

*Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP**

A. RUIZ TÉLLEZ, F. ALONSO LÓPEZ*

Instituto@pCOM, Instituto para el Conocimiento, Organización y Mejora de la Atención Primaria. Centro de Salud de Sansomendi. Vitoria. Osakidetza
**Instituto@pCOM, Subdirección General de Atención Primaria INSALUD. Madrid*



Mature information systems for an adult Primary Health Care. The GESHIP project

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria española, en el 2002, será mayor de edad, cumpliendo 18 años desde el decreto que creó los Equipos de Atención Primaria en 1984¹.

El recorrido ha sido vertiginoso, para todos. Creación de cientos de centros y equipos, despegue de la especialidad de la Atención Primaria con un imparable incremento de la oferta y calidad asistencial; migración de los clásicos conceptos de cedeadores hacia las Áreas de Atención al Ciudadano (AAC); desarrollo progresivo del modelo de enfermería autónomo; aparición de nuevas fórmulas de gestión en Atención Primaria, todavía en incipiente desarrollo (mutuas, sociedad limitadas, etc.); informatización del proceso asistencial y de la organización en su conjunto, implantación de la medición sistemática en la Atención Primaria; desarrollo, todavía tímido de los contratos programa, de los contratos de gestión clínica; progresiva transformación de las Direcciones Médicas de Ambulatorio en Gerencias de Atención Primaria, profesionalizando los servicios y las relaciones con sus unidades (proveedores, política de personal, creación de Jefaturas o Directores de Unidades de Atención Primaria, Consejos Técnicos, Consejos de Dirección, aplanamiento de estructuras jerárquicas, etc.); fuerte emergencia del deseo de los profesionales de ahon-

dar en fórmulas de relación con el comprador o financiador con mayor nivel de riesgo y autonomía.

Sin duda hemos conocido la influencia de las tendencias de cada época. La ideológica de los años 80, necesaria para compensar el déficit de patrimonio intelectual que la organización sanitaria y social presentaban. No bastaba con disponer de una máxima constitucional que defendiera el derecho a la salud. Era necesario recordar insistentemente la necesidad de abordar la salud de la población en su conjunto, haciendo énfasis no sólo en el paciente que acudía por costumbre al centro, sino tratando, también, de acercar los recursos y beneficios de la prevención de los diferentes programas de salud al que no acudía habitualmente. Este modelo se complementaba con la presión ejercida por la administración pública, en su deseo de incrementar la accesibilidad y la eficiencia de los servicios de Atención Primaria.

La pragmática década de los 90, fue consecuencia inevitable de la anterior, no sin buenas dosis de crisis, estructurando, con relativo acierto, las tensiones de la década previa y abocándola hacia planes de salud, planes de empresa o planes estratégicos que por fin centraron, con tino, la *misión* o *meta* de la empresa sanitaria pública.

Ya no es ninguna novedad decir que la *misión* de la empresa sanitaria pública consiste en, dicho de una forma sintética, “elevar los estándares de salud, resolviendo el mayor número de necesidades sanitarias existentes, de una forma accesible, equitativa y eficiente”, que es exactamente la *meta* del *National Health Service*, que 50 años atrás, expresaba en el momento de su creación, en 1948. Otros tuvieron más suerte.

¹ Proyecto GESHIP: proyecto GUIA de la Iniciativa ATYCA del Ministerio de Ciencia y Tecnología, dirigido por el Instituto @pCOM, en colaboración con semFYC, INSALUD y STACKS CIS, S.L.

A pesar de toda la transformación que se ha producido es estos años, nos encontraríamos en mejor situación si lo anterior, que era tan evidente como necesario, hubiera existido desde el inicio de la transición sanitaria de la Atención Primaria, para contrapesar la inercia ante el cambio, contribuyendo a evitar desafortunadas situaciones, tanto en los centros asistenciales como en los niveles de mando de la organización.

