

9.12 La Función Directiva en la Gestión Sanitaria: Atención Primaria



Tras el análisis de los rasgos comunes del liderazgo directivo en el sector sanitario, se propone una aproximación a los elementos específicos del primer nivel asistencial y el impacto, potencial o real, de la función directiva en su evolución.

Autora: M^a Teresa Alonso Salazar

Directora Médico Hospital Universitario "Infanta Sofía" de Madrid

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Alonso Salazar. M.T La Función Directiva en la Gestión Sanitaria: Atención Primaria [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2022 [consultado día mes año]. Tema 9.12. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

La profunda reforma que afrontó el sistema sanitario público español en su historia reciente se asienta, conceptual y legislativamente, en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril), siendo la reforma de la Atención Primaria una de sus piezas clave. En el desarrollo del nuevo modelo sanitario se identifican diferentes fases en su liderazgo, aunque todas ellas comparten una escasa atención formal hacia la función directiva. Sobre los conceptos generales expuestos en el módulo anterior, se reflexiona sobre las necesidades y especificidades de los puestos directivos de Atención Primaria en nuestro entorno.

Palabras clave: Atención Primaria, organización, gestión, gestores, liderazgo

ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
CAP	Centro de Atención Personalizada
CBA	Criterios de Buena Atención
CCAA	Comunidades Autónomas
CM	Comunidad de Madrid
COVID 19	Enfermedad producida por coronavirus 19
CSE	Cartera de Servicios Estandarizados
EAP	Equipo de Atención Primaria
EIR	Enfermera Interna Residente
HCE	Historia Clínica Electrónica
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
LGS	Ley General de Sanidad
MIR	Médico Interno Residente
MUP	Módulo Único de Prescripción
RD	Real Decreto
SAR	Servicios de Atención Rural
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SIAP	Sistema de Información de Atención Primaria
SIPE	Sistema Integral de Peticiones
SNS	Sistema Nacional de Salud
ZBS	Zonas Básicas de Salud

Indice

Resumen

Abreviaturas

1. Introducción
2. Las comunidades autónomas como unidad de gestión
3. Marco conceptual y devenir histórico
4. Dirección de atención primaria

5. Gestión asistencial

6. Competencias directivas y liderazgo

7. Acceso a la función directiva

8. Acceso a las jefaturas asistenciales

9. El directivo del presente

Referencias bibliográficas

Introducción

La función directiva en el Sector Sanitario debe ser capaz de responder a la complejidad de sus organizaciones, en cualquiera de los niveles asistenciales. El conocimiento del sector en su conjunto, independientemente del ámbito del desempeño, es un elemento fundamental para el éxito de su gestión. El impacto en la sociedad y las interacciones con el entorno al que sirve requieren de la tensión mantenida de sus gestores, para adelantarse al futuro, entendiendo el presente y respetando el pasado

Atribuyen al presidente Eisenhower la expresión "El Liderazgo es el arte de conseguir que otra persona haga algo que quieres, porque quiere hacerlo". En esta definición de aparente sencillez, se contienen elementos de utilidad para iniciar nuestra reflexión. En primer lugar, sorprende que el liderazgo se califique como un arte, especialmente si damos verosimilitud a que la autoría de este aforismo sea de un estratega, militar y político. Aceptar la función directiva como un arte nos lleva al terreno de la estética, la sensibilidad y la belleza, pero sin alejarnos del necesario cuerpo doctrinal de esta área de conocimiento.

La función directiva forma parte del concepto más amplio de "gestión", que implica tener definido lo que se quiere conseguir, hacerlo a través de otras personas en cuya capacidad para realizarlo confiamos y motivarlas para que sea su voluntad el motor de la acción; lo que viene a resumir las funciones clásicas atribuidas a la gestión empresarial: planificación, organización, selección, dirección y evaluación.

Aunque exista un tronco común en el ejercicio de la función directiva, es fundamental adaptar el contenido de su desempeño al entorno en el que se aplica. Y en este sentido, sorprende la escasa atención que se ha venido prestando a las necesidades competenciales que requiere la dirección en el sector sanitario, cuando a su vez se reconoce su elevada y especial complejidad, vinculada a características inherentes como:

- Empresa de servicios
- Asimetría de información
- Expansión del conocimiento biomédico y fragmentación de la práctica profesional

- Profesionales altamente cualificados, que actúan como agentes con un doble compromiso: con los pacientes y con la organización para la cual trabajan
- Persistencia en la conciencia colectiva profesional de los valores del ejercicio liberal e individual, cuando operan en un entorno organizativo complejo, con predominio de la relación empresarial de asalariado, en el sector público o privado
- Disparidad entre oferta, demanda y necesidad de servicios, conceptos que solo en determinados casos confluyen
- Compleja evaluación de resultados de valor, con múltiples componentes a evaluar: efectividad, impacto individual y poblacional, seguridad y eficiencia
- Relaciones profesionales y personales basadas en la confianza

Iremos señalando alguno de estos elementos diferenciales y los argumentos que sostienen la afirmación sobre la complejidad de la gestión sanitaria, sin que el orden de los mismos establezca una priorización de su importancia. Recomendamos el interesante y pedagógico artículo del Dr. Repullo (Repullo, J R, 2022)

Comenzaremos por una afirmación, tal vez para el debate: El sector sanitario es la mayor empresa de conocimiento del mundo. Por un lado, aglutina el saber de las ciencias básicas (biología, física, química, matemáticas) y de las ciencias aplicadas (ingeniería, arquitectura, informática), a la vez que integra el conocimiento de las ciencias sociales (psicología, antropología, geografía humana y demografía, sociología, historia, filosofía, derecho, economía, política).

Nos hemos acostumbrado a convivir con el despliegue tecnológico y el sustrato científico que lo soporta en nuestros centros sanitarios; pero si fuéramos capaces de poner ojos nuevos, no solo nos asombraríamos ante el conocimiento que concentra un quirófano o una UCI, sino que en cualquier sala, habitación o procedimiento estamos ante múltiples ciencias que han aportado y concentrado su saber en el aparentemente más sencillo de los actos asistenciales. En Atención Primaria todavía nos resulta menos

Comenzaremos por una afirmación, tal vez para el debate: El sector sanitario es la mayor empresa de conocimiento del mundo, porque aglutina el saber de las ciencias básicas (biología, física, química, matemáticas) y de las ciencias aplicadas (ingeniería, arquitectura, informática), a la vez que integra el conocimiento de las ciencias sociales (psicología, antropología, geografía humana y demografía, sociología, historia, filosofía, derecho, economía, política).

intuitivo el reconocer el complejo entramado de conocimiento que se maneja de forma cotidiana. La Farmacología es tal vez la principal "tecnología" de este nivel asistencial. Sabemos que detrás de cada fármaco hay una investigación con un resultado exitoso en relación a un principio activo, pero también ha sido necesario conocer su dosis exacta, los excipientes adecuados y las vías de metabolización para asegurar la biodisponibilidad, e incluso nos preocupamos por el confort en su administración y características como la palatabilidad. Los profesionales de Atención Primaria se enfrentan al conocimiento de las interacciones en el seno la pluripatología y la polimedicación, y deben ser expertos en psicología y comunicación para gestionar uno de sus mayores retos: la adherencia terapéutica.

Por otro lado, y más que nunca, la reflexión sobre una organización sanitaria debe considerar no solo su oferta asistencial (actividad), sino los condicionantes externos que proporciona su entorno: la población atendida y todo aquello que nos afecta como sociedad. Hemos constatado de forma dramática que el entorno no solo es gradualmente cambiante, sino que puede serlo de manera drástica, tensionado al sistema sanitario como no podíamos sospechar.

