

GERENCIA UNICA: una ilusión sin evidencia

Joan Pou Bordoy. CS Camp Rodó. Palma de Mallorca (ib-salut). Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària.

Joan Gené Badía. Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE), Departament de Salut Pública Universitat de Barcelona. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Cristina Cámara González. CS General Ricardos. Àrea 11. Madrid (IMSALUD). Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Iñaki Berraondo. Subdirector Atención Primaria. SSCC Osakidetza/Svs

Joan Puig Barberà. Centre de Salut Pública Castelló. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària.

Noviembre, 2005.

1.- Introducción.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha desarrollado desde sus inicios como tal a través de un modelo organizativo integrado y estructurado en dos niveles "independientes", aunque tradicionalmente considerados de forma jerárquica con un papel hegemónico de Atención Especializada. No ha existido una separación efectiva entre financiación, compra y provisión mezclándose las tres funciones en los mismos órganos gestores de los servicios. Este modelo ha permitido el desarrollo de estructuras de gestión hospitalarias y la reforma de la atención primaria con características propias. El reto actual de nuestro sistema de salud, y de los de nuestro entorno, es adaptarse a los cambios sociales y problemas de salud emergentes asegurando la sostenibilidad económica y social.

Aunque la Ley General de Sanidad (1986) ya hablaba de Integración Asistencial Territorial sin referirse de manera específica a la gestión unificada o no de los servicios, la evolución del modelo ha seguido una tendencia "divergente" adoptando cada nivel asistencial dinámicas propias que responden a problemas específicos no habiéndose avanzado lo suficiente en la integración asistencial, lo que se ha convertido en uno de los problemas fundamentales para el sistema. Ello ha sido así a pesar de iniciativas, tanto del antiguo Insalud como en las Comunidades Autónomas (CCAA) que habían asumido competencias de gestión anteriormente, dirigidas a aumentar la coordinación y cooperación entre niveles, casi siempre mediante la creación de órganos de coordinación a nivel de mesogestión con alguna participación de los profesionales.

Las transferencias de la gestión sanitaria a las primeras CCAA supusieron (fundamentalmente en Catalunya) una diversificación en las formas y modelos de gestión, así como una diversificación de proveedores y una cierta separación entre financiación, compra y de la provisión. Algunas organizaciones que gestionaban hospitales pasaron a gestionar también equipos de atención primaria y servicios sociosanitarios. Estos modelos están poco evaluados y no existen datos que permitan una evaluación de resultados.

El proceso de conclusión de las transferencias sanitarias en el año 2002 ha impulsado en las CCAA que las recibieron reformas en la gestión de los servicios de salud como una necesidad de adaptación de la estructura a los nuevos retos, estas reformas vienen añadirse a las comentadas anteriormente.

Una parte importante de las reformas emprendidas o planteadas, con diferencias significativas entre ellas, se han dirigido a la unificación de la gestión de niveles asistenciales, adoptando un modelo que se ha venido en llamar en nuestro país: Gerencias Únicas. A pesar de que no contamos con suficiente bibliografía que identifique los objetivos del cambio, entendemos que el objetivo es mejorar la eficiencia aumentando la coordinación asistencial y propiciando economías de escala. Insalud ya había implantado en algunas Áreas de Salud pequeñas Gerencias Únicas buscando fundamentalmente las economías de escala que logran reducir costes de gestión.

Este modelo podría corresponder con el conocido en la bibliografía internacional como Organización Sanitaria Integrada (OSI). Se trata de redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población (1). Estas organizaciones han aparecido sobre todo en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como EEUU, y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada ("managed care") que compiten por los afiliados.

Es conocido que los sistemas de salud integrados pueden mejorar la atención a los pacientes con trastornos crónicos y reducir el consumo de recursos sanitarios. A pesar de que se cuenta con limitada evidencia, ésta apunta a que las estrategias que garantizan la continuidad de la atención entre los diferentes niveles asistenciales mejoran la calidad y la eficiencia del servicio. Los modelos de Gerencia Única tendrían sentido si efectivamente permitieran aumentar la coordinación entre los diferentes proveedores asistenciales.

