



Cad Aten Primaria  
Ano 2009  
Volume 16  
Páx. 345-351

## Área de saúde: estrutura sanitaria, ademais de coordinada, integrada na comunidade

Ramón Veras Castro  
Médico de Familia do C.S. San Xosé (A Coruña)

(Este documento é parte dun relatorio presentado o 15 de setembro de 2009, na subcomisión "Pacto de Estado na Sanidade", do Congreso de Deputados).

### RESUMO

*Faise necesario un novo enfoque na política sanitaria. É preciso redefinir os obxectivos da organización sanitaria e adaptar as estruturas para o logro destes fins. Mellorar o nivel de saúde da poboación, aumentando a esperanza de vida en calidade, reducindo as desigualdades sanitarias e previr as enfermidades evitables deben ser os obxectivos estratéxicos de goberno. Os problemas de saúde son habitualmente multifactoriais e a solución tamén debe ser multisectorial, tal como se ve con exemplos como o tabaco, a obesidade, os cancros ou as enfermidades cardiolóxicas. Un enfoque deste tipo precisa unha organización sanitaria integrada na comunidade e que conte cunha estrutura de coordinación de servizos asistenciais, de saúde pública e sociosanitarios. A actual estrutura de Área de Ferrol responde a obxectivos asistenciais diferentes, pretende unha mellora da coordinación da atención de problemas de saúde individuais, e facilita a utilización de economías de escala, pero non é válida para reorientar a organización sanitaria cara obxectivos de saúde da poboación da súa zona. No documento tamén se analizan diferentes tipos de relación primaria-hospital e de estruturas de coordinación, finalizando cunha proposta operativa.*

**Palabras clave:** Área de Saúde. Coordinación Atención Primaria-Atención Hospitalaria. Determinantes de saúde. Xerencia Única.

### ABSTRACT

*It is necessary a new focus on health policy. We must redefine the goals of the health organization and adapt the structures to achieve these goals. Improving the health of the population, increased life expectancy of quality, reducing health inequalities and prevent dis-*

*ase care costs should be the strategic objectives of government. Health problems are usually multifactorial and the solution must also be multisectorial, as is shown by examples such as tobacco, obesity, cancers or cardiovascular diseases. Such an approach requires an integrated health organization in the community and must have a coordination of assistance services, public health and social-health services. The current structure of the Health's Area of Ferrol responds to different care goals, want a better coordination of care for individual health problems, and facilitates the use of economies of scale, but does not apply to reorient health organization for purposes of population health in your area. The document also analyzes different types of primary-hospital relationship and coordination structures, ending with an operational proposal.*

**Keywords:** District Health System. Coordination of Primary Care-Hospital. Determinants of health. Integrated Management.

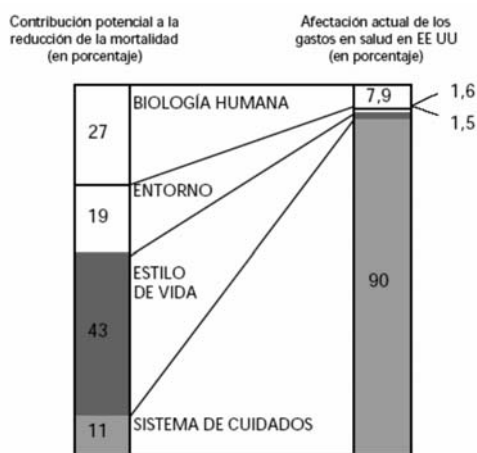
### UN NOVO ENFOQUE NA POLÍTICA SANITARIA

A vida diaria das institucións sanitarias, os seus usuarios e os seus decisores, xira ao redor da demanda como elemento motor da vida sanitaria tanto dos usuarios que se achegan ao sistema, como dos profesionais que intentan resolver os problemas cotiáns ou os decisores que se dedican a parcheala como poden. A burocracia, a falta de coordinación, as estresantes listas de espera, o consumo sanitario coa sensación de demandas ilimitadas ou a percepción profesional de realizar múltiples actos inefectivos e sen sentido producen un esgotamento acumulativo na organización, que se transmite a todos os seus actores. Temos que admitir que a demanda é unha espiral que non termina e que nalgún momento non poderemos atender. É necesario parar e reflexionar sobre a orientación das políticas sanitarias<sup>1,2,3</sup>. É necesario tamén non despistarse nos obxectivos do Sistema: mellorar o nivel de saúde da poboación, aumentando a esperanza de vida en calidade, reducindo as desigualdades sanitarias e previndo as enfermidades evitables.

