6,6	6,65	6,76	0,69
MURCIA	8,03	8,83	9,4	8,1	7,44	7,14	6,97	-2,02
CEUTA	5,27	5,21	5,6	4,93	4,23	3,68	5,78	1,32
MELILLA	6,33	8,46	9,93	9,34	8,89	9,1	9,87	6,24
INSALUD	6,44	7,12	7,39	6,84	6,47	6,46	6,51	0,15

En este caso se han utilizado como predictores además de la evolución del ratio pediatra / habitante, el crecimiento anual de la población de 0 a 2 años y de 7 a 14. De las tres, la evolución del ratio parece tener mayor capacidad explicativa aunque con una gran variabilidad entre los diferentes años:

AÑO	% variabilidad explicada	r	p
1997	8.3	-,288	,016
1998	35.2	,603	,000
1999	56.3	-,756	,000
2000	21.3	-,462	,000
2001	12.0	,266	,025

Las variables poblacionales no se asocian de forma significativa con el incremento de la frecuentación salvo la población de 7 a 14 en 1999 ($r=.334$; $p=.006$) y en 2001 ($r=.346$; $p=.005$) y la de 0 a 2 en este mismo año ($r=-.294$; $p=.015$)

En el caso de enfermería además de la evolución del ratio se han considerado la evolución de los tres grupos de edad utilizados en Medicina de Familia y Pediatría. La siguiente tabla muestra la evolución de la frecuentación en enfermería:

TABLA VIII.3.9. Frecuentación en Enfermería EAP

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	4,21	4,72	4,7	4,54	4,78	4,76	4,78	1,81
ASTURIAS	3,23	3,33	3,58	3,45	3,44	3,48	3,38	0,65
BALEARES	3,58	4,12	4,05	4,35	4,58	4,42	4,23	2,38
CANTABRIA	2,5	2,86	3,1	2,81	2,96	3,16	3,62	5,23
CASTILLA LA MANCHA	4,75	4,94	5,05	4,83	4,76	4,98	5	0,73
CASTILLA Y LEON	4,04	4,33	4,97	4,44	4,59	4,73	4,83	2,54
EXTREMADURA	4,83	5,34	5,7	5,56	5,61	5,79	6,1	3,32
LA RIOJA	4,91	5,84	5,7	5,7	5	4,79	4,55	-1,09
MADRID	2,94	3,44	3,56	3,3	3,26	3,27	3,1	0,76
MURCIA	4,81	4,85	5,23	4,74	4,49	4,34	4,19	-1,97
CEUTA	2,52	3,12	2,94	2,93	2,83	2,79	2,85	1,76
MELILLA	3,11	3,55	3,97	3,7	3,84	3,95	4,24	4,39
INSALUD	3,82	4,17	4,41	4,13	4,15	4,18	4,13	1,11

De las variables poblacionales la única que parece asociarse de forma significativa con la frecuentación en enfermería es el incremento de la población mayor de 65 años en 1998 ($r=-.240$; $p=.039$) , 1999 ($r=.251$; $p=.032$), y 2001 ($r=-.226$; $p=.049$) aunque hay que tener en cuenta los valores y cambio de signo de los coeficientes de correlación y los niveles de significación de los mismos. Igualmente la evolución del ratio tiene escaso poder explicativo como se muestra en la siguiente tabla

AÑO	% variabilidad explicada	r	p
1999	8.0	.283	,018
2000	11.4	.337	,006
2001	9.4	.307	,011

Por tanto, aunque parece que una mayor disponibilidad de recursos (menor crecimiento del ratio profesional / habitante) se relaciona con una mayor utilización de servicios por parte de los ciudadanos, para llegar a algún tipo de conclusión válida sería necesario introducir otras variables explicativas como edad y sexo con mayor nivel de desagregación, nivel de estudios, actividad laboral, hábitat, etc., en definitiva todas aquellas variables sociodemográficas que tanto de manera intuitiva como en función de estudios realizados en otros ámbitos, se relacionan con las pautas de consumo de servicios por parte de los ciudadanos (en la encuesta de satisfacción¹ se observan diferencias significativas en todas las variables apuntadas respecto de la frecuentación aunque en este caso se analiza la frecuentación "recordada" por el encuestado).

Presión asistencial

El indicador viene expresado en número de pacientes por profesional y día. Además de la presión asistencial global, se han analizado en Medicina de Familia y Pediatría la presión asistencial en consulta a demanda y concertada y en enfermería la presión asistencial en consulta y domicilio programado. En la fase de análisis se han utilizado como variables explicativas las mismas que en el análisis de frecuentación.

La evolución de los tres indicadores para Medicina de Familia se muestran en las siguientes tablas.

TABLA VIII.3.10. Evolución presión asistencial global Medicina de Familia EAP

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	26	29	35,15	34,38	35,41	35,42	35,92	4,58
ASTURIAS	28	31	35,03	35,56	36,41	36,67	37,15	4,01
BALEARES	29	31	34,38	34,85	35,1	35,35	36,06	3,10
CANTABRIA	29	31	35,5	34,52	33,37	32,5	31,52	1,19
CASTILLA LA MANCHA	31	37	40,75	41,77	42,44	42,58	42,7	4,54
CASTILLA Y LEON	22	27	30,19	29,44	28,56	28,06	28,39	3,62
EXTREMADURA	32	38	44,79	44,57	44,43	44,27	44,89	4,79
LA RIOJA	26	26	42,28	42,22	41,8	41,37	42,07	6,75
MADRID	32	35	35,86	36,83	37,11	37,25	38,72	2,71
MURCIA	39	43	52,22	50,7	51,2	51,09	51,26	3,88
CEUTA	30	38	35,98	36,32	31,84	31,29	33,75	1,68
MELILLA	31	30	29,65	29,96	29,8	31,09	32,22	0,55
INSALUD	29	33	36,69	36,75	36,77	36,63	37,28	3,57

TABLA VIII.3.11. Evolución presión asistencial en consulta de demanda Medicina de Familia EAP

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			27,73	27,68	27,98	27,65	27,57	-0,12
ASTURIAS			27,55	27,52	28,27	29,04	29,22	1,18
BALEARES			29,73	30,68	31,29	31,16	31,29	1,02
CANTABRIA			27,26	26,61	25,17	23,06	21,85	-4,41
CASTILLA LA MANCHA			33,49	33,77	33,45	32,26	32,19	-0,79
CASTILLA Y LEON			24,49	23,72	22,45	21,64	21,55	-2,55
EXTREMADURA			24,19	32,57	30,9	31,25	30,36	4,52
LA RIOJA			20,96	21,36	21,07	21,41	21,53	0,54
MADRID			31,55	32,42	31,95	31,99	33,01	0,90
MURCIA			43,12	42,6	43,23	43,34	43,79	0,31
CEUTA			28,74	29,56	28,57	27,75	26,04	-1,97
MELILLA			26,35	25,48	25,03	27,46	27,16	0,61
INSALUD			29,99	29,93	29,41	29,04	29,22	-0,52

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

¹ Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria (ediciones 1999 y 2000). INSALUD

TABLA VIII.3.12. Evolución presión asistencial en consulta concertada Medicina de Familia EAP

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			2,29	2,19	2,13	1,98	2,04	-2,31
ASTURIAS			2,14	2,38	2,6	2,66	3,05	7,01
BALEARES			0,99	0,95	0,9	1,27	1,57	9,06
CANTABRIA			1,36	1,51	2,34	3,23	4	19,70
CASTILLA LA MANCHA			1,94	2,01	2,33	2,41	2,23	2,78
CASTILLA Y LEON			1,94	1,98	2,29	2,22	2,36	3,91
EXTREMADURA			2,35	2,49	2,42	2,58	2,73	2,99
LA RIOJA			3,1	3,26	3,04	2,94	3,11	0,06
MADRID			2,82	2,86	3,31	3,58	4,2	7,86
MURCIA			1,25	1,23	1,27	1,26	1,32	1,09
CEUTA			6,96	6,48	2,43	1,44	6,35	-1,83
MELILLA			2,9	4,06	4,37	3,24	4,64	9,23
INSALUD			2,19	2,24	2,49	2,58	2,85	5,24

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

Respecto de la evolución de la presión asistencial global parece existir asociación con el crecimiento de la población mayor de 65 años y del ratio médico de familia/ habitante. La siguiente tabla muestra la variabilidad explicada por cada una de ellas y los coeficientes de correlación bivariantes junto a su grado de significación.

AÑO	Variable	% variabilidad explicada	r	p
1997	Población > 65 años	No entra en la ecuación	,725	.000
	Ratio	52.4	,730	.000
1998	Población > 65 años	No entra en la ecuación	,293	.015
	Ratio	11.2	-,358	.004
1999	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	No entra en la ecuación	-,235	.042
2000	Población > 65 años	9.1	-,328	.030
	Ratio	No entra en la ecuación	No significativo	
2001	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	72.3	,853	.000

A la vista de los resultados obtenidos es difícil extraer alguna conclusión válida respecto de la capacidad explicativa de una u otra variable. Una situación similar se da respecto de la evolución de la presión asistencial en consulta a demanda.

AÑO	Variable	% variabilidad explicada	r	p
1997	Población > 65 años	44.4	.674	.000
	Ratio	No entra en la ecuación	.663	.000
1998	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	17.7	,216	.000
1999	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	No entra en la ecuación	-,245	.035
2000	Población > 65 años	No entra en la ecuación	-,281	.019
	Ratio	13.1	-,383	.002
2001	Población > 65 años	No entra en la ecuación	-,242	.037
	Ratio	66.1	,817	.000

En ambos casos parece que el crecimiento sostenido de la presión asistencial en estos últimos años, no puede imputarse de manera concluyente a un incremento del tamaño de los cupos médicos ni tampoco al crecimiento del grupo etéreo potencialmente mas consumidor de servicios y que por lo tanto sería necesario explorar otras posibles variables explicativas, además de las ya indicadas en el apartado relativo a frecuentación, probablemente otras mas vinculadas a la organización de la actividad asistencial en los Centros. La utilización de este último aspecto como posible dimensión a analizar en los estudios sobre actividad asistencial en Atención Primaria también parece deducirse de los resultados obtenidos al analizar el incremento de la actividad concertada que solo se asocia de forma significativa con el crecimiento de la población mayor de 65 años en 1997 ($r = .559$; $p = .000$) y con el ratio médico/habitante en este mismo año ($r = .556$; $p = .000$) y en el año 2001 ($r = .585$; $p = .000$).

AÑO	Variable	% variabilidad explicada	r	p
1997	Población > 65 años	30.3	.559	.000
	Ratio	No entra en la ecuación	.556	.000
1998	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	No entra en la ecuación	No significativo	
1999	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	No entra en la ecuación	No significativo	
2000	Población > 65 años	No entra en la ecuación	No significativo	
	Ratio	No entra en la ecuación	No significativo	
2001	Población > 65 años			
	Ratio	32.9	.585	.000

La evolución de la presión asistencial en Pediatría aparece reflejada en las siguientes tablas:

TABLA VIII.3.13. Evolución presión asistencial global Pediatría EAP:

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	24	24	26,3	25,14	26,02	25,73	25,74	1,00
ASTURIAS	19	19	20,07	19,88	19,2	19,95	19,37	0,28
BALEARES	21	23	22,62	21,65	21,88	22,38	22,48	0,97
CANTABRIA	21	22	21,77	21,12	20,98	20,65	20,91	-0,06
CASTILLA LA MANCHA	28	30	32,33	31,29	30,77	29,75	29,71	0,85
CASTILLA Y LEON	22	23	24,16	23,96	22,8	22,63	20,97	-0,68
EXTREMADURA	23	25	26,68	26,06	25,64	25,98	25,92	1,71
LA RIOJA	21	25	26,44	26,83	29,64	27,66	29,53	4,82
MADRID	24	26	27,1	26,76	26,03	25,44	27,12	1,74
MURCIA	31	34	36,57	33,89	33,74	33,89	33,82	1,24
CEUTA	32	30	31,26	28,51	27,22	23,38	22,77	-4,81
MELILLA	26	27	29,48	29,53	29,07	30,91	32,17	3,03
INSALUD	24	26	27	26,33	25,84	25,97	25,97	1,13

TABLA VIII.3.14. Evolución presión asistencial en consulta de demanda Pediatría EAP

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			22,11	21,13	22	21,68	21,69	-0,38
ASTURIAS			17,08	16,73	15,76	16,5	15,7	-1,68
BALEARES			19,94	19,04	19,24	19,66	19,49	-0,46
CANTABRIA			18,48	17,94	17,03	16,11	16,21	-2,62
CASTILLA LA MANCHA			28,3	27,43	26,28	25,14	25,14	-2,37
CASTILLA Y LEON			20,86	20,36	19,1	18,93	17,17	-3,88
EXTREMADURA			23,39	22,3	21,96	22,24	21,89	-1,33
LA RIOJA			20,53	20,61	22,85	22,15	23,39	2,60
MADRID			23,58	23,38	22,5	21,87	23,31	-0,23
MURCIA			33,74	31,18	31,05	31,25	30,91	-1,75
CEUTA			21,7	20,39	21,47	16,74	16,78	-5,11
MELILLA			25,92	25,52	24,73	26,79	26,41	0,37
INSALUD			23,51	22,88	22,23	21,92	22,13	-1,21

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

TABLA VIII.3.15. Evolución presión asistencial en consulta concertada Pediatría EAP

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			3,45	3,6	3,62	3,48	3,46	0,06
ASTURIAS			2,75	2,95	3,23	3,28	3,44	4,46
BALEARES			2,32	2,4	2,38	2,53	2,82	3,89
CANTABRIA			2,89	2,86	3,44	4,35	4,46	8,54
CASTILLA LA MANCHA			3,75	3,55	4,06	4,1	3,96	1,09
CASTILLA Y LEON			3,09	3,38	3,48	3,5	3,48	2,37
EXTREMADURA			3,19	3,29	3,3	3,41	3,56	2,19
LA RIOJA			5,04	5,55	5,7	5,22	5,57	2,00
MADRID			3,42	3,27	3,41	3,48	3,71	1,63
MURCIA			2,32	2,29	2,32	2,36	2,41	0,76
CEUTA			9,55	8,1	5,63	6,36	5,81	-9,74
MELILLA			3,55	3,99	4,32	4,11	5,67	9,20
INSALUD			3,23	3,21	3,35	3,43	3,56	1,94

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

Como en el caso de Medicina de Familia la única variable que parece tener relación con el crecimiento de la presión asistencial global es la evolución del ratio pediatra / habitante aunque presenta una gran variabilidad tanto respecto del signo y fuerza de la asociación como de su capacidad explicativa, lo que implica analizar los resultados obtenidos en esta ocasión con mayor reserva. La evolución de las variables demográficas tampoco permiten explicar el incremento de la presión asistencial en Pediatría en los últimos años.

AÑO	% variabilidad explicada	r	p
1997	52.3	.729	,000
1998	18.0	-.430	,001
1999	No entra en la ecuación	No significativo	
2000	6.9	,293	,015
2001	73.4	,860	,000

Por otra parte la actividad a demanda tiene un patrón de comportamiento muy similar lo que es coherente con el peso de esta actividad en relación con la actividad asistencial global. Respecto de la

actividad concertada no presenta asociaciones significativas con las variables utilizadas en el análisis. Serían aplicables por lo tanto, las conclusiones apuntadas respecto de Medicina de Familia.

La evolución de la presión asistencial en enfermería se recoge en las siguientes tablas.

TABLA VIII.3.16. Evolución presión asistencial global en Enfermería EAP

Comunidad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON	25,04	26,22	24,83	24,42	25,59	25,76	25,42	0,22
ASTURIAS	20,77	21,27	22,09	21,48	21,74	22,25	21,56	0,53
BALEARES	27,19	30,48	31,25	33,76	35,52	34,65	33,3	2,89
CANTABRIA	19,34	20,94	23,14	20,98	22,05	22,46	25,11	3,71
CASTILLA LA MANCHA	27,1	26,71	28,25	27,53	26,78	27,92	28,52	0,73
CASTILLA Y LEON	20,52	20,99	23,79	22,34	22,62	23,29	23,62	2,01
EXTREMADURA	25,94	26,96	28,35	27,96	28,32	29,15	30,1	2,12
LA RIOJA	28,04	32,12	31,66	31,99	28,72	24,92	26,99	-0,55
MADRID	19,94	21,53	22,88	22,32	22,31	22,29	22,29	1,59
MURCIA	35,03	34,72	36,97	34,81	33,81	32,8	32,15	-1,22
CEUTA	22,24	21,92	19,59	20,45	20,83	20,95	22,17	-0,05
MELILLA	25,3	26,7	26,76	25,85	26,42	26,9	29,49	2,18
INSALUD	23,41	24,3	25,79	25,05	25,08	25,3	25,48	1,21

TABLA VIII.3.17. Evolución presión asistencial en consulta de enfermería EAP

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			10,45	14,25	15,65	15,09	15,46	7,73
ASTURIAS			11,81	11,83	12,42	13,77	13,89	3,24
BALEARES			12,49	12,89	14,21	14,59	14,89	3,51
CANTABRIA			13,1	12,56	15,37	16,17	15,93	3,90
CASTILLA LA MANCHA			13,85	13,35	13,08	16,04	16,79	3,84
CASTILLA Y LEON			13,34	13,58	13,85	15,43	16,1	3,75
EXTREMADURA			12,94	12,98	13,76	14,57	16,08	4,33
LA RIOJA			20,12	24,9	17,16	10,82	10,43	-12,69
MADRID			12,78	13,08	13,74	14,19	14,32	2,27
MURCIA			13,58	12,83	11,9	16,87	16,54	3,93
CEUTA			10,53	10,98	11,56	9,81	9,74	-1,56
MELILLA			11,96	11,46	12,1	11,21	13,09	1,80
INSALUD			12,97	13,37	13,71	16,91	15,33	3,34

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

TABLA VIII.3.18. Evolución presión asistencial Enfermería EAP en visita domiciliaria concertada

Comunidad	1995 ⁽¹⁾	1996 ⁽¹⁾	1997	1998	1999	2000	2001	% Δ
ARAGON			1,12	1,07	1,23	1,31	1,31	3,13

ASTURIAS			1,05	1,01	1,15	1,22	1,28	3,95
BALEARES			0,89	1	1,2	1,17	1,2	5,93
CANTABRIA			1,04	1	1,16	1,33	1,48	6,98
CASTILLA LA MANCHA			1,26	1,27	1,29	1,39	1,4	2,11
CASTILLA Y LEÓN			1,26	1,28	1,26	1,28	1,25	-0,16
EXTREMADURA			1,59	1,63	1,76	1,98	1,82	2,70
LA RIOJA			1,13	1,09	1,08	1,18	1,06	-1,28
MADRID			0,86	0,95	0,99	1,01	0,99	2,81
MURCIA			2,16	1,95	2,03	1,95	1,99	-1,64
CEUTA			0,79	1,08	0,96	0,94	1,13	7,08
MELILLA			0,62	1,18	1,05	1,03	1,39	15,32
INSALUD			1,19	1,21	1,26	1,31	1,3	1,77

(1) El indicador venía expresado en forma de porcentaje sobre la actividad total.

Como en el caso de Medicina de Familia y Pediatría, la única variable que parece asociarse de forma significativa con el crecimiento de la presión asistencial global en enfermería es la evolución del ratio profesional/ habitante. Como en los casos anteriores también presenta una gran variabilidad en cuanto a su grado de asociación y capacidad explicativa respecto de la evolución de este indicador.

AÑO	% variabilidad explicada	r	p
1997	54.2	.742	,000
1998	32.6	.581	,001
1999		No significativo	
2000	7.4	.302	,013
2001	67.6	.826	,000

Tanto el incremento de la presión en consulta de enfermería como en domicilio programado no parecen tener relación alguna con las variables en estudio, ya que no presentan asociaciones significativas.

A modo de conclusión de este apartado, es importante señalar la necesidad de diseñar estudios específicos que nos permitan conocer las causas que influyen en la evolución de la actividad asistencial y que podrían explicar la diversidad de comportamientos respecto de esta dimensión dentro de la Atención Primaria. La información obtenible a través de los Centros informatizados constituye un recurso imprescindible en este sentido.

Condicionantes del Sistema de Información de Actividad.

Su configuración y evolución histórica revelan algunas de las claves que permiten evaluar los

condicionantes y limitaciones que el sistema de información de actividad presenta en la actualidad.

Así el hecho de que a lo largo de varios años la Subdirección tuviese que asumir el control directo de los Centros motivó que ya en sus inicios el sistema mostrara una hipertrofia importante respecto de la información que solicitaba y generaba. Esta situación no se resolvió de forma satisfactoria cuando más tarde, en 1990, con participación de las Gerencias de Atención Primaria se modifica el sistema de información de actividad, en cuyo diseño influyó de forma determinante el hecho de que en muchos casos éstas no hubieran desarrollado un sistema de información propio. Esta situación, que en algunos casos se ha mantenido hasta la actualidad, ha “presionado” para que en las sucesivas modificaciones que se han acometido no se haya reducido la información que se solicitaba para ajustarla a las necesidades reales de la SGAP.

En el mismo sentido han influido las demandas de algunos colectivos profesionales que han considerado que la omisión a nivel central de datos relativos a algunos aspectos de la actividad desarrollada por sus integrantes suponía de alguna manera, una infravaloración de su desempeño profesional.

Por otra parte la SGAP elabora información a requerimiento de otras unidades e instituciones. Esto implica mantener por una parte una serie de datos de escasa relevancia para el conocimiento de la actividad desarrollada en Atención Primaria y por otra, indicadores poco específicos y sensibles y cuya interpretación además, desde un punto de vista estrictamente sanitario, podría dar lugar a valoraciones radicalmente opuestas a las que habitualmente se efectúan. Un ejemplo de ello es la utilización como indicador del volumen total de consultas realizadas en Atención Primaria que no aporta ninguna información relevante para la valoración, desde el punto de vista de la actividad, de la consecución de objetivos y líneas estratégicas de actuación y cuyo crecimiento interanual, si es positivo se valora en el mismo sentido, como un incremento de la “producción” en Atención Primaria y no de forma negativa, como sería correcto desde el punto de vista sanitario, como una manifestación de una posible existencia de déficits organizativos que en la práctica implican que sea la demanda de la población quien “ordene” de alguna forma la actividad asistencial, por ejemplo.

Finalmente, otro condicionante a la hora de elaborar información de actividad en Atención Primaria, es el hecho de que el origen de los datos sea absolutamente dispar dentro de las propias Gerencias. Actualmente éstas integran información procedente de Centros informatizados con las aplicaciones OMI-AP y SIAPWIN, Centros que siguen utilizando el programa SICAP, Centros no informatizados que utilizan como fuente de datos la hoja de cita previa y otro tipo de registros (fichas de edad y sexo, registros de morbilidad, etc.) y en el caso de dos Gerencias, además la información de actividad obtenida a través del TAIR. No hace falta insistir en las dificultades que esta situación acarrea a la hora de elaborar información.

Tendencias futuras.

A lo largo de 2001 se ha efectuado una revisión de los contenidos del Anexo I con el objetivo de adecuar los datos a suministrar por las Gerencias a las necesidades reales de información de la SGAP y en consecuencia de definir y construir indicadores más específicos para nuestro ámbito de gestión. En la práctica esto ha supuesto en general, una reducción de los datos que hasta ahora se remitían y en otros, al incluirse nuevos aspectos a evaluar, una modificación de los mismos. Esta última circunstancia ha afectado especialmente a la información relativa a las Unidades de Apoyo y dentro de éstas, esencialmente a los ESAD y a la actividad de los Trabajadores Sociales en el sentido que refleja la siguiente tabla.

TABLA VIII.3.19. Innovaciones en el seguimiento de la actividad de los ESAD y trabajadores sociales

Unidad	Datos 2001			Datos propuestos				
ESAD	Horario	Inicio		Enfermos nuevos valorados	Exclusivamente ESAF	Totales		
		Final			Conjuntamente con otros profesionales de A.P.	Inmovilizados		
	Visitas Domiciliarias	Exclusivamente ESAD	Medicina	Enfermos valorados por ESAD que han salido del programa		Terminales	Totales	
			Enfermería			Inmovilizados		
		Con otros profesionales de Atención Primaria	Conjuntas	Visitas domiciliarias	Exclusivamente ESAD	Conjuntamente con otros profesionales de A.P.	Terminales	Totales
			Medicina				Medicina	
	Enfermería				Enfermería			
	Medicina y Enfermería				Medicina y Enfermería			
Trabajadores Sociales	Total usuarios atendidos			Total usuarios atendidos				
	Total visitas domiciliarias			Total visitas domiciliarias				
	Nº de intervenciones comunitarias			Valoraciones sociales realizadas	Totales			
					Mayores de 75 años			
					Enfermos inmovilizados			
				Enfermos terminales				

Un segundo objetivo de esta revisión ha sido, como se indicaba en la introducción, aprovechar al máximo las potencialidades a la hora de suministrar información realmente útil a nivel central, de los Centros informatizados, que en la actualidad representan aproximadamente el 50% de la población del territorio INSALUD. En ese sentido, se ha confeccionado un Anexo I-B, que aportaría información semestral sobre utilización de servicios, lo que a su vez permitiría conocer la frecuentación real (es decir, sobre población atendida, no solo sobre población adscrita) por edad al menos, y la construcción de curvas de frecuentación, indicadores ambos cuya utilidad para la planificación y asignación de recursos a nivel central no es necesario destacar. La información a obtener a través de este nuevo soporte se recoge en la siguiente tabla:

TABLA VIII.3.20. Contenidos del Anexo 1-B: Información semestral sobre utilización de servicios en centros informatizados

Profesionales (por estamento)	Informantes	
	Total profesionales en Centros informatizados (1)	
Población	Adscrita en algún momento del periodo a profesionales informantes	De 0 a 23 meses
		2 a 5 años
		6 a 14 años
		15 a 34 años
		35 a 49 años
		50 a 64 años
		65 a 74 años
	75 y más años	
	Total	
	Que ha demandado atención (2)	De 0 a 23 meses
		2 a 5 años
		6 a 14 años
		15 a 34 años
		35 a 49 años
50 a 64 años		
65 a 74 años		
75 y más años		
Total		
Organización	Nº de facultativos con presión asistencial media	Hasta 25 pacientes/día
		De 26 a 35
		De 36 a 45
		De 46 a 55
		Más de 55
Días laborables del semestre		
Actividad Asistencial	Respecto de población registrada al inicio y final del periodo: consultas totales de usuarios que han acudido al Centro de Salud (3)	De 0 a 23 meses
		2 a 5 años
		6 a 14 años
		15 a 34 años
		35 a 49 años
		50 a 64 años
		65 a 74 años
	75 y más años	
	Total	
	Generada en el Centro: consultas totales (3)	De 0 a 23 meses
		2 a 5 años
		6 a 14 años
		15 a 34 años
		35 a 49 años
50 a 64 años		
65 a 74 años		
75 y más años		
Total		
Por número de consultas:	0 consultas	
	De 1 a 4	
	De 5 a 8	
	De 9 a 12	
	13 o más	
Total		
Actividad asistencial médica (por tipo de profesional)	En Centro	Total
		Consulta demanda
		Consulta concertada
	En domicilio	
Horas ofertadas de consulta médica		
Actividad asistencial de Enfermería	En Centro	Total
		Consulta de Enfermería
	En domicilio	Demanda Concertada
		Total
		Usuarios por actividad concertada

(1) contabiliza el total de profesionales susceptibles de informar por esta vía

(2) Cada usuario se contabiliza una sola vez independientemente del número de consultas que haya generado en el periodo. Este dato se utiliza como denominador para el cálculo de la frecuentación real (utilización de servicios de la población realmente atendida).

(3) Cada usuario se contabiliza una vez por día aunque haya demandado o recibido atención de varios profesionales.

Igualmente se ha construido un cuadro de mando cuyas características se reflejan en la siguiente tabla.

TABLA VIII.3.21. Cuadro de Mando de la SGAP

Dimensión		Indicador		Expresado en
Población	Cobertura por EAP			Porcentaje
	Evolución por TSI	Nº Absoluto		Porcentaje
Increment. s/mes anterior				
Evolución del Gasto (desagregado en total, Capítulo I y Capítulo IV)	Gasto acumulado en el año corriente			Porcentaje
	Gasto acumulado en el año anterior			
	Incremento del período			
	Gasto por habitante			Porcentaje
	Gasto por población ajustada*			
	Evolución del gasto por población ajustada*			
	Precio medio por receta*			
Actividad	Facultativos	Presión asistencial superior a 35 pacientes/día	Medicina de Familia	Porcentaje
			Pediatría	
	Enfermería	Pacientes/día en consulta concertada	Medicina de Familia	Porcentaje
			Pediatría	
			Presión asistencial total	
	Presión asistencial en consulta			
	Presión asistencial en domicilio concertado			
	Atención Continuada	Utilización de urgencias		Por 1000 habitantes
		Derivaciones a hospital		Porcentaje
	Servicio 061	Promedio de llamadas/día		
		Movilización de recursos de Atención Primaria		Porcentaje de llamadas
		Servicios Primarios UME		Porcentaje
Servicios Secundarios UME				
Servicios UME con tiempo llamada-llegada superior a 30'				
Calidad de la prescripción farmacéutica	EFG sobre total prescripción			Porcentaje
	UTB sobre total prescripción			
	Hipnóticos por población ajustada			
Informatización	Centros con área administrativa informatizada			Porcentaje
	Centros con consultas informatizadas			

- Sólo respecto del gasto en Farmacia.