El gestor sanitario, en todos los niveles de gestión (macro, meso, micro y nano) trabaja en un sistema abierto y permeable a los cambios sociales, capaces de alterar su evolución natural. Solo desde el conocimiento y consideración de estos motores de cambio, podrá afrontarlos con garantía. Resumimos algunos sobre los cuales se viene insistiendo repetidamente: (Barrubés, Honrubia, Dia, & Portella, 2020)

- Cambios demográficos y epidemiológicos: envejecimiento, cronicidad y dependencia
- La evolución económica y las exigencias de una financiación sostenible
- Cambios tecnológicos en los modelos de comunicación y análisis de la información
- Nuevo perfil de paciente, más informado y exigente, que accede con rapidez a múltiples fuentes que compara y utiliza, que reconoce y valora la calidad científico técnica del

sistema sanitario, a la vez que pide inmediatez y confort

- Innovación y personalización en la nueva tecnología médica. Los conceptos de medicina personalizada, predictiva y preventiva (genómica, nanotecnología, tecnologías mínimamente invasivas, Big Data...) se han incorporado como elementos de efectividad y el futuro nos dirá, si también de eficiencia.
- Cambios en las profesiones sanitarias, en los perfiles y competencias, adaptados a la nueva realidad social en la que el trabajo relativiza su importancia, se acepta la dedicación parcial, se reclama el derecho a la conciliación, el liderazgo en equipos multiprofesionales, la responsabilidad compartida y la necesidad de nuevos roles

No hace muchos años centrábamos el discurso en la gestión del impacto de la crisis económica y la sostenibilidad del sistema sanitario, los retos sociodemográficos y epidemiológicos, los escenarios sociales cada vez más competitivos y la necesidad de nuevas herramientas de gestión. Asegurábamos que nunca antes habíamos tenido tantos factores de cambio, tan intensos cada uno de ellos y actuando todos al mismo tiempo. La pandemia nos ha hecho tomar conciencia bruscamente de hasta qué punto nos movemos en un contexto de incertidumbre en el que nuestra "normalidad" se puede ver alterada. Hemos afrontado una pandemia con las herramientas clásicas de la epidemiología, y con el objetivo a corto plazo no ya de vencer, sino de resistir; pero también hemos sido testigos de la respuesta científica, estructural y organizativa de una vacunación sin precedentes. La pandemia ha hecho que la vulnerabilidad y la fragilidad no sean patrimonio de una parte de la pirámide de población, sino de todos nosotros como individuos, como sociedad y como sistema sanitario.

Este entorno desafiante es también un escenario de oportunidades. La pandemia nos ha mostrado los valores que nos han hecho más fuertes: flexibilidad y agilidad, trabajo en equipo y no presencial, transversalidad, priorización y efectividad. Pero obsesionados por la vuelta a una "normalidad" que nos resistimos a repensar, no parece que estemos incorporando lo aprendido ni facilitando nuevos modelos organizativos.

Este entorno desafiante es también un escenario de oportunidades. La pandemia nos ha mostrado los valores que nos han hecho más fuertes: flexibilidad y agilidad, trabajo en equipo y no presencial, transversalidad, priorización y efectividad. Pero obsesionados por la vuelta a una "normalidad" que nos resistimos a repensar, no parece que estemos incorporando lo aprendido ni facilitando nuevos modelos organizativos.

En el caso de los hospitales, nos seguimos formando y desarrollando con los principios organizativos con los que fueron definidos hace 100 años. Los avances científicos y técnicos han derivado en un modelo de organización fragmentada que entra en contradicción con las necesidades de los pacientes, integradas en su persona y su entorno familiar y comunitario. La respuesta a estas necesidades debe ser multiprofesional, con recursos polivalentes y flexibles y desde la continuidad de cuidados.

La categorización de los hospitales en "agudos", "media-larga estancia", "apoyo" como si cada uno de estos grupos fuera en sí mismo un nivel asistencial, está evolucionando hacia el concepto de un complejo asistencial especializado en el que se atienden pacientes con diferentes necesidades, a través de una red integrada de servicios, cuya capacidad asistencial se reconoce con indicadores que trascienden el recurso "cama".

El hospital tradicionalmente se define por una cartera de servicios organizada por especialidades, que a su vez identifican y actúan como fronteras entre los profesionales, cuyo objetivo suele ser completar y crecer al máximo en la cartera que reconocen como propia. Pero ¿es posible una alternativa a esta organización? Pensaríamos en profesionales que trabajan en equipo, delegan competencias y con una cartera de servicios por especialidades asimétrica, según las necesidades de la población. En este nuevo concepto de hospital ya no se busca y pretende la autosuficiencia e independencia de los demás hospitales, sino la cooperación, de forma que los servicios asistenciales multihospital dejan de percibirse como una carencia, para convertirse en un valor (Gómez, y otros, 2021)

Los hospitales docentes asumen una especial responsabilidad en la gestión de estos cambios. Los nuevos especialistas, que en la actualidad siguen formándose por área de conocimiento, deben aprender que éste no es el único criterio organizativo. Los pacientes no se distribuyen dicotómicamente entre sanos y enfermos ni sus problemas de salud llevan el nombre de determinadas especialidades, sino que lo habitual es reconocer en ellos perfiles según la cronicidad, la complejidad o necesidad de intervención más o menos inmediata.

Esta evolución conceptual del Hospital y de sus especialidades

es una oportunidad de aproximación entre ambos niveles asistenciales, pues nos permiten compartir los paradigmas clásicos de Atención Primaria: trabajo en equipo, continuidad asistencial, integralidad de los procesos, resultados en salud, accesibilidad...

La reforma de la Atención Primaria dio prioridad a la expansión del modelo. La evaluación del éxito pivotaba sobre los cambios estructurales, que han demostrado ser necesarios, pero no suficientes. Nunca hemos tenido una estructura tan potente y un diagnóstico de debilidad tan compartido por todos los agentes sanitarios.

1.- las Comunidades Autónomas como unidad de gestión

La Ley General de Sanidad (1986) y la Ley de Cohesión y Calidad (2003) son las normas básicas sanitarias de aplicación en todo el territorio nacional, en un estado autonómico que tiene transferidas las competencias de gestión sanitaria a sus CCAA. La definición de sus correspondientes mapas sanitarios determina en gran medida la organización de su Atención Primaria.

La LGS (Jefatura del Estado, 1986) sigue siendo la norma básica de aplicación en todo el territorio del Estado. Esta ley establecía los aspectos fundamentales de referencia para las reformas sucesivas del futuro, señalaba a los Servicios de Salud de las CCAA como responsables de la integración de competencias en salud pública y atención sanitaria, y reconocía la transitoriedad del INSALUD hasta que se completase el proceso de las transferencias sanitarias. Cuando éstas concluyen, se plantea la necesidad de una nueva norma nacional, vertebradora del SNS, y este es el espíritu de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Jefatura del Estado, 2003). La nueva ley define los mecanismos de cooperación y coordinación en la organización de la asistencia sanitaria y en salud pública, y pretende garantizar la colaboración de las Administraciones Públicas Sanitarias en la mejora del funcionamiento del Sistema, que viene definido por la equidad, la calidad y la participación.

La LGS asigna a las CCAA, en el contexto de la organización del sistema sanitario, la competencia de delimitar en su territorio las Áreas de Salud, "teniendo en cuenta factores geográficos,

La reforma de la Atención Primaria dio prioridad a la expansión del modelo. La evaluación del éxito pivotaba sobre los cambios estructurales, que han demostrado ser necesarios, pero no suficientes. Nunca hemos tenido una estructura tan potente y un diagnóstico de debilidad tan compartido por todos los agentes sanitarios.

socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área”, ya que esta demarcación territorial, de extensión y población variable, será la unidad en la que se cumplirán los objetivos que marca la Ley (Art. 56).