En el presente trabajo nos proponemos analizar las posibles oportunidades y amenazas que supone el modelo de Gerencias Únicas para nuestro sistema sanitario en estos momentos y si su forma de aplicación en las distintas Comunidades Autónomas permitirá resolver los principales problemas del mismo. Dicho análisis lo hacemos realiza con el fin de poder realizar propuestas de mejora a las iniciativas desarrolladas.

En principio, y como analizaremos posteriormente, estas formas de aplicación del modelo de Gerencia Única en nuestro país parecen buscar más una eficiencia del sistema hospitalario (aumentando actividad de laboratorio y radiología y aumentar flujo de pacientes a servicios no saturados) que una verdadera eficiencia global del sistema (ajustando servicios de imagen o laboratorio a las necesidades o externalizando aquellos servicios cuya prestación con servicios propios es más ineficiente). En algunas CCAA, como por ejemplo en Madrid, la situación postransferencial se ha caracterizado por una centralización máxima de funciones, disminuyendo por lo tanto de forma drástica las competencias de las Gerencias de las Áreas de salud, lo que compromete además cualquier posible visión del global de éstas como unidad organizativa

2.- Amenazas y oportunidades de los modelos de Gerencias Únicas.

2.1.- Amenazas:

En nuestro sistema sanitario ha existido y continúa existiendo un claro desequilibrio en los recursos asignados a AP y AE. Este hecho se ha puesto de nuevo en evidencia recientemente en los trabajos preparatorios de la Conferencia de Presidentes Autonómicos de Septiembre de 2005 que abordó el problema de la financiación sanitaria. En los documentos de dichos trabajos se recoge la asignación de recursos a nivel de SNS a AP supone un 14,7% del total mientras que la asignación a AE supone 52,5%. Esta proporción es una de las más desfavorables de los países de nuestro entorno, y aunque no es la misma en las diferentes Comunidades Autónomas, no existen grandes variaciones entre ellas. En este contexto, la implantación de la gestión única territorial implica un riesgo evidente de aumentar dicha desproporción aumentando la hegemonía de Atención Especializada si no se corrige la tendencia.

En ello puede influir también que determinadas actividades hospitalarias poseen una mayor repercusión mediática y "política", que puede inducir a los estamentos directivos y políticos a primarlas, en detrimento de actividades con mayor rendimiento para el conjunto del sistema pero con menos impacto inmediato, y que suelen desarrollarse en AP.

Es probable además, en la situación actual, que la selección de gestores para las Gerencias Únicas favorezca a los provenientes del ámbito hospitalario, con una consecuente determinada visión del sistema y una orientación más dirigida a los servicios que a los problemas de salud y a la población.

En Áreas grandes o en aquellas en que existen grandes centros hospitalarios la consecuencia de la Gerencia Única es una mayor centralización de decisiones con menor participación tanto de profesionales como de ciudadanos.

En un modelo en que pueda ganar más peso la atención hospitalaria con sus problemas asistenciales y la necesidad de una mayor eficiencia a corto plazo existe el riesgo evidente de producir una disminución del peso y de los recursos asignados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Una menor orientación del sistema a AP, conllevará además una reducción de la satisfacción de los ciudadanos demostrada en los sistemas de salud más orientados a este nivel asistencial (Starfield, B)

En el campo de la investigación sanitaria ha existido y existe fuerte predominio hospitalario. La financiación pública de proyectos desarrollados en AP supone sólo un 4-5% tanto del número como de los fondos totales. Un predominio del Hospital en la gestión de los servicios y una visión más asistencial del sistema sin duda inclinaría más la balanza hacia donde está más inclinada aunque no se dirija a los objetivos con mayor repercusión en la salud de la población.

2.2.- Oportunidades:

Todo momento de cambio y planteamiento de nuevos modelos y organización supone una oportunidad para la mejora del sistema sanitario con la posibilidad de superar problemas enquistados y mejorar la organización e integración de los servicios hacia los objetivos comunes.