Agradecimientos

Todo este trabajo no hubiese sido posible sin el esfuerzo aportado por multitud de profesionales de los diferentes ámbitos de la Atención Primaria del INSALUD: los distintos responsables del Sistema de Información a nivel central (Santiago Martín Acera, María Martín Rabadán, M^a Victoria López de Luz, Marta Aguilera Guzmán), las Gerencias de Atención Primaria y del 061 que han participado de forma decisiva en su configuración y desarrollo, los responsables de información de las mismas cuya dedicación a lo largo de los años ha permitido obtener información cada vez más fiable y de mayor calidad y por supuesto, todos los profesionales de Atención Primaria sobre los que recae la tarea, a veces poco valorada, de suministrar los datos que nos permiten a todos tener un mejor conocimiento de nuestra realidad.

VIII.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE FARMACIA

Crespo Sánchez-Eznarriaga, Belén / Gómez Juanes, Vicente / Benedí González, Alicia / Ávila Muñoz, Luisa / del Moral González, Tomás / Laviña Rodríguez, Almudena.

Introducción

La complejidad de la asistencia sanitaria genera múltiples datos que deben ser integrados en sistemas que faciliten seleccionar y manejar la información de forma ágil y segura. Para ello surgen como herramientas de apoyo, los sistemas de información.

El Sistema de Información es un instrumento que nos permite conocer la distancia y las alternativas que poseemos para conseguir una meta que debe estar previamente definida. Su necesidad viene impuesta por la ineludible exigencia que tiene toda empresa de alcanzar el objetivo fijado. En el caso del Sistema Sanitario la meta es resolver las necesidades de Salud de los individuos y la colectividad, definidas en base epidemiológica, y moduladas por la opinión de la población, los profesionales y la Administración (*Documento nº 13 SEMFYC 2000*).

A esta meta se añade la necesidad de gestionar los fondos públicos de manera responsable buscando el mayor beneficio para nuestra sociedad.

La información sobre consumo de medicamentos es una de las más profusas dentro de la existente en temas de salud y asistencia sanitaria. Esta situación histórica tiene su origen básicamente en

- Necesidad del pago de la factura a las oficinas de farmacia.
- Obligación de fijación y control de un presupuesto que supone el 25% del gasto sanitario.
- Intervención de múltiples agentes en la cadena del medicamento: paciente-médico-industria-distribución y oficina de farmacia con importantes interrelaciones.
- Necesidad de evaluar la actividad asistencial y su calidad para establecer circuitos de mejora.

La existencia de sistemas de información sobre prescripción de medicamentos hace posible el desarrollo de políticas del medicamento, ya que permite detectar los problemas del sistema farmacéutico establecido. De este modo, orienta a los gestores en sus prioridades hacia un uso eficiente, eficaz y seguro de los medicamentos. Además, contribuye a controlar el acceso a los mismos por parte de los pacientes, lo que posibilita detectar usos indebidos, contraindicados o

fraudulentos. Finalmente, ayuda a establecer los recursos económicos (presupuestos) necesarios para poder dar la prestación. En definitiva, carecer de un buen sistema de información significa no alcanzar la meta deseada.

Para mejorar la calidad de la práctica asistencial, la información sobre la prescripción del médico y el consumo de medicamentos por el paciente tiene que estar integrada en el conjunto de información sobre actividad asistencial que tiene el médico. En todo caso, la operatividad de los sistemas de información está condicionada a la calidad de los datos de que se dispone y que se introducen en el sistema de información.

Antecedentes

Los sistemas de información de la prescripción se inician en el año 1.973 con el proceso denominado PE11 y se consolidan en el PE29 desarrollado en 1.975. Este último tuvo una vigencia de casi veinte años (hasta 1.992) dando servicio al conjunto del INSALUD y, constituyó una importante herramienta de planificación y gestión en un momento donde no se habían iniciado las transferencias en materia sanitaria a las comunidades autónomas y se trabajaba bajo una dirección fuertemente centralista. La fuente de la información era la receta médica cuyos datos, grabados por los colegios farmacéuticos se presentaban en cintas magnéticas que se entregaban a la Administración, para su procesamiento. La información obtenida se distribuía periódicamente entre las 52 provincias del Instituto Nacional de Previsión primero y posteriormente del Instituto Nacional de la Salud.

A medida que se transfiere la asistencia sanitaria, los Servicios de Salud obtienen mayor libertad a la hora de poder diseñar sistemas de información de la prescripción adaptados a sus necesidades de gestión y comienzan el desarrollo de sistemas complementarios. Mientras, el Ministerio de Sanidad y Consumo dando cumplimiento a la Ley del Medicamento, asume la responsabilidad de mantener la información sobre el consumo farmacéutico con carácter integral y genera el último sistema de información estatal, conocido como FAR-90 puesto en marcha en 1.992.

En estos momentos coexiste información de consumo farmacéutico de al menos, dos sistemas, el FAR-90 que mantiene el Ministerio de Sanidad y Consumo y la procedente del propio sistema que haya implantado el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente. Debe añadirse la información procedente de la informatización de las consultas que se incorpora, en mayor o menor medida a los sistemas citados, según el grado de desarrollo de esta informatización en las autonomías.

Características del Sistema de Información

El sistema de información farmacéutico se basa en la información contenida en la receta médica oficial, que es donde los médicos prescriben la indicación farmacoterapéutica al paciente que los farmacéuticos dispensan y facturan al Sistema Nacional de Salud.

Este sistema tiene carácter universal, es decir, no se basa en un muestreo sino que recoge todos los datos de todas las recetas médicas, lo que hace que se añada como característica la fiabilidad. Además al ser un sistema automatizado cumple con un tiempo de respuesta aceptable.

En el INSALUD las características del sistema de información vienen determinadas por la doble función que debe cumplir:

- Facilitar el conocimiento del consumo de medicamentos de manera que se puedan adoptar las decisiones oportunas tendentes a mejorar el nivel de salud de la población.
- Facilitar el control económico contable ya que va a ser la base para pagar la factura a los colegios profesionales de farmacéuticos y establecer y seguir los presupuestos.

Al caracterizarse la prestación farmacéutica por ser muy amplia tanto en aspectos de oferta como de demanda y con intervención de múltiples factores, las combinaciones posibles de datos y orientaciones en su uso son casi infinitas. En el INSALUD se ha priorizado la orientación del sistema de información como una herramienta de apoyo a la gestión frente a otras líneas (investigación, inspección, etc.). Otras posibilidades como estudios de adecuación prescripción -indicación, farmacovigilancia, etc. quedarían por el momento ligados a la informatización de las consultas de atención primaria y por tanto podríamos considerar que tendrían un desarrollo en cierta manera descentralizado aunque ligado a la previa homologación de las aplicaciones y autorización de la cesión de información a terceros.

En el caso del INSALUD, el Sistema de Información complementario al FAR-90 se denomina SIFAR. Junto con este Sistema de información están vigentes diversas aplicaciones que dotan de diversas actividades al propio SIFAR o a complementarlo en alguna medida. Entre ellas:

- VSIFAR cuyo objetivo ha sido adaptar el SIFAR a determinadas modificaciones de la gestión, como es la ocupación de un CIAS por más de un Colegiado Médico.
- NSIFAR cuyo objetivo ha sido adaptar la nueva estructura del Nomenclator a la estructura que explota SIFAR.

Además de SIFAR, en la Subdirección General de Atención Primaria se dispone de varias aplicaciones específicas para explotar determinados aspectos de la información de consumo farmacéutico:

- CDFAR que permite la lectura cruzada de los dos tipos de discos que contienen la información de las recetas mensuales, tanto procedente de los Colegios farmacéuticos, como de la empresa que efectúa la grabación complementaria para verificar la calidad de la realizada por los Colegios farmacéuticos.
- FSIFAR que permite la validación de datos contenidos en los discos.
- CONSUMO FAR 90. Permite conocer datos cuali y cuantitativos, tanto a nivel de INSALUD como del conjunto restante del Servicio Nacional de Salud y total S.N.S.
- NOMENCLATOR DIGITALIS. Permite añadir a todos los datos del Momenclator Oficial del Ministerio, la composición cuali y cuantitativa de las especialidades farmacéuticas, así como características galénicas y otros datos. Es la base de la prescripción en la receta informatizada.
- PARTE ESTADÍSTICO. Aplicación que se encarga de tomar los datos de los partes estadísticos de recetas y generar el fichero correspondiente.

En estos momentos el SIFAR y sus aplicaciones paralelas van a ser sustituidos por el DIGITALIS que se convierte de esta manera en un Sistema de Información Integral para la gestión de la Prestación Farmacéutica.

Contenido y alcance de *Digitalis*.

Antecedentes y objetivos

En octubre de 1997, la Presidencia Ejecutiva del INSALUD encargó a la Dirección General de Atención Primaria y Especializada el diseño de una aplicación informática que explotara los nuevos datos que se incorporaban a la receta y que viniera a sustituir a la aplicación SIFAR, existente en las Direcciones Provinciales y Gerencias, que resultaba notoriamente insuficiente. La ejecución del trabajo recayó en la Subdirección de Atención Primaria y el posterior desarrollo informático en la Subdirección General de Informática del INSALUD.

Debido a las implicaciones que tenía un proyecto de este tipo, se decidió acometer una reforma profunda de los sistemas informáticos disponibles para la explotación del contenido de las recetas. Así, se planteó el objetivo de diseñar una aplicación que renovara los procesos que se desarrollaban en todos los niveles de gestión de estos datos, desde los Servicios Centrales hasta las

Gerencias de Atención Primaria, con el fin último de optimizar el acceso y la calidad de la información que recibían los médicos sobre el consumo y uso de medicamentos. Nació así la aplicación *Digitalis*, heredera de los procesos de explotación de los datos de la receta médica oficial, PE-29, FAR-90 y SIFAR que iniciaron su funcionamiento por primera vez en 1973.

Digitalis tiene como objetivos los siguientes:

- Mejorar la calidad del análisis de los datos de consumo farmacéutico.
- Adaptación de la estructura informativa a la estructura organizativa y asistencial.
- Proporcionar a los facultativos el perfil de consumo de medicamentos de sus pacientes.
- Optimizar el proceso de validación de las facturas presentadas por los Colegios de Farmacéuticos.
- Facilitar la detección de fraudes en la prestación farmacéutica.

Para ello, se incorporaban nuevos conceptos a la explotación tradicional que se venía llevando a cabo:

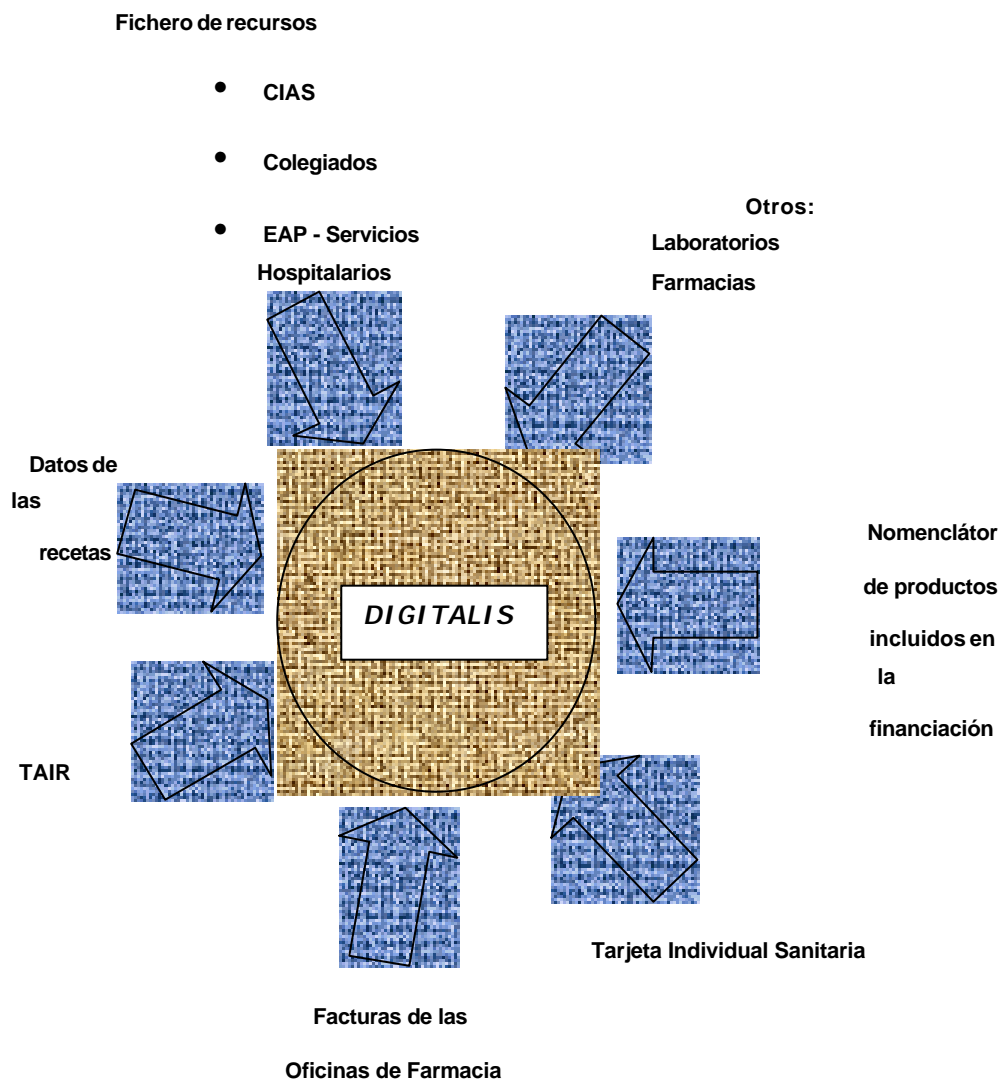
- Organización del sistema como una intranet.
- Versatilidad máxima para el diseño de informes y consultas.
- Completa adaptación de la información a sus usuarios, tanto en contenido como en presentación.
- Desagregación del consumo por principios activos e incorporación de la dosis diaria definida (DDD) como unidad de medida de la utilización de medicamentos.
- Grabación del código de identificación de la receta.
- Grabación del código de identificación del paciente incluido en la receta.
- Cruce con datos de actividad asistencial procedentes de la explotación del TAIR.

Para el desarrollo del trabajo se abrieron dos líneas de actuación: por un lado, se creó un grupo de expertos constituido por profesionales con gran experiencia en el análisis del consumo farmacéutico, y, por otro, se formó un grupo coordinador en el que formaban parte miembros del grupo anterior y un representante de la empresa encargada de la elaboración informática del proyecto.

El grupo de expertos tenía como misión el diseño de toda la explotación de los datos, desde el punto de vista de sus principales usuarios. Para ello, comenzó sus reuniones el 31-10-97 y, hasta la última reunión de 8-7-98 celebró 21 reuniones en total. En cuanto al grupo coordinador, está formado por tres miembros del grupo de expertos y un técnico informático de la empresa responsable del desarrollo. Este grupo ha venido reuniéndose un promedio de tres veces por semana, desde

mediados del mes de enero de 1998, hasta el mes de agosto de 1998, con el fin de canalizar hacia los técnicos informáticos que harán la aplicación, los conceptos y necesidades establecidas en el grupo de expertos, así como coordinar todo el desarrollo del proyecto. Una vez finalizado el análisis funcional, se ha mantenido un nivel de una reunión semanal, para ir depurando problemas en el desarrollo informático.

Entradas de información

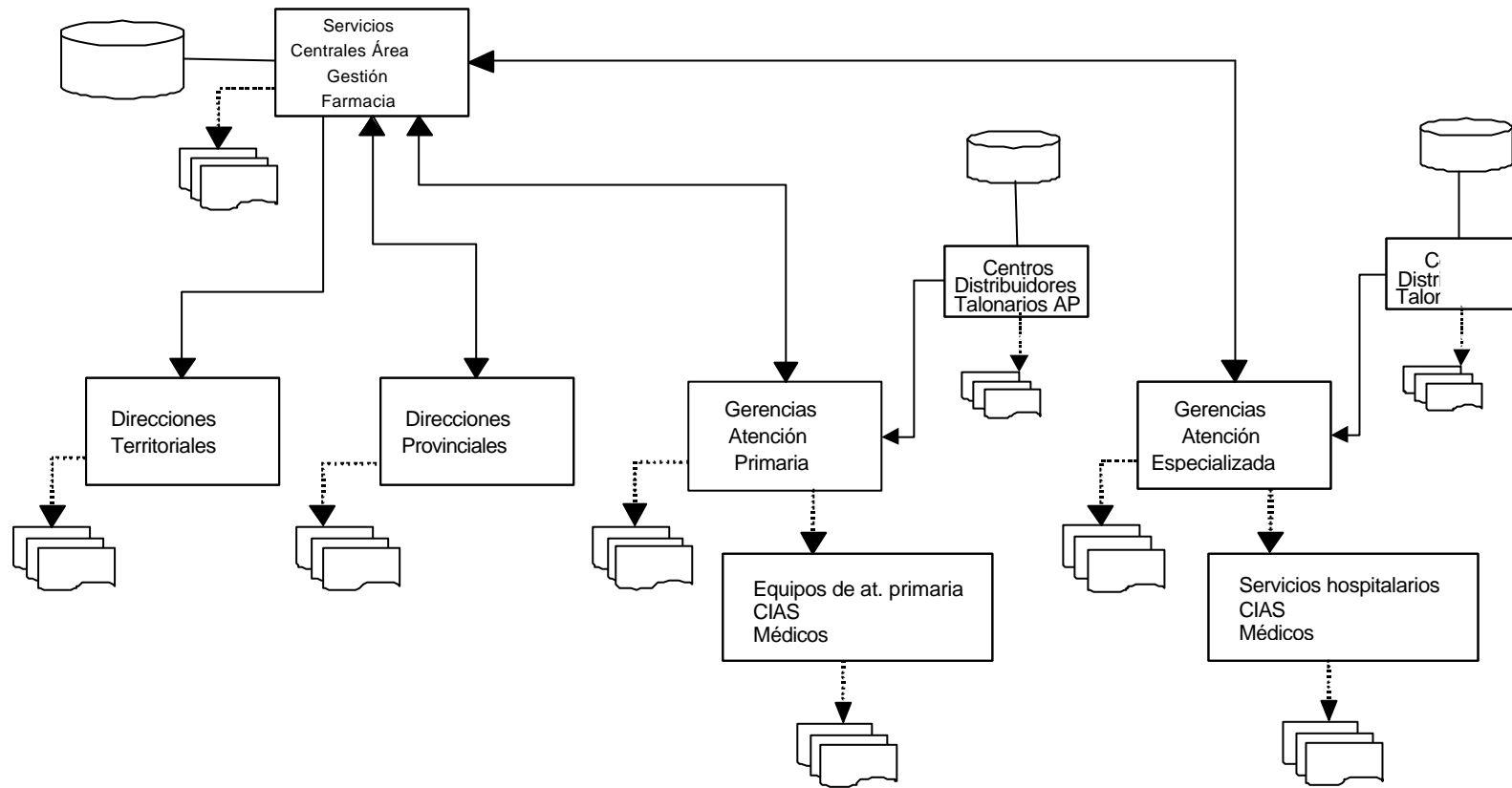


Las entradas de información deben cumplir con un nivel de calidad máximo. Para ello, se han revisado todos los procedimientos de obtención y carga de los datos haciendo reingeniería de todos aquellos procesos que no cumplieran con los criterios de calidad previamente establecidos.

De todas estas entradas deben destacarse los datos que suponen una novedad respecto del sistema tradicional (prescripción, farmacia y medicamento) al permitir incorporar nuevos conceptos a la explotación que se venía llevando a cabo:

- Código del principio activo y DDD
- CIAS
- Código de identificación de la receta
- Código de identificación del paciente incluido en la receta
- Cruce con datos de actividad asistencial procedentes de la explotación del Terminal Autónomo de Identificación de Recetas (TAIR).
- Cruce de datos con parte de la información de la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual.

Plataforma lógica del Sistema.



El sistema *Digitalis* será accesible desde los siguientes escenarios:

- Servicios Centrales.
- Direcciones Territoriales.
- Direcciones Provinciales.
- Gerencias de Atención Primaria.
- Gerencias de Atención Especializada.
- Centros distribuidores de talonarios dependientes de gerencias.
- Equipos de Atención Primaria y Servicios Hospitalarios.
- Médicos de Atención Primaria y Especializada.

La base de datos del sistema *Digitalis* está ubicada físicamente en los Servicios Centrales del INSALUD en Madrid, siendo la responsable de su explotación el Área de Gestión de Farmacia de la Subdirección General de Atención Primaria. El gestor de la base será SQL Server 7.0.

Para actualizar información o para extraer información, todos los escenarios accederán al sistema a través de la red de comunicaciones propia del INSALUD, mediante una serie de páginas web. Los centros distribuidores de talonarios, equipos de atención primaria, servicios hospitalarios y médicos no podrán tener conexión directa en una primera fase con la base de datos central, mientras se consolida la red interna de comunicaciones. Entretanto, recibirán la información desde su gerencia correspondiente por el medio que se considere más conveniente por cada Gerencia (soporte magnético, papel, etc.).

El enfoque centralizado de la base de datos se asumió por la dirección General del Insalud en su diseño inicial porque presentaba las siguientes ventajas:

- Eliminación del tráfico de ficheros de datos entre los diferentes escenarios que tendrían acceso al sistema *Digitalis*, disminuyendo, por tanto, el tiempo necesario para que la información estuviera disponible al completo en cada escenario.
- Control y conocimiento del estado de la información en todo momento para todos los escenarios.
- Disminución del impacto ante futuros cambios, tanto en el diseño general como en el detalle para datos y procesos. Debe tenerse en cuenta que la prestación farmacéutica se caracteriza básicamente por su dinamismo y, a la vez, elevada intervención en su regulación por parte del Estado. A modo de ejemplo, durante el tiempo que ha durado el desarrollo de este proyecto, se ha iniciado la implantación de genéricos, se han publicado tres Reales Decretos que afectan profundamente a la prestación como son el de Financiación Selectiva, el de Márgenes Comerciales de Mayoristas y el de Precios de

Referencia. Además, y ya en el ámbito del INSALUD, se han diseñado nuevos indicadores de calidad de la prescripción, en este caso relacionados con la alta calidad de los medicamentos. Todo esto conlleva continuas modificaciones en las bases de datos y programas, de difícil actualización si se llevara a cabo de modo descentralizado.

- Aumento de las condiciones de seguridad de la información, tanto por tener una única puerta de entrada y salida de información, como por evitar el tránsito de ficheros completos de datos que deberían viajar por la red en el caso de configurarse el sistema de modo descentralizado.

Modelo de explotación

La cantidad y variedad de datos que almacenará *Digitalis* exige el desarrollo de un complejo sistema de explotación, de tal modo que permita extraer el máximo aprovechamiento de la información, adaptando su contenido a las necesidades de los distintos usuarios de la aplicación y haciendo fácil el proceso de obtención.

El modelo de explotación que se propone consta de dos partes, la primera contiene 165 informes de presentación y contenido fijos (aunque con algunas opciones de selección a criterio del usuario) y la segunda consiste en un generador de informes que permite el diseño a medida del usuario de prácticamente cualquier combinación de datos y variables. Ambas partes son, en principio, indispensables y totalmente complementarias: una proporciona las salidas de información previsiblemente más usuales y necesarias en todos los niveles de gestión, pero con las limitaciones derivadas de la ausencia de experiencia en la utilización de nuevos datos que se incorporan por primera vez y que aún no han sido asumidos por los modelos actuales de gestión. La otra parte de la aplicación ofrece la opción de que el usuario adapte a su medida la explotación, permitiéndole incorporar la práctica totalidad de los cruces posibles de datos en un informe *ad hoc*.

De este modo, se procura su máxima versatilidad y se retrasa su envejecimiento, dos cualidades que son de gran importancia en este momento, dado que, como ya se ha reiterado, se van a explotar por primera vez numerosos datos sobre los que no hay experiencia de uso rutinario.

Esta explotación puede ser organizada desde tres puntos de vista diferentes, en función de los siguientes conceptos:

1. Grado de desagregación de los datos: puede llevarse a cabo combinando criterios de:
 - estructura organizativa (SC, DT, DP, GAP, GAE, UF, SAE, CIAS)
 - territorialidad (INSALUD, CA, provincia, área de salud, zona básica de salud)
 - niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada)

- ruralidad (medio urbano, medio rural)
 - tipo de agente (médico, paciente, farmacia y fabricante).
2. Destinatarios de la explotación, clasificables en tres niveles, fundamentalmente:
- nivel directivo (información adaptada a la toma de decisiones de gestión)
 - nivel asistencial (información dirigida a facilitar la autoevaluación del médico prescriptor)
 - nivel técnico (información de mayor complejidad y detalle, que permita analizar las interrelaciones entre las distintas variables).
3. Tipo de información, según el contenido:
- seguimiento presupuestario (asignación presupuestaria por niveles, imputación del gasto farmacéutico hasta cuadrar con la factura de farmacia provincial)
 - evaluación de los contratos de gestión (asignación de objetivos por niveles, grado de cumplimiento de los objetivos)
 - análisis del consumo:
 - grupos terapéuticos
 - principios activos
 - productos
 - tipos de producto
 - edad y sexo
 - régimen de aportación
 - indicadores de calidad
 - agrupaciones
 - actividad asistencial (consultas y usuarios)
 - ajuste de indicadores para comparaciones
 - detección de infracciones a la normativa vigente (informes de detección de problemas y listados de localización de recetas)
 - control de los depósitos de talonarios de recetas (contabilidad por niveles)
 - validación de las facturas de las oficinas de farmacia (grado de coincidencia con las facturas y determinación de la calidad de la grabación de los datos de las recetas).

Mecanismos de seguridad y protección de la información en el sistema *Digitalis*.

Las garantías de seguridad y confidencialidad en *Digitalis* vienen determinadas en dos niveles distintos:

- Restricciones de acceso
- Control de usuarios del Sistema

En cada uno de estos aspectos se han establecido una serie de mecanismos y procedimientos que intentan asegurar que la obtención de información del sistema solo puede llevarse a cabo por las personas y en las condiciones autorizadas.

Restricciones de acceso.

- ***Niveles de confidencialidad***

Todos los procesos de obtención de información están sometidos a una restricción según su nivel de confidencialidad. Los criterios de distribución de accesos por niveles son los siguientes:

- Nivel 1: Únicamente introducción manual de datos básicos. No puede realizar consultas de información.
- Nivel 2: Acceso a consultas básicas descriptivas, no de datos de consumo.
- Nivel 3: Ejecución de procesos (lectura y validación de ficheros, control de comunicaciones). Acceso a determinados informes agregados.
- Nivel 4: Posibilidad de parametrizar algunos conceptos. Acceso a informes no individualizados y perfiles de prescripción por médico.
- Nivel 5: Acceso a informes de consumo e inspección individualizados por pacientes (solo CIP), oficinas de farmacia, laboratorios y nombres comerciales de productos.

En consecuencia, solo el nivel 5 tiene acceso a datos personalizados por paciente, que siempre estarán codificados. Para estos y el resto de procesos incluidos en este nivel, se registrarán los datos correspondientes al tipo de proceso, usuario, puesto, fecha y hora. Esta información es accesible únicamente para los Administradores (niveles 6 y 7, ver más adelante). El sistema permite al Administrador Central eliminar esta información cuando tenga una antigüedad mínima de dos años.

- **Restricciones de escenario**

El sistema de Información del consumo farmacéutico es accesible desde los siguientes escenarios:

- Servicios Centrales.
- Direcciones Territoriales del INSALUD.
- Direcciones Provinciales del INSALUD.
- Gerencias de Atención Primaria del INSALUD.
- Gerencias de Atención Especializada del INSALUD.
- Centros de Salud (en su momento).

El acceso a cada uno de los procesos, consultas e informes que lo componen está sometido a dos tipos de restricciones, una ligada al tipo de escenario y otra al nivel de confidencialidad de los datos afectados. Así, un proceso, consulta o informe es accesible desde uno o varios tipos de escenario con un determinado grado de restricción, en función del nivel de confidencialidad que le haya sido establecido y va referido solo a la información del ámbito correspondiente a cada escenario.

- **Claves de acceso**

Cuando un usuario intenta acceder a *Digitalis*, el sistema valida la identificación del mismo y solo en el caso de que el usuario esté autorizado a acceder al sistema (nivel superior a 0), se le solicita su clave personal. Para imposibilitar la lectura directa de la clave, ésta se recogerá en pantalla de forma protegida.