En este contexto legislativo que consolida la autonomía de gestión de las CCAA, para facilitar e ilustrar el desarrollo de este capítulo, utilizaré frecuentes referencias a la Comunidad de Madrid (CM), que por el tamaño y diversidad de su estructura sanitaria, permite identificar elementos comunes con otras CCAA, aunque reconociendo que en su devenir histórico, cada una ha podido desarrollar modelos propios en respuesta a sus particularidades poblacionales, estructurales, ideológicas y estratégicas.

A 31 de diciembre de 2021 la CM registraba una población con acceso a la asistencia sanitaria pública de 6.794.867 personas de las que el 98,6% disponen de TSI u otros documentos acreditativos para su acceso al sistema. Madrid es la tercera Comunidad Autónoma según el tamaño de su población (tras Andalucía y Cataluña). La CM cuenta con una red de Atención Primaria formada por 266 Centros de Salud, apoyada por 163 Consultorios locales, que en una superficie de 8.021,80 Km² dan respuesta al criterio de accesibilidad geográfica. Los equipos de atención primaria (EAP) formados por médicos de familia, pediatras, enfermeras y personal administrativo, trabajan con unidades de apoyo en las que se integran matronas, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos, así como los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria y Servicios de Atención Rural (SAR). En resumen, casi 14.000 profesionales sanitarios y no sanitarios, en actividades asistenciales y de gestión (Consejería de Sanidad, 2022).

Para contextualizar lo que supone la protección sanitaria, desde la descentralización de la gestión y las competencias de una Comunidad Autónoma con estos casi siete millones de personas de la CM, aportamos los datos de población de los países europeos, identificando en color verde los 27 que configuran actualmente la Unión Europea.

Europa	Población 2021	Europa	Población 2021
Liechtenstein	39.055	Serbia	6.871.547
Islandia	368.792	Bulgaria	6.916.548
Malta	516.100	Suiza	8.670.300
Montenegro	620.739	Austria	8.932.664
Luxemburgo	634.730	Hungría	9.730.772
Chipre	896.007	Azerbaijan	10.119.133
Estonia	1.330.068	Portugal	10.298.252
Letonia	1.893.223	Suecia	10.379.295
Macedonia	2.068.808	Grecia	10.678.632
Eslovenia	2.108.977	República Checa	10.701.777
Moldavia	2.597.107	Bélgica	11.554.767
Lituania	2.795.680	Países Bajos	17.475.415
Albania	2.829.741	Rumanía	19.201.662
Armenia	2.963.251	Polonia	37.840.001
Georgia	3.728.573	Ucrania	41.418.717
Croacia	4.036.355	España	47.398.695
Irlanda	5.006.324	Italia	59.236.213
Noruega	5.391.369	Francia	66.273.576
Eslovaquia	5.459.781	Francia	67.656.682
Finlandia	5.533.793	Alemania	83.155.031
Dinamarca	5.840.045	Turquía	83.614.362
Comunidad de Madrid	6.794.867		

Tabla 1. Población de los países europeos y la Comunidad de Madrid (31 de diciembre de 2021). Fuente INE y acceso a EUROSTAT

En 1984 (y por tanto previo a la LGS de 1986) el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, en su artículo 1, había establecido la Zona Básica de Salud (ZBS) como la “demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”, y atribuía al marco territorial de las CCAA la competencia para delimitar estas ZBS teniendo en cuenta “criterios demográficos, geográficos y sociales”, y como referencia para la actuación de los Equipos de Atención Primaria (EAP)

La LGS insiste en este concepto en su artículo 62: “para conseguir

la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud”.

Por tanto, mientras que el entorno geográfico de actuación de los hospitales es el Área de Salud, para Atención Primaria lo será la Zona Básica de Salud

A lo largo del tiempo las CCAA han ido desarrollando su modelo de organización asistencial y adaptando el concepto de Área de Salud, tanto en su nomenclatura, como en su dimensión, en respuesta a diferentes criterios organizativos y de gestión. No obstante, se reconoce la equivalencia conceptual entre las diferentes estructuras organizativas, y se asume como término común para utilizar a nivel nacional el de Área de Salud, equiparable a otras denominaciones específicas, ya que se entiende por tal “aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional”. De esta manera, el Área es para Atención Primaria la referencia de la meso-gestión, equivalente a lo que en la Atención Hospitalaria es la Dirección Gerencia de un Hospital.

Las ZBS son un concepto que se ha mantenido más uniforme, aunque sus delimitaciones geográficas se hayan ido modificando en el tiempo en base a criterios demográficos y estructurales. El RD de Estructuras Básicas de Salud define los conceptos de Zona de Salud, Centro de Salud, Equipo de Atención Primaria y Coordinador Médico (artículos del 1 al 4) que siguen en vigor, aunque con adaptaciones terminológicas y funcionales, entre otras en el desarrollo de la función directiva de los Coordinadores Médicos. El Centro de Salud y sus responsables constituyen el nivel de la micro-gestión en Atención Primaria.

La tabla 3 muestra la terminología adoptada por cada Comunidad Autónoma (entre paréntesis el número de unidades en cada caso), la naturaleza jurídica de la norma que regula su distribución, y la unidad de agrupación con la que se trabaja a nivel nacional para construir el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) (SG de Información Sanitaria, 2021). Como se puede comprobar en el documento de referencia cada comunidad autónoma ha ido desarrollando numerosas normas, seguramente con el objetivo de ir perfilando la delimitación territorial de sus

Servicios Sanitarios, adaptada a las características geográficas, la evolución de sus necesidades poblacionales y a la disponibilidad real de sus diferentes estructuras sanitarias y de comunicación.

CCAA	Nivel organizativo				Mapa de Referencia para Atención Primaria (a)	Norma reguladora
Andalucía	Zonas Básicas de Salud (216)	Distritos de Atención Primaria (34)	Áreas de Gestión Sanitaria (15)	Áreas de Salud (8)	Distrito de Atención Primaria (DAP)	Orden. Las Áreas de Gestión Sanitaria por Decreto
Aragón	Zonas Básicas de Salud (123)	Área de Salud-Sector (3)			Se acuerda con los representantes de la comunidad, mantener la antigua estructura de 8 Áreas de Salud-Sectores	Decreto
Principado de Asturias	Zonas de Salud (70)	Zonas especiales de Salud (16)	Distritos Sanitarios (2)	Áreas Sanitarias (8)	Área Sanitaria	Decreto
Illes Balears	Zonas Básicas de Salud (61)	Sectores Sanitarios (7)	Área de Salud (3)		Área de Salud	Decreto
Canarias	Zonas Básicas de Salud (108)	Área de Salud (7)			Área de Salud	Decreto (Áreas de Salud) y Orden (Zonas Básicas de Salud)
Cantabria	Zonas Básicas de Salud (42)	Área de Salud (4)			Área de Salud	Decreto
Castilla y León	Zonas Básicas de Salud (249)	Área de Salud (11)			Área de Salud	Decreto
Castilla-La Mancha	Zonas Básicas de Salud (205)	Área de Salud (8)	Gerencia de Atención Integrada (13)	Gerencia de Atención Primaria (1)	Gerencia de Atención Integrada y Gerencia de Atención Primaria	Orden
Cataluña	Áreas Básicas de Salud (370)	Sectores Sanitarios (29)	Regiones Sanitarias (7)		Región Sanitaria	Decreto para la regulación de las Regiones y Sectores Sanitarios y Orden para la delimitación de las Áreas de Salud
Comunidad Valenciana	Áreas Básicas de Salud (241)	Departamento de Salud (24)			Departamento de Salud	Orden
Extremadura	Zonas de Salud (113)	Área de Salud (8)			Área de Salud	Decreto
Galicia	Zonas Sanitarias (314)	Distritos Sanitarios (14)	Áreas Sanitarias (7)		Área Sanitaria	Decreto
Comunidad de Madrid	Zonas Básicas de Salud (286)	Direcciones Asistenciales (7)	Área de Salud (1)		Dirección Asistencial (desde el año 2010)	Decreto
Región de Murcia	Zonas Básicas de Salud (90)	Área de Salud (9)			Área de Salud	Orden
C. Foral de Navarra	Zonas Básicas de Salud (56)	Área de Salud (1)	Gerencias Integrada de Área de Salud (2)	Regiones Sanitarias (1)	Área de Salud y Gerencia Integrada de Área de Salud	Ley Foral
País vasco	Zonas de Salud (136)	Organizaciones Sanitarias Integradas (13)	Áreas de Salud (3)		Comarca y Organización Sanitaria Integrada	Orden
La Rioja	Zonas de Salud (20)	Área de Salud (1)			Área de Salud	Decreto
Ceuta y Melilla	Zonas Básicas de Salud (7)	Área de Salud (2)			Área de Salud	Decreto