Como hemos comentado anteriormente los modelos de Organización Sanitaria Integrada (OSI) pueden mejorar la coordinación y comunicación entre niveles y la atención integral, aunque no hay evidencias que demuestren que sólo una mejor comunicación y coordinación en la mesogestión redunde necesariamente en una mejor cooperación clínica.

Uno de los objetivos fundamentales de la gestión única es disminuir costes propiciando economías de escala. No se dispone de datos que demuestren que ello se ha logrado en las experiencias desarrolladas en Insalud ni que se produzca dichas economías entre niveles que utilizan medios y herramientas diferentes en su actividad.

Una mayor unificación de objetivos corporativos puede sin duda tener una influencia en la unificación de objetivos profesionales.

La integración de todos los recursos asistenciales (sanitarios y no sanitarios) de un Área de Salud puede suponer un paso importante para la continuidad asistencial. Si hasta el momento ha existido separación funcional entre los servicios asistenciales de AP y AE, ésta ha sido y es mucho mayor entre los servicios sanitarios con los sociosantarios, los sociales o los específicos de salud pública.

El desarrollo de sistemas de información comunes y compartidos es uno de los retos fundamentales del sistema hacia mejorar su calidad y eficiencia global. En este proceso deben tenerse en cuenta las necesidades específicas de información clínica de cada uno de los niveles así como los derechos de privacidad de la información de los pacientes. En principio la unificación de la gestión puede suponer un avance importante en este aspecto tanto en la comunicación de información clínica como no clínica.

En la formación e investigación, una mayor integración entre niveles puede suponer, si se contrarresta el predominio de un nivel sobre el otro, un avance importante en la cooperación colaboración entre profesionales en formación e investigación.

Una utilización compartida de recursos humanos y la movilidad de profesionales entre niveles puede suponer un paso en la superación de compartimentos estanco ratificales y un avance hacia una mejor y más eficiente política de recursos humanos del sistema sanitario.

La implantación y seguimiento de guías y protocolos de actuación compartidos entre niveles pueden suponer una mayor racionalización en la utilización de pruebas diagnósticas y terapéuticas y una mejora en la continuidad del proceso asistencial. Es cierto que en algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, se han producido mejoras significativas en este campo sin relación con la unificación de la gestión.

La gestión de la prescripción farmacéutica puede mejorar con una mayor visión corporativa unificada tomándola como un objetivo corporativo claramente identificado por el conjunto de la organización. Hasta la actualidad la gestión de la prescripción ha sido vista como un objetivo de AP pero escasamente se ha visualizado la importancia de AE, lo que ha causado una baja implicación en general de los profesionales de este nivel en la misma. No obstante, las experiencias previas en nuestro país y algunos de nuestro entorno no evidencian una mejora en la gestión de la prescripción debida a las Gerencias Únicas.

Cuadro 1.- Potenciales Amenazas y Oportunidades de las Gerencias Únicas para nuestro Sistema Sanitario.

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Mayor desequilibrio de recursos entre niveles a favor de AE - Menor peso de la promoción de la salud y la prevención - Sistema menos orientado a los problemas de salud. - Atención menos centrada en el paciente - Mayor centralización de decisiones. - Menor participación de los ciudadanos - Menor participación de los profesionales - Investigación menos centrada en os problemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad del cambio - Mejora coordinación asistencial - Economías de escala - Integración de todos los servicios - Sistemas de información comunes - Mejor utilización RRHH - Mejor implantación guías de actuación y protocolos conjuntos - Gestión de la prescripción corporativa

3.- Desarrollo actual de modelos de Gerencia única en España.

Las transferencias de la gestión de servicios sanitarios a las CCAA que no las habían asumido hasta el momento el 1 de Enero del año 2002 supuso un cambio fundamental en el SNS implantando definitivamente el modelo descentralizado de SNS gestionado por las CCAA y coordinado por el Ministerio de Sanidad, que ejerce también como autoridad sanitaria común en los aspectos no descentralizados tal y como viene definido en la Ley General de Sanidad de 1986.

Dado que estas transferencias son relativamente recientes, están en desarrollo y fase de implantación los diferentes modelos y estructuras de gestión adoptados por las CCAA. Pero desde el principio surgieron en su práctica totalidad procesos de cambios en estructuras de dirección y gestión, procesos de homologación de retribuciones y planteamientos ante los problemas financieros del sistema y las dificultades de gestión y de interrelación entre niveles en los Servicios de Salud.