De haber dispuesto desde el primer momento de un objetivo tan claro como el expresado de *resolver el mayor número de necesidades sanitarias de la población de una forma eficiente*, como mínimo, ¿cree el lector que podrían haberse mantenido, tanto tiempo, con la impunidad que han disfrutado hasta nuestros días, sistemas de toma de decisión basados en información de las visitas o en los procesos (tomar la presión arterial, independientemente de cómo ésta estuviera, como medida de la bondad de la actividad sanitaria), por parte de la administración, o la persistencia de contratos de 2 horas y media (demostradamente ineficientes y yatrogénicos), por parte de los profesionales?

La inapelable realidad de la Atención Sanitaria (Fig. 1) se ha hecho consciente, tanto entre los profesionales, que observan con hilaridad los vanos intentos de algunos caducos gestores por dominar la toma de decisión, como entre los *gestores* inquietos, que ven la necesidad de cambiar el rol de las *gerencias* hacia modelos de servicios facilitadores e incentivadores.

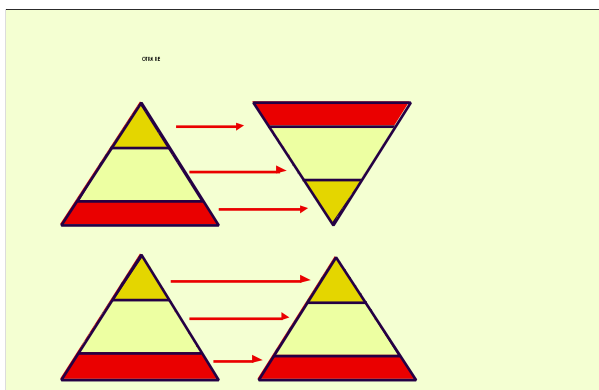


Figura 1
El reparto del poder en la decisión.

Esto lo justifica, desde el principio, la especial peculiaridad de la empresa sanitaria que hace que sean, realmente, los profesionales del sistema, los jefes de compra y los directores del flujo de recursos.

La empresa general (Fig.1) se comporta mostrando una *inversión*, “lógica”, en la relación entre el número de personas por zona de los escalones del organigrama jerárquico (pocas personas en la cúspide de la organización) y la capacidad de poder

según nivel, acumulado más en la parte superior del escalafón, donde menos personas se encuentran. Sin embargo, en la empresa sanitaria ocurre lo contrario, es decir, se produce una “bi-inversión del poder”, por distribuirse fundamentalmente la decisión sobre las políticas de gasto y flujo de pacientes en los niveles profesionales de base, dentro del ámbito de decisión “uno a uno” que supone la relación de pacientes con profesionales sanitarios, en lo que hemos venido a convenir como “la atención a la demanda”.

O se acepta y se adapta la organización a esta sencilla realidad o trata de impedirlo de manera despótica, desgraciadamente acompañada de fracasos y conflictos como resultado.

El hecho de que los roles de los servicios gerenciales hayan de transformarse en *agencias de servicios generales*, centro del liderazgo de la formación y motivación de la misión de la empresa y en garantías, sobre la base de incentivos, positivos y negativos, de la inversión y confianza depositada por la sociedad, no justifica, en absoluto, impunidad alguna por parte de los profesionales, porque éstos están obligados a dar cuentas a la sociedad, debiendo saberse depositarios y no propietarios del bien público.

Las organizaciones *no lucrativas*, como lo es la sanitaria, sólo funcionan bien si cumplen los tres principios de Drucker²: a) existencia de una *meta clara*; b) especificación clara de los *resultados esperados*; c) conciencia de débito con la sociedad por saberse depositario y no propietario del bien público.

Afortunadamente ya tenemos, en la mayoría de las organizaciones sanitarias, la primera y más importante de las condiciones de éxito, la *meta*, “resolver las necesidades existentes en base epidemiológica y poblacional”.