La clave personal tiene una vigencia máxima de treinta días, que una vez transcurridos, hace que el sistema obligue al usuario a cambiarla por otra diferente a las ya utilizadas por éste. La clave personal queda registrada en la base de datos de forma encriptada, para imposibilitar su lectura directa a cualquiera de los usuarios que tengan acceso a la base de datos del sistema (administradores de la base de datos).

Una vez identificado el usuario a partir de su código, el sistema obtiene el escenario asociado y el nivel de confidencialidad, mostrando a continuación una estructura de menús en la que únicamente figuran las opciones relacionadas con su escenario y a las que su nivel de confidencialidad le autoriza. El resto de opciones no son visibles para el usuario.

Control de usuarios del sistema.

- **Administradores del sistema**

La facultad de crear los usuarios y de asignar los niveles de confidencialidad esta restringida a los Administradores, de los que el sistema contempla dos tipos:

- *Administradores de escenario (nivel 6)*. Existe uno por cada escenario concreto: Servicios Centrales coincidiendo con el Administrador Central, Dirección Territorial, Dirección Provincial, Gerencia de Atención Primaria y Gerencia de Atención Especializada. Se encargan, únicamente, de dar de alta a los usuarios de sus respectivos escenarios y de asignarles el nivel de confidencialidad.
- *Administrador Central del sistema (nivel 7)*. Existe uno sólo en el sistema *Digitalis*, que depende del Área de Gestión de Farmacia de la Subdirección General de Atención Primaria y tiene las siguientes atribuciones:
 - ♦ Dar de alta a los Administradores de cada uno de los escenarios: Servicios Centrales, Direcciones Territoriales, Direcciones Provinciales, Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Especializa.
 - ♦ Definición del nivel de confidencialidad necesario para los procesos, consultas e informes contemplados por el sistema y susceptibles de que sea controlado su acceso.

- **Usuarios del sistema**

Cada uno de los usuarios del sistema *Digitalis* esta relacionado con un único escenario y un nivel de confidencialidad, de tal forma que sólo puede acceder a los procesos, consultas e informes relacionados con su escenario y que tengan un nivel igual o inferior al suyo. De esta forma, un mismo usuario puede acceder al sistema desde escenarios físicos diferentes; la información que del sistema obtenga se corresponde siempre con su escenario y con su nivel.

El Administrador del sistema puede visualizar y actualizar la información de cualquiera de los usuarios (exceptuando las claves de acceso propias de cada usuario); los Administradores de escenario sólo pueden visualizar y modificar la información de los usuarios de su escenario (exceptuando las claves de acceso propias de cada usuario).

Informatización en Atención Primaria

El planteamiento que se ha realizado del Sistema de Información de consumo farmacéutico tiene que integrarse con el diseño y desarrollo de los datos que proceden de la información de las consultas de atención primaria. El futuro de la información y el máximo aprovechamiento del sistema de información depende precisamente de este hecho. No puede concebirse el análisis futuro de la prescripción farmacéutica ni de la asistencia sanitaria sin que ambos registros de datos (receta dispensada y actuación asistencial en consulta) confluyan.

Actualmente la información en atención primaria incorpora unos módulos específicamente destinados a la prescripción farmacéutica. La orientación que se da a estos módulos es la de propiciar una auténtica gestión de la prescripción como parte de la gestión clínica. Por el momento, se ha desarrollado un módulo que facilita la selección del medicamento en base a criterios de calidad incluyendo en el concepto la eficiencia. Se puede tener conocimiento de la prescripción y efectuar su análisis, pero no existe una explotación de carácter normalizado que permita la comparación entre los médicos de un mismo equipo, equipos entre sí, etc. En todo caso la prescripción informatizada presenta indudables ventajas entre las que cabe citar:

- Permite la relación diagnóstico – indicación – prescripción, que es la base deseable para cualquier estudio de utilización de medicamentos.
- Informa de lo realmente prescrito por el facultativo, y no solamente de lo dispensado por la oficina de farmacia y facturado.
- Permite la autoevaluación orientada a procesos de mejora.
- Facilita al médico el control del cumplimiento terapéutico por el paciente, al seriar las prescripciones de forma individualizada en base a la pauta prescrita.
- Se mejora la calidad de los datos impresos en la receta disminuyendo las posibilidades de error en la grabación de los datos para la facturación.
- Facilita la integración de los datos de prescripción como parte del proceso de gestión clínica.

Enlaces con futuras aplicaciones

Digitalis es absolutamente compatible y complementario con proyectos actualmente en desarrollo, relacionados con la prestación farmacéutica, como puede ser el proyecto PISTA (Receta Electrónica que recoge y relaciona datos de prescripción con dispensación de forma individualizada

por paciente). En esta interfaz de información debe ser la Administración Sanitaria la que como responsable de la información integral sobre salud y aspectos farmacoterapéuticos del paciente, garantice la confidencialidad y seguridad en la gestión y en el tratamiento de sus datos. Tienen por tanto que quedar expresamente tipificados, en base a sus usos, los contenidos y accesos autorizados a esta información por parte de los integrantes del Sistema Sanitario Público (médicos, farmacéuticos de la administración, gestores y pacientes) pero también aquellos otros profesionales sanitarios que en sus actuaciones profesionales colaboran con el Sistema Sanitario Público en la mejor atención sanitaria a la población, como son los farmacéuticos de oficina de farmacia. Previamente a la definición de los citados accesos a la información es imprescindible un profundo debate entre profesiones sanitarias, administración y pacientes sobre la disponibilidad que cada uno de ellos debe tener a estos datos en función de su papel en el Sistema Sanitario.

Agradecimientos:

Al Grupo de Diseño de Digitalis.

VIII.5. INFORMATIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Custodi i Canosa, Jordi / Alonso López, Fernando

Antecedentes

La informatización de los Centros de Salud se remonta a la propia reforma de la Atención Primaria. Las iniciativas partieron de un buen número de profesionales que desde los centros, de forma independiente, desarrollaron sistemas que pretendían dar solución a algunas necesidades asistenciales de las consultas. Se trataba en general de profesionales con conocimientos de programación que diseñaron sistemas en ocasiones muy elaborados aprovechando herramientas sencillas, tales como un simple PC-XT con disco duro de 10 Mb, impresora matricial y gestores de base de datos al uso (dBase III, Fox, Clipper, Oracle, etc.).

Estas aplicaciones tenían un objetivo común, disponer de herramientas para la consulta que facilitaran la gestión de usuarios y sobretudo las cargas administrativas rutinarias derivadas de la actividad asistencial. Ocasionalmente se podía extender además al diseño de historias clínicas que por el desarrollo tecnológico resultaban necesariamente limitadas a aspectos puntuales en función de las necesidades y prioridades de cada uno. Las soluciones más habituales en estos momentos iniciales eran las siguientes:

- Listados de población asignada y atendida
- Facilidades para la prescripción automatizada
- Emisión de partes de Incapacidad Temporal
- Gestión de agendas (citas)
- Gestión de Historias Clínicas
- Fichas por edad y sexo
- Registro de morbilidad, factores de riesgo y mortalidad
- Explotaciones estadísticas varias
- Utilidades como emisión de etiquetas, registros de entrada y salida de documentos, gestión bibliográfica, etc.

Todas esas iniciativas tenían un elevado mérito por la imaginación que suponía desarrollar estas aplicaciones con escasos medios. No obstante eran sumamente útiles ya que respondían a necesidades sentidas y daban solución a problemas reales y próximos. Algunas de estas aplicaciones han evolucionado en el tiempo, a veces con el apoyo de sociedades científicas de Atención Primaria, o han pasado a empresas y han sido desarrolladas como software comercial, mientras otras han ido desapareciendo al convertirse en obsoletas o por aparecer alternativas institucionales que han asumido el relevo. A pesar de esto último, siguen surgiendo iniciativas profesionales aportando

soluciones clínicas, prueba de las inquietudes y dinamismo que sigue existiendo en Atención Primaria.

Dentro del INSALUD, la primera iniciativa institucional en esta línea se remonta en el 1989 con la aparición del SICAP, aún en funcionamiento en varios Centros de Salud. El sistema parte de una base de población propia (posteriormente alimentada por la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual), sobre la que se gestionan las citas de las consultas del centro. Permite también el registro de morbilidad así como conocer las coberturas de Cartera de Servicios y realizar varias explotaciones estadísticas sobre actividad. Inicialmente se dotaron 258 Centros de Salud formándose a unos 5.000 profesionales sanitarios y cerca de 1.000 auxiliares administrativos.

Plan de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del INSALUD

El proyecto de informatización de Centros de Salud se encuadra dentro de un proyecto global de tecnologías de la información y comunicación del INSALUD. Se inicia en 1997 como un marco tecnológico basado en la definición de estándares, dotación y renovación tecnológica y servicios de apoyo. Está compuesto por los siguientes elementos:

1. **Red corporativa de comunicaciones** extensiva a todo el territorio del INSALUD, conectando entre sí a todos los centros sanitarios, gerencias de Atención Primaria y Especializada, Unidades de Inspección de Servicios, Direcciones Provinciales y Territoriales y Servicios Centrales
2. **Servicios de red** como correo electrónico, acceso seguro a Internet y portal de acceso a la Intranet para toda la organización. La Intranet del INSALUD es una Red Internet de ámbito restringido y uso interno, accesible desde todos los centros a través de la Red Corporativa. Se trata de un "Portal" con tecnología Web que facilita un conjunto de servicios:
 - Contenidos de Información Institucional. Noticias, novedades, objetivos, actividad, guías clínicas, procedimientos, documentos, empleo, publicaciones, formación, etc.
 - Servicios. Correo-mensajería, agenda, búsquedas bibliográficas, acceso a revistas y bibliotecas, recursos de medicina basada en la evidencia, acceso a bases de datos biomédicas y profesionales, recursos de investigación nacionales y extranjeros, enlaces Web a instituciones de interés sanitario, ...
 - Otras Funcionalidades. Foros de discusión, listas de distribución de correo como soporte a grupos de trabajo, tablón de anuncios, buscadores para Intranet e Internet.
3. **Definición de productos ofimáticos**, sistemas operativos de servidor y de puestos de trabajo, herramientas de desarrollo, gestores de bases de datos relacionales, etc.

4. **Implantación del TAIR** (Terminal autónomo de identificación de pacientes). En febrero de 1999 finalizó su implantación en los Centros de Salud. Su objetivo consiste en facilitar la identificación del paciente en la consulta, asociándolo al facultativo y al Centro de Salud, así como el registro de las recetas emitidas, volantes de derivación e interconsulta con especialidades, partes de baja, confirmación o alta de Incapacidad Temporal, etc.
5. **Informatización Integral de Centros de Salud**, dotando a los centros de cableado, equipamiento y aplicativos para el tratamiento de la información. Los aplicativos cubren tanto las actividades administrativas del centro como las relacionadas con las tareas de los profesionales en las consultas incluyendo la historia clínica electrónica (HCE).
6. **Tarjeta Sanitaria Individual** (ver capítulo dedicado a la TSI). Aunque su implantación es anterior al Plan de Tecnologías de la Información y Comunicaciones del INSALUD, constituye un elemento capital dentro del Plan por cuanto se integra en los distintos proyectos que lo componen.
7. **Plan de Renovación Tecnológica de Hospitales (PRT)**. Se inició en 1997 como respuesta a la necesidad de evolución de los sistemas de información de los centros hospitalarios, con vistas a poder mejorar la atención y satisfacer las demandas de información a todos los niveles. Tiene un enfoque integral, que comprende actuaciones encaminadas a modernizar todas las áreas de sistemas y tecnologías de la información del hospital:
 - Renovación del cableado de datos y del equipamiento físico.
 - Implantación de aplicaciones que cubren todas las áreas de los sistemas de información hospitalarios.
8. **Telemedicina**, a través de un Plan de Telemedicina que recoge los proyectos y líneas de actuación que se desean potenciar para mejorar la calidad asistencial, pretende llevar la atención sanitaria hasta áreas aisladas y procurar una mayor accesibilidad a los servicios. Las funcionalidades en desarrollo son:
 - Cita bidireccional en tiempo real
 - Intercambio de información electrónica (parte de interconsultas, informes de alta, informes radiológicos y de pruebas analíticas, etc.)
 - Petición de pruebas a laboratorio.
 - Telerradiología.
 - Teleconsulta y telediagnóstico.
 - Acceso a la historia clínica compartida.

9. **Unidad de Atención a Usuarios.** La Unidad de Atención a Usuarios del INSALUD inicia su actividad en 1997 y proporciona soporte a la totalidad de centros dependientes del INSALUD en el conjunto de aspectos tecnológicos que les afectan:

- Aplicaciones: Apoyo funcional, técnico y operativo en la gestión de los sistemas implantados en los diferentes proyectos abordados, tanto a nivel de Atención Especializada como de Atención Primaria
- Desarrollo y mantenimiento de los aplicativos
- Sistemas y Comunicaciones: Soporte técnico para la gestión y administración de sistemas operativos, gestores de bases de datos, servicios de Internet, correo electrónico y redes locales y corporativa.

10. **Portal sanitario dirigido a los ciudadanos.** A través de <http://www.insalud.es>, se puede acceder al portal de internet dirigido a los ciudadanos. Contiene información sobre salud y pretende evolucionar hacia una plataforma de relación con los ciudadanos para realizar trámites administrativos, gestiones, citas, etc. Actualmente ofrece:

- Información estructurada sobre la institución, publicaciones, empleo, estadísticas sanitarias, noticias y novedades susceptibles de divulgación.
- Información sobre salud orientada a grupos de población: mujeres, jóvenes, mayores, salud materno-infantil, etc.
- Información sobre servicios y prestaciones, directorio de centros sanitarios y buzón de sugerencias.

El proceso de Informatización de Centros de Salud

La informatización de los Centros de Salud se inicia como experiencia piloto a principios de 1997 con la dotación de equipos informáticos en 26 centros de Madrid, contemplando el área de admisión y dos consultas médicas por centro. Ello fue, en parte, fruto del trabajo de un grupo de profesionales de Madrid (directivos de Áreas de salud, médicos, enfermeras, informáticos), que recibió el encargo de la Dirección Provincial de realizar una propuesta de informatización de los centros de su ámbito. Este grupo empezó sus trabajos en verano de 1995, con dos subgrupos:

- Grupo de técnicos, cuyas funciones se orientaron a definir
 - Requisitos técnicos (arquitectura, plataformas, etc.)
 - Comunicaciones
 - Requisitos de bases de datos de población y TSI

- Asesoría técnica al grupo de usuarios
- Grupo de usuarios, con los siguientes objetivos
 - Definición de las funcionalidades de la HCE
 - Revisión y evaluación de los productos existentes en el mercado

Entre el último trimestre de 1995 y febrero de 1996, se determinaron las especificaciones que tenía que contemplar una solución integral para los Centros de Salud. Se revisaron en profundidad las prestaciones de cuatro modelos de historia clínica existentes en el mercado (posteriormente se incluyeron dos más) y se elaboraron varios documentos con las especificaciones funcionales precisas, así como las conclusiones sobre la adecuación de los productos del mercado a las necesidades y requisitos técnicos del sistema. De estos trabajos salió la propuesta de optar por la solución OMI-AP® de la empresa STACKS.

Los primeros centros, tal como se ha comentado, se limitaron a Madrid. Posteriormente se convocó un nuevo concurso para el período 1998 - 1999 con el fin de informatizar en todo el ámbito del INSALUD a 64 Centros de Salud completos (zona administrativa y todas las consultas), además de otros 55 centros en el área de admisión. En este concurso se incluyó una nueva opción de HCE, SIAPWIN® de la empresa NOVASOFT (además de OMI-AP®) y se optó por una distribución territorial en base a Comunidades Autónomas entre los dos aplicativos. Los motivos principales para optar por la presencia de un segundo aplicativo fueron el evitar una situación monopolística y generar competencia entre los dos proveedores, siempre partiendo de la adecuación de las soluciones a las necesidades de la organización.

En 1999 se convocó un nuevo concurso, en vigor desde octubre de 1999 a septiembre de 2001, para la informatización de un máximo de 300 centros, de los cuales 103 se informatizan de forma completa, 113 la parte administrativa y en 84 las consultas de centros informatizados previamente en la zona de admisión. Este concurso se amplía posteriormente en otros 92 centros (23 área administrativa, 45 completos y 24 a completar en la parte correspondiente a consultas).

La distribución por provincias de los aplicativos puede verse en la tabla VIII.5.1.

TABLA VIII.5.1: Distribución de Aplicativos por provincia

OMI-AP®	SIAPWIN®
Aragón Zaragoza Asturias Cantabria Castilla y León Burgos Palencia Salamanca Soria Zamora Extremadura La Rioja Madrid Murcia	Aragón Huesca Teruel Baleares Castilla y León Avila León Ponferrada Segovia Valladolid Castilla-la Mancha Ceuta Melilla

El nivel de implantación prevista al finalizar el concurso en ejecución se refleja en la tabla VIII.5.2.

TABLA VIII.5.2: Previsión de Centros Informatizados

Centros informatizados zona administrativa: 109
Centros completos (parte clínica y administrativa): 320
% de centros con informatización: 39%
% de población cuyas consultas están informatizadas: 41,6%
Puestos administrativos (estimación): 1.785
Puestos en consulta (estimación): 6.070
Puestos totales previstos: 7.855

En la evaluación anual sobre del nivel de utilización de la HCE, a partir de los centros que llevan un año o más utilizándola, se destaca que cerca del 70% de la población atendida en estos centros tiene algún apunte en la historia clínica, con una media de 4,55 episodios abiertos.

La solución informática se basa en una arquitectura cliente-servidor, sobre una red local conectada a la red corporativa de comunicaciones del INSALUD lo que permite la conexión entre los distintos niveles asistenciales y entre centros. Cada Centro de Salud dispone de una base de datos propia que a su vez está sincronizada con la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (figura VIII.5.1).

FIGURA VIII.5.1: Configuración de los Centros de Salud Informatizados

A modo de resumen, las soluciones contempladas se concretan en:

- Gestión flexible de agendas
- Sincronismo con TSI
- Historia clínica electrónica (HCE)
- Comunicación interna entre distintas estaciones de trabajo
- Conexión con la Gerencia de Atención Primaria
- Conexión con atención especializada

La Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

Características generales de la Historia Clínica Electrónica

Podemos definir la historia clínica como la colección de información relativa a la salud de una persona, reconocida por un identificador personal, resultado de las interacciones con el propio paciente y/o personas que tienen conocimiento sobre él, conteniendo los datos personales del paciente, anotaciones, datos e imágenes de las diversas interacciones a lo largo de su vida y las que le hayan podido afectar de sus personas allegadas, así como las decisiones que afectan a su salud.

La HCE presenta varias características que, sobre la historia basada en papel, suponen ventajas importantes tanto para el almacenamiento como para la recuperación de la información. Entre otras podemos destacar las siguientes:

- Acceso remoto y simultáneo a los datos de los pacientes.
- Legibilidad del registro.
- Mayor seguridad y confidencialidad de los datos del paciente.
- Presentación flexible de datos.
- Integración con otras fuentes de información.
- Incorporación de ayudas para la toma de decisiones.
- Integración directa de datos por vía electrónica.
- Procesado permanente de datos.
- Búsqueda asistida.
- Información estructurada sobre el estado de salud.
- Permite analizar el razonamiento clínico.
- Información útil para la evaluación y la gestión.
- Flexibilidad de crecimiento y evolución.
- Identificación automática del profesional que realiza una anotación.

No obstante, y a pesar de sus ventajas (y a veces como consecuencia de ellas), tiene también varios riesgos y problemas, algunos relacionados con los límites éticos de la utilización de la información y otros de cariz más tecnológico:

- Falta de consentimiento de los pacientes y de información sobre la finalidad del registro.
- Inducción de determinadas prácticas clínicas por el propio diseño del sistema de información.
- Uso inadecuado de la información, no acorde a los fines previstos.
- Dependencia de tecnológica.
- Escasa cultura sobre la seguridad de la información.
- Posibilidad de intentos de penetración ilícita en el sistema.
- Retraso legislativo a la incorporación de nuevas tecnologías.

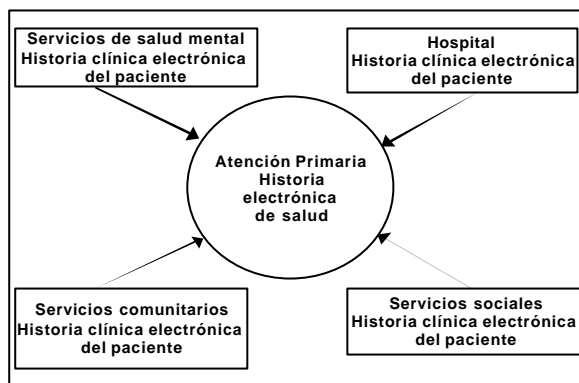
Tipos y niveles de Historias Clínicas Electrónicas

El *National Health Service* (NHS) en el documento NHS executive "Information for Health: an information strategy for the modern NHS 1998-2005", diferencia entre dos modelos de historia informatizada (figura VIII.5.2):

- **Historia clínica electrónica del paciente** (*Electronic Patient Record*), como el registro de la atención prestada básicamente en una institución.
- **Historia electrónica de salud** (*Electronic Health Record*), que contempla la longitudinalidad del registro de salud y de cuidados del individuo. Combina la información

acerca de los contactos del paciente con la Atención Primaria y los distintos subsistemas de información asociados con los resultados de los cuidados y reflejados en la historia clínica electrónica del paciente.

FIGURA VIII.5.2: La Historia Electrónica de Salud

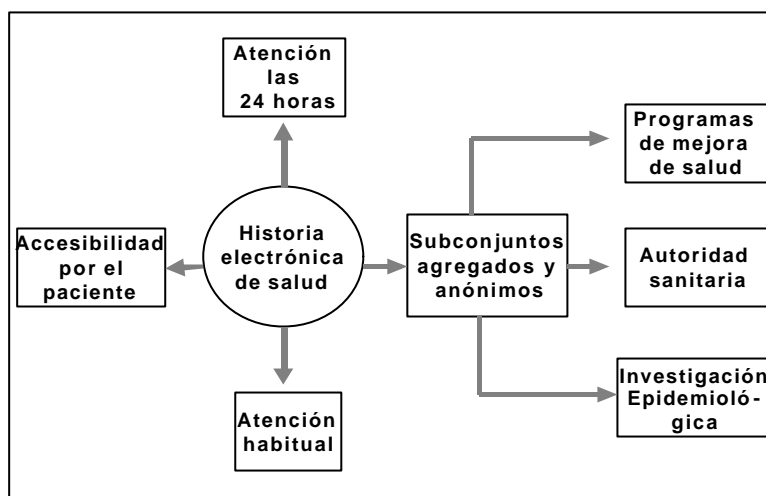


Tomado de: NHS Executive. Information for Health: an information strategy for the modern NHS 1998-2005. NHS1998.

En este modelo, la AP supone el eje central de la historia clínica. Constituye el núcleo de la integración de la Historia Electrónica de Salud al ser donde se producen la mayoría de contactos del paciente con el sistema y el seguimiento a lo largo de su vida. Es esencial para la consistencia del modelo, la existencia de un único número de identificación, la definición de la naturaleza de los enlaces y la normalización de la información. De esta forma la AP no sólo desarrolla sus funciones asistenciales y administrativas, sino que accede y puede incorporar a sus registros elementos de las historias clínicas de sus pacientes atendidos en centros especializados, servicios sociales y comunitarios, configurando la Historia Electrónica de Salud a lo largo de su vida y garantizando la continuidad de cuidados.

Siguiendo con el modelo propuesto por el NHS, en la figura VIII.5.3 se pueden ver los usos de la Historia Electrónica de Salud, en la que se contempla:

- Accesibilidad del paciente y la posibilidad de modificaciones por él mismo, a través de tarjetas inteligentes u otra tecnología.
- El apoyo a la asistencia directa habitual de pacientes de forma integrada.
- El desarrollo de un subconjunto o resumen de la Historia Electrónica de Salud accesible por los profesionales convenientemente autorizados durante las 24 horas del día y proporcionándoles los datos necesarios para el cuidado de los pacientes.
- El análisis anónimo y la agregación de subconjuntos de datos de la Historia Electrónica de Salud para la investigación epidemiológica, valoración de necesidades y planificación de los servicios, y para dar apoyo a la autoridad sanitaria.

FIGURA VIII.5.3: Usos de la Historia Electrónica de Salud

Tomado de: NHS Executive. Information for Health: an information strategy for the modern NHS 1998-2005. NHS 1998.

Según el nivel de responsabilidad que ocupa cada uno dentro de la organización sanitaria, la respuesta en cuanto a necesidades de información será en parte común (información rápida y fiable), pero también ajustada a las funciones de cada uno:

- Al nivel de los **responsables políticos**, la principal necesidad se centrará en garantizar la equidad, accesibilidad y solidaridad del sistema sanitario, junto con la contención de costes que lo hagan viable y poder plantear reformas que permitan la continuidad y mejora del sistema público. Para ello es imprescindible un sistema capaz de integrar la información generada por los distintos servicios de salud que conforma el Sistema Nacional de Salud (SNS), en base a la definición de normas que permitan la compatibilidad entre ellos y a una red de comunicaciones que le de soporte.
- El **ciudadano y usuario del sistema**, exigirá cada vez más autonomía en la toma de decisiones, rapidez en la resolución de problemas y comodidad. La movilidad geográfica de los ciudadanos y la accesibilidad a los recursos sanitarios fuera de su lugar de residencia, hace necesario el acceso remoto a su información clínica como garantía de la continuidad de la atención. El derecho al acceso por parte del mismo paciente a su historial clínico para consultarlo e incluso poder realizar anotaciones en él, es una reivindicación ya habitual ante la que la organización y su sistema de información deberá dar plena respuesta en un plazo breve.
- Los **profesionales sanitarios** esperan de la HCE una herramienta útil para su trabajo, que elimine o simplifique trámites administrativos, permita disponer de la información del paciente convenientemente estructurada de manera que agilice y facilite la relación

médico paciente, le evite cometer errores, le proporcione recordatorios y permita una relación fluida entre niveles asistenciales y entre colegas. Todo ello sin olvidar el acceso a fuentes de información, la investigación y la evaluación de su propio trabajo.

- Finalmente los **gestores** (incluyendo dentro de este concepto también la gestión clínica), necesitarán información agregada y tratada de manera que permita una visión global, en base a la elaboración de indicadores asistenciales, datos económicos, indicadores de calidad, eficiencia, satisfacción, etc., es decir toda aquella información que permita conocer el nivel de cumplimiento de objetivos, adoptar medidas correctoras y disponer de una base para la toma de decisiones.

Partiendo de este esquema, dos elementos interrelacionados entre sí resultan claves para el correcto diseño de la Historia Electrónica en Atención Primaria: su enfoque conceptual como historia clínica, adaptada al uso y contenidos de la Atención Primaria, y la integración de la información generada por el resto del sistema. El primer concepto hace referencia a las características que debe tener para adaptarse adecuadamente a la forma de trabajar en Atención Primaria, su organización, sus valores y a las necesidades de información a este nivel. Contempla en consecuencia aspectos como la continuidad de la atención, integración de los cuidados, el seguimiento longitudinal de la biografía de salud de los pacientes, el trabajo en equipo multidisciplinar, etc.

El segundo concepto trasciende al uso exclusivo en un Centro de Salud concreto. Tal como se ha comentado anteriormente, la Atención Primaria tiene un papel integrador importante en cuanto es capaz de unir y dar una visión de conjunto a la información generada por otros dispositivos asistenciales. Esta información convenientemente elaborada en base a episodios de atención permitirá integrar sobre, por ejemplo, un episodio de fractura de cadera, no sólo los contactos con Atención Primaria, sino también las actuaciones a nivel especializado (caída, visita domiciliaria, ingreso en urgencias, intervención, postoperatorio, estancia en planta, rehabilitación en el hospital, rehabilitación en Atención Primaria, problemática sociosanitaria, interconsultas, etc.) en lo que denominaremos Historia Electrónica de Salud (HES). A partir de ahí, será posible generar subconjuntos de información seleccionada, resumida y estructurada de forma que sea útil para otros dispositivos asistenciales o responsables de la gestión.

Enfoque conceptual de la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

La Historia Clínica Electrónica es una herramienta al servicio de la Atención Primaria y elemento nuclear de información ya que en ella se refleja la atención sanitaria prestada a la población. Supone una parte esencial de la comunicación y de ella se obtiene información que posibilitará no sólo la atención sanitaria sino también la gestión del sistema de cuidados en sus distintos niveles.