Las reformas se han dirigido de forma mayoritaria hacia una unificación de la gestión de niveles asistenciales, aunque existiendo diferencias significativas entre comunidades. No podemos decir que estas propuestas surjan de la evaluación de experiencias anteriores (casi inexistente), sino que suponen una línea común de actuación en la mayoría de comunidades de la cual no se conocen muy bien las causas.

Hemos intentado recoger información sobre la situación de las Gerencias Únicas implantadas o en fase de desarrollo en todas las CCAA, con transferencias sanitarias recientes o no, para analizar sus características y valorar si pueden dar solución a los principales problemas actuales de nuestro sistema sanitario.

Para ello hemos recogido información de todas las CCAA a través de las Sociedades Federadas a semFYC. Las limitaciones de esta información residen fundamentalmente en: que está recogida de profesionales en, o cercanos, a la asistencia y no de los centros de gestión; que se trata de información diversa y compleja, difícil a veces de homologar; y que existen en algunas Comunidades dificultades de recogida de información. No obstante creemos que a pesar de sus limitaciones y posibles sesgos, la información nos puede proporcionar una imagen bastante aproximada de cómo se desarrollan las Gerencias Únicas en el Estado. Esta imagen es trascendente ya que no existe esta información unificada en nuestro sistema sanitario (poniendo de manifiesto la ausencia de un sistema de información unificada y homologada que nos permita conocer qué está ocurriendo en el conjunto del Sistema nacional de Salud).

3.1- Situación actual en las distintas Comunidades Autónomas.

3.1.1.- Comunidades en las que no existen ni se han planteado propuestas de Gerencia Única unificada por Áreas: **País Vasco, Castilla- León, Murcia y Cantabria.**

3.1.2.- En **Andalucía** existen actualmente 3 Áreas gestionadas por Gerencia Única con un único modelo abarcando 8-10 EAPs y 2 Hospitales. Dependen del Servicio de Salud directamente. Las Gerencias están ubicadas en el Hospital y dirigidas por un Director de Distrito. Integra todos los servicios sanitarios y sociosanitarios, incluyendo los de salud pública. Hay un presupuesto individualizado para AP existiendo flujos financieros entre niveles. No existe movilidad de profesionales entre niveles. Existe un sistema de información sanitaria compartido. Los médicos de AP tienen limitación para pedir algunas pruebas complementarias. Se han elaborado Guías de Actuación de Procesos Integradas comunes a los dos niveles, por otra parte aplicados en toda la Comunidad Autónoma (CA). No existen datos de evaluación de resultados.

3.1.3.- En **Aragón** está implantada la Gerencia Única con un único modelo en toda la CA cubriendo un total de 1.200.000 habitantes, 128 EAPs y 9 Hospitales. Dependen directamente del Servicio de Salud. Las Gerencias están ubicadas físicamente en el Hospital llamándose actualmente Gerencias de Área. Existe Dirección propia de AP hasta la figura de Director Médico y de Enfermería. Integra todos los servicios sanitarios y sociosanitarios, pero no la Salud Pública. Existe un presupuesto individualizado para AP no dependiente del Hospital directamente. En perspectiva sistema de información común compartido. No existe movilidad de profesionales entre niveles. No existe limitación de pruebas complementarias, que dependen del Hospital. Están en elaboración protocolos compartidos. No existen datos que evalúen sus resultados.

3.1.4.- En **Asturias** se ha implantado la Gerencia Única desde 1988 (período Insalud) en 2 Áreas Sanitarias cubriendo 10.000 habitantes, con 11 EAPs y 2 Hospitales. Dependen directamente del Servicio Público de Salud. La Gerencia está ubicada en el Hospital. Existe una estructura directiva propia de AP hasta el nivel de Director Médico y de Enfermería. Integra los servicios sanitarios y sociosanitarios, aunque no los de salud pública. Existe un presupuesto individualizado para AP con flujos financieros entre niveles. No existe movilidad de profesionales. No existe sistema de información sanitaria compartido. Petición de pruebas complementarias, que dependen del Hospital, libre desde AP. Existen datos que permiten su evaluación aunque no se ha investigado su valoración como modelo.