Admitindo que a demanda precisa unha abordaxe racional, que o perfil de problemas de saúde actuais é multifactorial, que estamos vivindo

Enderezo para correspondencia  
ramon.veras.castro@sergas.es

alarmas sanitarias para as que o Sistema está mal preparado, e que contamos cun orzamento, maior ou menor, pero limitado, será necesario dirixir todos os esforzos a procedementos custo-efectivos e actuacións baseadas nos determinantes da saúde. Hoxe en día é aínda máis actual o esquema de columnas de Dever, que se pode ver na Figura 1 (Dever GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976 vol 2 p 465), un clásico da planificación sanitaria, segundo o cal o 90% dos gastos en saúde utilízanse no sistema de cuidados, que só contribúe ao 11% da redución de mortalidade, mentres que o 1,5% dedícase a modificar estilos de vida, que reducirían un 43% a mortalidade ou o 1,6% a modificacións na contorna, que contribuirían a unha redución de mortalidade do 19%. Seguindo nesta liña, o Pacto pola Sanidade probablemente debería observar en profundidade o informe que a Comisión da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde publicou en 2008 e adaptar a aplicación deste programa en España. As súas recomendacións xerais están fóra do discurso habitual de política sanitaria, pero con todo, conectan directamente cos obxectivos de mellorar a saúde e combater a inequidade sanitaria.



Dever GEA "An Epidemiological Model for Health Analysis". Soc Ind Res 1976 vol 2 p 465

FIGURA 1

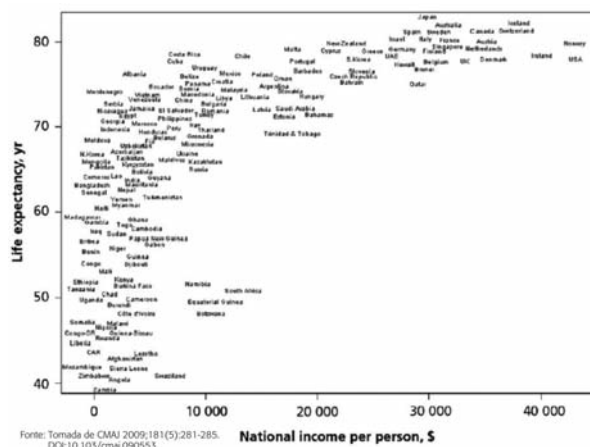
Modelo de Dever sobre gastos e contribución á redución da mortalidade

As recomendacións xerais da Comisión da OMS son:

- 1) Mellorar as condicións de vida, é dicir, as circunstancias en que a poboación nace, crece, vive, traballa e envellece.
- 2) Loitar contra a distribución desigual do poder, o diñeiro e os recursos, isto é, os factores estruturais dos que dependen as condicións de vida, a nivel mundial, nacional e local.
- 3) Medir a magnitude do problema, analízalo e avaliar os efectos das intervencións, ampliar a base de coñecementos, dotarse de persoal capacitado en materia de determinantes da saúde e sensibilizar á opinión pública a ese respecto<sup>4</sup>.

Non é ningunha novidade dicir que nos países ricos vívese mellor e máis tempo que nos países pobres, pero se observa ademais que non só hai diferenzas entre países senón que existe un gradiente social de diferencial de saúde en cada país. As persoas ricas viven máis e mellor que as pobres tanto nos países desenvolvidos como en desenvolvemento.

Tamén nos países europeos, aquí mesmo<sup>5,6</sup>, obsérvanse diferenzas de autopercepción de saúde e de esperanza de vida entre persoas separadas por barrios físicos pero tamén pola súa situación de clase social e económica<sup>7</sup>, nivel educacional<sup>8</sup>, situación de emprego ou desemprego<sup>9</sup>. É a primeira vez que unha axencia internacional como a OMS elabora un ditame similar e fai unhas recomendacións tan contundentes e difíciles de rexeitar. Neste sentido é necesario recordar que o crecemento económico ilimitado non asegura unha redución da mortalidade e das desigualdades sanitarias na poboación<sup>10</sup>. A partir dun determinado límite de ingresos, non asegura maior esperanza de vida poboacional. Na figura 2 pódese observar como, a pesar de que USA ten o maior PNB (produto nacional bruto) per capita do mundo sitúase cunha menor esperanza de vida que países como Grecia, con menor riqueza, ou similar a países como Cuba, en absoluto comparables en desenvolvemento económico, achacando estas diferenzas á desigual distribución da riqueza.