Por estos motivos es imprescindible que su diseño cumpla cuatro condiciones básicas:

- Que se adapte al enfoque de la Atención Primaria, sus valores y contenidos
- Que se adapte a la forma de trabajar de los profesionales (flexibilidad)
- Que parta de un consenso (entre los distintos niveles de la organización y sociales), que la hagan útil tanto para los profesionales que prestan la atención, como para los gestores, responsables políticos y los ciudadanos
- Que permita la comunicación entre los distintos niveles y recursos del Sistema Nacional de Salud y la sociedad

Como consecuencia de ello es necesario profundizar en algunos aspectos de la HCE que consideramos clave en su diseño y que en definitiva van a orientar hacia un modelo determinado. En este apartado nos vamos a centrar básicamente en el modelo conceptual consecuencia de los dos primeros puntos. Con el fin de sistematizar su análisis podemos desagregar la historia informatizada en grandes epígrafes que, en general, requerirán diversas opciones diferenciadas para su desarrollo, aunque entre ellas los datos serán compartidos, de manera que aquellos cumplimentados en un punto concreto alimentarán al resto.

Datos Generales

Contiene aquellos datos que permiten una correcta identificación personal, variables ligadas a la misma (edad y sexo por ejemplo) y de cobertura sanitaria. El elemento más significativo es la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), ya que permite una identificación unívoca de la persona dentro del Sistema Nacional de Salud y aporta otras informaciones de interés como son la edad y sexo, tipo de cobertura, aseguramiento, médico de familia asignado, etc. Constituye además el vínculo a través del cual pueden comunicarse y trasvasar información los distintos niveles y dispositivos sanitarios (siempre a través de canales seguros). El apartado de datos generales se completa finalmente con información laboral, social, profesional y nivel educativo.

Episodios de Atención

Uno de los valores más importantes que aporta el modelo de HCE implantada en los Centros de Salud, es el episodio de atención. Se define como cualquier problema con trascendencia sanitaria, detectado por un profesional o verbalizado por un paciente cuyo comienzo se establece en el momento del primer contacto con un profesional sanitario y su fin en el último, por curación, muerte o inasistencia en un periodo definido.

Tanto los procedimientos diagnósticos (semiología, laboratorio, radiología u otras pruebas), como los terapéuticos (cirugía, crioterapia,..), la farmacoterapia y las interconsultas con otros niveles sanitarios, estarán incluidos, al menos, en el episodio principal que los genera. La gestión informática

del concepto de episodio, permite el manejo de los datos encaminadas a facilitar tanto la tarea del clínico como a incorporar elementos de seguridad y confidencialidad para los pacientes, sin menoscabar la información final disponible de la población general.

Describimos a continuación diferentes opciones factibles presentes en programas que incorporan este concepto:

a) *Tratamiento de la especificidad diagnóstica.*

La Atención Primaria, definida en ocasiones como *el arte de manejar la incertidumbre*, no siempre permite el concretar diagnósticos específicos para la creación de episodios. Informáticamente es factible crear episodios inespecíficos que a lo largo de su curso evolutivo son incluidos en otros con mayor precisión diagnóstica si ésta se produce, permitiendo un posterior análisis de la historia natural de los contactos. El desarrollo de clasificaciones adaptadas a la Atención Primaria que, como en el caso de la CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria), incorporan razones de consulta y un tesoro de sinónimos, ha facilitado extraordinariamente la tarea de codificación clínica en tiempo real.

b) *Tratamiento de la dependencia causal*

Frecuentemente, los episodios atendidos en las consultas, dependen de un factor etiológico desencadenante o principal, contemplado en otros episodios previos ya detectados. Si la información generada por este segundo episodio es incluida en el episodio inicial, los análisis posteriores perderán calidad. Trabajar en episodios clínicos informatizados permite establecer relaciones causales entre dos episodios de forma que puedan analizarse separadamente o bien conocer en que medida un problema lleva a otro o cuáles lo tienen como antecedente. Sirva como ejemplo un paciente diagnosticado de Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) que acude con un proceso de Retención Urinaria (RU). Se pueden crear episodios separados cuyo análisis posterior muestre la dependencia entre ambos: podremos saber cuántas RU se han producido por HBP y cuántas HBP generan RU.

c) *Agrupaciones por severidad*

La inclusión de índices de severidad, como por ejemplo los ASI (Ambulatory Severity Index) ó DUSOI (Duke University Severity of Illness), permite que los episodios se muestren en orden de gravedad decreciente, facilitando la tarea de obtener escalas de gravedad, tanto por episodios como global de paciente. Así se evita la dispersión de episodios importantes en el seno de una historia clínica amplia, se facilita el seguimiento, la inclusión en protocolos o los análisis de coste de patologías por grupos de gravedad-riesgo.

d) *Tratamiento informático de la actividad del episodio*

Un Episodio Abierto es aquel no resuelto, susceptible de contener aún actividad nueva. Cuando ya ha sido superado se convierte en un episodio cerrado. Algunos programas incluyen un subtipo de episodio cerrado que son los episodios históricos, que comprenden aquellos episodios cerrados que han perdido su trascendencia siendo enviados a un plano posterior de visualización. Por convención, se aconseja que los episodios cerrados permanezcan en esta situación un mínimo de un año antes de ser enviados al histórico.

e) *Tratamiento informático de la persistencia*

En función de su duración o persistencia los episodios suelen agruparse en Agudos ó Crónicos. Desde un punto de vista informático, la definición previa de una tabla maestra de episodios crónicos, no susceptibles en principio de curación, permite que aquellos episodios no incluidos en la misma sean traspasados automáticamente a la situación de cerrados (no históricos) al transcurrir un tiempo prefijado sin actividad en su interior. Puede asimismo definirse una tabla de episodios mal etiquetados que solamente sean cerrados si el profesional considera que han llegado a resolverse. En cualquier caso la decisión clínica debe permitir el cambio de situación a voluntad.

Trabajo en equipo

El modelo de Atención Primaria está basado en los Equipos de Atención Primaria (EAP), compuestos por varios tipos de profesionales sanitarios y no sanitarios con el ánimo de dar una atención integral e integrada. La HCE debe estar concebida de tal manera que tengan acceso a la información de los distintos registros y que a la vez puedan anotar la que genera su propia actuación, de forma que quede organizada dentro del propio episodio. Un riesgo muy habitual es la fragmentación de la HCE en varios subapartados en función del profesional que realiza la anotación. Con el uso de los episodios este riesgo se minimiza al máximo.

Relacionado con el acceso a la información por varios profesionales, es necesario comentar algunos aspectos:

- **Restricciones al acceso de la información.** La información expresada por un paciente en el seno de una relación interpersonal como es la entrevista clínica es propiedad específica de quien la emite, el paciente, y es depositada en quien la escucha, el profesional sanitario, siendo el secreto de la misma ampliado al ámbito de personas indispensables para la gestión del proceso. Aunque todos los profesionales que trabajan en un EAP, sean o no sanitarios, están sujetos al mismo deber de sigilo sobre la información, está claro que no todos deben tener acceso a los mismos contenidos. Es necesario por tanto que la HCE contemple distintos niveles de acceso según categoría profesional. Debe plantearse también la autorización explícita del paciente al acceso a la

información por los profesionales sanitarios, por escrito, tarjeta, códigos o claves que lo permitan.

- **Información declarada expresamente como reservada.** Como propietario de la información el paciente puede exigir, sino es objeto de derecho superior, que ésta sea tratada de acuerdo con sus deseos de confidencialidad. La informatización de los episodios de atención permite no solamente que la información esté protegida según distintos niveles de restricción en el acceso (categoría profesional), sino además que sea confidencial en algunas de sus partes (sólo visible por un profesional y no comunicable ni imprimible), por motivos de estricta intimidad y basado en la confianza mutua.
- **Constancia del que realiza la anotación.** Resulta imprescindible que la HCE consigne la identificación del profesional que ha realizado la anotación, así como día y hora y demás datos de tipo administrativo o legal que puedan ser de interés. Esta anotación debe ser visible y quedar registrada de forma que no pueda ser alterada.
- **La organización del EAP.** La informatización supone una ocasión óptima para la mejora organizativa del EAP ya que posibilita la reflexión y la revisión de procesos tendente a simplificarlos y a disminuir las cargas administrativas asociadas al acto asistencial. Estos cambios determinan la necesidad de que la herramienta informática sea lo suficientemente dúctil para adaptarse a la forma de trabajar en equipo, pero que a la vez sirva de motor para el cambio organizativo.

Antecedentes

En Atención Primaria el concepto de antecedentes difiere del habitual. En atención especializada se incluyen todos aquellos procesos que no forman parte del motivo de atención (paciente con antecedentes de HTA). En Atención Primaria, por su concepción longitudinal y global, no precisa un apartado de antecedentes en el sentido que suele utilizarse en la historia clínica de atención especializada, pudiendo considerarse que este apartado lo forma el resumen de episodios cerrados. Aquellos no resueltos constituyen en sí mismos, no un antecedente, sino un episodio abierto (como en el ejemplo de la HTA). Las alergias también suelen tratarse de forma separada, básicamente para resaltar su trascendencia y facilitar su visualización. En sí mismas constituirían un episodio abierto crónico. En el caso de la mujer sucede algo similar con los Antecedentes Obstétricos y Ginecológicos.

Tanto los antecedentes sociales como los familiares pueden encontrarse o bien separados, como en el caso anterior para facilitar la visualización, o integrados en el genograma y en los propios episodios como es el caso de los problemas sociales. Por otra parte es factible el uso automatizado o semiautomatizado de los antecedentes que dispongamos de otros miembros del grupo familiar. Se sitúan en la propia base de datos o se recaban a través de ella, de forma que se facilita extraordinariamente el trabajo con historias familiares integradas.

Visitas /Curso evolutivo

La organización por episodios permite además, gracias a la informática, la ordenación secuencial del curso evolutivo. De esta forma, aunque la recogida se efectúe siguiendo el esquema de ordenación por episodios, puede perfectamente visualizarse de forma secuencial, como en la clásica Hoja de Evolución.

Es una forma muy útil de agrupar las actividades, pues permite en cualquier momento averiguar qué información se transmitió a un paciente en cada una de las visitas al completo, siendo por lo general relevante, y agradecido por el propio paciente, el poder retomar la situación con los acontecimientos producidos en la última de ellas.

Condicionantes

Este apartado debería reflejar aquellos problemas sanitarios relevantes y aquellos no sanitarios que pueden modificar las condiciones asistenciales. Podríamos pensar en principio que es un apartado superfluo o repetitivo, pero la facilidad de los entornos actuales para su creación y la propia necesidad de recoger apartados que permitan destacar cuestiones importantes para el seguimiento de los pacientes, no siempre estrictamente sanitarias, dotan de extraordinaria validez a la existencia de este elemento como concepto separado. Al igual que para los episodios, los programas suelen ofrecer la posibilidad de mantenerlos en situación abierta o cerrada según la vigencia de los contenidos.

Actividades Preventivas

Su especial trascendencia aconseja que estas generen un apartado exclusivo que permita su visualización, seguimiento y explotación de forma rápida y sencilla. Si las actividades preventivas se encuentran ligadas a marcadores de riesgo (edad, sexo) o a factores de riesgo (hábitos, alteración en exploraciones), la informática nos brinda una extraordinaria oportunidad de manejo. Facilita realizar cribajes masivos y estar siempre informados de su estado en personas susceptibles, conocer quiénes lo han realizado, quiénes deberían y no lo han hecho, emitir recordatorios automatizados, etc.

El ejemplo mas significativo de todas ellas es la actividad vacunal. Gracias a su informatización los programas de vacunación pueden optimizarse al máximo, permitiendo configurar no solamente calendarios vacunales automatizados sino también el cruce con factores de riesgo, ajustes de calendario en función de la edad u otras características individuales que varíen la norma.

Visores

Por motivos funcionales es conveniente disponer de diferentes pantallas de visualización y cumplimentación que, de forma rápida y desde diferentes puntos del programa, permitan la consulta,

introducción de datos, seguimiento de datos aún no cumplimentados, emisión automática de informes, etc.

Los visores más habituales, presentes en casi todos los programas son: hoja de laboratorio, hoja de medicación, hoja de Incapacidad Transitoria, hoja de vacunación y hoja resumen de actividades y procedimientos pendientes.

Tratamiento de la actividad administrativa

La actividad de Atención Primaria en los últimos decenios ha estado marcada por un incremento constante de la actividad administrativa. El hecho de tener que contactar con diferentes proveedores para cada una de las pruebas que se solicitan, la necesidad facturar a terceros, la emisión de recetas y partes de incapacidad temporal, la elaboración de indicadores, además de otras labores repetitivas y mecánicas, condicionan el trabajo del profesional sanitario. En este punto, la introducción de elementos informáticos en la práctica cotidiana, constituye un inestimable aliado que contribuye a paliar la sobrecarga que puede suponer sobre la actividad clínica.

Las tareas repetitivas, como las prescripciones sucesivas en pacientes con padecimientos crónicos, partes de baja laboral, o la emisión los impresos de enfermedades de declaración obligatoria, pueden ser programados de forma sencilla, de tal manera que se genere automáticamente el circuito que las pone en marcha, o las cancela, según especificaciones predefinidas del profesional, como tiempo de autorización, intervalos y lugares de recogida, notificación automática, etc.

Por otra parte, la existencia de conexiones en red con otros niveles del Sistema, permite la transferencia de datos, como valores de laboratorio, imágenes (Rx, teledermatología..) o texto (interconsultas) que, de forma automatizada, se incorporan directamente en el propio historial, eliminando la necesidad de su vaciado o archivado.

Planes y protocolización de actividades

La respuesta a la pregunta de ¿cómo se hace lo que se hace? es factible gracias a la inclusión de determinados pacientes en protocolos o planes definidos por el usuario. La informatización permite además que la realización de actividades en cualquier otro nivel del sistema o en otras partes de la historia, sean automáticamente incorporados al protocolo. De esta manera, los protocolos y planes constituyen una herramienta de extraordinaria utilidad en el manejo y seguimiento de los pacientes en base a criterios de calidad predefinidos. La Cartera de Servicios de Atención Primaria en la HCE como oferta de servicios a la población, evaluable a través de una serie de normas que establecen unos mínimos requisitos de actuación, constituye un punto de partida imprescindible para el diseño de actividades programadas.

Los programas mas avanzados incluyen herramientas que permiten diseñar protocolos y planes de forma sencilla y faciliten acercarnos a la ayuda asistida por ordenador, al definir criterios de inclusión de diagnósticos, gestión de la calidad del proceso, normas técnicas de manejo y seguimiento, evaluación de resultados y criterios de resolución.

Otras funcionalidades

Aunque no forman parte del núcleo central de la historia, la informatización de los registros clínicos, nos provee de muchas otras funcionalidades de extraordinaria utilidad en el manejo de nuestros pacientes, bien en la actividad clínica cotidiana o bien en otras labores no menos importantes como son la docencia, la formación y la investigación. Podemos destacar algunas de estas utilidades añadidas.

- Gestión de proceso clínico
- Gestión de Agendas
- Gestión de farmacia
- Gestión de relaciones con proveedores/datos externos (laboratorio, Tarjeta Sanitaria, etc.)
- Generador de protocolos e informes predefinidos
- Módulo estadístico
- Módulo de explotación de la información
- Módulo de exportación de datos
- Gestión de stocks y almacenes
- Módulo de facturación
- Puesto de trabajo conectado (internet, acceso a información clínica remota, correo electrónico, búsquedas bibliográficas, etc.)
- Utilidades varias (proceso de textos, diagnóstico asistido, etc.)

Integración e interoperatividad de la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria

Existen enfoques contrapuestos sobre como articular el acceso a la información clínica electrónica tanto entre los distintos centros de Atención Primaria, como de éstos a los hospitales y a la inversa. El debate se centra entre sistemas distribuidos con mecanismos que permitan la comunicación, intercambio e integración de información, o sistemas centralizados con una base de datos única, contra los que se conectan y trabajan en remoto y a tiempo real los distintos centros asistenciales.

Aunque el resultado final respecto a la existencia y manejo de información puede ser aparentemente similar para su uso final, existen notables diferencias en cuanto al equipamiento tecnológico, la forma en que puede condicionar la relación entre centros asistenciales, percepción de los profesionales, diferentes utilidades que estos encuentran en su uso y a la posible seguridad global de los datos de los pacientes.

Frecuentemente se habla de la “Historia única” de Área de Salud o incluso de SNS como un solo documento, común a todos los centros y niveles de atención, ubicado en un servidor central al que se accede desde los distintos dispositivos de atención y sobre el que realizan todas las anotaciones sobre el paciente. No obstante, demasiadas veces se olvida que el objetivo último de la integración es disponer de información útil para los distintos protagonistas del sistema sanitario y para ello pueden existir diversos caminos, desde un macroservidor central a sistemas distribuidos interoperables. Las soluciones tecnológicas están disponibles para ambas opciones, pero la oportunidad de escoger una u otra dependerá de un análisis concienzudo de la realidad y de los objetivos que se persigan.

Nuestro sistema sanitario está estructurado en dos niveles de atención complementarios (Atención Primaria y especializada), relacionados a su vez con otros dispositivos de atención no estrictamente asistenciales. Dentro de cada uno de ellos existe un nivel de autonomía considerable en cuanto a funcionamiento y gestión que no sólo es preciso conservar sino incluso potenciar. Ello no es incompatible con un alto grado de cohesión que necesariamente debe pasar por una coordinación en torno a unos objetivos comunes. En consecuencia, es necesario favorecer esta autonomía en su desarrollo y forma de trabajar, evitando que se condicionen de forma excesiva, pero a la vez garantizar una comunicación efectiva.

Analicemos con mayor detalle lo que implica cada uno de los conceptos dentro del contexto actual. La historia centralizada y común a ambos niveles supone la localización en “macroservidores”, con un gran número de transacciones y una circulación continua de información al trabajar desde distintos puntos contra la misma ubicación. Ello implica infraestructuras importantes y caras tanto de servidores como de redes de comunicación, sujetas además a posibles fallos, que en caso de producirse, llevarían al colapso del sistema. Sería necesario definir formatos y estructuras de información comunes a Atención Primaria y especializada, aspecto que requiere un esfuerzo conceptual importante y probablemente inalcanzable dadas las distintas formas de trabajar y enfoques de ambos niveles. Si dentro de un hospital resulta tremendamente difícil definir estructuras de datos compartidas entre distintas especialidades, las características propias de Atención Primaria añadirían aún más complejidad (necesidad de mayor énfasis en componentes preventivos, enfoque comunitario, atención domiciliaria, seguimiento longitudinal y estructurado por episodios de la biografía sanitaria de la persona, distinto nivel de especificidad diagnóstica y distintas necesidades de información).

Tal como apuntábamos más arriba, la HCE debe satisfacer las necesidades de los distintos protagonistas del sistema sanitario, desde la comunidad e individuos, hasta los profesionales sanitarios, gestores y responsable políticos. Los ciudadanos necesitarán acceder a un resumen estructurado de su información y además comprensible a sus conocimientos; un servicio de urgencias a otro tipo de información en que se enfatizen datos críticos como alergias, tratamientos, problemas de salud activos y antecedentes importantes; los profesionales de Atención Primaria requerirán una información estructurada por episodios de forma que posibilite su seguimiento longitudinal, junto con una información resumida de las actuaciones que puedan haber realizado otros profesionales y fácilmente integrables en los episodios de atención; los especialistas de hospital preferirán una información resumida de los episodios para poder tener una visión global del paciente y centrarse en el problema que ha motivado el ingreso (si es el caso); los gestores y responsables políticos no deben acceder a la información clínica, sino a resúmenes anónimos y agregados con fines estadísticos, y así con otros profesionales que intervienen en el sistema. Es decir, cada uno tendrá distintas necesidades de acceso a la información, o dicho de otra manera, acceder a una información no necesaria puede ser un grave inconveniente tanto por el riesgo perderse entre información con excesivo detalle (y el riesgo de que información importante pase desapercibida), como desde un punto de vista legal.

Todo ello sin olvidar otros aspectos como los relacionados con la seguridad, al circular grandes cantidades de información altamente sensible por la red de comunicaciones y la concentración de gran cantidad de datos en el servidor que puede ser foco de ataques de intrusos y difícilmente sectorizable en caso de una invasión masiva de virus. Ello conlleva a la necesidad de disponer de medidas de seguridad muy sofisticadas y necesariamente caras.

La otra opción, puesta en marcha por el INSALUD, se basa en un sistema distribuido con servidores ubicados en cada centro asistencial, fácilmente vinculables a través del código de identificación personal de tarjeta sanitaria, sobre una red privada de comunicaciones por la que circula sólo la información precisa para garantizar la continuidad de la atención y la explotación agregada y anónima de la misma. No olvidemos que más del 90% de la información generada se utiliza de forma local por lo que resulta innecesario generar una circulación mayor. No precisa tampoco de grandes inversiones iniciales y la renovación de aparataje puede hacerse también de forma más escalonada. Otra ventaja es que permite la coexistencia de varios sistemas relativamente sencillos y su evolución independiente, adaptada a las necesidades cambiantes de cada nivel o unidad. Para conseguir la interoperatividad e intercambio de información, será preciso disponer de unas mínimas reglas comunes que lo hagan factible:

- Un vínculo que identifique a cada persona de manera unívoca: el CIP de TSI (que incluso se puede asociar a un número aleatorio que no identifique ninguna característica biográfica)
- Redes locales y corporativas de uso exclusivamente sanitario

- La existencia de una serie de estándares de comunicación que permitan la interoperatividad:
 - Definición de modelos de información, es decir las características generales necesarias en una HCE para que sea plenamente comunicable y que incluye el modelado de características generales de la información, sus objetos, estructuras y contenedores (basado, por ejemplo, en UML - Unified Modelling Language-)
 - Terminología y bases de conocimiento, como la definición de términos, tesauro, conceptos, sistemas de codificación, etc.
 - Seguridad, privacidad y calidad de la información, incluyendo aspectos éticos y legales, desarrollo de protocolos de seguridad y acceso
 - Tecnología para la interoperabilidad, concretada en protocolos, interfaces y elementos físicos que van a permitir la intercomunicación entre sistemas de información.

Niveles de integración de la información entre Unidades de Provisión

El ya mencionado desarrollo de la Red Corporativa de Comunicación y la identificación unívoca de los pacientes a través de la Tarjeta Sanitaria Individual, son las premisas necesarias para posibilitar la integración de la información sanitaria disponible en formatos informatizados distribuidos como el que nos ocupa y la vía de desarrollo de proyectos para compartir la información clínica como el proyecto SINFAL que comentaremos posteriormente.

El esquema que se presenta no ha de ser entendido como algo rígido y necesariamente escalonado, sino que su implementación ha de ser posibilista y adaptada a la realidad ya existente en cada una de las diferentes Zonas/Áreas de Salud de forma que, en muchos casos, será factible implementar soluciones avanzadas aún antes que otras aparentemente más sencillas, cuestión que ha de estar siempre supeditada al entorno de campo en el que nos movemos.

Interconsulta e informes de alta

Es el nivel de intercambio de información más simple y fácil de implementar. Afecta básicamente a peticiones de información y respuestas a las mismas, entre proveedores de servicios localizados en Centros diferentes, pero conocidos y con vías de comunicación estables. El ejemplo típico es la circulación del Parte de Interconsulta entre AP y AE, en funcionamiento en diferentes Centros, asociado a la gestión integrada de citas. El otro ejemplo son los informes de alta del hospital, atención de urgencias u otro dispositivo asistencial dirigidos a Atención Primaria. De esta forma, Atención Primaria se convierte en el receptor e integrador de toda la información del paciente.

Resumen Estructurado de Información Sanitaria

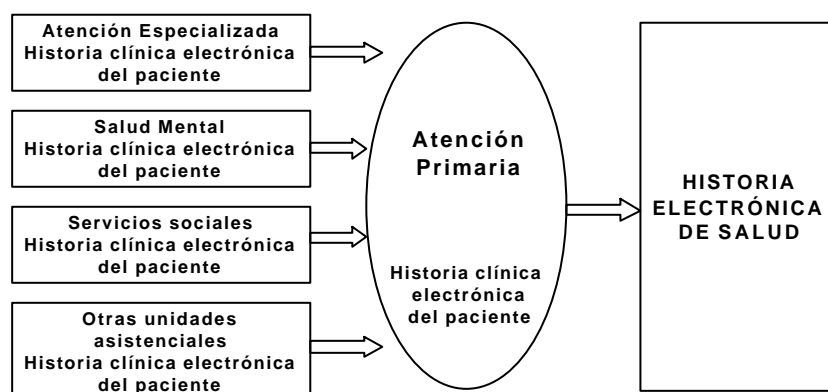
Superado el primer nivel, la cuestión es cómo se pone a disposición de los pacientes y profesionales la información contenida en esta historia clínica electrónica. Ello es posible a través de la construcción de un resumen estructurado de la información. Este resumen se elabora sobre información predefinida y consensuada en base a su utilización por otros agentes del sistema, lo que equivaldría además a la construcción de un CMBD de paciente con clara trascendencia epidemiológica e investigadora. El empleo de lenguajes como HTML o XML pueden ser de gran utilidad por su rapidez en la elaboración, sencilla programación y transmisión de la información.

Pueden existir básicamente dos modelos, coincidentes o evolutivos en el tiempo, en función del destino remoto de la información:

- Transmisión remota del resumen estructurado de la historia clínica.
- Resumen para alimentar un repositorio común: **la historia electrónica de salud** (HES)

En el segundo caso, el resumen se construye desde la historia clínica electrónica de Atención Primaria (Figura VIII.5.4) y se ubica en un servidor accesible por los distintos centros del sistema sanitario, gestores y usuarios, con distintos niveles de acceso y capacidad de visualización. De esta forma se consigue una integración de la información y estructurada de forma que permita localizar fácilmente el dato preciso y poner a disposición del sistema sólo la información necesaria.

FIGURA VIII.5.4: Construcción de la Historia Electrónica de salud



Esta historia electrónica de salud estaría disponible en ámbitos reducidos (el Área de Salud), en cuyo caso no se precisaría direccionamiento externo en para acceder a ella, o de forma remota (fuera de la Comunidad Autónoma de referencia), en cuyo caso se necesitaría localizarla a través del vínculo del código de identificación personal de la tarjeta sanitaria. De forma complementaria y no contradictoria con el modelo propuesto, se encontraría la transmisión del resumen estructurado de la historia clínica como respuesta a la petición de un centro remoto.

Información Sanitaria Compartida

Consiste en la posibilidad de integración directa de los datos aportados, desde uno u otro nivel, como información que actualiza campos de modo automático en el interior del registro clínico de uno o ambos interlocutores. La integración de los datos puede ser parcial en un inicio o "completa" en función de la evolución del sistema. Entendemos como información completa la contenida en historia clínica salvo los datos confidenciales declarados así por el paciente, los estudios complementarios en formato vídeo o imagen, y aquellos datos propiedad del profesional que configuren estudios personales (investigación clínica). Algunas informaciones pueden no integrarse directamente sino ser recuperables o consultables a través de vínculos para personal autorizado. La necesidad, o no, de direccionamiento a través de TSI vendrá dada por el tipo de proveedor que vehicule la demanda o envío, de forma que en algunos casos, por ser este conocido a priori (laboratorio), será innecesario.

Un ejemplo claro de este nivel es la integración directa de resultados analíticos de laboratorio. Esta posibilidad ya está funcionando en la actualidad entre diversos Centros de Salud y sus laboratorios de referencia. Permite la eliminación del papel en el circuito de la analítica y, en el caso mas eficiente, la generación automática de órdenes y la incorporación al completo de los resultados en el registro clínico del solicitante. Estadios intermedios, cuya eficiencia es claramente menor, consisten en la eliminación del papel manteniendo la petición en un gestor externo a la historia y la consulta vía web de resultados sin integrados directamente en la historia solicitante.

Las actuales Unidades de Apoyo de Atención Primaria, cuyo ámbito de actuación sobrepasan los límites de un EAP, presentan una problemática específica. Requieren soluciones que permitan la consulta del resumen estructurado de la información y la vez el diseño de protocolos específicos que fácilmente se integren en la historia común del Centro de Salud de referencia, por lo que la actualización de la información se centraría en éstos.

Traspaso General de Información Sanitaria

Esta solución es la adecuada para aquellos casos en que se produzca cambio de residencia del paciente que implique cambio de Zona de Salud, Área o Comunidad Autónoma.

En caso de centros informatizados, sería preciso profundizar previamente en el diseño de modelos de datos de las historias clínicas homologables y utilizar las mismas clasificaciones, o al

menos que sean compatibles. Todo y así, su complejidad es evidente si lo que realmente se pretende es una integración completa en sistemas con grado de evolución distintos. Probablemente la opción más conveniente y factible en la actualidad consiste en la integración de algunas partes (básicamente datos de laboratorio y algunos parámetros de uso generalizado y fácilmente normalizables, como peso, talla, tensión arterial, etc.), junto con la remisión del resumen estructurado. Esta propuesta se fundamenta además en que dado que la historia clínica presenta un alto grado de elaboración por el profesional encargado del paciente, probablemente éste preferirá partir de un resumen para rediseñar el registro según su forma de trabajar. Esto no elimina la necesidad de transmisión de la historia completa, a efectos legales o de consulta, sea en formato electrónico o en papel.