Por otra parte, la tercera condición de Drucker es un factor que hemos de introspeccionar cada uno de los profesionales sanitarios para aceptar que estamos en deuda con la sociedad y por tanto que hemos de rendir cuentas por la gestión del dinero depositado. Es un comportamiento obligado por una conciencia ética inherente.

Sólo resta asegurar la segunda de las condiciones para que pueda alcanzarse el desarrollo exitoso de la actividad sanitaria, con la fortuna de que esta segunda condición, la de los “resultados esperados” es la más afín a los tiempos que corren, inmersos en el cosmos de la información. Estamos, pues, más frente a una oportunidad que a una amenaza.

La década de los noventa, en absoluto ha sido estéril a la hora de indicarnos las claves necesarias para abordar el sistema de información en la Atención Primaria.

Han sido tres. En primer lugar, el *trabajo por episodios*, como colofón de la *historia clínica orienta-*

da por problemas de Weed de 1969. En segundo lugar, la aparición de la simplísima y genial Clasificación Internacional de Atención Primaria CIAP^{3,4} de Lamberts y Wood que ha permitido el abordar la compleja realidad de la Atención Primaria bajo el prisma del “ciclo general del pedido” o abordaje empresarial centrado en la identificación de la necesidad del cliente (paciente y ciudadano en nuestro caso), y en la resolución final del “pedido solicitado” o necesidad sanitaria. En tercer lugar, la *informatización de la historia clínica y del proceso asistencial y organizacional* de la Atención Primaria⁵, que ha demostrado la potencia y el bajo coste de enfoques en los que se integran la gestión clínica, la gestión de la organización y la gestión de la información con el respeto exquisito a la confidencialidad y secreto de la información sanitaria^{6,7}, en contraposición con las peligrosas, para la intimidad y el erario público, soluciones megalomaniacas de centralización de la información de la historia clínica, de injustificado dispendio económico y coste social, que algunas administraciones han iniciado, bajo prismas de poder, más que de servicio.

Otros problemas se plantean por la intención de algunos sectores de la administración pública, con intereses nada claros, por pretender obligar a utilizar soluciones sobre la base modelos de organización que son ajenos a la Atención Primaria, por confundirla con la Atención Especializada Ambulatoria, y a usar sistemas de información basados en visitas (APG-CIE9), de demostrado efecto inflacionista para el sistema.

Es bien sabido que no existen los indicadores neutros⁸ y, asimismo, la influencia del “¿díme como me mides y te diré como me comporto!” es tan poderosa que, es de crucial importancia, seleccionar indicadores cuyo sesgo sea controlado y que cualquiera de sus variaciones se dirija decididamente hacia la *meta* del sistema.

A estas alturas del tiempo, ¿sería plausible mantener, para los próximos años, sistemas de acercamiento a la decisión basados sólo en el análisis de los consumos (dineros o visitas), o en el análisis de los procesos (tomar la TA o pesar al paciente), o en el análisis de una parte muy limitada de la actividad asistencial (*carteras* u *ofertas* preferentes de Servicios)?, ¿no sería más interesante saber qué es lo que se hace globalmente en la Atención Primaria, y conocer, también, el grado de efectividad de las acciones sanitarias llevadas a cabo?, ¿qué tal identificar las condiciones de calidad competencial y organizacional que hacen tan diferentes a unos centros de otros?, ¿y disponer de un indicador sintético, de sesgo controlado, que relacione las tres variables básicas de toda actividad empresarial, la cantidad, la calidad y el consumo?

Esto es GESHIP¹⁰. Un proyecto de mejora de la Atención Primaria, sobre la base de la medición del

grado de efectividad o resolución de los episodios tratados, respecto a los esperados en base poblacional y epidemiológica, en relación con lo consumido e identificando los niveles de calidad que condicionan esa relación.