3.1.5.- . En **Baleares** existen 2 Áreas con Gerencia Única implantadas por Insalud en las islas menores (Menorca y Eivissa-Formentera). Las Gerencia están ubicadas en el Hospital. Dependen directamente del servicio de salud. En ellas existe equipo directivo en AP hasta Director Médico y de Enfermería. No existe sistema de información compartido. No existe presupuesto

individualizado de AP. No integran los servicios sociosanitarios ni los de salud pública. Hay limitaciones para la petición de pruebas complementarias por parte de los médicos de AP. Existen datos que permiten su evaluación aunque no se ha investigado su valoración como modelo.

3.1.6- En **Canarias** existen Gerencias Únicas creadas después de las transferencias, hace más de 10 años, en las islas no capitalinas (5 áreas). No existe un modelo único de gerencia única. Engloban 29 EAPs y 5 Hospitales con 305.071 habitantes. Se ubican todas en el Hospital. Algunas tienen equipo directivo completo para AP y otras lo comparten con el Hospital. Dependen del Servicio Público de Salud directamente. No integran servicios sociosanitarios. Presupuesto individualizado para AP. Existe en algunos casos limitada movilidad de profesionales entre niveles. No existe sistema de información sanitaria compartido. Existe limitación para pruebas complementarias, que dependen del Hospital, pedidas por AP. No existen órganos formales de coordinación de profesionales. No existen datos de evaluación de proceso ni de resultados.

3.1.7.- En **Castilla – La Mancha** existe una experiencia en desarrollo cuya ubicación física está situada en el Hospital y es dirigida por el Gerente del Hospital permaneciendo estructura directiva propia en AP hasta la figura del Director Médico. No integra todos los servicios sanitarios y sociosanitarios del Área. El presupuesto de AP no está diferenciado del hospitalario. Las pruebas complementarias dependen del Hospital y existe limitación para su petición de pruebas desde AP. Está en desarrollo un sistema de información común y compartida. No existen protocolos ni guías de actuación compartido ni órganos de coordinación formales. No existen datos objetivos para la evaluación de resultados.

3.1. 8.- En **Catalunya** existe una realidad compleja y difícil de resumir. Podemos diferenciar dos ámbitos: ámbito ICS (Institut Català de la Salut) y ámbito no ICS

3.1.8.1.- *Ámbito ICS*: Gerencias Únicas en dos regiones: Girona i Lleida, que abarcan 50 EAPs y 3 Hospitales, dependientes del Institut Català de la Salut. No están dirigidas desde el Hospital y existen direcciones propias por Área y por niveles. No abarcan servicios sociosanitarios. Está en fase de proceso el compartir información clínica entre niveles. Existe un proceso de independización de las pruebas complementarias del Hospital. Existen protocolos y guías clínicas compartidas con órganos de responsabilidad en seguimiento. No existen datos de evaluación de procesos y resultados pero estarán disponibles en 2006.

3.1.8.2.- *Ámbito no ICS*: en los servicios no gestionados por el Institut Català de la Salut existen 20 experiencias con diferentes modelos y grados de integración de niveles. Buena parte de ellas son gestionadas del Hospital por un Gerente único y tienen entidad jurídica propia. Poseen presupuesto no diferenciado entre niveles. La mayoría de ellas no disponen de servicios de información compatible ni común entre AP y el Hospital. No integran todos los

servicios sanitarios y sociosanitarios u de salud pública, si en algunos casos los dos primeros. Disponen de protocolos o guías de actuación comunes. Disponen de órganos de participación de los profesionales en la gestión. No existe evaluación sobre resultados, aunque actualmente el Institut d'Estudis de la Salut realiza un trabajo de evolución de los distintos modelos de gestión existentes en Catalunya.