El proyecto SINFAL

Dentro de este esquema, un modelo de comunicación entre niveles desarrollado por el INSALUD es el proyecto SINFAL. Nace en 1998 como un proyecto institucional de telemedicina, que si bien se desarrolla inicialmente entre la Fundación Hospital de Alorcón y el Área 8 de Atención Primaria de Madrid (de ahí su nombre), tiene la clara voluntad de definir un modelo generalizable a toda la red del INSALUD.

Consiste en un proyecto global subdividido en varios subproyectos:

- Cita bidireccional entre Atención Primaria y Especializada.
- Traspase de información clínica (PIC, Informes de alta, analíticas, etc.).
- Acceso a la Historia Clínica del paciente.
- Teleconsulta y telediagnóstico.
- Telerradiología.

Sus principales objetivos son:

- Disponer de un modelo de coordinación entre AP y AE exportable y generalizable.
- Validar la telemedicina como herramienta útil de coordinación y mejora del proceso asistencial.
- Mejorar la comunicación entre AP y AE y la comunicación interprofesional.
- Mejorar los tiempos de respuesta y la accesibilidad del paciente.
- Avanzar en la posibilidad de compartir datos clínicos.
- Incrementar la capacidad resolutoria de AP.

- Potenciar el seguimiento del paciente a través del Sistema de cuidados (Continuidad de la Atención)

Tecnológicamente pretende definir un modelo de intercambio de información entre dos aplicaciones distintas que deben y pueden evolucionar de forma paralela. Con este modelo, tanto Atención Primaria como Especializada podrán avanzar en el desarrollo de sus sistemas asistenciales informatizados sin que el uno hipoteque al otro, siempre que se respeten las especificaciones de intercambio de información. Tiene además la ventaja añadida que al tratarse de un sistema normalizado es rápidamente generalizable y las actualizaciones fáciles de llevar a cabo.

Desarrollo

En este momento está plenamente operativa la cita a Atención Especializada desde los Centros de Salud. Las funcionalidades más destacadas son las siguientes:

- Integración en el aplicativo de AP, utilizando su misma base de datos.
- Conexión a las agendas de Atención Especializada asignadas al Centro
- Oferta al usuario de varios huecos de citas (días y horas).
- Gestión de la cita según prioridades
- Consultas pendientes de realizar sobre la agenda del hospital
- Emisión de ticket recordatorio para el usuario, así como otras instrucciones o comentarios de interés
- Registro de citación del paciente en la agenda de Atención Primaria.
- Cambios, anulaciones y reprogramaciones.
- En el caso de informatización de historia clínica en Atención Primaria, generación automática del Parte de Interconsulta y envío telemático.
- Sistema de información compartido entre Atención Primaria – Atención Especializada:
- Integración de la respuesta de Atención Especializada en la Historia Clínica de Atención Primaria.
- Envío, recepción e inclusión en Historia Clínica de AP de otra documentación clínica generada por Atención Especializada (Altas hospitalarias, informes de enfermería, informes intermedios de hospitalización o de seguimiento, etc.).
- Cita directa desde centros sin informatización.
- Cita a diferentes CEPs u hospitales
- Libre elección de especialista

Requisitos tecnológicos y de equipamiento

El sistema se basa en la gestión de citas desde AP y la integración en los aplicativos tanto de AP como de AE. Por ello es necesaria la existencia de los aplicativos clínicos correspondientes:

- Atención Especializada: HP-HIS en el momento actual, aunque redefinible para otros modelos de historia clínica electrónica
- Atención Primaria: aplicativo local clínico (OMI-AP®, SIAPWIN®), ya sea al nivel de Historia Clínica (integración completa en la HC) o al nivel administrativo.
- Red corporativa de comunicaciones
- El equipamiento informático preciso, en el supuesto de los centros de Atención Primaria sin aplicativo local clínico

Estrategia de implantación de la Historia Clínica Electrónica

El papel de los profesionales

La introducción de cambios importantes en el sistema de información conlleva cambios en la cultura de la organización, más allá de las dimensiones puramente operativas. Genera en toda la organización una nueva cultura que afecta a todos los niveles y de forma muy especial en los profesionales (usuarios) que trabajan directamente con las nuevas tecnologías. Este cambio, se puede analizar a varios niveles. Por un lado, la propia tecnología que evoluciona constantemente condiciona unos ciclos de renovación mucho más rápidos que los tradicionales, obligando a readaptaciones en la forma de trabajar y a redefinir procesos de forma permanente. Esto lleva necesariamente a una cultura de revisión y mejora en los centros.

Es también una oportunidad para fomentar una orientación de los servicios hacia el ciudadano. Los retos que está planteando la ciudadanía, obligan a un cambio cultural paulatino, superando los paternalismos en la relación médico – paciente y la organización de los servicios, actualmente más orientados a la forma de trabajar de los profesionales y a los requisitos de la organización que a las necesidades reales de los ciudadanos. La Historia Electrónica de Salud facilita un cambio en el centro de gravedad del sistema y orienta inequívocamente hacia el ciudadano y su satisfacción, objetivo final del sistema de atención. A nivel del Centro de Salud, lleva implícito formas de trabajar distintas de cada profesional y del centro en su conjunto, de manera que es preciso replantear nuevos valores alrededor de los cuales girará la atención y poner en práctica las medidas a que obliga este cambio. La forma de organizarse, la relación y coordinación entre colectivos, los flujos de información, etc., deben revisarse profundamente en una auténtica reingeniería de procesos

Uno de los elementos claves de éxito en la implantación de las tecnologías de la información, es recabar el apoyo activo de los profesionales que vendrá dado por varios factores, contando siempre con la predisposición favorable mostrada por muchos de ellos. Con la instalación de los puestos computarizados, en la mayoría de los centros, existen unos profesionales predispuestos a ello, varios indiferentes y un número indeterminado con actitudes negativas e incluso hostiles. La experiencia demuestra que si el proceso de informatización se realiza correctamente, la gran mayoría de profesionales con actitudes indiferentes o incluso negativas, se suman al proyecto al obtener beneficios inmediatos. No obstante, esto vendrá condicionado por la existencia de un plan estructurado y que cumpla unas mínimas condiciones:

- Existencia de un plan estratégico de tecnologías de la información y divulgación del mismo
- Participación activa en la definición de las especificaciones funcionales del sistema y buscar una convergencia de intereses entre los niveles implicados
- Actitud abierta al cambio cultural que ello supone y exploración de las oportunidades de mejora.
- Formación a distintos niveles, desde usuario básico, avanzado y formador de formadores, tanto en la utilización de las herramientas, como sobre los cambios organizativos necesarios y previos a la implantación de la tecnología y los que se produzcan como consecuencia de ella.
- Adecuado nivel de apoyo y rapidez en la solución de los problemas.

La utilización de herramientas informáticas, introduce nuevas formas de relacionarse con el paciente. El paso de escribir en un papel a hacerlo en un puesto informatizado supone en primer lugar un aprendizaje. Aunque las herramientas informáticas y la tecnología en general son cada vez más imprescindibles en la vida cotidiana y en el hogar, para muchos profesionales siguen siendo elementos extraños y aún más en la consulta. Es necesario por tanto habituarse a las herramientas, de forma que trabajar con ellas sea algo natural que facilite las tareas y no suponga una dificultad más.

Aparece en la consulta un nuevo actor interpuesto entre el médico y el paciente. En un primer momento, la capacidad de interacción entre el médico y el paciente se resiente, al focalizarse la atención en el ordenador. Esto requiere un período de adaptación que puede prolongarse unos meses con el fin de ganar seguridad y normalidad en el uso del programa informático en la consulta, equiparable al que se tenía con la historia en papel.

Según diversos estudios, el nivel de satisfacción del usuario apenas se ve modificado por el uso de sistemas informatizados, independientemente de la experiencia o conocimientos previos que tenga del mundo de la informática, aunque se vive en general de forma positiva. No obstante,

manifiestan algunas reticencias en cuanto a la privacidad, reticencias que desaparecen con la adecuada explicación de los mecanismos de seguridad adoptados, mucho más fiables que en los registros de papel. En la transmisión de esta seguridad, juega también un papel muy importante la relación de confianza entre médico y paciente.

La formación adquiere un significado especial por lo que hemos comentado de adaptación al cambio cultural y la introducción de nuevos conceptos en la consulta, como pueden ser los relacionados con el trabajo a través de episodios, gestión de agendas y la profundización en las habilidades de entrevista clínica.

Además de la adaptación a una herramienta nueva y superar la interferencia en la comunicación médico-paciente, es importante también tener en cuenta algunos aspectos relacionados con la ergonomía. Durante el transcurso de la consulta, es necesario consultar repetidas veces la información del paciente. Según la propia posición física de los tres protagonistas (médico, paciente y ordenador), se puede generar una interrupción constante del diálogo, por lo que es necesario que la posición del ordenador no interrumpa (o lo haga lo menos posible) la línea visual médico-paciente. En este sentido, existen recomendaciones de forma que tanto el médico y paciente compartan la información del ordenador, formando entre los tres un triángulo. Otros aspectos importantes a tener en cuenta y que pueden facilitar o entorpecer el desarrollo de la consulta, está la disposición física del resto de aparataje y accesorios. De esta forma la impresora debe estar colocada de forma que se puedan introducir y sacar documentos de forma fácil, sin tener que realizar movimientos complejos. Los cables deben estar correctamente colocados y ocultos, con el fin que no supongan un estorbo ni un riesgo para los movimientos y no den una sensación de desorden.

La forma de llevar la consulta también es importante. Lo primero es no dar por parte del profesional una sensación que el ordenador ocupa más tiempo de consulta que la entrevista clínica. Para ello es importante desarrollar ciertas habilidades con el fin de utilizar el ordenador lo mínimo imprescindible en la consulta. Según varios estudios publicados, el tiempo de la consulta se ve incrementado en unos 48 – 130 segundos, aunque en la mayoría de los casos vuelve a los tiempos basales en unos 30 días de práctica. Es por tanto importante reestructurar convenientemente las agendas de cita, potenciando la consulta concertada, ajustando la frecuencia de citas al tiempo real de consulta y reservando huecos “colchón” para compensar desajustes.

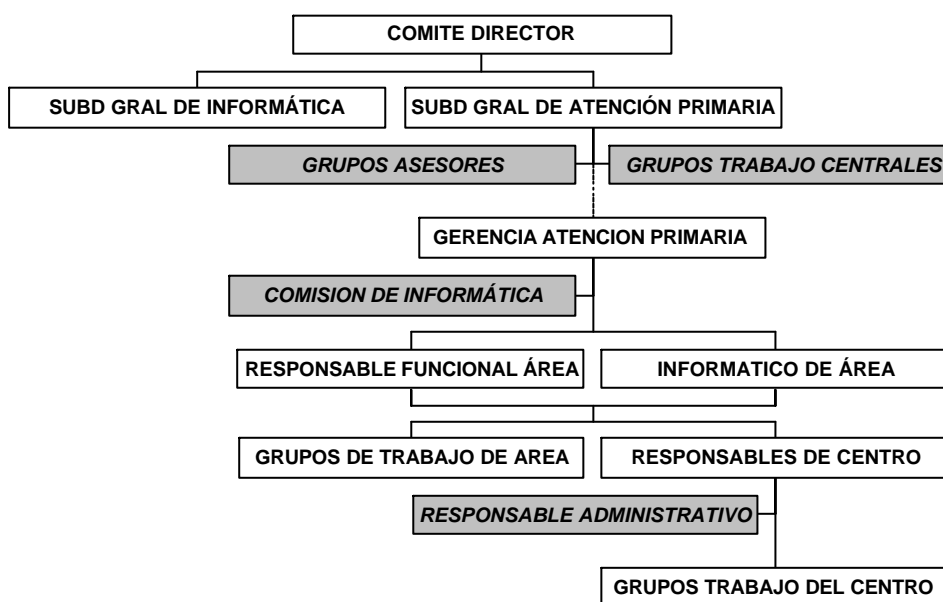
Otros aspectos importantes a tener en cuenta en el impacto sobre la consulta, hacen referencia al aligeramiento de la sobrecarga burocrática, recogida estructurada de la información y necesidad de síntesis de la narración del paciente. Entre los aspectos valorados como más negativos por los profesionales puede citarse el miedo al control por parte de los gestores. La implantación de la informática en las consultas resulta problemático por su dificultad, lentitud, falta de información, cambio de políticas y riesgo de generar expectativas que no siempre se cumplen, o al menos en el plazo previsto.

Definición funcional y organizativa

En un proyecto de esta envergadura, es preciso definir un organigrama de proyecto en el que se reflejen las funciones de todos los implicados en base a una serie de principios que favorezcan la participación e implicación activa tanto de las estructuras directivas como de los profesionales (figura VIII.5.5). Tales principios podríamos concretarlos en:

- Definir claramente las responsabilidades y flujos de información
- Impulsar la participación, involucrando a todos los niveles y miembros de la organización
- Facilitar la aparición de iniciativas que enriquezcan el proyecto, su coordinación y canalización de forma que se evite el aislamiento y se generen sinergias
- Generar un cambio cultural basado en la mejora continua, orientados a conseguir una mayor eficiencia
- Poner especial énfasis en la formación

FIGURA VIII.5.5: Organigrama del proyecto



Comité director del proyecto

Constituido por las Subdirecciones Generales de Atención Primaria e Informática, como máximo órgano director del proyecto y al que corresponde definir, seguir y evaluar el plan rector de informatización de centros.

Gerencias de Atención Primaria

Su papel es clave en el proyecto de informatización y tienen una gran responsabilidad en cuanto a saber aprovechar su impacto en la mejora organizativa de los Equipos de Atención Primaria. Como ya se ha dicho, se trata de una oportunidad para generar un impulso de cambio cultural y de mejora organizativa en la Atención Primaria. Sus funciones se centran en los siguientes aspectos:

- Liderazgo del proyecto
- Planificación y Organización
- Evaluación y seguimiento del proyecto
- Mantenimiento y reposición

Informático de área

Su función se centra básicamente en los aspectos técnicos del proyecto, como apoyo y asesoría a los equipos, control del mantenimiento, contacto con la Unidad de Atención al Usuario y de forma muy especial en lo referente a las medidas de seguridad de la información.

Responsable funcional

En cada gerencia es conveniente que exista un responsable de apoyo a la formación e implantación funcional del proyecto, con conocimientos de informática, experiencia clínica y buen conocedor del aplicativo de centros. En su papel es clave el contacto permanente con los profesionales para liderar cambios funcionales del aplicativo y su adecuación a las necesidades de los centros

Comisión de informatización del Área

El proyecto de informatización de Centros de Salud debe ser necesariamente participativo. Por ello es conveniente la existencia de una Comisión de Informatización de Área o similar, que sea capaz de coordinar los esfuerzos e iniciativas y sea útil como órgano de participación y apoyo a la gerencia.

Responsables de Centro

En cada Centro de Salud es aconsejable que exista un responsable de la informatización, en contacto con el informático de Área y el responsable funcional. Es importante aprovechar al efecto los líderes clínicos que habitualmente ya asumen este papel dentro del centro. Dada la importancia que tienen la gestión de los procesos administrativos y de agendas en los aplicativos de centro, resulta conveniente complementar la figura del responsable de centro con un responsable administrativo.

Condiciones previas a la implantación

Buena parte del éxito de la informatización va a depender de que se tengan en cuenta o no una serie de condiciones previas y se tomen las medidas adecuadas para su cumplimiento:

- Aceptación de los profesionales del EAP, clave para que la informatización sirva con éxito a los objetivos básicos para los que se implanta.
- Existencia de un proyecto en el EAP, elaborado por el propio EAP a partir del proyecto de informatización del Área, con definición de responsabilidades, objetivos, etc.
- Adaptación previa de las condiciones estructurales, como son la adecuación de espacios y mobiliario de los puestos de trabajo para una instalación ergonómica de los dispositivos (CPU, Monitor, teclado, impresora, formularios, impresos, cableado, etc.)
- Resolución previa de los problemas organizativos. La informatización lejos de solucionar problemas puede generar nuevos sino existen unas condiciones mínimas y un proceso de adaptación a las nuevas formas de trabajar que supone la herramienta informática. Para ello es conveniente poner en marcha grupos de mejora con el objetivo de analizar la forma de trabajar actual, los flujos y circuitos de información, detectar puntos críticos y adoptar mejoras. Es necesario que previamente a la implantación, el EAP tenga resueltos al menos los problemas organizativos más importantes:
- Trabajo con historia clínica en EAP tanto en consulta a demanda como programada.
- Separación de tareas administrativas: emisión de recetas de crónicos, emisión de partes de IT y de confirmación, cita con atención especializada, cita para pruebas complementarias.
- Revisión de la organización del área administrativa.
- Definición de responsabilidades en la línea comentada anteriormente
- Formación previa a la implantación, en la que deben contemplarse aspectos organizativos, la confidencialidad y seguridad de los datos, consideraciones legales sobre los mismos, impacto de la informatización en la relación médico-paciente, etc.

Desarrollo del aplicativo y su adaptación a las necesidades de los profesionales

Para que el proyecto de informatización tenga éxito, es preciso que el aplicativo se adapte a la forma de trabajar de los profesionales y a las nuevas necesidades. Para conseguirlo se proponen dos líneas de trabajo:

- **Participación de los profesionales usuarios del sistema informático.** Su papel es clave y es por tanto importante que existan cauces donde se puedan expresar libremente, comunicarse entre ellos y generar ideas para la mejora de los aplicativos en base a la suma de experiencias personales, a menudo dispersas.

- **Puesta en marcha de grupos de trabajo**, capaces de recoger y definir nuevas necesidades y sugerencias de mejora, y concretarlas en propuestas que puedan ser incorporadas a los aplicativos o en la organización del proyecto. Es importante facilitar los medios adecuados para su funcionamiento y la difusión de su trabajo de forma que se creen sinergias e intercambios de información entre los distintos grupos.

Los objetivos de los grupos deben responder a un marco definido que evite conflictos de competencias. Para ello, las labores a realizar se estructuran en seis grandes objetivos, algunos exclusivos de un grupo de trabajo concreto pero en otros intervienen varios, en facetas o con enfoques distintos, pero siempre complementarios:

Objetivo 1: GARANTIZAR LA HOMOGENEIDAD DE LAS BASES ENTRE CENTROS Y APLICATIVOS		
Justificación: definir una serie de datos claves que tienen que estar definidos de forma general, tanto para compatibilizar la información con fines epidemiológicos como clínicos, con el fin de permitir el intercambio de la misma y la investigación.		
Tipo de información	Estandarización	Grupo/s implicado/s
Identificación de usuarios	TSI	+ TSI
Razones, procesos y problemas	CIAP-2 CIE 10	+ Codificación
Procedimientos diagnósticos	CIAP-2 CIPAP (?) CIE 10	+ Codificación
Procedimientos terapéuticos	CIAP 2 Nomenclator farmacia	+ Codificación
Derivaciones	Catálogo oficial de especialidades	+ Codificación
Datos Clínicos Básicos y parámetros clínicos homogéneos	DCB	+ Codificación + Normalización + Cartera de Servicios + Planes/Protocolos

Objetivo 2: EPISODIOS COMO CRITERIO BÁSICO DEL TRABAJO CLÍNICO	
Justificación: el episodio reúne alrededor de un diagnóstico los contactos habidos con el paciente así como los actos generados por el mismo. Frente a la consulta, permite organizar la información de forma más coherente para el clínico en la consulta y posibilita evaluar la atención	
Aspecto clave	Grupo/s implicado/s
Definir criterios para su creación	+ Todos los grupos de trabajo + Foros de debate
Definir criterios para la vinculación, organización y acumulación de la información	
Definir criterios de manejo en la consulta	
Explotación de la información	

Objetivo 3: PLANES ASISTENCIALES	
Justificación: sobre una estructura de información unificada, es posible definir criterios comunes y consensuados de actuación clínica, ya sea a nivel de planes asistenciales, protocolos de actuación, guías o cartera de servicios, así como el intercambio de los mismos.	
Aspecto clave	Grupo/s implicado/s
Definición de planes y protocolos consensuados de ámbito superior al centro	+ Grupos de trabajo de planes y protocolos + Cartera de Servicios + Pediatría y vacunas + Enfermería
Integración de actuaciones multiprofesionales	
Intercambio de planes, protocolos, etc., entre profesionales y centros	
Diseño de estudios multicéntricos	

Objetivo 4: REVISIÓN DE FUNCIONALIDADES	
Justificación: un programa de gestión clínica administrativa para los Centros de Salud, debe ajustarse a necesidades normativas, resultar adecuado para el fin previsto, fácil de manejar y en un entorno amigable Las distintas funcionalidades deben ajustarse a estos criterios, para lo cual es esencial el criterio de los usuarios	
Aspectos clave (listado de funcionalidades)	Grupo/s implicado/s
Gestión y organización de agendas y consultas	+ Todos los grupos de trabajo + Foros de debate + Grupos de trabajo de centros y Area
Entorno, facilidad de manejo, acceso rápido a las opciones	
Ayuda general y contextual	
Manejo de las clasificaciones	
Manejo del nomenclator	
Manejo de la consulta	
Acceso a la información	
Manejo de las vacunas; IT; prescripción; derivaciones; identificación de pacientes; gestión de pendientes; registro de antecedentes; datos críticos y alergias; historia familiar y genograma; etc.	

Objetivo 5: EXPLOTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Justificación: la explotación de la información es clave tanto para el propio profesional (investigación, gestión clínica, etc.), como para niveles superiores de la organización (planificación, asignación de recursos, etc.)	
Aspecto clave	Grupo/s implicado/s
Informes e indicadores predefinidos	+ Explotación de la información
Manejo y tratamiento de información a través de volcados de la base de datos y por medio de herramientas asequibles al usuario	

Objetivo 6: MANEJO REMOTO DE LA INFORMACION	
Justificación: el sistema debe permitir la comunicación con otros sistemas, así como la transmisión de información clínica y acceso remoto a la información	
Aspecto clave	Grupo/s implicado/s
Sincronismo TSI	+ Grupo de telemedicina
Telemedicina	+ TSI
Transmisión de información clínica	+ Todos los grupos de trabajo
Acceso remoto a información clínica	+ Foros de debate
Cita remota	
Acceso a redes	

Tanto para la participación directa de los profesionales como para apoyo a la labor de los grupos de trabajo, es necesario poner en marcha y a su disposición una serie de herramientas aprovechando las posibilidades tecnológicas actuales, especialmente la red de comunicaciones y al portal de Intranet. El objetivo es disponer de unas herramientas accesibles, ágiles y fáciles de utilizar para establecer canales de comunicación y de coordinación entre los distintos grupos de trabajo y poner a disposición de todos los documentos de interés general:

- Foros de discusión: como apoyo directo a los profesionales.
 - Manejo del aplicativo
 - Foro genérico sobre informatización en Atención Primaria
 - Abierto a todos los profesionales
- Listas de distribución: participación restringida con previa autorización. Recepción y distribución automática de mensajes y anexos a todos los suscritos:
 - Una lista para cada grupo de trabajo
 - Restringida a los miembros del grupo de trabajo
- Página Web de apoyo a la informatización: con acceso directo desde el Portal,
 - Objetivo: contenidos informativos sobre el proyecto y apoyo a los grupos de trabajo
 - Dos zonas:
 - ◆ Abierta, con acceso a todos los profesionales:
 - ◇ Información global del proyecto
 - ◇ Información sobre implantación de nuevas versiones
 - ◇ Información sobre los grupos de trabajo
 - ◇ Noticias y comentarios de interés
 - ◇ Cursos y otras actividades
 - ◇ Zona FTP para la descarga de facilidades de libre disposición (protocolos, planes personalizados, etc.)

- ◆ Restringida, destinada al apoyo de los grupos de trabajo:
 - ✧ Acceso restringido mediante clave de acceso a profesionales autorizados
 - ✧ Puesta en común de documentación que utiliza el grupo de trabajo (mediante FTP)
 - ✧ Otras funcionalidades según necesidades de los grupos de trabajo

Formación

El objetivo de la formación es dotar de conocimientos y habilidades técnicas que permitan al usuario de la informática apoyarse en estas herramientas para facilitar su trabajo, teniendo en cuenta el cambio cultural que lleva implícito sobre el que ya se ha insistido en otros momentos. En función de las necesidades y fase de implantación de los aplicativos, se pueden distinguir varios niveles de formación:

- **Cursos o seminarios previos a la informatización.** Básicamente de tipo organizativo y orientados al conjunto de profesionales del equipo. Están destinados a analizar la organización y procesos internos, valorar el impacto de la informatización y proponer cambios a estos niveles.
- **Cursos de implantación del aplicativo.** Destinados a todos los usuarios (personal sanitario y no sanitario) que se inician en el manejo del aplicativo. Su objetivo es enseñar a manejar el programa en las funciones habituales de consulta, gestión de agendas y procesos administrativos. Puede complementarse con otros de iniciación a la utilización de ordenadores.
- **Cursos de cierre de la implantación.** Complementarios de los anteriores. Pretenden, una vez los usuarios disponen de cierta práctica, resolver dudas y conocer con mayor profundidad el aplicativo. Estos cursos se complementarían con otros de formación continuada según se instalen nuevas versiones, funcionalidades y como refresco de las ya existentes.
- **Cursos avanzados para usuarios.** Destinados a profundizar en aspectos concretos del aplicativo (integrantes de grupos de trabajo, etc.).
- **Cursos para formación de formadores y responsables de centro.** Pretenden una formación de nivel superior, dirigida a profesionales avanzados en el manejo del aplicativo, con labores de apoyo y formación de otros compañeros.

- **Cursos para responsables de la gerencia** (informático y responsable funcional de Área). Con contenidos parecidos a los anteriores, haciendo especial hincapié en conocimientos avanzados de la estructura de datos y funcionamiento interno del aplicativo, sistema de información y explotación.
- **Cursos básicos para no usuarios.** Destinados básicamente a directivos, técnicos de salud pública, unidades de investigación y demás profesionales sin actividad asistencial pero que es conveniente que conozcan las funciones básicas del aplicativo, ya sea por su papel directivo sobre el proyecto o bien para conocer las posibilidades de explotación de la información recogida para la gestión y la investigación.

Resulta capital aprovechar los profesionales que han adquirido un nivel de experto para que impartan formación a compañeros de la propia Área. De esta forma se consigue un estímulo y reconocimiento a estos profesionales, así como una utilización más racional de los recursos evitando un excesiva dependencia externa. Dentro de este marco, también es importante facilitar la autoformación a través de sesiones internas en los centros y aprovechar el intercambio de experiencias que suponen las jornadas de puesta en común de las Área.

Apoyo a los usuarios

Otro aspecto con repercusiones inmediatas en la viabilidad del proyecto es el apoyo inmediato a los usuarios sobre los problemas e incidencias que sobre el funcionamiento pudieran surgir en la utilización de la aplicación, tanto en lo referente a los equipos informáticos y red de comunicaciones como en los aplicativos.

Pueden definirse tres niveles:

- Centro. Apoyo del responsable de centro, u otros usuarios expertos, a dudas sobre el funcionamiento del aplicativo
- Área de Salud. A cargo de los responsables de informática y funcionales de los aplicativos, sobre problemas y dudas, tanto a nivel de aparataje como funcional y como paso previo al nivel siguiente
- Unidad de apoyo centralizada, cuya función es además de apoyar a los centros y gerencias tanto en aspectos técnicos como funcionales, captar errores en los aplicativos, control preventivo de averías, monitorización de las comunicaciones, supervisión global del sistema (incluidos aspectos como la seguridad y supervisión de los sistemas de salvaguarda), etc.

Definición de una política de seguridad

La información contenida en la historia clínica electrónica tiene un alto valor para el seguimiento clínico del paciente y se trata sobretodo de información confidencial que como tal debe ser protegida. Es por tanto imprescindible articular los mecanismos para evitar intromisiones no autorizadas en el sistema, garantizar la integridad de la información y garantizar su recuperación en caso de averías. Por ello es necesario contemplar los siguientes aspectos:

- Seguridad de los datos.
 - Definición de un protocolo y normas de seguridad de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Debe contener al menos los siguientes aspectos:
 - ◆ Ámbito de aplicación y recursos protegidos
 - ◆ Responsables de los ficheros y de la seguridad, a los distintos niveles de la organización
 - ◆ Descripción de sus funciones y obligaciones
 - ◆ Funciones, obligaciones y responsabilidades de los usuarios del sistema informático
 - ◆ Medidas y normas de seguridad
 - ◆ Controles de accesos
 - ◆ Procedimientos
 - ◆ Auditorías
 - Seguridad física de los servidores, redes y puestos
 - Sistemas redundantes de seguridad en los servidores
 - Política de accesos y contraseñas
 - Antivirus
 - Protecciones y accesos a la red
 - Encriptación de la información
- Copias de salvaguarda
 - Manual de procedimientos
 - Definición de responsables
 - Periodicidad de copias
 - Tipo de copias
 - Almacenamiento
 - Rotación de las copias
 - Control archivos “log”
 - Controles de la integridad y pruebas de recuperación de la información.