En las primeras reuniones de desarrollo del proyecto¹⁰, los participantes profesionales (semFYC) y gerentes (INSALUD), concluían que para que un sistema de información fuera valioso, debiera ser *sensible*, a criterio de profesionales y *fiable*, a criterio de los gerentes. *Sensible* por medir toda la actividad, y no sólo una parte; por medir lo que se resuelve, más que lo que se atiende; y por reconocer las diferencias poblacionales, por aquello del “mi población es especial”. *Fiable*, por la consideración de que sólo si se traslada la autoridad moral de los profesionales, que sancionan el sistema, el nivel gerencial puede sentirse con las las manos libres para dedicarse a dirigir, motivar, negociar e incentivar.

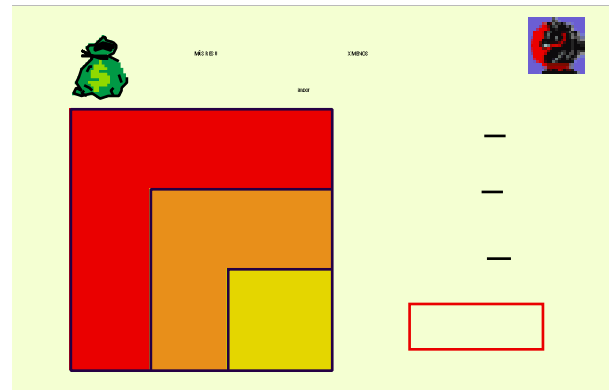


Figura 2

Las tasas del producto sanitario.

TO: tasa de oferta o cobertura; TE: tasa de efectividad o de resolución; TRS: tasa de rentabilidad social.
TÉ: tasa de eficiencia.

Si, al igual que en el resto de disciplinas, lo importante para todos es lograr el mayor resultado con el menor esfuerzo o consumo, el indicador que debe dirigir la toma de decisión no puede ser otro que [(cantidad x calidad)/consumo], que no es otra cosa que una *tasa de productividad*, siendo la Cantidad el conjunto de *episodios resueltos en URV* (Unidades relativas de valor); el Consumo, el tiempo, las visitas o el dinero (que permite Episodios Resueltos por Unidad de tiempo, por 1.000 visitas, por 1.000 euros); y la Calidad, un conjunto de condiciones competenciales y organizacionales que se asocian con mejores relaciones entre la cantidad y consumo, como son la *oferta de servicios*, la *oferta de procedimientos diagnósticos*, el grado de acceso a las pruebas complementarias, las condiciones de calidad de la historia clínica, las condiciones de accesibilidad (la agenda de calidad¹¹), las condiciones de organización de las AAC, los modelos de

organización funcional de enfermería, los niveles de desburocratización, el tiempo semanal de consulta y el modelo de relación con la especializada, entre otros.

La experiencia acumulada⁸ comienza a informar que las relaciones existentes entre la cantidad y el consumo (Fig. 3), no son casuales sino que se encuentran bien relacionadas con las condiciones de calidad, antes mencionadas.

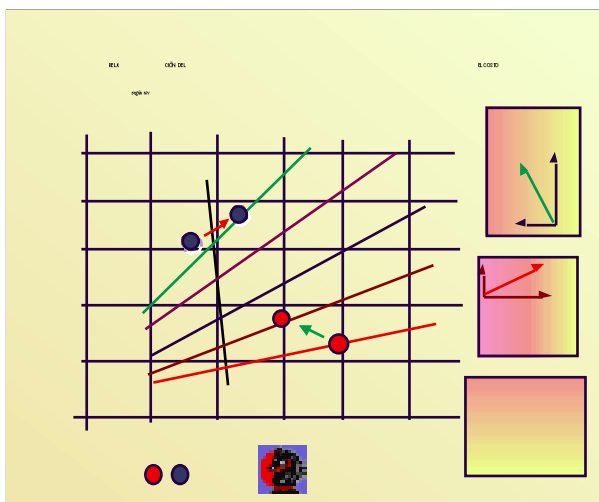


Figura 3
Relación Cantidad - Calidad - Costo

Por ello es vital que, para enfrentarse al futuro con un nuevo sistema de ayuda a la toma de decisión, se pueda identificar a esos centros y profesionales, que destacan y han conseguido, desde hace tiempo, hacer bastante más por bastante menos, para, así, poder copiar sus condiciones y habilidades (*benchmarking*, le llaman otros) y extender la mejora a más grupos profesionales.