Fonte: Tomada de CMAJ 2009;181(5):281-285. DOI:10.103/cmaj.090553.

FIGURA 2

Falta de relación entre esperanza de vida e PNB per capita, a partir do límite de 5000-1000 dólares por persoa.

As respostas tradicionais das institucións sanitarias a todas estas realidades son completamente insuficientes. Por outra banda, as maiores causas de mortalidade, cancro e enfermidades cardiovasculares, non serán resoltas a través de intervencións médicas. A organización sanitaria coidará destes enfermos, mellorará a súa calidade de vida e nalgunhas ocasións curará a enfermidade pero non vai reducir a taxa de cancro na poboación nin vai reducir a incidencia doutras enfermidades crónicas ligadas a estilos de vida (obesidade<sup>11</sup> ou o tabaquismo<sup>12</sup>,...). Os programas de prevención de enfermidade e de promoción de saúde baseados en intervencións individuais sobre comportamento e estilo de vida tamén son insuficientes. Estes programas teñen unha efectividade limitada. **É necesario aplicar unha abordaxe multifactorial que excede o ámbito clínico e tamén do sector sanitario. É necesario ampliar as estratexias de saúde para incluír intervencións políticas, económicas, sociais e culturais que incidan nos determinantes sociais da saúde** (Figura 3)<sup>13,14</sup>.

O informe de determinantes sociais de saúde da OMS e a literatura científica, ao falar de cambios nos servizos sanitarios, recomentan,

unha vez máis, **unha reorientación do Sistema e un empoderamento da Atención Primaria de Saúde**. Está contrastado que os resultados sanitarios dos sistemas de saúde son mellores cando están baseados na atención primaria de saúde. Trátase dun modelo que prioriza a posta en marcha de actuacións adecuadas a nivel local, máis próximas ou integradas na comunidade, e engloba un amplo espectro de determinantes sociais, mantendo un equilibrio entre a promoción da saúde e a prevención, por unha banda, e o investimento en intervencións curativas, por outro, con gran capacidade resolutiva, cos medios e formación adecuados.

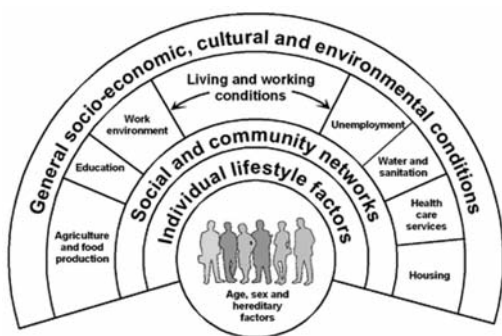


FIGURA 3

Determinantes sociais da saúde. Tomada da Presentación do Informe Final da Comisión OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde (28-8-2008).

### A COORDINACIÓN DE PROCESOS. ÁREA SANITARIA

Todos os documentos de análises do sistema, de avaliación de listas de espera, de eficiencia, de equidade inclúen, xeralmente ao final, un apartado ou unha liña sobre a necesidade de coordinación atención primaria-hospital. Parece a solución aos problemas, sempre desexada, sempre inalcanzable.

Carencias de continuidade, comunicación, coordinación e integración, que producen múltiples problemas de infra e sobreutilización de servizos, así como do uso inapropiado dos mesmos. Duplicidades, demoras, insatisfacción, masificación, erros, iatroxenia, despilfarros e un sennúmero de ineficiencias e efectos indesexados teñen a súa raíz nesta deficiente coordinación.

Pódense dividir en tres tipos os procesos que precisan coordinación de servizos: clínicos, de saúde pública e de atención á dependencia.