IX. FORMACIÓN CONTINUADA Y FORMACIÓN POSTGRADUADA

Guerra Aguirre, Javier

Introducción

Desde el inicio de la reforma de la atención primaria, la Subdirección General de Atención Primaria ha dedicado un importante esfuerzo en medios y tiempo a la mejora de la formación continuada, sobre todo para la puesta en marcha de los Equipos de Atención Primaria, con la celebración de diversas modalidades formativas, que bajo la denominación de “Curso introductorio a la Atención Primaria”, sirviera para el conocimiento de las finalidades que se perseguían con la puesta en marcha de los EAP.

Posteriormente, la formación continuada ha ido evolucionando paralelamente al desarrollo de la Atención Primaria, intentando adecuarse a las necesidades formativas de acuerdo a los objetivos institucionales así como a las prioridades de cada Area. Estas necesidades son analizadas anualmente reflejándose las actividades formativas en un Programa de Formación Continuada en cada Area, donde se establecen los cursos que se van a impartir en el año, así como otras actividades formativas (sesiones, talleres, seminarios, etc..). A finales de año cada Area elabora una Memoria de las actividades realizadas que envía a la Subdirección General de Atención Primaria.

Así mismo, para la mejora de las funciones de los directivos se han desarrollado diversos convenios con Escuelas de Formación, destacando, entre otros, el Convenio celebrado en los años 93-94 con la Escuela Andaluza de Salud Pública, que permitió formar en cursos de una duración media de 200 horas a los Gerentes, Directores Asistenciales y Directores de Gestión de todas las Gerencias existentes en ese momento, para lo que se diseñó un “Programa de Directivos” que facilitara su tarea directiva.

Descripción histórica

Anualmente, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, en la subfunción 26, se descentralizan créditos para la financiación del personal que trabaja en Atención Primaria –ver capítulo VII-.

Las Gerencias con cargo a dichos presupuestos, más aquéllos otros que pudieran obtener de otras instituciones (becas FIS, programas de ayudas de las Comunidades Autónomas, ensayos clínicos...), conforme a los presupuestos de su Programa de Formación.

El diferente desarrollo y responsabilidades de las Gerencias en esta materia, aconsejaron que en 1995, se aprobara el Reglamento de la Comisión de Formación e Investigación en Atención Primaria (1) que fijó para dichas Comisiones unas funciones, un régimen de funcionamiento, una composición y duración, así como la posibilidad de unas Comisiones Delegadas.

Fue a raíz de esta reglamentación, cuando se inició el conocimiento, a nivel Central, de las actividades, profesionales participantes y costes de la formación continuada.

No obstante, es con el Contrato Programa del año 1997 cuando se inicia un compromiso por parte de los Equipos Directivos de las Gerencias de Atención Primaria y la Dirección General, sobre la necesidad de que se elabore el Programa Anual de Formación Continuada y la obligación de difundirlo entre los diferentes profesionales de su Área, así como las Organizaciones Sindicales de su ámbito territorial de gestión.

Dado que los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, tienen completado, al menos, un año de su periodo formativo en un Centro de Salud, fue necesario que, en el año 1996, se articularan y regularan las Unidades Docentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (2) en el ámbito del INSALUD, adaptando al ámbito de gestión de la atención primaria la normativa estatal en esta materia.

Estas dos normas referidas, son las que regulan el funcionamiento de la formación continuada y formación postgraduada en el ámbito de la atención primaria en el INSALUD.

Además de los residentes de medicina de familia y comunitaria, también es frecuente la existencia de convenios y acuerdos para la formación de pregrado (especialmente en ciencias de la enfermería) y de postgrado (trabajadores sociales, pediatras...) en los Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria.

Organización y financiación de la Formación Continuada

Desde La promulgación del Real Decreto 1140/96 (3) por el que se estructura el Ministerio de Sanidad y Consumo, las competencias en materia de formación continuada fueron atribuidas a tres Direcciones Generales: la Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria tenía encomendada la función de planificar y promover las necesidades formativas de sus profesionales, en función de los modelos organizativos y de gestión; la Dirección General de Recursos Humanos, de la propuesta de programas de formación, promoción y desarrollo del personal, así como la gestión del plan anual de formación y la Dirección General de Atención Primaria y Especializada, la coordinación, desarrollo y control de los programas de formación continuada, formación postgraduada y de investigación.

Este soporte normativo ha configurado una realidad fragmentada en la promoción de las actividades de formación continuada en el ámbito de la atención primaria.

Con un grado de participación irregular, el Insalud dispone de un Consejo Superior de Formación que, compuesto por técnicos de las Direcciones Generales ya mencionadas, las Organizaciones Sindicales más representativas y presidido por el Subdirector General de Relaciones Laborales, tenía como finalidad básica "delimitar las líneas de formación del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias, entendiéndose esta formación como aquella que se realiza para la mejora en el desempeño del puesto de trabajo actual, aumentando la competencia profesional del trabajador".

Desde 1997, este Consejo Superior de Formación ha aprobado las cantidades presupuestarias que, con cargo al INSALUD, se han distribuido a propuesta de la Subdirección General de Relaciones Laborales, entre el personal de instituciones (atención primaria, especializada), los créditos para cursos organizados por los propios Sindicatos y los Convenios con otras Instituciones, especialmente la Escuela Nacional de Sanidad. Este convenio, y conforme a las atribuciones competenciales, ha sido gestionado por la Subdirección General de Relaciones Laborales.

Los créditos concedidos a la SGAP han sido distribuidos a las Direcciones Territoriales del INSALUD, en base a criterios capitativos, para el desarrollo y contratación de personal docente y material documental.

En la Tabla IX.1 se recoge la evolución anual de estos créditos formativos.

TABLA IX.1 Créditos descentralizados

AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
125.253.000	135.991.830	157.210.001	164.798.951

También existe otra fuente adicional de financiación para la formación continuada, que son las ayudas anuales que se obtienen del Ministerio de Administraciones Públicas (M.A.P.), cuya evolución se recoge en la tabla IX.2.

TABLA IX.2 Créditos M.A.P.

AÑO 1998	AÑO 1999	AÑO 2000	AÑO 2001
69.263.389	70.000.000	70.771.427	67.397.041

Finalmente, y a nivel de la Subdirección General de Atención Primaria, se completaban las necesidades formativas, con el Convenio establecido con el Instituto de la Mujer, que tenía entre otras finalidades, las orientadas a la formación continuada de los profesionales en aspectos psicosociales de atención a la mujer en sus diversas etapas biológicas: adolescencia y climaterio, así como en otros elementos que pudieran influir en su desarrollo como la violencia contra género o trastornos del comportamiento alimentario, y más recientemente la atención a la mujer inmigrante.

Modalidades formativas

Del conjunto de modalidades formativas existentes cursos, seminarios, talleres teórico-prácticos, simposios, se ha impulsado desde la Subdirección General de Atención Primaria dos formatos, de forma especial:

- Las propias sesiones de autoformación de los Equipos de Atención Primaria, mediante el abordaje clínico, bibliográfico, o la presencia de un ponente externo que abordara alguno de los cotidianos motivos de la atención sanitaria que se brinda en un E.S.P.

En esta modalidad y según los datos aportados por las Gerencias de Atención Primaria, se ha alcanzado en el 95% de los E.A.P. efectúan este tipo de actividad formativa.

- Las sesiones o interconsultas docentes con facultativos especialistas de su Area, que permitieran mejorar la calidad de la atención y minimizar las rupturas en los cuidados asistenciales.

Actividades formativas preferentes

Como complementariedad a las demandas formativas que pudieran señalar los propios profesionales al Consejo de Formación del Area, cada año la Subdirección General de Atención Primaria a través del documento de actividades preferenciales, dedicaba un apartado específico para las líneas prioritarias de formación que estaban relacionados con aquéllos objetivos asistenciales que fijaban. Así merecen destacarse las líneas formativas que se han impulsado para incorporar nuevos servicios en la cartera como han sido la cirugía menor y la atención en el climaterio; o para aquellas actuaciones asistenciales que se resaltaban cada año como han sido la atención a la tercera edad, la continuidad de actividades interniveles-, la formación de coordinadores y responsables de enfermería o el manejo racional de los medicamentos y el uso adecuado de las pruebas diagnósticas.

No obstante, todos los años se han mantenido dos líneas formativas estables:

- La aportación de las nuevas tecnologías y los sistemas informáticos.
- La cultura de la calidad en los servicios sanitarios.

Memoria anual de Formación Continuada

Cada año, todas y cada una de las Gerencias de Atención Primaria y del 061 venían obligadas a remitir un modelo estandar, que recogía el conjunto de las actividades realizadas en el ejercicio, y que era condición imprescindible para poderles descentralizar los créditos de formación del ejercicio siguiente.

Esta Memoria Anual de Formación ha ido recogiendo desde 1997 los siguientes conceptos:

- E.A.P. con sesiones de autoformación.
- E.A.P. con interconsulta docente.
- Número y categoría de profesionales que habían efectuado algún tipo de actividad de formación continuada.
- Tipo de actividad: talleres, asistencia a congresos, cursos, ...
- Denominación del curso, horas de duración y costes directos (abono de profesores y materiales docentes) e indirectos (dietas, sustituciones,...)
- Formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria u otro tipo de especialistas (pediatras, medicina preventiva y salud pública) o pregrado (estudiantes de enfermería, de trabajo social,...).

Los principales parámetros agregados de los últimos 4 años, se recogen en la Tabla IX.3.

TABLA IX.3 Evolución de indicadores de Formación Continuada

ACTIVIDADES DOCENTES	1998			1999			2000			2001		
	Nº PART.	COSTE	COSTE INDIRECTO	Nº PART.	COSTE	COSTE INDIRECTO	Nº PART.	COSTE	COSTE INDIRECTO	Nº PART.	COSTE	COSTE INDIRECTO
Cursos, Seminarios y Talleres	44.308	232.590.025	128.532.218	47.124	218.167.643	104.863.086	48.211	239.971.897	129.981.963	34.119	277.693.368	114.083.424
Rotaciones	1.583	519.366	53.102.121	1.200	976.501	46.079.206	1.621	756.473	33.307.656	499	569.660	26.278.789
Cursos de nivelación	492	23.656.874	53.587.935	1	0	0	6	0	0	0	0	1.023.714
Congresos y Jornadas	2.958	15.592.169	12.644.354	2.992	20.301.859	257.705.717	3.739	12.847.271	20.474.163	2.151	16.241.387	25.979.582
TOTAL	49.341	272.358.434	247.866.628	51.317	239.446.003	408.648.009	53.577	253.575.641	183.763.782	36.769	294.504.415	167.365.509

FUENTE: SUBDIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA.

Bibliografía

1. INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria. Reglamento de la Comisión de Formación de Investigación en Atención Primaria. (Norma interna). 1995.
2. INSALUD. Circular 1/96 de fecha 29 de febrero de 1996 por la que se regulan las Unidades Docentes de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito del INSALUD.
3. Real Decreto 1440/96

X. CONTRATO DE GESTIÓN

Guerra Aguirre, Javier

Introducción

En 1993, y tras haberse puesto en marcha una serie de procedimientos y sistemas de información por parte de la Subdirección General de Atención Primaria se inicia una nueva época en la relación entre las Gerencias de Atención Primaria y la Dirección General, esa etapa que ha perdurado hasta el año 2001, es la de los **CONTRATOS-PROGRAMAS**, que a partir de 1999 pasan a denominarse CONTRATOS DE GESTION.

El Contrato Programa surge como necesidad de relacionar y vincular la utilización y consumo de recursos (inputs o entradas), con los resultados obtenidos de los mismos (outputs o salidas). Este procedimiento requiere, entre otras cuestiones, el negociar la fijación de unos objetivos, establecer un método de seguimiento, valorar el grado de cumplimiento de los objetivos y premiar la consecución de dichos objetivos.

El Contrato Programa coincidió con un importante desarrollo del nuevo modelo de la atención primaria en el INSALUD, la introducción de un estilo directivo participativo por objetivos, la mejora continua de los sistemas de información y el desarrollo de una contabilidad de costes.

En estos años, ha supuesto un intento de separar la financiación y la provisión de servicios, según las recomendaciones de expertos al uso, y si bien ha tenido la dificultad de poder relacionar “resultados con recursos”, ha supuesto una transparencia de las obligaciones y objetivos, ha posibilitado profundizar en la autonomía de los profesionales, en la descentralización de la gestión y está siendo una aceptable estrategia de participación y vehículo relacional entre la actividad y el presupuesto asignado.

Esta metodología de trabajo, inicialmente efectuada de manera exclusiva entre la Dirección General y los Equipos Directivos, con el paso de los años se fue introduciendo como un elemento de implicación y mejora continua entre los Equipos Directivos y los propios Equipos de Atención Primaria, siendo el germen de lo que actualmente se conoce como contratos de gestión clínica.

Para su puesta en marcha fue necesario contar con unos sistemas de información que posibilitaron la introducción de esta herramienta de gestión, siendo fundamentalmente:

- a) La definición de un conjunto básico y homogéneo de servicios que debían ser garantizados por todos los EAP, estableciéndose a la vez indicadores de cobertura para cada uno de ellos y unos criterios mínimos de correcta actuación, es lo que se conoce como **CARTERA DE SERVICIOS EN ATENCION PRIMARIA** ¹
- b) Unos criterios de asignación de recursos para cada Gerencia de Atención Primaria y Unidad Clínica, fundamentados en las características de la población asignada y su repercusión en la utilización de servicios y unos tiempos medios por cada acto profesional. Así como el establecimiento de un sistema de consumo de servicios en Atención Especializada (Laboratorio, Radiología e Interconsultas), el **MANUAL DE CRITERIOS DE ASIGNACION DE RECURSOS**²
- c) Una metodología homogénea de imputación de los presupuestos, empleado el método de contabilidad analítica en “cascada”, definiendo unos Centros de Costes (Principales, Auxiliares y Estructurales), que conformaron el vigente **MANUAL DE IMPUTACION DE COSTES**³
- d) La puesta en marcha del **PROGRAMA DE USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS**⁴, formulado como un programa de mejora de la gestión de la prestación farmacéutica, que introdujo el concepto, entre otros aspectos de los indicadores de la calidad en la prescripción.
- e) Dado que para cada uno de estos procedimientos el marco referencial, era el poblacional, ya se contaba con un elemento fundamental, implantado con anterioridad, cuál era la **TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL**⁵
- f) Finalmente, era necesario contar con alguna herramienta que permitiera discriminar a aquellas Gerencias que mejor cumplieran sus pactos, y para ello se disponía de los Acuerdos Sindicales suscritos en 1990⁶. Esto es lo que se ha venido conociendo como **SISTEMA DE INCENTIVACION (ver apartado XI)**.

Sin la existencia de estas herramientas básicas no hubiera sido posible la introducción de los Contratos Programas, que fueron fruto de la dedicación y el esfuerzo de muchas personas, que habían formado parte de los grupos de trabajo, que en los años precedentes había impulsado la Subdirección General de Gestión de Atención Primaria.

A continuación se efectúa un breve recorrido cronológico sobre las principales novedades que se fueron introducción en los Contratos Programas y que han conformado gran parte de la realidad gestora de la Atención Primaria en el INSALUD.

El primer Contrato Programa

En 1993, con carácter voluntario las Gerencias de Atención Primaria (GAP) pudieron suscribir un Contrato con la Dirección General, que se enmarcaba dentro del compromiso anual establecido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del Plan de Gestión elaborado por el Departamento.

La finalidad que se enunciaba en estos contratos era la de gestión de los recursos disponibles y atribuía a la GAP la responsabilidad de la actividad asistencial, la investigación epidemiológica, docencia Mir y docencia pregraduada.

Se articulaba a través de cuatro únicas cláusulas:

Provisión de Servicios Sanitarios

Mediante un catálogo de 55 servicios, con objetivos de cobertura y proveedores, que se denominó Cartera de Servicios, fijándose seis servicios obligatorios en base a criterios de efectividad y eficiencia en atención primaria.

Marco de relaciones-organización-gestión

Estableciendo la población del sector en base al censo oficial de 1991; el porcentaje de personas con tarjeta sanitaria individual (T.S.I); el número óptimo de personas/día a ser atendido .

Mejora de la calidad

Pactando aspectos relacionados con % de consultas de tarde, % de personas que puedan obtener cita con el especialista desde el centro de salud y tiempo medio de permanencia en sala de espera.

Fundamentalmente, con la puesta en marcha del Programa del Uso Racional del Medicamento.

Financiación

Conforme a un presupuesto de ingresos y gastos y que en caso de que al finalizar el ejercicio presentará un balance positivo, la reversión de una cuantía discrecional a la GAP.

Estos elementos: provisión de prestaciones, organización, calidad y financiación, con sus correspondientes mejoras han permanecido a lo largo del desarrollo de los Contratos suscritos entre las GAP y la Dirección General.

El Contrato Programa de 1994

Es en este año, cuando posiblemente se puede realmente establecer un Contrato-Programa, más compacto y articulado.

En primer lugar en su introducción se señalaron con más claridad y nitidez los Objetivos Institucionales en todos los ámbitos asistenciales (primaria y especializada) al amparo de una serie de necesidades en salud detectadas, de suficiencia financiera, etc...

En el ámbito de la atención primaria se plantearon siete grandes líneas:

- Personalización de la asistencia
- Mejora de la accesibilidad
- Descentralización y participación de la gestión
- Desarrollo de la gestión farmacéutica
- Fomento del uso racional del medicamento
- Implantación de Equipos de Atención Primaria
- Desarrollo de los sistemas de información

Todo ello se articuló a través de cinco grandes cláusulas, cuyos principales compromisos se relacionan a continuación.

Financiación

Se inició un procedimiento que se mantendría hasta la actualidad de presupuesto de ingresos y gastos ordinarios y un anexo adicional que recoja la nueva actividad.

También dio comienzo la posibilidad de incrementar los ingresos mediante un sistema de facturación a terceros, que se introduce con carácter experimental.

Se mantuvo la discrecionalidad de poder revertir unos créditos extraordinarios, mediante la obtención de un balance positivo en la cuenta de resultados de cada Gerencia.

Provisión de servicios

Aunque mantuvo la denominación de la cláusula original, introducida en el primer contrato, fue en este año cuando en este apartado se introducen grandes novedades.

La primera de ellas hizo referencia al concepto de producto en atención primaria, mediante dos componentes: uno resultado de multiplicar la cobertura de cada servicio por un valor de isocomparación (valor técnico) y un segundo componente, fruto de estandarizar unos criterios de correcta y deseable atención (Normas Técnicas) –ver apartado II.1-.

Se establecieron 41 servicios relacionados con patologías crónicas y actuaciones preventivas. Desapareciendo de esta cartera las prestaciones recogidas en el primer Contrato y enfocadas a aspectos de prestaciones no clínico-preventivas (I.T., farmacia, prótesis...), de disponibilidad de medios diagnósticos (extracción periférica, ECG, Mamografía,..) y de información-gestoría (emisión de tarjeta sanitaria, cita previa...).

Otra gran novedad fue el establecimiento, por primera vez de un procedimiento de Auditoría.

Organización de los servicios

Se pactaron porcentajes relacionados con el número de personas a ser atendidas con EAP, % de personas que cuenten con T.S.I. Se insistió en la necesidad de organizarse para tener una presión asistencial inferior a 35 pacientes/facultativo/día.

Se introdujeron unos estándares de visitas domiciliarias a efectuar por el personal de enfermería. Se mantuvo un pacto de consultas de tarde y de uso racional de los medicamentos.

Introdujo como novedad dentro de la organización de la GAP, la promulgación y constitución de Comisiones de Coordinación socio-sanitarias.

Calidad

Se establecieron unos indicadores homogéneos de estructura, procesos y resultados para todas las GAP y se dejó abierta la posibilidad de que en la evaluación de la calidad, cada GAP pudiera introducir otros indicadores específicos.

En el apartado de estructura el indicador seleccionado fue la existencia de una Unidad Administrativa que desarrollara las actividades de admisión, gestoría y atención al usuario.

Para el apartado de proceso se monitorizaron indicadores relacionados con el tiempo de atención en consulta, el tiempo de espera en la sala para entrar a consulta, los informes clínicos de derivación interniveles, el programa de uso racional de medicamento y el facilitar el acceso a la libre elección de médico.

Finalmente, en el apartado de resultados el indicador elegido se relacionó con la satisfacción del usuario monitorizado, el funcionamiento del programa de cita previa y la cita con Atención Especializada.

Descentralización de la gestión

Como consecuencia de la política institucional que enmarcó este Contrato Programa, se impulsaron objetivos, procesos, requisitos y fases en el proceso de descentralización en la toma de decisiones.

Entre los objetivos planteados destacaron el reconocimiento explícito de los profesionales como gestores del sistema, el establecimiento de las Unidades de Provisión con asignación propia de recursos y objetivos, y la cultura de que los Equipos Directivos de Atención Primaria debían ser los facilitadores de la toma de decisiones de los profesionales de los EAP.

Dado que el nivel interno de desarrollo de los EDAP era diferente, al igual que sus sistemas de información, se establecieron unas condiciones y requisitos para poder avanzar en el proceso de descentralización en la toma de decisiones, que pasaron fundamentalmente por cuantificar las unidades de provisión comprometidas y la acreditación ante la Dirección General de una serie de herramientas. Estas herramientas acreditables fueron la compatibilidad de poblaciones de derecho y la base de población de la aplicación informática de la tarjeta sanitaria individual; la correcta codificación de unidades funcionales-unidades y centros; la imputación de costes por unidad; la existencia o no de un sistema de información farmacéutica ; la participación de un porcentaje mínimo de unidades en el producto esperado de la GAP , la elaboración de un catálogo de productos definido en un proyecto de facturación interniveles y la asignación de un presupuesto para cada unidad de provisión.

Para velar por este novedoso y pionero procedimiento, se crea un lugar de encuentro entre el EDAP y los responsables de las unidades, que se denominó Consejo de Dirección.

Podemos afirmar que este Contrato Programa, el de 1994 ha sido la base que ha ido permitiendo avanzar en la gestión de la atención primaria en el INSALUD, ya que introduce el concepto de medir, contar y evaluar la “producción” de una Gerencia mediante la Cartera de Servicios, señala unos requisitos a acreditar para avanzar en la autonomía de las Gerencias e inicia un proceso de contar con la calidad en esa producción, inicia el conocimiento de los costes en

atención primaria y abre cauces a la participación de los profesionales y la descentralización en la toma de decisiones.

Contratos Programas de 1995 y 1996

Los Contratos Programas de los años 1995 y 1996 continuaron con las cinco cláusulas señaladas: financiación, provisión de servicios, organización de servicios, calidad y descentralización de la gestión.

En cada uno de ellos hubo algunas mejoras, entre las que merece destacarse en 1995 la introducción en el apartado de calidad, de aspectos estructurales como la formalización de la Comisión de Formación e Investigación del Area; la normalización de una hoja de interconsulta, los indicadores del uso racional del medicamento y la utilidad del Programa Mostrador (puesto en marcha con anterioridad) como posible fuente de información para la facturación entre Atención Primaria y Atención Especializada. La relación entre estos niveles asistenciales mereció, por primera vez, un apartado específico de oferta de una cartera de servicios desde AE, la priorización de un listado de problemas de salud (paliativos, inmobilizados, cáncer de mama,..) y la necesidad de asegurar el trasvase de la información clínica.

Las principales mejoras introducidas en 1996 fueron: por un lado la obligación de que los Equipos Directivos ofertaran, para su aceptación voluntaria, a los E.A.P. la posibilidad de acordar un pacto asistencial y de utilización de recursos, con criterios y elementos similares a los acordados por ellos mismos con la Dirección General, y de otro, el explicitar el sistema de asignación de productividad variable a las GAP, mediante unos requisitos de cumplimiento por la GAP de su pacto de cobertura de servicios y generación de créditos.

Este sistema de incentivación utilizó una fórmula matemática que combinó las coberturas de los servicios, el grado de cumplimiento de las normas técnicas, la satisfacción de los usuarios y la comparación financiero de la GAP con el estándar de gasto por habitante fijado para el conjunto de la atención primaria del INSALUD (previamente se habían definido a las GAP como subfinanciadas, si su gasto/habitante era inferior a ese estándar o subvencionadas en el caso de que fuera superior).

En estos Contratos y con el objeto de evitar confusiones con el Consejo de Dirección regulado en la Ley General de Sanidad, el órgano de participación pasó a denominarse Consejo de Administración.

La publicación del Real Decreto de Ordenación de Prestaciones Sanitarias⁷, como derecho y garantía de los servicios y prestaciones que cualquier ciudadano del Sistema Nacional de Salud

podía obtener en atención primaria, supuso un importante respaldo al diseño de lo que se había considerado objeto de negociación por parte del INSALUD.

El Contrato Programa de 1997

El Real Decreto 1140 /1996⁸ por el que se reestructuran determinados organismos al Ministerio de Sanidad y Consumo y, sobre todo el Real Decreto 1893/1996⁹, de 2 de agosto, de estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del Instituto Nacional de la Salud, supuso un cambio sustancial en la organización y gestión de las prestaciones que tenía atribuidas el INSALUD.

Así la Subdirección General de Atención Primaria, como parte de la Dirección General de Atención Primaria y Especializada, quedó encargada de la ejecución y desarrollo en su ámbito asistencial de las funciones siguientes:

- La definición de los programas y objetivos asistenciales de los centros sanitarios y la propuesta de asignación de los recursos necesarios para tal fin.
- La coordinación, control y evaluación de las actividades asistenciales de los centros sanitarios.
- La coordinación, desarrollo y control de los programas de formación continuada, formación postgraduada y de investigación.
- El desarrollo de programas y actividades para la mejora de las prestaciones sanitarias, especialmente para la racionalización de la prestación farmacéutica.
- La gestión de la prestación farmacéutica.

Las funciones de implantación de nuevos modelos organizativos y de gestión, el desarrollo e implantación de programas de calidad total, el mantenimiento de los sistemas de información, la acreditación de centros y servicios y la planificación de actividades formativas quedaron encargadas a la Dirección General de Organización y Planificación.

Las relacionadas con el control y evaluación económica, la programación y gestión de inversiones necesarias para el funcionamiento de la actividad, la gestión del mantenimiento de los recursos físicos de los centros de atención primaria fueron encomendadas a la Dirección General de Presupuestos e Inversiones.

La gestión del plan anual de formación, la propuesta de los programas de formación, la planificación, evaluación y seguimiento del capítulo I, la normativa reguladora y de prestación de servicios del personal, así como la fijación de plantillas se le adscribieron a la Dirección General de Recursos Humanos.

Esta nueva organización y gestión de los servicios modificó el proceso de elaboración de los Contratos Programas, a partir de 1997, siendo necesario el fijar una propuesta previa de objetivos de la Subdirección General de Atención Primaria (Líneas Prioritarias de Actuación), para su aprobación por el Consejo de Dirección del INSALUD, y de entre dichas líneas obtener el clausulado de los Contratos.

El clausulado se articuló en torno a seis grandes apartados:

- Principios Institucionales
- Objetivos y Programas Asistenciales
- Financiación
- Organización Asistencial
- Participación e Incentivación de los Profesionales
- Formación Continuada, Postgrado e Investigación

Esta estructuración respondía de manera más aproximada a las funciones encomendadas en el Real Decreto mencionado a la Subdirección General de Atención Primaria.

Con respecto a lo señalado con anterioridad, había desaparecido la cláusula específica de calidad, la de descentralización se había transformado en la de participación e incentivación y aparecía por primera vez una cláusula propia relacionada con la formación continuada.

Principios Institucionales

En esta cláusula, se señalaba la necesidad de que el contrato no fuera solamente un compromiso del Equipo Directivo de Atención Primaria (EDAP) con la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, sino que aquellos debían a su vez formalizar un “pacto escrito” con sus profesionales, que aunque ya se venían efectuando en algunas GAP estos pactos, no se encontraba generalizado este procedimiento de relación contractual. Este pacto escrito y firmado por el Coordinador de cada Unidad se denominaría “Contrato de Gestión Clínico-Asistencial”.

El Programa del Uso Racional del Medicamento y la libertad de prescripción eran elementos básicos de esos Principios Institucionales.

Finalmente se introducía un pacto de oferta – demanda entre AP y AE, con su addenda específica y se creaba un órgano que velará por garantizar este pacto y mejorar la continuidad de la atención sanitaria entre los dos niveles asistenciales: las Comisiones Paritarias de Área de Atención Primaria-Atención Especializada.

Objetivos y programas asistenciales

Se continuó con los pactos de coberturas de servicios y normas técnicas mínimas de la cartera de servicios, que iba incorporando y modificando la relación de servicios que la componían.

Se insistía en la prioridad de la atención domiciliaria, el cáncer de mama y se iniciaba la necesidad de incorporar protocolos para las altas postquirúrgicas.