3.1.9.- En la **Comunidad Valenciana** existen Gerencias Únicas en todas las Áreas de salud. Dos modelos: el gestionado directamente por el Servicio de Salud y el gestionado por contrato a empresa privada (ASISA- Alzira y existe el proyecto de ceder la gestión en dos Áreas más). El modelo gestionado directamente por el Servicio de Salud está pendiente de desarrollarse normativamente. Las Áreas están dirigidas por el Gerente del Hospital y existe estructura directiva de AP hasta el nivel de Subdirector, llamado de atención ambulatoria., que depende de la dirección Médica del Hospital. No existe partida presupuestaria para AP. Pruebas complementarias no limitadas y que dependen del Hospital. No existen datos de evaluación del modelo.

3.1.10.- En **Extremadura** existe Gerencia Única en único modelo que abarca las 8 Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma con 1.073.050 habitantes, 107 EAP y 12 Hospitales de referencia. Las Gerencias de Área no están ubicadas en el Hospital, salvo en algún caso, y están dirigidas por un Gerente de Área. Existe equipo directivo propio de AP hasta la figura del Director Médico y de Enfermería, el Director Gerente no es el Gerente Hospitalario sino el del Área de Salud. Existe individualización del presupuesto para AP. No integra todos los servicios sanitarios y sociosanitarios del Área, aunque está prevista la integración de estos últimos. Existe cierta movilidad de profesionales entre niveles en algunas Áreas. Está en desarrollo un sistema de información único y compartido. Las exploraciones complementarias dependen del Hospital y existe limitación para la solicitud de pruebas complementarias por los médicos de AP. Como modelo no existen órganos de coordinación dependiendo de cada Área No existen datos para la evolución de resultados

3.1.11.- No ha sido posible información de **Galicia** aunque conocemos que se están desarrollando experiencias de Gerencia Única en algunas Áreas de Salud.

3.1.12.- En **La Rioja** existen 3 Áreas de Salud con Gerencia Única que abarcan la totalidad de la Comunidad Autónoma (300.000 habitantes, 16 EAP y 2 Hospitales). La Gerencia depende del Hospital y la mínima estructura directiva en AP depende de la Dirección Médica del Hospital. El presupuesto es compartido. No existe Sistema de Información compartido. Existe limitación de petición de pruebas complementarias, que dependen del Hospital, desde AP. No existen protocolos compartidos.

3.1.13.- En **Madrid** existe un Decreto de estructura del Servicio Madrileño de Salud en el que se contemplan las Gerencias Únicas pendiente de desarrollar.

3.1.14.- En **Navarra** existen dos Áreas con Gerencia Única desde 1991. Tienen estructura directiva propia de AP hasta la figura de director médico, presupuesto independiente para AP: no existe limitaciones para solicitud de pruebas complementarias (tampoco en las otras Áreas). No existe movilidad de profesionales entre niveles. Existe información clínica informatizada común entre niveles (también en las otras Áreas). No existen guías de actuación clínica comunes con herramientas de seguimiento de su cumplimentación. No existen datos que permitan evaluar sus resultados.

Cuadro 2.- Resumen de la situación de las Gerencias Únicas por CCAA.

CCAA	GU	MOD.	AREAS	INT.	DIR.	PRES.	MOV.	SIS	PC	GUIAS	R
Andalucía	SI	1	3	SI	SI	SI	SI	SI	L	SI	NO
Aragón	SI	1	TODAS	NO	SI	SI	NO	PERS	NL	PERS	NO
Asturias	SI	1	2	NO	SI	SI	NO	NO	NL	SI*	NO
Canarias	SI	1	5	NO	SI*	NO	NO*	NO	L	SI	NO
Cantabria	NO										
Castilla-L	NO										
Castilla-LM	SI	1	1	NO	SI	NO	NO	PERS	L	NO	NO
Catalunya	SI	1 Var.	2** 20***	NO NO*	SI	SI SI*	NO NO*	NO NO*	NL+ L	SI	NO+
C. Valenc	SI	2	TODAS	NO	SI NO	NO	NO	SI	NL	SI	NO
Extremadura	SI	1	TODAS	NO	SI	SI	NO*	PERS	L	NO	NO
Galicia	SI										
Illes Balears	SI	1	2	SI	NO	NO	NO	NO	L	NO	NO
La Rioja	SI	1	TODAS	SI	NO	NO	NO	NO	L	NO	NO
Madrid	SI++										
Murcia	NO										
Navarra	SI	1	2	NO	SI	SI	NO	SI	NL	NO	NO
Pais Vasco	NO										

* Algunas

** Ámbito ICS

*** Ámbito no ICS

+ Proyecto DE desarrollo

++ Pendiente de desarrollar normativamente.