#### A) Clínicos

En xeral, o paciente, ao contactar co Sistema Sanitario, normalmente no centro de atención primaria, fundamentalmente co médico de familia, considera que contacta con todo o Sistema, non cunha porción fragmentada do mesmo, cun compartimento estanco e que se enfronta á superación de múltiples barreiras administrativas. Realmente en moitas ocasións o paciente atópase ante un coche (sistema) sen ninguén no asento do condutor, aínda que as apostas teóricas están a favor da atención primaria para ocupar o asento, tal como insinúa o libro *Primary care in the driver's seat?*, editado por

Saltman, Rico e Boerma. Están descritos varios momentos problemáticos no contacto do paciente co Sistema<sup>15</sup>:

1. Dificultades posibles para o acceso inicial aos servizos sanitarios no tempo e momento adecuado para o paciente e as súas necesidades.
2. Recibir os cuidados necesarios para resolver (ou non) o seu problema no punto inicial de contacto.
3. Se o problema non se resolve no contacto inicial, o médico de familia, o paciente precisará información sobre a que servizo acudir, cando accederá ao novo servizo, en que forma e con que obxectivo, ou sexa, realizar a derivación ou interconsulta apropiada, para o servizo especializado 'apropiado', no tempo 'apropiado'.
4. Unha vez alcanzado o outro punto do sistema, necesita que exista comunicación e continuidade de cuidados entre ámbolos dous profesionais e servizos asistenciais.

Resolver estes catro momentos dun modo apropiado, no tempo preciso e con satisfacción do paciente é un proceso complexo que precisa unha estrutura moi ben coordinada e engraxada. Esta complexidade, válida para un proceso clínico calquera, intensifícase tendo en conta que os pacientes presentan gran co-morbilidade, que aumenta a súa "fraxilidade clínica" e que hai moitas variables socioeconómicas e culturais que inflúen na saúde-enfermidade. Os pacientes con problemas crónicos son os que máis se benefician dunha abordaxe integrada.

As organizacións máis efectivas pro-integración son aquelas nas que o médico de familia é o primeiro contacto do cidadán co Sistema, e ten a función de gatekeeping e axente do paciente, e nas que o especialista hospitalario ten a función fundamental de consultor, salvo nos casos raros, de pouca prevalencia, que resulta máis difícil para o médico de familia adquirir experiencia no seu manexo, e precisan dunha atención máis especializada, facéndose cargo da atención do paciente no hospital<sup>16</sup> ou por medio dunha atención compartida.

A relación entre o médico de familia e o especialista hospitalario está mediada, en moitas ocasións, por un conflito de intereses e de poder, pola indefinición dos límites entre ambos. A relación, en xeral, establécese polo procedemento de derivación ou interconsulta que opera na interfase atención primaria-atención hospitalaria. Son varios os formatos de relación experimentados entre ambos niveis (Táboa 1)<sup>17</sup> pero non hai probas concluíntes de que as diferentes modalidades melloren a accesibilidade, reduzan as derivacións ou melloren a calidade da atención ou os resultados en saúde<sup>18</sup>. En xeral obteñen resultados positivos iniciais sobre todo en accesibilidade pero que se amortecen no tempo debido a cambios nos profesionais protagonistas das experiencias ou por saturación dos propios procedementos de coordinación.

TÁBOA 1

Experiencias de relación Atención Primaria-Hospital

Contrato Programa	Redución, incentivada, do número de derivacións, xeneralizable a todos os Contratos Programa, aínda que é obvio que mellorar non equivale a reducir.
Fundholding	A iniciativa fundholding ou xestores de orzamento no Reino Unido, apetecible desde atención primaria, pero con problemas de equidade.
Consultas hospitalarias ubicadas nos centros de saúde	Consultas de extensión de especialistas hospitalarios nos centros de atención primaria, máis positivas a medida que se afasta o centro de saúde do hospital.
Consultas compartidas	Consultas compartidas entre médicos de familia e especialistas, nas que hai participación conxunta dos dous profesionais, baseadas en moitas ocasións en intercambio de información mediante tecnoloxías da información. Dependente dos profesionais, enriquecedora para os dous e moi útil para o paciente.
Especialista consultor	O modelo de especialistas consultores, con múltiples formatos, e en xeral satisfactorio, ben para comentar pacientes ou realizar sesións conxuntas de formación e comentario de casos.
Médicos de familia con interese especial	Tamén no Reino Unido, e nalgúns centros en España, utilízanse médicos de familia especializados nalgún tipo de técnica (Cirurgía menor, dermatoloxía, ecografía,...), que se fan cargo da actividade do resto do equipo nesas materias, co obxectivo de reducir a presión sobre os profesionais hospitalarios. Son os chamados médicos de familia con interese especial.