¿No fue esto lo que comenzaron a hacer, hace años, los hospitales?, ¿quién se dejaría hoy operar de cataratas a la antigua usanza? Está claro que se pudo mejorar porque se identificaron a aquellas unidades que con una sencilla intervención de unos minutos y de forma ambulatoria lograban sustituir el cristalino y permitir una excelente calidad de vida a los ciudadanos. En la Atención Primaria, ¿por qué no?

Hoy es realmente difícil gestionar la Atención Primaria sin soportes informatizados, pues la complejidad intrínseca de la misma es notoria. La Atención Primaria es la responsable de la gestión administrativa de gran parte de los procesos existentes en el sistema sanitario, sea realizado en primer nivel o en hospitales (gestión de la medicación, gestión de la *incapacidad* temporal, gestión del flujo de contactos de paciente por los distintos niveles y unidades). Trabaja siempre, como concepto, sobre la base del multiepisodio, mezclando los agudos, con los crónicos, los preventivos con

los rehabilitadores. Y no existe la posibilidad de colocar, como en los hospitales, un codificador al final del proceso, por lo que todo ha de hacerse simultáneamente a la atención.

Afortunadamente ya hay *softwares* que permiten todo esto, y han establecido los estándares de gestión clínica, gestión de la organización y gestión de la información⁵.

El proceso de mejora continua no es posible sin crisis, y ésta emerge, indefectiblemente, con el solo hecho de hacer *consciente* la diferencia entre una situación óptima y la realidad.

Hemos pasado demasiado tiempo, profesionales y gerentes, gestionando de oído o de olfato (que no hay que abandonar nunca) pero, al fin y al cabo, “a ciegas”. Hemos visto con frecuencia los análisis de información meses después de haber realizado las actividades, en plan “memoria anual”, que apenas sirven para realizar tomas de decisión y correcciones de dirección.

Sabemos que la forma óptima de mejorar pasa por disponer de la información “al instante” que muestre la efectividad de nuestras acciones (60 diabéticos “resueltos”/120 diabéticos atendidos); la distancia relativa que nos separa de la meta (60 diabéticos “resueltos” respecto a 240 diabéticos esperados en base epidemiológica y poblacional); así como de las condiciones de calidad que acompañan ese nivel de resolución.

Este conocimiento genera “crisis” y activa una de las condiciones culturales más interesantes del profesional sanitario, empeñado en el abordaje inseparable del binomio diagnóstico-tratamiento, que es el *intervencionismo*, generador de la acción.

La tercera década de desarrollo de la Atención Primaria, la primera de milenio, estará, ya lo está, dirigida por la información¹², lo que justifica la estratégica importancia de disponerse a los cambios para dotar de suficientes medios informáticos a los centros de Atención Primaria y de disponer de indicadores de sesgo controlado.

No puede volverse a medir la bondad de la actividad sanitaria analizando por separado cada uno de los tres factores cantidad-calidad-coste, siempre acompañada de efecto perverso.

El empleo de la *tasa de productividad (TP)* = (*episodios resueltos x calidad*)/consumo, o dicho de otro modo *qué x cómo/cuánto* permite, tanto a gerentes como a profesionales relacionarse, contractualmente sí, pero con margen de libertad para pujar por aumentar cualquiera de los factores del numerador o reducir el numerador, o cualquier combinatoria de ellos, sin que en ninguno de los casos se pierda la relatividad de que lo bueno es el incremento de la TP y malo su descenso. Esto es GESHIP.