GU: existencia o no de Gerencias Únicas. MOD: número de modalidades de GU. INT: integración de todos los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud pública. DIR: existencia de estructura directiva propia de AP. PRES: presupuesto individualizado de AP. MOV: movilidad de profesionales entre niveles. SIS: sistema de información compartido. PC: existencia de limitación (L) o no limitación (NL) para la petición de pruebas complementarias por parte de los médicos de AP. GUIAS: existencia de Guías de actuación compartidas. R: existencia de valoración de resultados del modelo.

4.- Comentarios.

De la información obtenida de las distintas Comunidades Autónomas podemos extraer las siguientes reflexiones:

- 4.1 Se objetiva una tendencia en los distintos Servicios de Salud hacia la estructura directiva del tipo "Gerencia única", excepto en cuatro CCAA, sin que esta tendencia se explicita como fundamentada en evidencias de mejores resultados de este modelo sobre otros, puesto que además en nuestro sistema sanitario no existe dicha evaluación.
- 4.2 Esta propuesta se ha producido en las CCAA sin relación con el tiempo transcurrido desde la autonomía, ni tampoco con el tamaño o características del ámbito de gestión.
- 4.3 Con la excepción de Andalucía, en el resto de los casos no existe un planteamiento integral de Área que afecte al conjunto de servicios sanitarios y sociosanitarios.
- 4.4 En pocas gerencias únicas existe implantado un sistema de información integrado y compartido por los niveles asistenciales como elemento nuclear del proyecto. El hecho de no disponer de este sistema desde el principio del proceso no es neutro, ya que puede sesgar decisiones estructurales y organizativas que creen "dependencia de senda" para el futuro.
- 4.5 En la mayoría de los casos la Gerencia se ubica en el propio hospital. En todos los casos existe estructura directiva propia de atención primaria pero a distintos niveles (dirección o subdirección).
- 4.6 En la mayoría existe presupuesto individualizado para AP, con relación variable respecto al presupuesto del hospital.
- 4.7 En pocos casos se han desarrollado o están en fase de desarrollo protocolos o guías clínicas de actuación que garanticen el proceso continuo de atención entre niveles.
- 4.8 En todos los casos parece no haberse modificado la situación de limitación de los médicos de familia respecto al acceso a pruebas diagnósticas.
- 4.9 Está pendiente de conocer la valoración de los profesionales de ambos niveles sobre el impacto del cambio en el modelo de gerencia respecto a sus condiciones de trabajo y a la atención que reciben los ciudadanos.
- 4.10 Las Gerencias Únicas implantadas no han supuesto de momento, ni se refleja que se encuentre entre sus objetivos, ningún avance significativo hacia una mayor cooperación e igualdad entre profesionales de los dos niveles en temas de formación e investigación. temas

En síntesis, creemos que las posibles amenazas enunciadas de esta iniciativa prevalecen en su desarrollo real en el momento actual sobre las oportunidades que ofrecen, lo que nos obliga a valorar con preocupación la tendencia actual generalizada hacia las gerencias únicas.

No podemos olvidar que el objetivo de las estructuras directivas en el ámbito de la mesogestión es dirigir la oferta de servicios hacia los problemas de salud prioritarios en cada población, garantizar la utilización eficiente de los recursos, y promover la participación de profesionales y ciudadanos. Cuanto mayor sea el nivel de centralización de decisiones, mayor será la dificultad para desarrollar estrategias de organización, incentivación, y comunicación activa que promueva esta participación de forma efectiva. En algunos entornos reducidos, pueden darse las condiciones para que la gerencia única sea la estructura más operativa, pero debe plantearse como una oferta global de servicios dirigida a los problemas de salud de su comunidad.