Tabla 3. Fuente "Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad. Información y Estadísticas Sanitarias 2021. Elaboración propia

(a) *Mapa de referencia para Atención Primaria. Estructura que se utiliza para agrupar las zonas básicas en el Catálogo de Centros de Atención Primaria y para la desagregación de los datos estadísticos de recursos, población y actividad del SIAP*

3.-Marco conceptual y devenir histórico

El escenario post-pandémico insiste en una presentación apocalíptica de Atención Primaria. En la evolución de sus cinco décadas tras la reforma sanitaria este nivel asistencial ha dado pasos de gigante en la sistematización de su trabajo, el desarrollo estructural, la capacidad de resolución y la continuidad asistencial. Es fundamental la construcción de un modelo de futuro sobre lo ya existente, y gestionar desde la ilusión que da la certeza de que solo con una Atención Primaria potente el sistema sanitario puede ser eficiente y seguro.

Atención Primaria es el nivel en el que se materializa la universalidad de la cobertura sanitaria: la mayor parte de los contactos de los pacientes con el sistema sanitario se realizan en este nivel asistencial, y de su experiencia, tanto de los cuidados recibidos como de sus resultados y de la gestión que se realice de la continuidad asistencial, se configuran en gran medida, sus expectativas y la percepción de la calidad del sistema.

Tanto ciudadanos como profesionales comparten el diagnóstico de deterioro en el funcionamiento de la Atención Primaria y aunque lo inmediato es atribuirlo al impacto de la pandemia de COVID-19, lo cierto es que muchas voces ya venían alertando sobre la crisis de legitimidad y calidad técnica de este nivel asistencial en las últimas décadas (Gérvas, 2006).

El liderazgo de la macrogestión era necesario e imprescindible para una reforma del sistema que debía descansar sobre una Atención Primaria de Salud (APS) hasta ese momento inexistente. Pero tal vez el error ha sido que los logros de la Atención Primaria se han medido casi exclusivamente en términos de macrogestión: universalidad, descentralización de la gestión, construcción de centros de salud, incorporación de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, dedicación completa ...

En cuanto a la mesogestión, de forma similar a lo sucedido en

los Hospitales, también en Atención Primaria se apostó por el gerencialismo, con el nombramiento de cargos discrecionales, cuya actividad estaba más cerca del control político que de la gestión asistencial.

Desde hace tiempo se viene hablando de la "reforma de la reforma" como respuesta a los problemas existentes. Por su complejidad y la dificultad de las soluciones, cabría esperar la preocupación de todos los agentes implicados (Administración, gestores, profesionales y ciudadanos) por asegurar un liderazgo con capacidad y disposición para el cambio en cada uno de los niveles de gestión del sistema. Curiosamente no parece que haya una apuesta por el desarrollo de la función directiva, aunque se formalmente se reclame su necesidad y se promuevan iniciativas para su profesionalización.

Si como se señalaba a propósito de la función directiva, las competencias principales pueden resumirse en dos dimensiones, la capacidad de coordinar y la capacidad de motivar (Repullo, 2012), los líderes de Atención Primaria deben priorizar y activar todas sus capacidades de motivación para rescatar del sentimiento de frustración a muchos profesionales de este nivel asistencial

Los problemas del Sistema Sanitario español que promovieron su reforma en los años 80 fueron abordados con mayor o menor acierto, y de hecho son muchos los cambios que se han producido desde entonces; pero en estos momentos la necesidad de revisión de un modelo con síntomas de agotamiento, vuelve a promover un consenso social, y como en un "deja vu" histórico nos encontramos con quejas muy parecidas a las del pasado a propósito de Atención Primaria (Elola, 1991):

- Escasa atención de las Administraciones Públicas hacia el primer nivel asistencial, que se traduce en el desequilibrio de recursos entre el Hospital y Atención Primaria
- Mala calidad percibida por la masificación de las consultas, rigidez de horarios, mala información, despersonalización de la relación médico-paciente, excesivo tiempo de espera y corta duración de las consultas
- Elevada frecuentación y excesiva actividad burocrática

No obstante, poco tiene que ver aquella asistencia extrahospit-

Curiosamente no parece que haya una apuesta por el desarrollo de la función directiva, aunque formalmente se reclame su necesidad y se promuevan iniciativas para su profesionalización.

taría heredera del Instituto Nacional de Previsión (INP) con nuestra actual Atención Primaria, que toma sus referencias conceptuales de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Alma Ata en 1978, y que se consolida legislativamente con el RD de estructuras básicas de salud de 1984 y la LGS de 1986. En estos momentos de desánimo y a veces desesperanza, conviene recordar que a lo largo de estas cinco décadas hemos ido sumando elementos estructurales y funcionales, hasta consolidar una red asistencial sin precedentes (Consejería de Sanidad, 2022):

- Centros de Salud, cuyo número y planificación responden al compromiso de accesibilidad geográfica y cuya estructura y dotación dan soporte a la calidad de los servicios
- Trabajo en EAP, con progresiva incorporación de especialistas MIR y EIR, que junto a su desempeño asistencial desarrollan actividades de investigación y docencia y participan en la formación pre y postgrado de profesionales sanitarios
- Dedicación completa, con apertura de los centros de salud entre las 8 y las 21 horas de lunes a viernes, y garantía de atención continuada el resto de días y jornada, bien con servicios de gestión directa o a través del 112
- Oferta definida a través de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE), consolidada durante décadas y a la vez en constante revisión (la 7ª versión en la CM se editó en julio de 2021). CSE es un catálogo de prestaciones priorizadas que incluye los 40 servicios de atención preferente y que se utiliza como una doble herramienta:
 - De calidad (homogeneiza la metodología de trabajo en los CS, está sustentada en guías, protocolos y/o consenso de expertos, permite evaluar sistemática y anualmente las actividades del proceso asistencial, estableciendo estándares de calidad)
 - De gestión (el resultado global de los servicios a través de su índice sintético, permite conocer anualmente el grado de cumplimiento de la CSE, dentro del Contrato Programa de Centro). Cada uno de los servicios incluye indicadores de cobertura y calidad

(Criterios de Buena Atención o CBA), de tal manera que además de conocer las personas incluidas en un servicio sobre el total de susceptibles de recibirlo, se evalúan las intervenciones específicas que deben recibir las personas incluidas y su periodicidad. La CSE está implementada en la Historia Clínica Electrónica (HCE) AP-Madrid a través de planes personal y protocolos/formularios de registro, lo que permite su evaluación automatizada y normalizada. La confianza en la validez de los datos permite desarrollar una evaluación robusta, estable y fiable.