En este apartado se insistía nuevamente en la calidad de la información clínica de la hoja de interconsultas, se mejoraba el procedimiento de asignación de consumos inducidos por AP (laboratorio y diagnóstico por imagen), y se renunciaba al sistema de facturación interniveles o poder de compra de la atención primaria.

Se hacía mención especial a los aspectos relacionados con los indicadores de calidad de prescripción, y protocolos comunes entre Atención Primaria y Atención Especializada de tratamiento en patologías prevalentes.

Se abría la posibilidad de que se pudieran seguir y evaluar otros servicios no incluidos en la Cartera de Servicios. (ver capítulo II.1)

Financiación

Se mantienen los criterios fijados en años precedentes con respecto a la asignación de créditos inicial es basados en parámetros poblacionales y un Anexo Complementario, que respondiera a las Nuevas Acciones por nueva actividad.

La principal novedad en este apartado, fue la reserva de un crédito para cada Gerencia para el posible abono de incentivos.

Organización asistencial

Se incluye por primera vez la oferta de servicios asistenciales, organizados a través de unidades funcionales con los que las GAP iban a garantizar el conjunto de las prestaciones recogidas en el Catálogo de Prestaciones (R.D. 63/95 de 20 de enero)

Se mantienen los compromisos de oferta de consultas de tarde, de actividad por facultativo y enfermero, de tiempo de espera para entrar en la consulta y de envío de resultados de la encuesta de satisfacción que efectúen las GAP.

Participación e incentivación de los profesionales

Se incorpora como novedad la realización de contratos de Gestión Asistencial entre las GAP y las Unidades de Provisión de Servicios, como se ha mencionado anteriormente.

Se enumeran una serie de Comisiones de Participación de profesionales, estableciendo un número mínimo de reuniones anuales a celebrar y una metodología de seguimiento.

No obstante, es en este apartado donde se incluye la principal novedad de todo el Contrato Programa: es el cambio sustancial en el procedimiento y requisitos para la percepción de incentivos por profesional.

La unidad de medida y evaluación ya no es sólo la Gerencia, en su conjunto, sino que además lo será la propia Unidad de Provisión de Servicios, en base a los contenidos de su propio contrato de Gestión Clínico-Asistencial. Se establecen unos mínimos comunes que fueron: la firma del contrato, alcanzar el pacto de coberturas y que los recursos presupuestarios consumidos fueran inferiores a los asignados.

Para velar por todo este procedimiento se crea como principal lugar de encuentro en la gestión de la Gerencia el Consejo de Gestión de Área, al cual la Circular 5/96 de 5 de agosto ¹⁰ ya le había atribuido competencias en el nombramiento del Director Médico.

Además, se establece un segundo nivel de incentivación basado en un Sistema de Torneo-Intergerencias, que modifica el ya existente, pues las Gerencias no compiten contra su propio balance de ingresos y gastos, sino que lo hacen contra una bolsa presupuestaria, mediante la valoración de cuatro criterios: máximas coberturas alcanzadas, mayor cumplimiento de normas técnicas mínimas, comparación del índice sintético de la encuesta de satisfacción con respecto al valor global del INSALUD y la pertenencia o no a GAP subvencionadas o subfinanciadas.

Formación continuada, postgrado e investigación

Esta cláusula recogida por primera vez en los Contratos de Gestión, señalaba la necesidad de revitalizar las Comisiones de Formación e Investigación, como foro de encuentro de los profesionales y los Equipos Directivos, en aras de aunar las expectativas formativas de los mismos con las líneas institucionales establecidas en esta materia.

Además se normalizó el procedimiento de análisis y recogida de información, que permitiera la elaboración de las Memorias Anuales de Formación.

El Contrato Programa de 1998

Nuevamente, se elaboraron unas “Líneas Prioritarias de Actuación en Atención Primaria”, que fueron presentadas a todas las Direcciones Generales y al Consejo General del INSALUD.

Este documento fue abordado y debatido en las Jornadas de Gerentes, que se celebraron en Ribadesella y al que posteriormente, la inmensa mayoría de Gerencias de Atención Primaria invitaron a participar a sus profesionales, efectuando las sugerencias que consideraron pertinentes.

Por primera vez, se celebra un Contrato de Gestión con la Gerencia del Servicio Especial de Urgencias de Madrid (061), que si bien tradicionalmente figuraba en los presupuestos de la SGAP, hasta ese año no contraía obligaciones asistenciales de forma escrita y similar a las Gerencias de Atención Primaria.

Este contrato contuvo 11 cláusulas y una Addenda entre la Gerencia de AP y la/las Gerencias de AE, con la que compartían cuidados asistenciales.

Las cláusulas se agruparon en los siguientes grandes temas:

- Población
- Estructura asistencial
- Financiación
- Objetivos y actividad asistencial
- Calidad
- Coordinación Primaria-Especializada
- Participación de los profesionales
- Contratos de Gestión Asistencial
- incentivación
- Formación Continuada
- Incapacidad Temporal

A continuación, se recogen las principales novedades de estas cláusulas, así aparece por primera vez un apartado dedicado a la Población. Fruto del alto grado de implantación de la tarjeta sanitaria individual, se toma ésta como la base a todos los efectos (pirámide poblacional, aportación de farmacia, definición de población esperada para los servicios de la cartera...) Este proceso ha permitido tener una fuente de datos bastante más actualizada que los censos oficiales y padrones.

El apartado de Organización Asistencial se transformó en este Contrato en Estructura Asistencial, de igual forma ocurrió con el apartado de objetivos y programas asistenciales, que pasa a denominarse de objetivos y actividad asistencial. En este apartado merece señalarse la incorporación

de un pilotaje de un Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte y la extensión de la Cirugía Menor.

Se recupera un apartado exclusivo enfocado a la Calidad que engloba las previas dimensiones científico-técnicas (prescripción de farmacia y normas técnicas), de calidad percibida (tiempos de atención, quejas y reclamaciones, encuesta de satisfacción) e introduce las necesidades que las Gerencias establezcan su Programa de Mejora de la Calidad, con compromisos de evaluación y reformulaciones de mejora del mismo.

La Coordinación Primaria-Especializada, aparece como otra gran novedad y para ello se establece una Addenda, como Anexo específico que estableció protocolos elaborados con algunas Sociedades Científicas, criterios de calidad de las hojas de interconsultas, el Catálogo de Pruebas Diagnósticas, un pacto de oferta-demanda, de uso del Terminal autónomo de Recetas Médicas (TAIR), compromisos de demora de interconsultas, prescripción de la primera receta a efectuar por el facultativo especialista, el desarrollo del Plan Integral de Atención a la Mujer, etc.

El apartado dedicado a la Participación de los profesionales, recoge y enumera los Organos de Participación, que con carácter básico deberán existir funcionando en cada Gerencia.

Dado que era una línea institucional la mayor implicación de los profesionales, se desarrolla una cláusula completa, dedicada a definir de que forma, cómo y cuándo se establecían los pactos, denominados "Contratos de Gestión" entre los Equipos Directivos de Atención Primaria y las Unidades de Provisión de Servicios.

Los parámetros de incentivación, se modifican en la cláusula novena, con pequeñas variaciones en los pesos relativos de los elementos que formarán parte de su evaluación.

Aparece, por primera vez, una cláusula dedicada a la mejora de la incapacidad temporal, para lo que se nombra un Coordinador de I.T. en cada Gerencia, el uso del TAIR para monitorizar los pacientes en IT y se establecen dos indicadores homogéneos: "días de baja por asegurado" y "prevalencia de bajas".

El Contrato de Gestión de 1999

En este año, se cambia la denominación del Contrato Programa por Contrato de Gestión, sin que ello supusiera un gran cambio de las cláusulas que le dieron forma, tal como se recoge a continuación:

Mantiene la estructura de población, oferta asistencial, financiación, programas y actividades asistenciales, calidad, coordinación primaria-especializada, sistemas de información e informatización, participación de los profesionales, contratos de gestión clínico-asistencial, incentiviación, formación continuada, incapacidad temporal.

Entre las principales novedades, merece enunciarse los reflejados en el apartado de oferta asistencial, encaminados a la mejora de las Unidades de Salud Bucodental, las mejoras en las competencias profesionales de enfermería o el diseño de una mejora de recursos socio-sanitarios.

En el apartado de programas y actividades asistenciales, se establecen como prioritarios los relacionados con la Atención Domiciliaria, la Cirugía Menor y el Plan Integral de Atención a la Mujer. Se incluye la necesidad de abordar la evaluación de la patología aguda. Se contempla la posibilidad de que la SGAP establezca un procedimiento de acreditación de servicios y fijación de estándares de coberturas y normas técnicas. Se introduce la necesidad de consensuar protocolos de patologías de alta prevalencia y, que por sus características, sean atendidas tanto por los EAP como por los dispositivos de las recién creadas Gerencias del 061. Y se introduce un apartado específico para la prevención del tabaquismo.

En el apartado de calidad, se continúa con la línea emprendida el año precedente de Programas de Mejora de Calidad, de incrementar los sistemas de información farmacéutica (digitalis) y se modifican los elementos que componen la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios (ver capítulo IV.2).

La introducción del TAIR y las aplicaciones informáticas (OMI-AP, SIA-WIP), aconsejan el establecer una cláusula sobre los sistemas de informatización, y cómo utilizar estas fuentes como alternativas a los sistemas manuales de registro. Se pactan metas de utilización del TAIR por Gerencia, y se diseñan estrategias preventivas para el “efecto 2000”.

En el apartado de formación continuada, la SGAP se compromete al establecimiento de un Consejo Asesor de Formación Continuada en Atención Primaria, con representación de las Sociedades Científicas de los diferentes estamentos profesionales.

En el apartado de incapacidad temporal, se introduce el concepto de gestión clínico de las situaciones de IT en coordinación con la Inspección de Servicios Sanitarios.

En este año se extiende el Contrato de Gestión a las Gerencias de Atención Primaria del 061, que se fueron constituyendo a lo largo del año.

El Contrato de Gestión de 2000

Este año el Contrato mantiene sus once cláusulas ya establecidas en 1998: población, oferta asistencial, financiación, programas y actividades asistenciales, calidad, gestión de la prestación farmacéutica, incapacidad temporal, sistema de información-informatización, incentivación-participación, coordinación primaria-especializada y formación continuada e investigación.

La novedad en el cuerpo del Contrato de Gestión 2000, es la desaparición de la cláusula dedicada a los Contratos de Gestión Clínico-Asistencial y la aparición, de una cláusula que integre todos los aspectos de farmacia, denominada gestión de la prestación farmacéutica.

En el apartado de Oferta Asistencial, se introduce una referencia a las recomendaciones del documento aprobado por la Dirección General "Atención de Urgencias en Atención Primaria", así como la necesidad de mejorar y renovar los criterios de asignación de plantillas, en base a criterios poblacionales, de actividad y características clínico-epidemiológicas.

En la cláusula de Programas y Actividades Asistenciales, se insiste en la prioridad de los servicios de cirugía menor, detección precoz del cáncer de mama, de atención al anciano, la atención a pacientes inmovilizados y la atención a pacientes terminales. La SGAP se compromete a la evaluación de una serie de patologías agudas tanto para la población menor de 14 años como para la población adulta. Se mantiene el compromiso de establecer estándares para coberturas y normas técnicas, así como evaluar los planes de cuidados de enfermería establecidos en el año anterior.

En el apartado de calidad, se establecen criterios estructurales mediante la implantación de la Comisión de Calidad, que debería existir en cada Gerencia.

En el nuevo apartado de gestión de la prestación farmacéutica, se mantiene el compromiso de implantación del "digitalis", el desarrollo de un nuevo modelo de nomenclator farmacéutico que incluye las dosis diarias definidas por principio activo y se introduce la productividad variable por prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (ver capítulo XI).

En incapacidad temporal, se compromete el diseño de un nuevo sistema de información: el SIGIT.

El apartado de Coordinación Primaria-Especializada precisó el acompañamiento de una Addenda de Coordinación, con la existencia de cuatro grandes áreas: mejorar los sistemas de información; asunción por parte de A.P. de la gestión de oferta de determinadas especialidades; un adecuado pacto oferta-demanda y la garantía de la continuidad de cuidados al alta hospitalaria.

El Contrato de Gestión 2001

El último Contrato suscrito entre la Dirección General y las Gerencias, se caracterizó por la existencia de modelos alternativos, para las cláusulas relacionadas con farmacia y calidad, en función de los diferentes avances que se hubieran producido en las mismas.

Este Contrato de Gestión vuelve a repetir las cláusulas ya incluidas en 1998 de población, oferta asistencial, financiación, objetivos asistenciales, organización y continuidad asistencial, utilización de servicios de Atención Especializada, gestión de incapacidad temporal, gestión de la prestación farmacéutica, implicación de los profesionales, gestión de la calidad, formación continuada, mejoras en los sistemas de información y añade una decimotercera cláusula, asumiendo otras "líneas estratégicas de actuación", que pretendía recoger y monitorizar otras posibles actuaciones en las que las Gerencias de Atención Primaria vinieran trabajando y que no pudieran ser reflejadas en las líneas comunes.

En este Contrato de Gestión, se excluye la cláusula de incentivación (ver Capítulo XI), dado que estaba siendo objeto de pacto sindical en la Mesa Sectorial.

En este año, el 2001, dado que se habían implantado todas las Gerencias del 061, se formalizan Contratos de Gestión con las 57 Gerencias de Atención Primaria y las 10 del 061.

Procedimiento de negociación

Los anexos que cada año acompañaban los Contratos-Programas y Contratos de Gestión, eran negociados por la SGAP (algún año puntual, también con los responsables de la Subdirección General de Control Económico y Presupuestario) y las Gerencias de Atención Primaria, en presencia de su Director Provincial y Director Territorial.

Las negociaciones de los Contratos, partían de una propuesta inicial de la SGAP y un debate sobre las metas a alcanzar cada año, por parte de las GAP, especialmente en los servicios que componían la cartera, las cifras de presupuesto asignadas y las posibilidades de incrementar los nuevos recursos.

En general, estos tres grandes apartados, eran los que mayor tiempo consumían en la negociación, los dos primeros porque eran los que facilitaban el poder incentivar y el tercero, porque posibilitaba el dar respuesta a las demandas y expectativas de los profesionales, ciudadanos y autoridades locales.

En estos casi diez años de experiencia acumulada, con las medidas detalladas en párrafos anteriores, los Contratos han mantenido tres elementos imprescindibles:

- La asignación presupuestaria, especialmente en el capítulo IV (recetas médicas) y capítulo I (personal).
- El pacto de coberturas de los servicios existentes en cada momento en la cartera.
- La financiación de nuevas acciones.

La comparación entre Gerencias ha sido fundamental, en los momentos de negociación, y para ello ha sido imprescindible la existencia de la base de usuarios de la tarjeta sanitaria individual.

Los elementos que mayores cambios han ido presentando de un año a otro, y que posiblemente por ello ha tenido más dificultad para consolidarse, han sido los referidos al procedimiento de “relación-coordinación” institucional entre Atención Primaria y Atención Especializada. Otro elemento poco asentado ha podido ser el referido a los aspectos de formación continuada e investigación, especialmente, éste último.

En los últimos años la importancia y trascendencia de los Contratos de Gestión ha ido aumentando, de tal manera, que todos los interlocutores (otras Subdirecciones Generales, Organizaciones Sindicales, Sociedades Científicas,...) querían ver reflejados sus legítimos intereses en las cláusulas de los Contratos, por lo que se ha ido incrementando el número de las mismas bajo el lema de que “todo estuviera incluido en los Contratos de Gestión”, y el argumento de “lo que no se mide o visualiza no existe”.

Monitorización

Desde el primer Contrato Programa, la Subdirección General de Atención Primaria fue consciente de que las metas, indicadores y objetivos recogidos en el mismo, precisaban de su correspondiente seguimiento y evaluación, y para ello se diseñó un procedimiento de monitorización donde se comparaba la meta esperada con el resultado obtenido. A partir de ahí la Subdirección General de Atención Primaria efectuaba un breve análisis descriptivo sobre su evolución y las posibilidades de mejora.

Inicialmente, esta monitorización fue de carácter trimestral, hasta el año 1997, posteriormente, semestral y finalmente, para el año 2001, ha sido anual.

Las copias de estas monitorizaciones, con los comentarios y sugerencias que merecían los “datos”, eran remitidas a las Gerencias, Direcciones Provinciales, Direcciones Territoriales y Direcciones Generales de los Servicios Centrales.

De igual forma que se mencionaba en el apartado de negociación, han sido los parámetros relacionados con el balance presupuestario y el cumplimiento de los pactos de coberturas de servicios, los que más “tensiones” han generado.

A modo de resumen, la figura X.1 recoge las cláusulas por años:

FIGURA X.1			
1993	1994/5/6	1997	1998-2001
<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de servicios sanitarios • Urgencias-Gestión • Mejora de calidad • Financiación 	<ul style="list-style-type: none"> • Provisión Servicios • Organización • Calidad • Financiación • Descentralización gestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Principios institucionales • Objetivos y programas asistenciales • Organización asistencial • Financiación • Participación e incentívación • Formación continuada 	<ul style="list-style-type: none"> • Población • Oferta asistencial • Financiación • Objetivos y calidad asistencial • Calidad • Coordinación primaria-especializada • Participación profesionales • Contratos gestión asistencial • Incentívación • Formación continuada • Incapacidad temporal

Tendencias futuras

La relación contractual entre Equipos Directivos que gestionen la atención sanitaria y sus “Servicios Centrales”, va a continuar, posiblemente, siendo una realidad cotidiana, fruto de la recomendada separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios sanitarios. La manera de articular esta relación será el establecimiento de unos objetivos de actividad-calidad y utilización de recursos, que se podrán denominar contratos, pactos o acuerdos, pero que fijarán lo que el poder público (financiador) espera del proveedor (atención sanitaria).

Es muy probable que estos pactos o acuerdos se enmarquen dentro de unas prioridades de salud, recogidas en los Planes de Salud, que las autoridades públicas habrán de fijar, conforme a los derechos y expectativas de los ciudadanos y adecuarlos a las especiales características de entorno externo e interno de cada Gerencia, de acuerdo con las líneas operativas que vayan estableciendo en su Plan Estratégico.

Fijados estos objetivos en salud, se establecerá la planificación estratégica para su asunción, delimitando aquellas actividades y actuaciones que la sociedad pueda asumir, para mejorar su nivel de salud individual y colectiva.

A partir de esas actividades promotoras y regeneradoras de salud, cabrá la posibilidad de que su atención (provisión) se efectúe con proveedores públicos o privados. La compra de prestaciones y servicios se podrá efectuar de manera integral (sin separación entre niveles asistenciales), mediante la adquisición de paquetes integrados (gestión de enfermedades) o bien separados, en base a los niveles de competencia asistencial (primaria, especializada, emergencias), e incluso de forma mixta para algunas patologías, especialmente las crónicas o de cribado sin distinguir entre niveles (patrones epidemiológicos) y el resto de la atención por niveles asistenciales.

El establecimiento de esas prioridades de salud, es casi seguro que aconsejen la versatilidad de las estipulaciones y cláusulas de los contratos, ya que las necesidades de salud difieren de unos territorios a otros, de ahí la utilidad de efectuar cada Gerencia de Atención Primaria su propio Plan Estratégico.

El esquema anual de pacto-evaluación-nuevo pacto, es muy probable que se modifique, aumentando el tiempo de duración del contrato, mediante renovaciones parciales, de carácter anual (especialmente las financieras).

Los elementos que, conforme al contrato o pacto mantendrán, seguramente, la medición de actividad-calidad-utilización de recursos. Estos parámetros, en atención primaria, es casi seguro que se modificarán; así, por ejemplo, la actividad a medida que se vaya finalizando el proceso de informatización clínica, separará la medición de la actividad profesional tomada como número de actos, sin identificación individual, de la cobertura alcanzada de algunas patologías crónicas y preventivas que actualmente ya se pueden cuantificar y comparar.

La calidad, medida a través de unos parámetros aislados entre sí y sobre diferentes dimensiones de calidad, es muy probable que den fruto a la monitorización y acreditación de unos estándares de mejora continua y reconocimiento externo.

La utilización de recursos en Atención Especializada, tomada como comparación entre lo “asignado” y lo “utilizado”, es casi seguro que se modificará, tanto en los criterios de “asignación” como en la medición de lo “utilizado”, mediante el uso de indicadores más representativos de la efectividad clínica (resolución en atención primaria) y la eficiencia.

Creemos que los Contratos de Gestión, o como se denomine esta relación entre financiador y proveedor, va a continuar y se va a mejorar a medida que se aumenten la calidad y efectividad de los sistemas de información disponibles.

Si esto ocurre, lo que va a primar es la existencia, cada vez mayor, de unos sistemas de incentivación potentes, que permitan tanto “premios” como “castigos” por el mayor o menor grado de cumplimiento de los objetivos que se establezcan en los citados contratos, ya que el compromiso que adquieren los profesionales y sus equipos directivos por cumplir los objetivos institucionales y de empresa, tienen que verse reflejados de manera explícita.

Bibliografía

1. Cartera de Servicios
2. INSALUD. Asignación de Recursos. 1993. Madrid. (Documento no publicado).
3. INSALUD. Manual de imputación de Costes. 1993.
4. INSALUD. Indicadores de calidad en la prescripción farmacéutica. Manual. 1993.
5. Circular de la Dirección General del INSALUD 37/1989 (29 de diciembre), sobre tarjeta sanitaria individual
6. Resolución de 15 de enero de 1993, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector, sobre atención primaria (BOE nº 28 de 2 de febrero).
7. Real Decreto 63/95 (20 enero) de ordenación de prestaciones sanitarias. (BOE nº 35 de 10.02.95).
8. Real Decreto 1140/96 (24 mayo), por el que se reestructuran determinados Organismos adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo.
9. Real Decreto 1893/1996 (2 de agosto), de estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, de sus organismos autónomos y del INSALUD.
10. Circular de la Dirección General del INSALUD 5/96 (5 de agosto) sobre tramitación de propuestas renovación y cese de equipos directivos.

XI. SISTEMAS DE INCENTIVACIÓN

Guerra Aguirre, Javier

Introducción

El personal de Atención Primaria, tanto los componentes de los Equipos de Atención Primaria (EAP), como las Unidades de Apoyo (UA) y el personal directivo de las Gerencias (EDAP), perciben sus retribuciones conforme al Real Decreto Ley 3/87 ⁽¹⁾, que configuró un sistema salarial basado en unas retribuciones básicas (sueldo base y trienios) y unas retribuciones complementarias (complemento de destino, productividad (fija y variable) y atención continuada (modalidad A y modalidad B)).

El personal funcionario dependiente de las Comunidades Autónomas, percibe su sueldo base por parte de la Comunidad Autónoma y el resto de retribuciones, por su condición de asistencia sanitaria a los beneficiarios de la Seguridad Social a cargo del INSALUD. La cuantía del sueldo base se establece en cinco tramos según el grupo de clasificación: A (personal licenciado); B (titulados de grado medio); C (Bachiller superior o FP 2º grado); D (graduado escolar o FP 1º grado) y E (graduado escolar), y es igual para todos los componentes de la misma categoría. En el caso del personal funcionario, si no llega a la cuantía establecida anualmente para el personal de la Administración Central, es completado por el INSALUD, en concepto de productividad. Esta situación se da en las Comunidades Autónomas de Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha y Murcia.

El complemento de destino, que mensualmente se cobra en la nómina, es una cuantía por el nivel que se tiene dentro de la escala de la administración, pudiendo oscilar desde el nivel 30 al nivel 10. En el caso de atención primaria, el Coordinador de un EAP posee el nivel 26, un médico de EAP o del 061 el nivel 24 y una enfermera el nivel 20.

El concepto retributivo de productividad fija es fijado en función del especial rendimiento, interés o la iniciativa del titular del puesto y es éste el que sufrió una modificación fundamental en los Acuerdos Sindicales de 1992 ⁽²⁾, ya que modificó el procedimiento de abono de los profesionales sanitarios de los EAP, al ser fijada esta productividad en función del número de ciudadanos que cada médico de familia y/o pediatra tuviera adscritos, así como la condición de los mismos: edad y dispersión geográfica.

En los mencionados Acuerdos, también se modificó sustancialmente el procedimiento de abono de las horas dedicadas a la atención continuada, ya que en lugar de ser abonados por tramos de horas efectuadas (existentes con anterioridad al Acuerdo), fijó el abono de una cuantía de cantidad similar a atención especializada, abonándose por el número de horas efectuadas.

Finalmente, en los citados Acuerdos, en su apartado II (aspectos retributivos), se fijó la introducción de un sistema de evaluación de la gestión de los recursos y de los servicios de cada EAP definiendo que la tarea de evaluación de los servicios se efectuaría sobre aquéllos que se definieran para la atención primaria, ponderándose de forma primordial los relacionados con actividades de prevención y promoción de la salud incluidos en la cartera de servicios de los Centros, en los términos que se pudieran establecer en coordinación con las Comunidades Autónomas respectivas, estableciéndose la participación de los profesionales en la organización y gestión de los recursos de los EAP.

Descripción histórica

Justo a partir de los mencionados Acuerdos Sindicales y el establecimiento en los Contratos-Programas (ver capítulo apartado X), es cuando se comienza con el procedimiento que se ha denominado Sistema de Incentivación en Atención Primaria en el INSALUD.

Cualquier aproximación a la incentivación hay que encuadrarlo dentro del sistema retributivo existente, con independencia del elemento que se tome de referencia y se cuantifique para su incentivación, sustentado sobre los sistemas de información disponibles en cada momento.

La necesidad de discriminar entre aquellas Gerencias que alcanzaran un mayor grado de cumplimiento de objetivos (actividad, utilización de recursos, calidad, participación de los profesionales,...), que formaban parte de los Contratos Programas, aconsejó el establecer un sistema de incentivación que posibilitara el reconocimiento de ese mayor esfuerzo y su traducción presupuestaria en recursos adicionales.

En la historia de la atención primaria hay siempre que vincular Contrato Programa con Sistema de Incentivación, ya que no ha existido el uno sin el otro.

De igual manera que en el capítulo anterior se han ido señalando las novedades contenidas cada año en los Contratos, en este apartado se va a efectuar un breve recorrido por las novedades introducidas en el sistema de incentivación.

Es preciso mencionar que los avances que se han producido lo han sido cuando las mejoras en los Sistemas de Información lo han permitido, y así algunos aspectos enunciados en los Contratos (consumo de recursos en el nivel especializado, la incapacidad temporal, las innovaciones organizativas,...), en gran parte, por carecer de ese elemento informativo, no han tenido su traducción en los criterios de incentivación.

Otro elemento básico en los diseños de incentivación efectuados ha sido la "comparabilidad entre Gerencias", conocido como Sistemas de Torneo. Para lo cual fue necesario desde el principio introducir herramientas de ajuste principalmente demográficas y de dispersión, con su correspondiente traducción presupuestaria. En tal sentido apareció el concepto de subfinanciación/subvención de la Gerencia; esta clasificación de Gerencia con subfinanciación y con subvención, fue el resultado de aplicar homogéneamente los teóricos criterios de asignación de recursos a todas y cada una de las Gerencias, en base a su estructura poblacional y comparados con el estándar establecido para el conjunto del INSALUD, de tal forma que cuando su presupuesto anual, tomado como gasto/habitante ajustado, era superior al valor estándar, dicha cuantía era considerada como subvención e la explotación y, en caso contrario, subfinanciación (ver capítulo VII- asignación presupuestaria)

Efectuado este ajuste que permitía avanzar hacia la comparabilidad entre Gerencias, en los primeros años (1994-1997) el porcentaje de créditos adicionales para cada Gerencia era el resultado de aplicar una fórmula matemática en base al valor obtenido en la comparabilidad de dos elementos:

- Porcentaje del primer componente del producto (cobertura alcanzada en los diferentes servicios de la cartera por su valor técnico).
- Porcentaje del cumplimiento de asignación presupuestaria (integrados los capítulos económicos de personal, bienes y recetas médicas).

La aplicación de estos porcentajes suponía el clasificar a la mejor Gerencia en un valor 100 y al resto de las mismas proporcional al valor obtenido tanto en el pacto de servicios como en el pacto de financiación.

Si además la Gerencia se encontraba encuadrada en el grupo de Gerencias subfinanciadas, se incrementaba la cuantía de los valores obtenidos.

La traducción económica de esos porcentajes se efectuaba contra el balance presupuestario específico de cada Gerencia, con un rango máximo del 80% del crédito generado por la misma y un rango mínimo del 2%. Por ello era requisito imprescindible que la Gerencia hubiera cumplido su pacto presupuestario. Con posterioridad se añadió como otro elemento imprescindible el alcanzar el pacto de coberturas de servicios. Otro elemento de compatibilidad y traducción aritmética a la fórmula era el porcentaje de cumplimiento de Normas Técnicas Mínimas.

En 1995 se incorporaría otro elemento de competitividad entre Gerencias: la satisfacción de los usuarios al utilizar los servicios de atención primaria (ver capítulo IV.3).