Como elemento clave, observamos la ausencia en la mayoría de las CCAA de una visión integral e integrada del Servicio de Salud, basada en la descentralización y fundamentada en un sistema de información y una organización efectiva del proceso de atención. Ello configura la estrategia de gerencias únicas como una opción basada fundamentalmente en criterios políticos, pero no en la evidencia de mejora para la atención primaria ni para el conjunto del sistema

La planificación y desarrollo de las reformas debe hacerse desde una perspectiva abierta y flexible que valore todas las posibilidades basándose en los datos y evidencias disponibles. No se deben perder de vista los objetivos globales del sistema y los problemas prioritarios a resolver valorando las herramientas de gestión que mejor puedan contribuir a ello. Sólo así conseguiremos una mejora de nuestro sistema que perdure en el tiempo y que pueda adaptarse en cada caso a sus necesidades.

5.-Propuestas.

La Gerencia Única es una herramienta de gestión con sus aspectos positivos y que utilizada de manera adecuada en el momento y lugar adecuados puede contribuir a desarrollar a mejora del sistema sanitario.

No obstante, en base a los datos recogidos y a los comentarios anteriores, planteamos la necesidad de considerar alternativas en los procesos de reforma de la organización y gestión de los servicios autonómicos de salud y de no dirigir todo el proceso hacia un modelo poco evaluado y que puede implicar dinámicas difíciles de modificar posteriormente en caso necesario, debido a los cambios estructurales que ocasiona.

Entre estas alternativas están los modelos de compra de servicios hospitalarios y de pruebas complementarias desde AP, y los de mejora de la integración asistencial y de objetivos mediante la financiación y compra de servicios territorial sin unificar la gestión de niveles.

Los proyectos de integración territorial de la gestión, en aquellos lugares donde se desarrollen, es necesario que mantengan algunas características que consideramos esenciales para la mejora de nuestro sistema sanitario como:

- . Mantener una estructura directiva propia de atención primaria que le permita mantener su esencia como nivel asistencial, forma de entender el sistema sanitario y eje central del sistema.

- . Mantener una cierta independencia del presupuesto de AP con respecto al del Hospital que no permita que éste fagocite al primero para actividades que pueden requerir mayor consumo de recursos a corto plazo sin las consecuentes mejoras de la salud.

- . Elaborar e implantar guías de actuación compartida con las adecuadas herramientas de seguimiento para lograr un uso más eficiente de los recursos y una mejora en la comunicación clínica con unidad de criterios entre profesionales.

- . Asegurar el acceso a las pruebas complementarias desde AP para mejorar su capacidad de resolución utilizando los criterios de petición como elemento de valoración y no el lugar en el que trabaja quien las pide.

- . Impulsar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como única forma de conseguir una mejora de los objetivos de salud de la población a largo plazo.

- . Impulsar la orientación al ciudadano de los servicios como forma de garantizar el papel del servicio público de salud y su valoración por parte de la población.

- . Fomentar la descentralización de decisiones y servicios y la participación de los profesionales como eje de la adaptación de los servicios.

- . Instaurar un Sistema de información común y compartida entre todos los profesionales.

- . Integrar todos los servicios sanitarios y sociosanitarios.

- . Elaborar e implantar los sistemas de información y los indicadores que permitieran evaluar los resultados de las iniciativas y planes para poder planificar en base a evidencias.

Disponemos de un sistema sanitario público con unos elevados niveles de calidad, equidad y eficiencia sobre todo macroeconómica que ha conseguido muy buenos resultados en su desarrollo tanto en AP como en AE. Este sistema se encuentra actualmente y desde hace un tiempo, como todos los de nuestro entorno, necesitado de reformas estructurales para su adaptación a los retos que se le presentan. No podemos abordar estas reformas dejándonos llevar por corrientes unidireccionales sin una evaluación que las respalde y que pueden dirigirlo a metas distintas de las propuestas sin posibilidades de variar el rumbo. Debemos ser suficientemente flexibles para encontrar e incorporar lo mejor de cada modelo en el camino hacia los objetivos fundamentales.