Paralelamente a estas estruturas de coordinación entre profesionais, os servizos de saúde autonómicos avanza en:

- a implantación das tecnoloxías da información e comunicación (TIC) con proxectos e realidades que facilitan moito a comunicación entre profesionais, como acabará sendo o IANUS, a transmisión e o acceso á información clínica do paciente (os portais clínicos coa súa historia dixital compartida e acceso a resultados de probas diagnósticas, compartir axendas de citacións, telemedicina como procedemento de interconsulta en diferentes especialidades: dermatoloxía, oftalmoloxía, cardioloxía,..., uso de correos electrónicos, teléfonos móbiles, dispoñibilidade de consulta telefónica entre profesionais).
- e a posta en marcha da metodoloxía de xestión de procesos, elaboración de guías de práctica clínica e vías clínicas como técnicas de acordo entre profesionais e servizos de manexo de problemas de saúde, métodos de xestión compartida de casos e enfermidades sen separación dos pacientes da estrutura normal de provisión.

Ademais das experiencias de relación entre profesionais e servizos, ante a necesidade de resolver problemas de pacientes e a ausencia de coordinación orgánica entre niveis, créanse por diferentes servizos hospitalarios ou algunhas xerencias de hospital e tamén algúns servizos de saúde autonómicos, novas estruturas diferenciadas para xestión de casos (pacientes en situacións particulares, como o alta hospitalaria, a nova estrutura de enfermaría comunitaria ou os dispositivos específicos de atención a pacientes terminais nalgúns CCAA) e xestión de enfermidades (pacientes con algunha enfermidade, como a diabete, insuficiencia cardíaca,...). A pesar da efectividade da intervención concreta neses casos ou enfermidades nese territorio concreto, a realidade é que en xeral non son experiencias xeneralizables para todo o Sistema, e as probas científicas ao seu favor son débiles ou inexistentes, tanto no que se refire ao impacto en saúde como ao seu custo<sup>19</sup>.

Os programas de xestión de casos/enfermidades son respostas verticais que resoven problemas de pacientes pero que ao mesmo tempo fragmentan a organización sanitaria e a atención dos pacientes, multiplicando as estruturas e debilitando, ao mesmo tempo, a estrutura horizontal que hai en España, a atención primaria.

A procura dunha solución ou a desesperación dos xestores e decisores políticos ante a falta de coordinación estase intentando resolver en moitos servizos de saúde coa creación de xerencias únicas de distrito ou sector ou área de saúde, na que se integran, en xeral, a estrutura directiva de atención primaria e atención especializada baixo un mando único, como foi a Área de Saúde de Ferrol, e pretenden agora estendela a toda Galicia sen nin sequera avaliar a única experiencia previa.

B) Saúde pública

Como se viu previamente, as actividades de promoción da saúde e de prevención exclusivamente clínica mostran grandes limitacións á hora de modificar favorablemente a exposición aos riscos para a saúde derivados dos comportamentos persoais, tanto en termos de eficiencia como de equidade. Moitas das intervencións de protección da saúde, como o saneamento e as diversas políticas de seguridade, viaria, urbanística, alimentaria, etc., corresponden a outros sectores sociais, pero inciden dun modo claro na saúde da poboación, polo que é necesario buscar a coordinación multisectorial.

A medición, avaliación e abordaxe dos determinantes sociais da saúde precisan unha orientación comunitaria, multisectorial, no que participe a poboación, tanto na definición de estratexias como na súa avaliación. Aínda que todos os estamentos sanitarios están implicados na prevención, este tipo de actividades se levan a cabo basicamente desde os servizos de saúde pública, sobre todo cando son de ámbito colectivo e desde a atención primaria que é o nivel sanitario que máis intensamente as incorporou.

Por estes motivos é necesario dotar á saúde pública dunha estrutura superior de xestión<sup>20</sup>, neste momento case inexistente, e no mesmo plano á dos servizos asistenciais, que poida operar a calquera hora e



FIGURA 4

Proposta de estrutura directiva de coordinación de Área de Saúde



día da semana e que poidan coordinar as actuacións comunitarias cos servizos asistenciais.

Os servizos de saúde pública só adquiren notoriedade cando se produce algunha crise sanitaria<sup>21</sup>. É nese momento cando se fan máis necesarios e visualízase a necesidade dun cambio estrutural da mesma. Pero precisamente nos últimos anos os problemas de saúde que máis alarmaron á poboación e mobilizaron máis recursos, e presenza nos medios de comunicación, son as crises sanitarias infecciosas e de seguridade alimentaria, sorprendendo en moitas ocasións aos propios servizos sanitarios, e someténdooos á improvisación, aspecto non defendible desde o ámbito científico.