- Sistemas alternativos a la citación presencial: Atención Telefónica Automatizada, Quioscos en Centros de Salud, Centro de Atención Personalizada (CAP), Internet, aplicación móvil
- Mejora de la capacidad de resolución, tanto por la capacitación de los profesionales como por la disponibilidad de recursos diagnósticos, bien en la dotación directa de los centros, bien a través del acceso en condiciones de igualdad con las especialidades hospitalarias
- Herramientas tecnológicas al servicio de la continuidad asistencial. En la CM pueden destacarse:
 - HCE única por paciente, con servidores centralizados, que permiten la atención sobre la propia historia en cualquier punto de su red asistencial
 - HORUS, visor que permite el acceso a la información clínica de las historias electrónicas de los pacientes, tanto de los hospitales como de Atención Primaria y los informes del SUMMA 112. La posibilidad de compartir esta información permite las intervenciones proactivas, pero vuelve a ser una condición necesaria, aunque no suficiente
 - Receta electrónica. El Módulo Único de Prescripción (MUP) automatiza la prescripción y la dispensación de medicamentos, así como el proceso administrativo para la facturación. El MUP permite el acceso a la historia farmacoterapéutica de los pacientes y la

prescripción electrónica por parte de los profesionales, incluida la gestión del visado electrónico.

- E-consulta (interconsulta electrónica no presencial) es la solución corporativa del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), para facilitar el flujo de información clínica entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, sin la presencia del paciente, utilizando como herramienta SIPE (Sistema Integral de Peticiones), que se integra en los sistemas de Atención Hospitalaria y Primaria.

Merece la pena detenerse en este concepto de interconsulta no presencial. Parece que la pandemia nos ha obligado a poner en marcha soluciones organizativas que respondieran simultáneamente a las necesidades de accesibilidad y seguridad. La telemedicina y la atención telefónica ya habían demostrado su efectividad cuando su indicación y desarrollo cumplía con determinados estándares. La e-consulta no es exactamente la respuesta a un objetivo de no presencialidad, sino a la necesidad de distinguir dentro de la comunicación entre niveles asistenciales, entre la derivación y la consulta. Los médicos de Atención Primaria trabajan en un entorno de gran incertidumbre en el que se enfrentan con frecuencia a dudas, sospechas, diagnósticos diferenciales, opciones de pruebas complementarias, ... que desearían compartir y debatir con especialistas hospitalarios. En esta situación, la única alternativa posible era la derivación, porque ni siquiera el "especialista consultor" era capaz de dar respuesta con la agilidad, efectividad y eficiencia que requiere la "interconsulta". La derivación de pacientes para los que en realidad el médico solo precisa una consulta, malgasta recursos y aumenta los riesgos. En su papel de filtro, como puerta de entrada, Atención Primaria requiere de herramientas de comunicación escaladas.

MacWhinney (McWhinney, 1995) ya realiza una descripción muy pedagógica de la diferencia entre consulta y derivación, y de su necesaria respuesta también diferenciada: "En la consulta, el médico responsable del paciente pide a un colega su opinión sobre el caso. La persona consultada puede ser un especialista, un médico de familia o un miembro de otras profesiones relacionadas con la salud. Aunque la opinión tendrá lógicamente un valor, no es vinculante. El paciente no queda en ningún momen-

to al cuidado del consultor; a menos que la derivación siga a la consulta, el médico que solicita la consulta, sigue encargado del caso”.

Más adelante se refiere a la importancia de seleccionar al consultor más apropiado, y señala que aunque existen consultas informales, la consulta formal puede ser decisiva en el manejo del paciente. Describe también los requisitos para la efectividad de la consulta, que podemos afirmar siguen siendo válidos en la actualidad:

- Que médico se relacione directamente con el consultor, casi siempre por escrito, aunque en casos urgentes pueda utilizar el teléfono. La forma ideal sería que el consultor y el médico que solicita la consulta se pusieran de acuerdo para ver juntos al paciente.
- Que quede claramente explicitado el motivo de la consulta y se proporcione información relevante.
- Que el paciente conozca los motivos por los que se realiza la consulta.
- Que el consultor responda con rapidez y si se siente incapaz de dar una opinión y piensa que sería apropiado otro consultor, debe indicárselo al médico que lo solicita, y no debe enviar por su cuenta al paciente a otro consultor.

Por otro lado, a la derivación se refiere en los siguientes términos: “La derivación implica la transferencia de la responsabilidad por algún aspecto del cuidado del paciente. Para el médico de familia, la transferencia de responsabilidad nunca es total, puesto que siempre conserva la responsabilidad global del bienestar del paciente.”

Describe de manera precisa diferentes tipos de derivación, que de manera indirecta apuntan a diferentes modelos para su gestión:

- Derivación provisional. Para recibir atención integral durante un período determinado de tiempo como es el caso de una intervención quirúrgica o enfermedad grave.
- Derivación colateral. El médico de familia mantiene la responsabilidad global, pero envía al paciente para la aten-

ción de un problema específico, aunque pueda ser por un tiempo prolongado, como ante un glaucoma crónico.

- Derivación cruzada. Después de una derivación inicial, el especialista envía a otro especialista. En este caso, McWhinney propugna que el primer consultor informe al médico de familia, antes de hacer la derivación él mismo.
- Derivación fragmentada. Intervienen varios especialistas sin que nadie asuma la responsabilidad global.

Desde esta perspectiva, la e-consulta es mucho más que una herramienta tecnológica de no presencialidad, ya que supone un cambio organizativo conceptual. No obstante, la pandemia ha contribuido a potenciar los canales de comunicación que permiten en general la atención no presencial, con el correspondiente despliegue tecnológico que requiere un modelo de trabajo en remoto. La tarjeta sanitaria virtual es un ejemplo más para facilitar la información y evitar desplazamientos a los centros para realizar trámites.

Garantizar la continuidad asistencial ha sido siempre una necesidad, una demanda y una preocupación especialmente manifestada desde Atención Primaria, y para ello se han propuesto e implementado también organizativas, como el ya mencionado especialista consultor, la incorporación a los equipos directivos de los hospitales de los Directores de Continuidad Asistencial, la integración de niveles en las Áreas Sanitarias o la defensa de un modelo de atención integral centrado en la persona a través de procesos asistenciales integrados y las diferentes estrategias de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Los problemas de continuidad parecen mantenerse, aunque mejora la percepción de la coordinación cuanto mayor es el nivel de integración de las Áreas. La reflexión final vuelve a ser que las mejoras organizativas son necesarias, pero no son suficientes (Esteve-Matalí, y otros, 2022).

La estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la CM aprovecha la potencialidad de la HCE única en Atención Primaria, para incluir la estratificación automatizada de la población en función de su riesgo de enfermar (en base a datos clínicos, epidemiológicos y demográficos). Con esta información, se facilita la evaluación individual por parte de los pro-

profesionales sanitarios para definir el nivel de intervención sobre cada paciente según sus necesidades reales, de la que debería derivar la definición de un plan de actuación específico que incluyera quién, cuándo y en que ámbito asistencial deben realizarse las intervenciones. Como en otros muchos ejemplos, las herramientas de coordinación confluyen en la voluntad de cooperación de los proveedores de servicios de un territorio y pacientes concretos.