La información agregada, de totales, sin datos personales de pacientes, permitirá, no sólo al Gerente, sino a uno mismo situarse relativamente en

ANALES DE MEDICINA INTERNA

LA REVISTA DE MEDICINA INTERNA

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN AÑO 2001

DIRECCION DE ENVÍO:

Nombre y apellidos.....

.....

Dirección.....

Tel.....

Población

C. Postal.....Provincia.....

Especialidad.....

Centro.....

Cargo.....

ANALES DE MEDICINA INTERNA

(12 núms. en un año)

SUSCRIPCIÓN POR UN AÑO




MIR/Estudiantes*:	7.000 ptas.	(42,07 Euros)
Médicos:	10.000 ptas.	(60,10 Euros)
Organismos y Empresas:	15.000 ptas.	(90,15 Euros)
Extranjeros:	250 \$	

*Los MIR deberán adjuntar documento acreditativo

TALON N.ºQUE ADJUNTO

CONTRA REEMBOLSO

Más información o envíos a:  EDICIONES, S.A.

Castelló, 128 - 28006 Madrid
Telf. 91-782 00 34- Fax: 91-561 57 87
e-mail: suscripc@grupoaran.com - www.arannetworks.es

el contexto general de la primaria local, regional o nacional.

Si toda la información está ajustada poblacionalmente:

—Por edad-sexo, (no es lo mismo con 20% de niños <2 años, o con 25% de mayores de 70 años, por ejemplo).

—Por tamaño del cupo (no es lo mismo alcanzar un 70% de cobertura en 400 pacientes que en 2.400).

—Por porcentaje de población atendida (no debería parecer igual el consumo, aparentemente exacto (por ejemplo, 25 millones ptas. o 150.000 euros), de dos cupos de igual tamaño y condiciones de edad-sexo, si uno de ellos lo ha hecho en el 50% de su cupo y otro en el 75%.

—Por dispersión geográfica.

—Por penuria social.

—Por ajuste del número de desplazados, podremos, profesionales y gestores, realmente poner en una gráfica común, los grados de productividad de cada uno de nosotros y poder identificar, no sólo quiénes son los que alcanzan la excelencia, sino que podremos preguntarles cómo lo han logrado. Esto es GESHIP.

GESHIP es un sistema de información, de soporte informático, basado en un cambio de concepto, que mide la efectividad aplicando *modelos de resolución*, acordados por los profesionales, que afectan a cualquiera de los 700 códigos de la CIAP, permitiendo la medición instantánea, y que relaciona con los consumos y con las condiciones de calidad, en parte auditadas automáticamente. Presentando la información en *unidades relativas de valor*, por la influencia del peso relativo de cada uno de los CIAPs, acordado por profesionales, pero también ponderados por la opinión del sector gerencial o político, lo que transforma los conceptos de *carteras de servicios en ofertas preferentes* de servicios, que no anulan la medición ni el reconocimiento del resto de 660 cosas que la Atención Primaria aborda.

Así presentado, gerentes y centros podrán pactar cuál va a ser objeto de atención a lo largo del ejercicio anual, teniendo los profesionales la tranquilidad de que también se reconoce, en el registro, todo ese conjunto de problemas que entran en los centros y que no son parte de las ofertas preferentes.

Es evidente que, si permaneciéramos en la actitud de medir sólo una parte de la realidad de la Atención Primaria, seguiríamos estableciendo el máximo, por ejemplo en el punto 2 de ordenadas (nivel de *actividad*) (Fig. 3), manteniendo invisible el conjunto de centros y profesionales que lo superan con creces.

Por otra parte, somos conscientes que un centro de Atención Primaria de tamaño medio (18-20.000 hab.) gestiona más de 1.000 millones de ptas.