El crédito adicional obtenido por la Gerencia se le aplicaba en el presupuesto del año siguiente, ya que la evaluación de los pactos de cobertura de servicios y, especialmente, el presupuestario se efectuaba al cierre del ejercicio.

En síntesis, estos primeros años de aplicación del sistema de incentivación vinieron caracterizados por:

- Unidad de evaluación la Gerencia: el profesional/EAP percibiría incentivos si se encontraba en una Gerencia que había cumplido su Contrato, de lo contrario, por muy buenos resultados que hubiera alcanzado su EAP, no obtendría incentivos.
- Requisitos imprescindibles: alcanzar un balance positivo entre el presupuesto asignado y el gasto efectuado, así como alcanzar el pacto de coberturas de servicios.
- Comparabilidad en los resultados obtenidos Intergerencias: balance presupuestario anual, cobertura de servicios, normas técnicas mínimas y satisfacción del usuario.
- Ajuste en la comparación a través del concepto subvención/subfinanciación.
- Porcentaje del crédito obtenido por cada Gerencia en base a la “cantidad excedentaria en el balance económico”.

Este procedimiento de elementos “llave” (requisitos imprescindibles), unidad de evaluación (conjunto de la Gerencia) y crédito obtenible (porcentaje sobre su balance presupuestario), aconsejaron el ir introduciendo en los años posteriores, elementos de flexibilidad.

Dada la importancia que en la asignación presupuestaria a una Gerencia tiene la cantidad destinada a recetas médicas (farmacia), esta cantidad se convertiría en el elemento fundamental, para que un profesional de atención pudiera percibir incentivos, con independencia de que fuera médico o no médico.

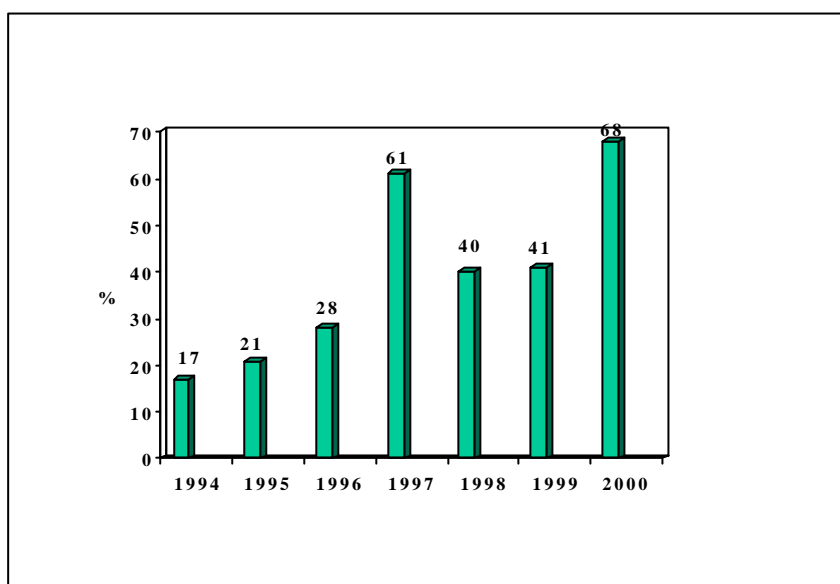
Han sido los diferentes presupuestos disponibles en farmacia para cada ejercicio y cada Gerencia, los que han limitado el porcentaje de profesionales perceptores de incentivos, lo que no supone que éstos no cumplieran con el resto de objetivos. Incluso hasta 1997, podía darse el caso de que un EAP cumpliera también con su propio presupuesto de farmacia, pero si el conjunto de médicos prescriptores de la Gerencia sobrepasaba el presupuesto asignado a la misma, no percibía incentivos ningún profesional de la Gerencia.

En la figura XI.1 “Evolución porcentual de perceptores de incentivos” se puede apreciar como hasta 1997 el porcentaje de profesionales perceptores de incentivos no superaba la cuarta parte, lo

que permitía que ese escaso número de profesionales percibiera una cuantía, en torno al 10 % de su retribución anual, ya que las tres cuartas partes de los profesionales percibían cero en concepto de incentivos.

Aunque existía la posibilidad de dedicar una parte de los incentivos para mejorar dotaciones (sustituciones de personal, documentación, informática...), preferentemente, el 90-95 % de las cuantías se concentraban en retribuciones en el concepto de productividad variable.

TABLA XI.I.: Evolución porcentual de perceptores de incentivos



Fuente: Subdirección General de Atención Primaria.

En 1997, se produce un cambio sustancial ya que la medición y evaluación que la Dirección General efectuaba para la percepción de incentivos, no se produce a nivel de Gerencia, sino que se desciende a nivel de cada EAP, de forma que ya no era imprescindible encontrarse en una Gerencia cumplidora de su Contrato Programa para percibir incentivos. Eso sí, se establece un porcentaje (20 %) de penalización, si el EAP pertenece a una Gerencia no cumplidora. El sistema de incentivación, a nivel de EAP, no obstante, reproduce miméticamente a este nivel de EAP, los criterios ya señalados para la Gerencia: cumplimiento del pacto presupuestario que cada Gerencia establecía con cada EAP y el pacto de coberturas por servicios de la cartera que cada EAP formalizaba con su Gerencia.

Algunas Unidades de Apoyo por su especial singularidad y tener más dificultades para poderse ver reflejados en los servicios de la cartera, establecían unos "pactos de actividad específicos", disponiendo de una mayor posibilidad para la percepción de incentivos, ya que al carecer de presupuesto de recetas médicas, el pacto presupuestario presentaba mayores posibilidades de éxito.

En la figura XI.1 se aprecia el gran salto en el porcentaje de profesionales que percibieron incentivos en ese año (1997). En parte puede ser atribuible a “esta novedad”, pero sobre todo a que la asignación presupuestaria de farmacia, no tuvo en cuenta las medidas estructurales que el Ministerio de Sanidad y Consumo emprendería (ver capítulo VII) y posibilitaron un fácil cumplimiento del presupuesto de farmacia. De hecho, en los años 98 y 99 se mantuvo el nivel de evaluación a nivel de EAP y no se volvió a alcanzar este porcentaje de incentivos.

Para facilitar este procedimiento se establecieron dos niveles de incentivación: uno, el reservado a cada EAP y Unidad de Apoyo y otro, el correspondiente a un Torneo entre Gerencias.

La suma de los “créditos reservados” para los EAP y Unidades de Apoyo, formaría parte de los Contratos de Gestión (ver capítulo XXX). Las “reservas” de las Unidades que no cumplieran su pacto de actividad engrosarían el crédito disponible para las Gerencias que pasaran el sistema de torneo.

Con posterioridad, se han aplicado porcentajes de penalización por no alcanzar el pacto financiero a nivel de EAP, pero ha sido suficiente que la Unidad alcanzara el pacto de actividad, para poder percibir incentivos, aunque en menor cuantía que otros EAP que si cumplieron el resto de objetivos y pertenecerían a Gerencia que participa en el Torneo.

En 1998, se transformó el Sistema de Torneo Intergerencias, que cumplían los dos requisitos imprescindibles: pacto presupuestario y pacto de coberturas de servicios, mediante el establecimiento de una cuantía presupuestaria global para incentivos de rendimiento, que figuraría en el presupuesto del ejercicio siguiente al que se evaluaba, con lo que ya se tenía como techo el propio crédito generado por cada Gerencia, y desapareciendo el concepto de subvención/subfinanciación a la hora de incentivar. Los créditos que obtuviera cada Gerencia eran el resultado de aplicar el Sistema de Torneo que comparaba a las GAP los resultados obtenidos en cinco parámetros:

- Cumplimiento de normas técnicas.
- Índice sintético de satisfacción, (obtenido por la encuesta anual de satisfacción, con representatividad a nivel de Gerencia).
- Las coberturas alcanzadas en los servicios de la cartera por su valor técnico.
- El gasto habitante ajustado (resultado de ponderar la edad de los ciudadanos de cada Gerencia, y el porcentaje de los mismos con farmacia gratuita).
- La tasa poblacional de utilización de medicamentos denominados de valor intrínseco no elevado “medicamentos de baja actividad terapéutica “UTB” ⁽³⁾.

Para cada uno de estos parámetros se establecía un peso relativo de puntos, otorgando la máxima puntuación en cada parámetro a la Gerencia que mejores resultados obtuviera y al resto de las Gerencias la aplicación de su escala proporcional.

Dado que los créditos disponibles para la incentivación, no han venido creciendo puntualmente al mismo ritmo que el número de profesionales preceptores, ello ha supuesto que la cantidad media disponibles haya descendido. Las cuantías máximas para cada categoría han sido establecidas por la Dirección General, conforme a las siguientes cifras

- Grupo A: 525.000 ptas.
- Grupo B: 352.000 ptas.
- Grupo C: 278.000 ptas.
- Grupo D: 247.000 ptas.
- Grupo E: 231.000 ptas.

Al descender a nivel de EAP y Unidad de Apoyo, la posibilidad de percibir incentivos, con independencia de que pertenecieran o no a Gerencia cumplidora de su Contrato Programa, obligó a que la SGAP estableciera la correspondiente monitorización de EAP que cumplieran o no su Contrato de Gestión. En la tabla XI.2, “porcentaje de EAP que cumplen su Contrato”, se puede apreciar el número de EAP y los criterios que cumplieran:

TABLA XI.2: Porcentaje de EAP con cumplimiento Contrato Gestión

AÑO	% EAP CUMPLEN PACTO PRESUPUESTARIO	% EAP CUMPLEN PACTO COBERTURA SERVICIOS	% EAP CUMPLEN LAS 2 CONDICIONES	% EAP NO CUMPLEN NINGUNA CONDICIÓN
1998	48	63	40	29
1999	47	80	42	15
2000	43	79	33	18

Fuente: Subdirección General de Atención Primaria.

En el año 2000, se flexibilizan más los “requisitos imprescindibles” para considerar que un EAP puede percibir incentivos y se deja exclusivamente el pacto que el EAP establezca con la Gerencia, vinculado al grado de cobertura de los servicios de la cartera, multiplicados por su valor técnico (primer componente del producto). –ver capítulo II.1 “Cartera de Servicios”, y se elimina como elemento llave el cumplir con el proyecto asignado a su propio EAP.

Incentivos por prescripción de genéricos

En el año 2000, como medida de promoción de una calidad en la prescripción farmacéutica, el INSALUD introdujo, además, un sistema de incentivación individualizada, entre los médicos

prescriptores (médicos de familia y pediatras de EAP-CUPO-APD y odontólogos), en base a alcanzar unos porcentajes de prescripción de genéricos, modulados por un gasto/habitante ponderado (porcentaje de ciudadanos sin aportación de farmacia) de carácter semestral. Este sistema de incentivación individualizada para facultativos, era compatible con el procedimiento global establecido a nivel de EAP.

Los sistemas de información de prescripción farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, señalan que el INSALUD era el Servicio de Salud que mayor porcentaje de especialidades farmacéuticas genéricas prescribía, y por ello surgió la duda ¿se podían atribuir en exclusiva al sistema de incentivación diseñado?, o, por el contrario ¿eran reflejo de la labor desarrollada por los Servicios Farmacéuticos de AP y las Gerencias en los años precedentes?.

Las controversias sobre este mecanismo tan directo “si prescribes un porcentaje de e.f.g., percibes una cantidad x”, junto con elementos motivados por la posible desvinculación a objetivos de un equipo multidisciplinar, la no generalización de estas cuantías a otros profesionales, (especialmente enfermeros, que colaboran en la educación sanitaria de la población) y la introducción del sistema de precios de referencia (con la posibilidad de modificar el envase entregado por la oficina de farmacia), supuso la desaparición de esta fórmula de incentivación para el año 2001.

En el año 2001 desapareciendo de las cláusulas de los Contratos de Gestión el sistema de incentivación, se estableció un procedimiento de incentivación en atención primaria, refrendado por la mayoría de las Organizaciones Sindicales ⁽⁴⁾ consistente en fijar una cuantía media para cada categoría profesional, (fruto de ponderar las categorías profesionales, conforme a la siguiente valoración: E= valor 1; D= valor 1,08; C= valor 1,29; B= valor 1,86 y A= valor 3,00). De forma que esta cuantía se multiplica por cada profesional que suscribe el Contrato de Gestión Clínico-Asistencial, y la suma de dichas cantidades constituye la bolsa de reserva de la Gerencia de Atención Primaria y/o Gerencia de Atención Primaria del 061.

Esta bolsa reservada a la Gerencia, al final del ejercicio, se podría ver mermada en un porcentaje de penalización si no cumple la Gerencia alguno de los siguientes objetivos:

- No alcanzar el pacto de cobertura de servicios del Área (40 % de penalización).
- No alcanzar el pacto presupuestario (30 % de penalización).
- No encontrarse en un valor superior al 85 % en el índice sintético de satisfacción del usuario (10 % de penalización).
- No superar el 85 % de especialidades farmacéuticas genéricas del INSALUD (20 % de penalización).

Este nuevo sistema de incentivación, cuyos datos no se pueden aportar, en el momento de redactar estas líneas, suponen, por primera vez, que no va a existir la “ley del todo o nada” ya que hasta el año 2001 no cumplir con el pacto de coberturas de servicios y no alcanzar el pacto presupuestario eran imprescindibles para poder entrar en el torneo Intergerencias. Además, cuenta con el respaldo sindical, por primera vez en los diez años de aplicación de incentivos en atención primaria del INSALUD. Pero al ser el nivel de posible penalización la Gerencia, éstas han tenido serias dificultades para comprometer una cantidad a cada unidad en el momento de formalizar su contrato, ya que depende del resultado global de sus Unidades para poder conservar el total de su reserva de créditos.

Asignación Individual de Incentivos

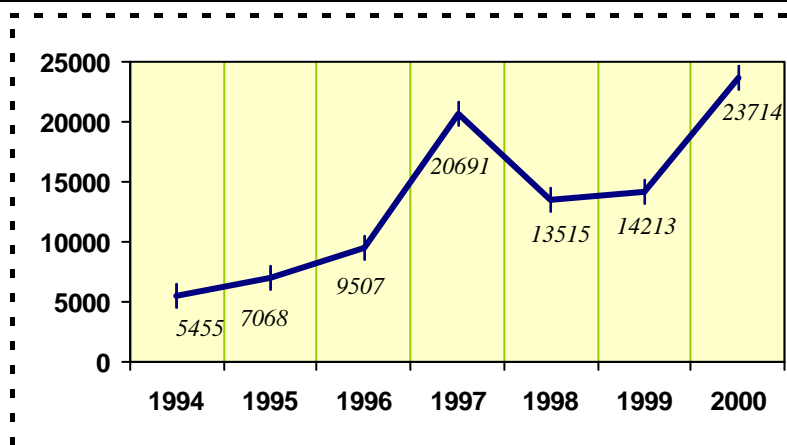
La cuantía que cada profesional puede percibir en concepto de incentivación, viene limitada, anualmente, en unas cuantías necesarias que fija la Dirección General, pero las oscilaciones entre componentes desde la misma categoría, son establecidas por la propia Gerencia que las aprueba, a propuesta de los Coordinadores y previo debate en el Consejo de Gestión de cada Gerencia.

El sistema de incentivos para el 2001, ha establecido un órgano de vigilancia y control que tiene entre otras finalidades el conocer el reparto y distribución de incentivos por Unidad y profesional, que es la Comisión Local de Incentivos, con composición paritaria entre las Organizaciones Sindicales firmantes del Acuerdo referido y los Equipos Directivos de Atención Primaria.

Tablas y Figuras

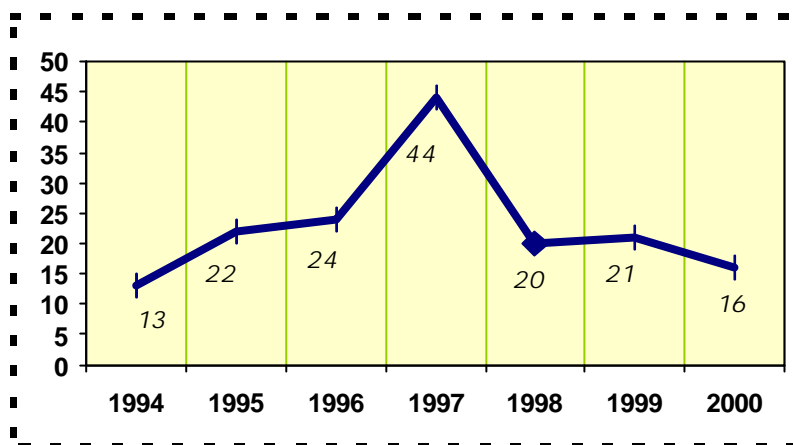
En la figura XI.2, se recoge el número total de profesionales que han percibido incentivos.

FIGURA XI.2: Número absoluto de profesionales perceptores de incentivos



En la figura XI.3 se puede apreciar la evolución del número de Gerencias que cumplen su Contrato Programa hasta el año 2000.

TABLA XI.3: Número absoluto de gerencias que cumplen su contrato programa



Tendencias futuras

El sistema de incentivación en atención primaria, y a falta de conocer los datos del año 2001, que es el primero en el que no existe algún tipo de requisito imprescindible para su percepción, va a estar muy vinculado al procedimiento de gestión que atención primaria se decida a establecer.

La experiencia de estos casi diez años en el INSALUD en este sentido, se ha basado en la introducción de técnicas organizativas y directivas basadas en la Dirección Participativa por Objetivos (DPO), articulados a través de los Contratos de Gestión. Y dado que éstos, es muy probable que se puedan mejorar en los próximos años, es casi seguro que potenciarán nuevos y mejores sistemas de información que posibiliten la introducción de nuevos elementos y criterios, a la hora de evaluar el desempeño y el rendimiento de los profesionales de la atención primaria.

Los escenarios macroeconómicos no prevén grandes incrementos retributivos para el personal de la administración pública y, por ello, es probable que las partidas presupuestarias que puedan verse incrementadas sean las destinadas a retribuir el diferente grado de cumplimiento de objetivos que establezca la Institución. Pero también existe la posibilidad de que, o bien por el diseño de una carrera profesional retribuida o bien por la comparación de las retribuciones entre los diferentes Servicios de Salud, puedan favorecer la absorción de estos créditos, para dar respuesta a cualquiera de estas dos situaciones.

La ética de la incentivación, en base al uso o no de determinados recursos, por parte de los profesionales, va a continuar formando parte del debate ya existente en esta materia.

No obstante, cualquier criterio de incentivación que se pueda emplear, debería de cumplir con unos requisitos tales:

- Que sea comprensible y de fácil aplicación para los profesionales de atención primaria.
- Que lo que se incentive sea claro en sus enunciados; fehado en el tiempo; concreto en su definición; medible con los sistemas de información disponibles; alcanzable con el punto de partida y la meta fijada; estimulante para el profesional que lo alcance; participativo en su diseño y que el esfuerzo que haya que poder desarrollar para su obtención lo compense.

Cualquier sistema de incentivación, en síntesis, ha de ser participado, fácil de obtener y monitorizar los elementos que lo compongan, debiendo permitir discriminar la buena práctica profesional, favoreciendo la visión de la atención primaria, que no es otra que colaborar en la mejora de la salud individual y colectiva de las personas.

Bibliografía

1. Real Decreto Ley 3/87, de 11 de septiembre, de la Jefatura del Estado, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (BOE nº 219 de 12.11.87).
2. Resolución de 15 de enero de 1993, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, por la que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector, sobre atención primaria (BOE nº 28 de 2 de febrero)
3. Indicadores de calidad en la prescripción farmacológica. INSALUD. SGAP. Diciembre 1993.
4. Acuerdos Sindicales sobre Incentivación en Atención Primaria. Madrid. Agosto 2001.

CARTERA DE SERVICIOS

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Ángel **ABAD BASSOLS**

Rafael **ALONSO ROCA**

Cándido **BARQUINERO CANALES**

Carmen **FERRER ARNEDO**

Marta **GARCÍA SOLANO**

Ina **JORDÁN GIL**

Pilar **KLOPPE VILLEGAS**

Salvador **LOU ARNAL**

Siro **LLERAS MUÑOZ**

María **MARTÍN RABADÁN MURO**

M^a Teresa **ROMERA GARCÍA**

Ricardo **RUIZ DE ADANA**

Mario **SOLER TORROJA**

Luis **VEGA LÓPEZ**

OTROS PROFESIONALES QUE HAN PERTENECIDO AL GRUPO DE CARTERA

Concepción **ÁLVAREZ HERRERO**

M^a Ángeles **CUSTEY MALE**

Manuel J. **GARCÍA ENCABO**

Encarna **GRIFELL MARTÍN**

Lauro **HERNANDO ARISALETA**

M^a Dolores **JIMÉNEZ ROMANO**

José M^a **LOBOS BEJARANO**

Santiago **MARTÍN ACERA**

Rosario **MUÑOZ GONZÁLEZ**

Pedro **PARRA HIDALGO**

PLANES DE CUIDADOS DE CARTERA DE SERVICIOS

Coordinación: Ángel **ABAD BASSOLS**

Juan Luis **BADALLO LEÓN**

Javier **CARRASCO RODRÍGUEZ**

José **CIÉRCOLES PRADO**

Dolores **CORRALES NEVADO**

Carmen **FERRER ARNEDO**

Rosa M^a **IGLESIAS RIVERO**

Jaime **JAMER MATEU**

Ina **JORDÁN GIL**

Rafael **LÓPEZ MARTÍNEZ DE PINILLOS**

Elena **MARTÍN ROBLEDO**

Salvadora **SANCHO VIUDES**

CARTERA DE SERVICIOS EN OMI-AP

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Ángel **ABAD BASSOLS**

Rafael **ALONSO ROCA**

Santiago **ÁLVAREZ**

Miriam **ARÉVALO**

Marta **GARCÍA SOLANO**

Ina **JORDÁN GIL**

Salvador **LOU ARNAL**

Manuel **MERINO MOINA**

M^a Teresa **ROMERA GARCÍA**

Ricardo **RUIZ DE ADANA**

Sergio **RUIZ ALONSO**

Mario **SOLER TORROJA**

Alfonso Luis **VALLE POO**

Luis **VEGA LÓPEZ**

PLANES DE CUIDADOS DE CARTERA DE SERVICIOS EN OMI-AP

Coordinación: Ángel **ABAD BASSOLS**

Antonio **ARRIBAS CACHÁ**

Juan **CÁRDENAS VALLADOLID**

José M^a **SANTAMARÍA GARCÍA**

SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE CARTERA DE SERVICIOS

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Fernando **ÁLVAREZ GUIASOLA** (SEMFYC)

Alberto **CABAL GARCÍA** (SEMFYC)

Pedro Javier **CAÑONES GARZÓN** (SEMG)

Juan **CÁRDENAS VALLADOLID** (FAECAP)

José Antonio **GRANADOS GARRIDO** (SEMFYC)

Montserrat **HERRANZ LÓPEZ** (SEMERGEN)

Fernando **MALMIERCA SÁNCHEZ** (SPEH)

Jaime **MARTÍN MORCILLO** (FAECAP)

Luis **MARTÍN ÁLVAREZ** (SPEH)

Miguel Angel **RIPOLL LOZANO** (SEMG)

Gerardo **SANTIAGO Y MARTÍN-FONSECA** (SEMERGEN)

Mario **SOLER TORROJA** (SEMFYC)

ATENCIÓN DOMICILIARIA CON EQUIPO DE SOPORTE

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Marta **GARCÍA SOLANO**

Ángel **ABAD BASSOLS**

Dolores **GIL NEBOT**

María Luisa **GALIANO**

Rafael **LÓPEZ MARTÍNEZ**

Francisco **SANZ JUEZ**

Nuria **PÉREZ DE LUCAS**

Sergio **MINUÉ LORENZO**

Gerardo **GARZÓN GONZÁLEZ**

M^a Ángeles **ALONSO PANIAGUA**

Tránsito **ARÉVALO GALLEGO**

Yolanda **MARTÍNEZ CERVANTES**

Rafael **RODA NAVARRO**

Carlos **LÓPEZ GÓMEZ**

Francisco **GONZÁLEZ SANZ**

Manuel **GONZÁLEZ TORREJÓN**

Antonio **SACRISTÁN RODEA**

061

Coordinación: Marta **AGUILERA GUZMÁN**

Antonio José **ÁLVAREZ GARCÍA**

Antonio **CURIESES ASENSIO**

Raúl **ECHEVARRÍA BERRUECO**

José **FRANCO ARROYO**

Marta **GARCÍA SOLANO**

Pedro Manuel **HERNÁNDEZ LÓPEZ**

Violeta **MARTÍNEZ PINDADO**

José Gabriel **REDONDO ORRES**

Miguel Ángel **RUIZ SANZ**

INDICADORES DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

Coordinación: Vicente **GÓMEZ JUANES**
Javier **ARMESTO GÓMEZ**
M^a José **CALVO ALCÁNTARA**
M^a Antonia **CANDÁS VILLAR**
Levy **CHOCRÓN BENTATA**
Santos **FIDALGO GONZÁLEZ**
M^a Dolores **GÓMEZ-MARTINO ARROYO**
M^a Ángeles **DE MARINO GÓMEZ-SANDOVAL**
Ana Isabel **RIGUEIRA GARCÍA**
Carlos **RODRÍGUEZ MORENO**
Caterina **VICENS CALDENTY**

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coordinación: Mercedes **ALFARO LATORRE**
Marta **AGUILERA GUZMÁN**
E. **CARRASCAL JORAL**
Javier **ETREROS HUERTA**
Rodolfo **FERNÁNDEZ MORENO**
S. **GARCÍA BORO**
F. **GARCÍA LATORRE**
Fidel **ILLANA ROBLES**
J. **LLOBERA CANAVES**
J. A. **MADERUELO FERNÁNDEZ**
Luis **MORELL BALADRÓN**
M. Angel **RODRÍGUEZ**
Azucena **SENDAGORTA CAMINO**
Enrique **TEROL GARCÍA**

TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

Coordinación: Víctor **BARRANCO ORTEGA**

Elena **ÁLVAREZ GARCÍA**

M^a Luz **GÓMEZ VICENTE**

Irene **LÓPEZ COVIAN**

Luis **SÁNCHEZ PERRUCA**

Antonio **PONCEL FALCO**

Mateo **MESQUIDA MAS**

Antonio **VAQUER CALAFELL**

José M^a **DE LOZAR SAHAGUN**

Juan Carlos **REDONDO SOMOZA**

José M^a **GARCÍA FERNÁNDEZ**

Alfredo **PAYA PARDO**

Evaristo **BAYON CASTAÑO**

Amparo **MONTESINOS**

Mercedes **HIDALGO ASÍS**

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN BOLETINES FARMACOTERAPÉUTICOS

Coordinación: Belén **CRESPO SÁNCHEZ-EZNARRIAGA**

Luisa **ÁVILA MUÑOZ**

Jesús **ÁLVAREZ DUQUE**

Luz **FIDALGO GARCÍA**

M^a José **MONTERO FERNÁNDEZ**

Tomás **MORERA BAÑAS**

Cristina **RODRÍGUEZ ESCOLAR**

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS

Coordinación: Luisa **ÁVILA MUÑOZ**
Belén **CRESPO SÁNCHEZ-EZNARRIAGA**
M^a Jesús **AMEZ GONZÁLEZ**
Belén **CONCEJO ALFARO**
Luz **FIDALGO GARCÍA**
Ana **BELÉN GANGOSO FERMOSE**
Isolina **GUTIÉRREZ PÉREZ**
Cristina **RODRÍGUEZ ESCOLAR**

HIPNÓTICOS Y TRANQUILIZANTES

Coordinación: Belén **CRESPO SÁNCHEZ-EZNARRIAGA**
Luisa **ÁVILA MUÑOZ**
Cristina **DEL ÁLAMO**
Carlos **ÁLVAREZ VARA**
M^a José **CALVO ALCÁNTARA**
Isabel **SASTRE GERVÁS**
Caterina **VICENS CALDENTY**

SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS Y DOSIS DIARIAS DEFINIDAS DEL INSALUD

Coordinación: Miguel **SILES GUTIERREZ**
Marta **ALCARAZ BORRAJO**
Luisa **ÁVILA MUÑOZ**
Luis Ángel **MATAIX SANJUAN**
Ana Isabel **RIGUEIRA GARCIA**
Dirección: Belén **CRESPO SANCHEZ-EZNARRIAGA**

GRUPO DE DISEÑO DE DIGITALIS

COORDINACIÓN: Belén CRESPO SÁNCHEZ-EZNARRIAGA

Vicente GÓMEZ JUANES

Luisa ÁVILA MUÑOZ

Alicia BENEDÍ GONZÁLEZ

Carmen IBÁÑEZ RODRÍGUEZ

M^a José MONTERO ALONSO

Montserrat PAJARES FERNÁNDEZ

Ana isabel RIGUEIRA GARCÍA

Miguel SILES GUTIÉRREZ