A organización territorial do Sistema Nacional de Saúde, cuxas unidades fundamentais son as áreas de saúde, creadas pola Lei Xeral de Sanidade, permitiría que o sistema sanitario levase a cabo intervencións coordinadas de carácter poboacional, na que tanto os servizos colectivos como os individuais poden actuar sobre a mesma poboación, que é, con poucas excepcións, a que reside nun mesmo territorio. As súas actuacións abarcarían: vixilancia de saúde pública na zona (diagnóstico de saúde e outras medidas como enquisas,...), investigación e control de enfermidades transmisibles, programas de promoción da saúde e prevención de enfermidades, intervencións

nas comunidades locais para reducir desigualdades e mellora do funcionamento dos servizos sanitarios no seu conxunto<sup>22</sup>.

### C) Atención á dependencia

A coordinación sociosanitaria é indispensable para dar unha atención adecuada ás persoas protexidas pola Lei de Promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia, e tamén é un obxectivo dos Plans de Saúde Mental tanto estatais como autonómicos. A rede de saúde mental é, sen dúbida, a máis débil de todos os servizos sanitarios e precisa un fortalecemento urxente.

A Lei de Cohesión e Calidade (Lei 16/2003) define a prestación sociosanitaria como "o conxunto de cuidados destinados aos enfermos, xeralmente crónicos, que polas súas especiais características e/ou situación poden beneficiarse da actuación simultánea e sinérxica dos servizos sanitarios e sociais, para aumentar a súa autonomía, paliar as súas limitacións e/ou sufrimentos e facilitar a súa reinserción social". A lei estipula que as prestacións sociosanitarias incluírán os cuidados de longa duración, a convalecencia e a rehabilitación. A continuidade dos cuidados no ámbito social estará garantida pola coordinación de ámbolos dous sistemas de servizos.

Hai experiencias en Canadá e italianas onde se demostra melloras na accesibilidade, custos e saúde pola prestación de servizos integrados sanitarios e sociais. Hoxe en día, coa consideración da atención á dependencia como un dereito cidadán, deben incorporarse este tipo de dispositivos á estrutura de coordinación de servizos, dentro dun mesmo marco territorial e poboacional<sup>23</sup>.

## CARACTERÍSTICAS DESEXABLES DA ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN

Logo desta revisión das estruturas e problemas de coordinación, podemos dicir que é necesaria unha estrutura de coordinación coas características descritas na táboa 2.

Para que haxa unha boa coordinación é preciso introducir cambios nos servizos asistenciais. O fortalecemento da atención primaria caracterízase por ter capacidade resolutiva da gran maioría dos problemas que presentan os pacientes, con inmediatez e accesibilidade, e garantindo a continuidade e integración dos cuidados recibidos. Para isto é necesario reducir burocracia e dotar de máis medios, accesibilidade a probas, tempo, formación e capacidade (autonomía) de organización flexible da atención.

A plataforma dez minutos, xunto a diferentes organizacións sindicais, científicas, profesionais e cidadás presionaron para fortalecer a atención primaria e lograron incluír este asunto na axenda política do Ministerio e os diferentes Servizos de Saúde. A Estratexia de AP-21 do Ministerio de Sanidade<sup>24</sup> e os diferentes plans de mellora das CCAA (o Plan de Mellora da Atención Primaria, en Galicia) intentan dar resposta política e técnica ao desexo de empoderamento da