En la CM modulado por la creación del Área Única de Salud y la normativa de Libre Elección, a partir del año 2010 se desarrolla un modelo específico de gestión de la continuidad asistencial con la definición de las funciones y nombramiento de los Directores de Continuidad Asistencial, y una referencia de coordinación para todo el Servicio Madrileño de Salud (Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial).

Cualquier plan estratégico que tenga como objetivo el trabajo asistencial compartido entre todos los ámbitos de atención, para dar en cada momento una respuesta integral a las necesidades, expectativas, experiencias y etapa vital de los pacientes, pasa necesariamente por un cambio cultural que debe ser liderado y gestionado. Nos enfrentamos al reto de la accesibilidad, materializado en las listas de espera para consultas y pruebas, el desarrollo de infraestructuras y nuevos modelos organizativos que permitan una gestión más eficiente y segura a través de la coordinación de actividades e intervenciones, la realización de proyectos de investigación que den soporte al conocimiento y aprendizaje y por tanto a una toma de decisiones basada en la calidad científico-técnica, la seguridad, la efectividad y la eficiencia, en resumen, la consolidación de una estructura organizativa y funcional sobre la que fluya la coordinación y el compromiso entre diferentes ámbitos asistenciales. Los directivos sanitarios deben liderar el desarrollo y consolidación de esta cultura de continuidad impulsando la comunicación entre profesionales y priorizando en su agenda la gestión de las transiciones asistenciales.

Un ámbito de coordinación en el que más necesaria es la integración de los procesos asistenciales y más manifiesta su debilidad es cuando los pacientes viven en un centro sociosanitario como alternativa a su domicilio. La población más compleja y frágil y en teoría más protegida ya que además de la cobertura de su EAP contará en muchas ocasiones con personal sanitario

y cuidadores profesionales en el propio centro, en los momentos críticos, parece quedar en "tierra de nadie". Son pacientes que requieren de una gestión diferenciada de sus necesidades a través de circuitos de valoración preferentes y acceso a los recursos especializados desde sus profesionales de referencia del primer nivel asistencial.

No podemos olvidar en la gestión del sistema sanitario la relevancia y especificidad de los dispositivos para la atención a Urgencias, gestionados a través del 112 y en los que se incluye el Servicio Coordinador de Urgencias, las Unidades de Atención Domiciliaria, los Servicios de Urgencia extrahospitalarios, las Unidades Médicas de Emergencias, los distintos dispositivos móviles (vehículos de intervención rápida, de soporte vital, de neonatos, helicópteros ...). Dar respuesta a la demanda sanitaria urgente implica la atención telefónica por parte de profesionales sanitarios, la asistencia con recursos móviles, las alertas en patologías tiempo dependientes que se gestionan a través de Códigos Asistenciales (infarto, ICTUS), la coordinación de camas y traslados interhospitalarios, la gestión del transporte sanitario (urgente y programado para diálisis, rehabilitación y consultas), los servicios especiales, tanto en coberturas preventivas como en cooperación en catástrofes internacionales.

Sin pretender la exhaustividad, hemos tratado de resumir una visión de la complejidad y dinamismo del sistema sanitario, señalando elementos específicos de los servicios extrahospitalarios. El desempeño de la gestión sanitaria se realiza desde un cuerpo de conocimiento troncal que aporta el desarrollo conceptual y las herramientas básicas de actuación; desde ahí, el sector y contexto en el que se aplica condiciona su despliegue práctico. Es más, el momento histórico en el que se encuentre una organización, sus problemas y desafíos coyunturales ponen a prueba la capacidad integradora y adaptativa de los instrumentos de gestión.

Si además tenemos en cuenta que los sistemas sanitarios están organizados en grandes redes en las que distinguimos distintos niveles: macro gestión (diseño de la política sanitaria, financiación y aseguramiento), meso gestión (gerencia de centros), micro gestión (áreas y unidades clínicas) y nano gestión (decisiones clínicas individuales), cada uno de los cuales prioriza la utilización de diferentes herramientas de gestión, tomaremos plena conciencia del valor crítico que tienen sus gestores y el desempeño de la función directiva.

En la reforma, desarrollo y consolidación del sector sanitario

público español, hasta llegar a nuestro actual SNS, la función directiva, a través de sus diferentes competencias, ha tenido un significativo protagonismo (por acción u omisión).

Completamos los contenidos del módulo anterior, centrando los objetivos en la función directiva en Atención Primaria.

4.- Dirección de atención primaria

Pongamos que hablo de Madrid, una comunidad autónoma uni-provincial, de casi siete millones de habitantes y organizada desde 2010 como Área Única que da cobertura a la libre elección de centro y profesionales. Este cambio legislativo ha impactado sensiblemente (analizaremos juntos en qué dirección) en la organización y funcionamiento de Atención Primaria, transformando, entre otras cosas, su estructura directiva: la Gerencia Asistencial ha pasado a formar parte de la macro-gestión, la meso-gestión ha reducido sus competencias y se ha buscado reforzar la micro-gestión con limitado éxito.

La CM, que hemos propuesto como referencia, tiene unas características especiales en su evolución desde el año 2009 cuando la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid modifica la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria y en su disposición adicional única establece que "El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid". El correspondiente desarrollo reglamentario de esta ley se produjo en el 2010 (Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid) y su impacto organizativo afectó fundamentalmente a Atención Primaria, cuyo organigrama, distribución territorial y función directiva en la meso-gestión cambiaron casi de un día para otro. A modo de resumen, con el Área Única, la Gerencia de Atención Primaria pasó a formar parte del nivel de la macro-gestión (en su inicio, su titular coincidía con el de la Dirección General de Atención Primaria)

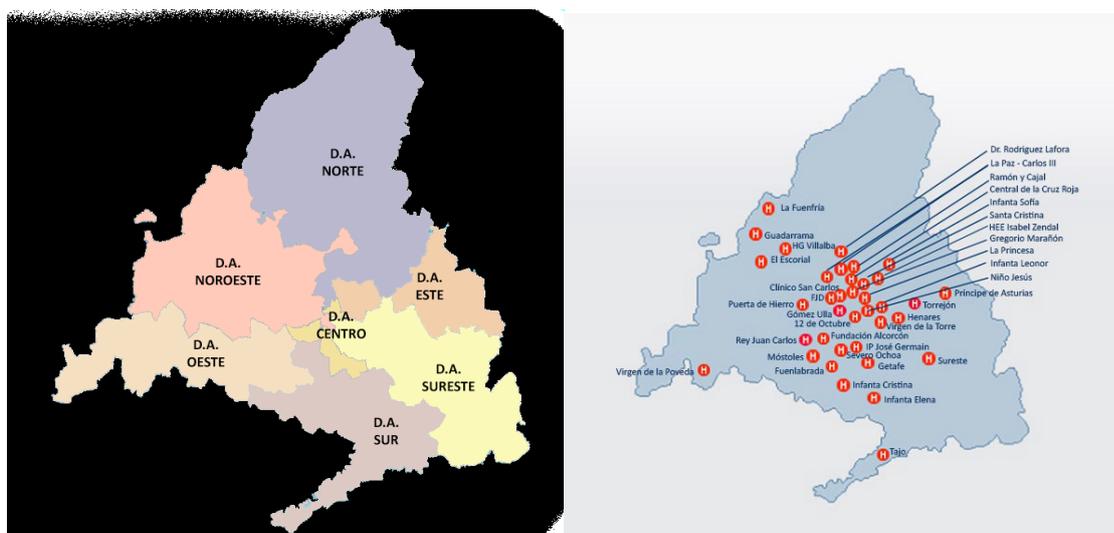
En la actualidad, la nueva Gerencia Asistencial de Atención Primaria se estructura en torno a dos Gerencias Adjuntas y seis Direcciones Técnicas. Además, la organización territorial de la

gestión de Atención Primaria (centros de salud y consultorios) se vertebró a través de siete Direcciones Asistenciales, que sustituyeron a las 11 áreas sanitarias previas.