(6.000.000 euros), en *incapacidad temporal*, farmacia y resto de gastos, con márgenes de ahorro importantes y de que es notoria la inquietud entre profesionales, que recientemente ha saltado a la prensa, hartos de no disponer de los medios necesarios para desarrollar una correcta gestión de su trabajo.

Además el ciudadano es, cada vez, más consciente de sus derechos a recibir mejor y más rápida atención.

Está claro que si disponemos de un sistema de medición de la efectividad de los centros en su actividad sanitaria, ¿cuál es el miedo para profundizar en mejores fórmulas de relación contractual para las unidades de Atención Primaria?

Si lo que el paciente desea es resolución, velocidad y accesibilidad, la clave es premiar por ello. Deberán arbitrase modificaciones de las políticas de incentivos para que comience a reconocerse, no sólo por mejorar (“más fácil” para los que parten de bajas cotas de cantidad y altos costes –área inferior derecha de la Fig. 3–), sino también por mantenerse (área superior izquierda de la Fig. 3), siendo inevitable el gestionar contra presupuesto medio por habitante, en materia de gastos fijos (diferente para centros urbanos que para rurales) o variables (gasto por habitante ajustado, en farmacia, IT, interconsulta, laboratorio, Rx, etc.), dado que la única forma de reconocer a los profesionales y centros destacados es compararlos, no contra su “histórico”, sino contra presupuestos medios. Esto es también parte de GESHIP.

Si trabajamos de esta forma, nos vemos en la obligación de *valorar el esfuerzo*, para tener criterios para la recompensa. En síntesis ha de tenerse en cuenta:

—El *punto de partida y el de llegada*, pues no es lo mismo, pongamos el símil, acelerar de 20 a 30 km/h que de 80 a 90 km/h, aunque la aceleración sea la misma.

—La *inercia de masa*, pues no es lo mismo comenzar y acabar con 15.000 pacientes que comenzar con 15.000 y acabar con 16.000.

—La *ganancia relativa y frente a reto*, pues pudiera pasar que la aparente mejora se hubiese convertido en pérdida, por influencia de una mejora mayor de los demás, además de considerar la relación con lo pactado.

Esto también es objeto de GESHIP.

El nivel gerencial debe disponer de la información que le permita testar la seguridad de las estrategias a implantar. Precisa de un *gestor de hipótesis*, módulo que crea el acrónimo identificativo del proyecto. Debe poder testar la influencia del “¿qué pasaría si hiciéramos este año lo que se manda?” técnicamente denominado *proyección anual de eficiencia*, ejercicio desconocido para la generalidad de la administración sanitaria”. Por ejemplo, si se llevase a cabo lo que en la *oferta preferente* de Servicios de la Comunidad Autónoma Vasca se in-



dica, y sólo en materia de hiperlipemia, este año el gasto de farmacia, que es de 50.000 millones hubiera subido 8.000 millones, sólo en estatinas. Afortunadamente queda sentido común.

Si volvemos a la figura 3, observamos la presencia de líneas o carriles de calidad, a los que están firmemente sujetos centros y profesionales, por lo que si se indica a todos, por ejemplo, que se incremente un 5% la captación de hipertensos, los situados en la parte inferior derecha lo harán siguiendo su carril, que presupone grandes consumos a pocos aumentos. Es por lo que han de personalizarse los contratos y los pactos, pudiendo, aquéllos situados en zona de desventaja, pujar por la calidad (por ej., desburocratizar, poner en marcha la receta de largo tratamiento), sin tocar para nada la cantidad, lo que redundará, no sólo en el incremento de la TP sino también, como bien se sabe, en disminución de los costos de farmacia. Esto es GESHIP.