**TÁBOA 2**

Características dunha estrutura de coordinación de Área de Saúde

Estable	Sen necesidade de vincularse a profesionais concretos, que asegure a súa continuidade no tempo.
Orientada a resultados	Disponibles nas variables de accesibilidade, continuidade, mellora de calidade de procesos e mellora de saúde.
Multisectorial	Que actúe ante os determinantes individuais e sociais da saúde.
Enfoque poboacional e con base territorial limitada	Non se pode falar de posibles actuacións comunitarias sen un ámbito poboacional e territorial de actuación. Nese sentido, a área de saúde, grande ou pequena, como ámbito xeográfico físico e poboacional particular e específico, é o marco apropiado de estrutura funcional de coordinación, de investigación de problemas e de medición e avaliación de resultados.
Aceptable	Por todos os actores profesionais do sistema, para que se poidan identificar e ilusionar con este tipo de estrutura e reduzan a súa resistencia aos cambios. Para isto, é recomendable, polo menos nas súas etapas iniciais, que se manteñan as estruturas directivas e os orzamentos diferenciadas dos diferentes niveis de atención, e os esforzos se dirixan fundamentalmente á coordinación.
Participativa	De abaixo a arriba, é a única forma seria e sensata de construír a estrutura de coordinación. Na medida en que os profesionais se sintan partícipes dos obxectivos e accións da atención integrada, e comproben os seus beneficios, apoiarán con máis intensidade este tipo de estrutura.
Flexible	Capaz de adaptar a atención á realidade cambiante das necesidades do paciente e a poboación.
Participación comunitaria	Como vía de acción e de lexitimación das estruturas sanitarias: A poboación apoiará e lexitimará ás institucións sanitarias na medida en que as estruturas poboacionais organizadas (veciñais, organizacións comunitarias,...), as institucións representativas, os colectivos de enfermos, as entidades culturais, sociais e educativas se sintan partícipes de accións comúns coas estruturas sanitarias, poidan facer propostas e poidan avaliar ás institucións sanitarias.
Activa	Diámica e cunha acción constante que permita dar resposta no día a día ás necesidades de coordinación do Sistema.
Figura responsable do proceso de atención	Calquera estrutura de coordinación debe contar cunha porta de entrada ao sistema e unha figura que se responsabilice, no ámbito clínico, da atención do paciente, e non pode ser outra máis que a figura do médico de familia e o equipo de atención primaria, claro que para iso necesita un empoderamento co que non conta neste momento.

atención primaria, pero sen dúbida, o éxito está sendo moi limitado e o problema permanece en axenda, pendente de solución.

As resistencias son grandes para o cambio cara á coordinación e atención integrada, as innovacións de índole organizativo e social, que modifican o actual status-quo sanitario e sociosanitario chocan con barreiras burocráticas, corporativas e estamentais difíciles de romper, ademais de ser preciso un cambio de mentalidade sobre as dimensións da actividade propia profesional e de como resolver os problemas dos pacientes. As incertezas inherentes ás innovacións xeran aínda máis obstáculos para asumir as modificacións con ilusión<sup>25</sup>.

Está de actualidade, nos últimos anos, a proposta de xerencia única de área. É unha nova estrutura directiva posta en marcha en varias CCAA e que os decisores políticos e os xestores hospitalarios observan con entusiasmo, pero que se mira con receo e desconfianza desde a atención primaria<sup>26</sup>. A realidade é que o comportamento directivo é similar aos oligopolios sanitarios dalgunhas zonas de Cataluña, nas que se aumenta o poder da estrutura hospitalaria e esquécese a actuación comunitaria sobre os determinantes sociais da saúde. As xerencias únicas teñen como obxectivo a coordinación asistencial e reducir custos, propiciando economías de escala. As experiencias actuais de xerencia única ou as chamadas organizacións sanitarias integradas<sup>27</sup> non están suficientemente avaliadas de modo que se recomende o seu xeneralización.

As xerencias únicas non cumpren os criterios que consideramos necesarios da estrutura de coordinación, polo que, a falta de probas científicas que as avalen, non son as estruturas recomendables. Non son aceptables para todos os profesionais, non incorporan o ámbito de saúde pública (algunha sí) nin integran ou se coordinan cos servizos de atención á dependencia. En xeral integran os orzamentos e crean unha nova estrutura directiva, con desaparición da tradicional. Son estruturas tipo paracaídas, que o sector observa con distancia e ante o que se presenta resistencia debido á falta de participación, e á súa construción piramidal, desde arriba.

En Galicia é inexcusable realizar unha avaliación da Área de Saúde de Ferrol antes de estender e xeneralizar o modelo a todo o país. A avaliación é preciso se se quere ter un mínimo rigor científico e profesional.

## PROPOSTA DE ESTRUCTURA DE ÁREA DE SAÚDE

A proposta de estrutura de coordinación factible, participativa, que poida cumprir os obxectivos de política sanitaria e sexa aceptable por todos os actores, é unha estrutura (Figura 4) máis de coordinación que directiva, que consiste en:

- O seu ámbito de actuación é a área de Saúde, delimitada no mapa sanitario e coincidente co mapa de servizos sociais e atención á dependencia.
- A figura de Dirección de Área con funcións de coordinación das estruturas directivas e responsable de facilitar a participación da comunidade.