Cada Dirección Asistencial se define geográficamente y cuenta con un Director/a Asistencial Médico y con un Director/a Asistencial Enfermera, así como un número variable de Responsables de Centros de Salud (que indistintamente pueden ser médicos o enfermeras) y las Unidades de Atención al Paciente y Farmacia.

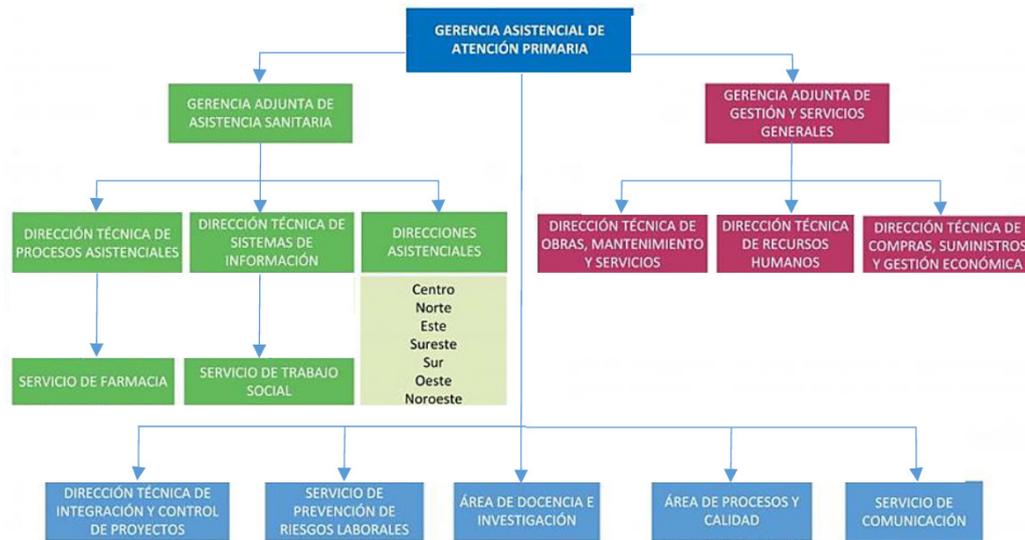
Estas Direcciones Asistenciales son la cara más visible de la meso-gestión de Atención Primaria, pero como se observa en su organigrama, no son los responsables de su gestión integral, ya que aspectos como sistemas de información, docencia, gestión económica, recursos humanos o servicios generales tienen direcciones técnicas específicas, con las que se define un mapa de comunicación y relaciones no exento de complejidad (su representación gráfica se recoge a continuación)

Los Hospitales se vieron afectados por la libre elección de centro y médico, la incorporación a sus equipos directivos de los Directores de Continuidad Asistencial, el cálculo de su presupuesto a través de su cápita, considerando en el modelo los movimientos poblacionales y los procesos atendidos a través de la libre elección, la disponibilidad de su agendas de pruebas y consultas para la citación centralizada, el desarrollo de la historia clínica electrónica y herramientas para compartir información (HORUS),... pero en su organigrama y organización directiva el impacto fue menor que en Atención Primaria



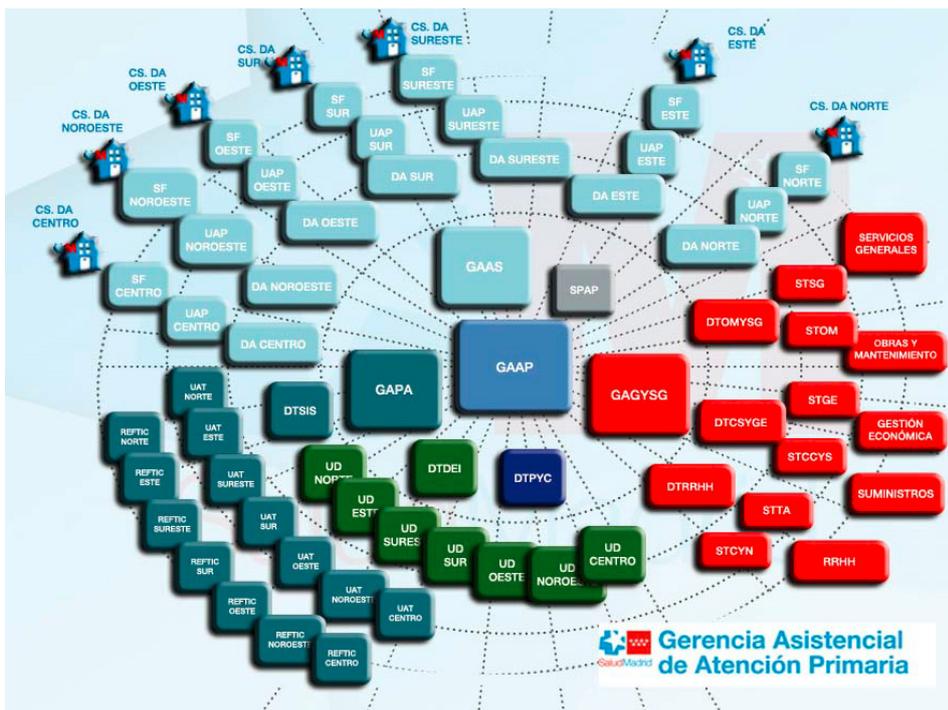
Organigrama de la Gerencia Asistencial de Atención de la Comunidad de Madrid

<https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/organigrama>



El mapa de relaciones y comunicación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid pone en evidencia la centralización de la gestión y el trabajo en red

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050514.pdf>



El modelo de Áreas de Salud de otras CCAA, más acorde en su tamaño con la propuesta poblacional de la LGS, suele mantener en las Gerencias de Atención Primaria una estructura directiva más clásica, con un Gerente del que depende un Director Médico, un Director de Gestión y un Director de Enfermería. En los EAP existe como figura el Coordinador del EAP que, a su vez, cuenta con una Responsable de Enfermería y un Jefe de Grupo o un Responsable Administrativo.

5.-Gestión asistencial

Los Directores de Centro de Salud tienen un gran protagonismo formal en la estructura madrileña. ¿Es posible asumir esas competencias junto al ejercicio de sus funciones asistenciales? ¿Qué formación, habilidades y actitudes son necesarias para estos gestores? ¿Qué capacidad de liderazgo transformador pueden ejercer?

En el ámbito de Atención Primaria, la responsabilidad de la gestión asistencial tiene su ubicación natural en los centros de salud, desde los que se organizan los servicios preventivos, asistenciales y rehabilitadores de la población de su ZBS.

Con el ya mencionado Decreto 52/2010 de la CM se pretende que los centros de salud adquieran mayor relevancia como estructuras clave de la Atención Primaria, y entre las medidas para aumentar su autonomía y responsabilidad se propone la sustitución de los Coordinadores Médicos que definía el RD de Estructuras Básicas de Salud (1984) por los Directores del centro de salud, como gestores de recursos materiales y humanos, manteniendo funciones asistenciales (de las que podría estar eximido parcialmente cuando las características del centro o las circunstancias del puesto así lo aconsejase).