En resumen, la Atención Primaria adulta requiere de sistemas maduros de medición para que se muestre con realidad la distancia que nos separa de procurarle a los pacientes la mejor, mayor y más eficiente resolución de sus necesidades sanitarias. Lo que pudo soportar una Atención Primaria adolescente, ha dejado de tener cabida. La actual Atención Primaria se está rebelando, con el anhelo lógico de emancipación del joven adulto. Sería deseable que el futuro pasase por conjugar un buen conjunto de condiciones reales y eficientes de relación contractual de las unidades operativas con los servicios de compra ahondando más en los óptimos globales que en los locales. Si lo importante es *resolverle el problema al ciudadano de la forma más rápida y eficiente* ¿por qué mantener relaciones contractuales de gerencias con unidades operativas que sólo mantienen lo contrario? Si es más rentable, para todos, el mejorar el acceso a pruebas, el alcanzar el concepto de “ventanilla única”, en las áreas de Atención al Ciudadano, de los centros de Atención

Primaria, el informatizar el proceso asistencial, etc., ¿por qué no promocionarlo?

Se precisa el apoyo decidido del estamento profesional para abordar esos cambios, ¿pero cómo hacerlo sin una información que muestre a todos las líneas maestras del éxito en la organización?

La clave: *la información*.

AGRADECIMIENTOS

A la Subdirección General de Insalud (Javier Dodero de Solano, 1ª fase, Mª Santos Ichaso Hernández-Rubio, 2ª fase), a la Presidencia Nacional de semFYC (Amalia Velázquez García), a los Gerentes y Gestores participantes en la primera fase (Alfonso Jiménez Palacios, Eduardo García Prieto, Fernando Gallego Rodríguez, Javier Guerra Aguirre (Subdirección General de Atención Primaria de Insalud), Jordi Custodi i Canosa, José Alburquerque Sánchez, Luis Morell Balandrón, Manuel Ángel Moreno Valero, Margarita Alonso Fernández, María Santos Ichaso Hernández-Rubio, Marta González Santos, Sergio Minué Lorenzo, Andrés Rabadán Asensio (SAS) y a los profesionales de semFYC participantes (Araceli Garrido Barral, Yolanda González Martínez, Pilar Martín-Carrillo Domínguez, Carmen Moliner Prada).

CORRESPONDENCIA:

A. Ruiz Téllez
 Instituto @pCOM. Instituto para el Conocimiento,
 Organización y Mejora de la Atención Primaria
 Centro de Salud de Sansomendi
 Vitoria, Osakidetza
 Telf. 945 22 08 00
 E-mail : apcomx2@jet.es

Bibliografía

1. RD 137/84 de Creación de los Equipos de Atención Primaria.
2. Drucker Peter F. Administración para el Futuro. La década de los noventa y más allá. Serie Gestión y Empresa G.E. Barcelona: Parramón, 1993.
3. Lamberts H, Wood M. CIAP, Clasificación Internacional de Atención Primaria. Clasificación de razones de consulta. Barcelona: Masson, 1990.
4. WONCA CIAP-2 Clasificación Internacional de Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: Masson, 1999.
5. Programa OMIAP (Organización y Management Informático de la Atención Primaria). STACKS CIS, S.L. www.stacks-cis.com.
6. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria I. Documentos semFYC. Aten Primaria 2000; 26: 488-507.
7. Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la Atención Primaria. En: Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria II. Documentos semFYC. Aten Primaria 2000; 26: 559-76.
8. Ruiz Téllez A. La organización de un Equipo de Atención Primaria. Rev Centro de Salud 1999; 10: 592-606.
9. Goldrat E. El Síndrome del Pajar. Madrid: Diaz de Santos, 1993.
10. Proyecto GESHIP. Proyecto multinacional GUIA de la iniciativa ATYCA dirigido por Instituto @pCOM, con STACKS CIS, S.L., como socio tecnológico y en colaboración con INSALUD y semFYC. Ver web del Ministerio de Ciencia y Tecnología, www.mcyt.es.
11. Ver en www.institutoapcom.org.
12. Moore GB, Rey DA, Rollins JD. La sanidad en el tercer