- A estrutura directiva do Consello de Dirección de Área coas figuras de Xerencia de atención hospitalaria, Xerencia de atención primaria, Xerencia de saúde pública e Xerencia de atención á dependencia ou ben, coordinación coa Xerencia de atención á dependencia (se ésta pertence á Consellaría de Servizos Sociais).
- O Consello de Participación Cidadá, como institución de participación normativa da comunidade.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ortún V. Desigualdade e saúde. *Politic Soc* 2000;35:65-71.
- 2- Barona JL. Globalización e desigualdades en saúde. Sobre a pretendida crise do estado de bienestar. *Politic Soc* 2000;35:31-44.
- 3- Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín O meu et ao. Desigualdades socioeconómicas e plans de saúde nas comunidades autónomas do Estado español. *Gac Sanit* 2005;19(4):377-86.
- 4- Comisión sobre Determinantes Sociais da Saúde. Organización Mundial da Saúde. Informe definitivo: Emendar as desigualdades nunha xeración. 2008. Dispoñible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
- 5- Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez G, García-Altés A. As desigualdades sociais en saúde no Estado español. *Aten Primaria* 2008;40(2):59-60.
- 6- Olmedo MC. Globalización, desigualdade e pobreza: un reto para as políticas sanitarias. *Rev Adm Sanit* 2008;6(4):729-40.
- 7- Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, et ao. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Inter J Epidemiol* 2008;37:1095-1105. DOI: 10.1093/ijc/dyn051.
- 8- Eikemo, T. and Huisman, M. and Bamba, C. and Kunst, A. (2008) 'Health inequalities according to educational level in different welfare regimes : a comparison of 23 European countries.', *Sociology of health and illness*, 30 (4). pp. 565-582.
- 9- Bamba C, Eikemo TA. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:92-98. DOI: 10.1136/jech.2008.077354.
- 10- Bezruchka S. The effect of economic recession on population health. *CMAJ* 2009;181:281-285.
- 11- Rodríguez A, González B. O transfondo económico das intervencións sanitarias na prevención da obesidade. *Rev Esp Saúde Pública* 2009; 83: 25-41.
- 12- López A, Viudes A. O control do tabaquismo desde a perspectiva da economía. *Rev Esp Saúde Pública* 2009;83:9-23.
- 13- Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009;16:5-16. DOI: 10.1177/1757975908100746.
- 14- Mackenbach JP, Sirbu I, Roskam A-JR, et ao. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-81.
- 15- Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. Pag 85-96. En: Saltman R, Rico A, Boemar W. Primary care in the driver's seat?. Organizational reform in European primary care. Open University Press. New York 2006.
- 16- Starfield B. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. *British Journal of Xeral Practice* 2003;53:723-729.
- 17- Jonay J, Freire JM, Gervas J. A coordinación entre Atención Primaria e Especializada: reforma do sistema sanitario ou reforma do exercicio profesional?. *Rev Adm Sanit* 2006;4(2):357-82.

- 18- García Olmos L, Gervas J. Reformas organizativas na relación entre médicos xerais e especialistas: impacto sobre a demanda derivada. *Aten Primaria* 2009. Doi: 10.1016/j.aprim.2009.02.007.
- 19- Gervas J. A xestión de casos e de enfermidades, e a mellora da coordinación da atención sanitaria en España. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):163-8.
- 20- Artundo C, Rivadeneyra A. Cara a unha nova organización dos dispositivos de saúde pública en España. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):96-103.
- 21- Simón F, Guillén FJ. Ameazas para a saúde e crises sanitarias. Aproximación á alerta e resposta. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):65-70.
- 22- Segura A. Políticas de saúde (actuacións poboacionais) nos servizos asistenciais. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):104-10.
- 23- Zunzunegui MV, Lázaro P. Integración e fronteiras entre a atención sanitaria e social. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):156-62.
- 24- Ministerio de Sanidade. Marco Estratégico para a mellora da Atención Primaria en España: 2007-2012. Proxecto AP-21. Ministerio de Sanidade e Consumo. Madrid 2007.
- 25- Nuño Solinís, Roberto (2009) "Un breve percorrido pola Atención Integrada," *Revista de Innovación Sanitaria e Atención Integrada*: Vol. 1: Iss. 2, Article 5. Available at: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/5>.
- 26- Pou-Bordoy J, Gené-Badía J, da Cámara-González C, Berraondo-Zabalegui I, Puig-Barberà. Xerencia única: unha ilusión sen evidencia. *Aten Primaria* 2006;37(4):231-4.
- 27- Vargas I, Vázquez ML. Barreiras e facilitadores da coordinación asistencial en dúas organizacións sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit* 2007;21(2):114-23.