Las funciones del Director del Centro de Salud se describían en su artículo 9 de la siguiente manera:

- a) La dirección y representación del centro de salud.
- b) La organización de los profesionales y de la actividad del centro según las directrices establecidas por el Servicio Madrileño de Salud.
- c) La gestión del contrato programa del centro

- d) La evaluación del desempeño y la propuesta de las medidas de incentivación.
- e) La supervisión y adopción de medidas para garantizar un adecuado grado de confort y seguridad en las instalaciones del centro.
- f) Facilitar una correcta y ágil atención, tramitación, contestación y, en su caso, resolución de las sugerencias, quejas y reclamaciones de los usuarios

También se preveía que el puesto de Director su cubriera tras la convocatoria pública entre los profesionales sanitarios, bajo los principios de igualdad, mérito, capacidad y temporalidad, ya que su continuidad quedaba vinculada a la evaluación del desempeño para el seguimiento de su trayectoria profesional, el rendimiento y el logro de resultados.

Mientras se producían estos nombramientos, las funciones serían ejercidas por quienes en aquel momento eran coordinadores de equipos de Atención Primaria.

Este decreto, que abría la posibilidad a que profesionales sanitarios no médicos pudieran ostentar la condición de directores de centro fue anulado en ese apartado específico (Apartado 1 del art. 9) por la Sentencia 901/2011, de 8 de noviembre del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, aclarada y completada por Auto de 24 de noviembre de 2011.

Las funciones del Director del Centro de Salud fueron desarrolladas en 2011, contando con las Sociedades Científicas y Colegios profesionales y quedaron descritas como sigue:

1. **De liderazgo y dirección de personas:**

- Desarrollar las líneas estratégicas marcadas por el SERMAS.
- Asumir la representación del Centro y de sus profesionales, ante la población y las distintas administraciones e instituciones.
- Ejercer la dirección del Centro basándose en la legislación y normativa vigente, velando por el cumplimiento

del Reglamento de Régimen Interno y el correcto desempeño de las funciones de los profesionales.

- Liderar y dirigir a los profesionales del Centro hacia la consecución de los objetivos propios del Centro y los definidos por la organización.
- Promover un adecuado clima laboral y contribuir a mejorar las condiciones de trabajo de los diferentes profesionales con especial atención a las medidas de seguridad laboral
- Fomentar la delegación y el trabajo por comisiones multidisciplinarias, potenciando el trabajo por proyectos, y proponer el nombramiento de los líderes que asuman la responsabilidad.
- Velar porque se desarrolle el trabajo en equipo desde la especificidad de cada profesional.
- Fomentar la participación y colaboración de todos los profesionales en actividades docentes e investigadoras.
- Fomentar la prevención y resolución de los conflictos que pudieran plantearse entre los profesionales.
- Impulsar en el Centro el plan de acción ante situaciones conflictivas con los ciudadanos.
- Acoger e informar adecuadamente a los profesionales de nueva incorporación al Centro sobre los objetivos y funcionamiento del mismo.
- Autorizar los permisos reglamentarios, decidir la necesidad de suplir y proponer la contratación de personal eventual, en función de las necesidades asistenciales y del presupuesto asignado.
- Evaluar el desempeño de los profesionales del Centro y promover las medidas de incentivación en base a los objetivos y pactos definidos entre el Centro de Salud y la institución.

- Trasladar a instituciones superiores los informes necesarios ante la detección de posibles incumplimientos de deberes del personal del Centro.
- Contribuir a mantener la competencia de los profesionales en todo momento, facilitando la gestión del conocimiento, así como la identificación de necesidades formativas.
- Establecer los mecanismos necesarios para atender e integrar las sugerencias y aportaciones de los profesionales del Centro que contribuyan a una mejora organización del mismo.
- Identificar y comunicar las necesidades del Centro en recursos humanos.

2. **De organización y procesos internos:**

- Garantizar la oferta adecuada de los servicios de la Cartera de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- Conocer y dar a conocer los programas, proyectos, normas o directrices de niveles superiores.
- Poner en marcha con el equipo de profesionales líneas de actuación para la consecución de objetivos y planes de actuación anuales.
- Elaborar y mantener actualizado el Reglamento de Régimen Interno del Centro o el documento que recoja su organización.
- Fomentar la comunicación y difusión de la información y la accesibilidad a ella de todos los miembros del Centro, así como los mecanismos necesarios para atender e integrar las sugerencias y aportaciones de los profesionales del Centro.
- Promover la continuidad de cuidados a la población, así como la coordinación con los profesionales que la realizan.

- Asumir la gestión y mejora continua de los procesos, procedimientos, circuitos y agendas del Centro.
- Velar por la correcta cumplimentación y utilización de los sistemas de información del Centro, preservando la confidencialidad de la información.
- Asegurar la elaboración de los informes solicitados por los distintos organismos legalmente autorizados para ello.
- Llevar a cabo el seguimiento periódico de objetivos e indicadores, comunicando a los profesionales del Centro la evolución de los mismos e implantando medidas de mejora.
- Favorecer la implantación de mejoras organizativas y tecnológicas disponibles y posibles.
- Fomentar la práctica segura y la práctica clínica basada en la evidencia.

3. **De relación con la población:**

- Establecer medidas que favorezcan la equidad, calidad y eficiencia en los servicios y el trato adecuado a la población.
- Analizar las necesidades socio-sanitarias de la población de la zona, de modo que permita el establecimiento de objetivos prioritarios
- Ser garantes y cumplir las normas de confidencialidad y de autonomía de los pacientes.
- Promover y adoptar las medidas necesarias para la correcta información a la población sobre los servicios que se prestan por parte del Centro.
- Asegurar la máxima accesibilidad y simplificación de trámites burocráticos.

- Fomentar estructuras organizativas que promuevan la seguridad de los pacientes.
- Impulsar y adoptar las medidas necesarias para facilitar información a los ciudadanos para una adecuada utilización de los servicios, así como sobre sus derechos y deberes, impulsando la autonomía y responsabilidad de los mismos, respecto a su salud.
- Impulsar la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud y comunitaria por parte de los profesionales del Centro, prestando especial atención a los grupos de población de mayor riesgo y promoviendo el trabajo en y con la comunidad
- Promover la calidad en la atención a la población tanto a nivel asistencial como administrativo
- Gestionar las reclamaciones analizando las causas y contestando a los usuarios garantizando su correcta y ágil tramitación y/o resolución. Implantar las mejoras necesarias en relación a los motivos de reclamación o insatisfacción expresados por los ciudadanos.
- Planificar estrategias para que los profesionales tengan en cuenta los valores y necesidades de los usuarios.
- Gestionar el entorno para garantizar un adecuado confort y seguridad para los usuarios y profesionales en las instalaciones del Centro.

4. **De gestión de recursos materiales:**

- Establecer una gestión adecuada del almacén y de los pedidos y suministros de material de acuerdo a los procedimientos establecidos para tal fin.
- Aportar propuestas y/o sugerencias para la adquisición de los recursos materiales de las características más idóneas.
- Proponer las medidas oportunas para una mejor distribución del Centro, así como las necesidades de remodelación.

elación y mejora en el confort para los profesionales y los usuarios.

- Establecer una adecuada coordinación con el Servicio de Mantenimiento que facilite la resolución de problemas en las instalaciones del Centro, supervisando tanto el funcionamiento del servicio de mantenimiento, como el de limpieza.
- Proponer la adquisición del material y medios para el desarrollo de determinados proyectos específicos y la utilización por determinados pacientes del Centro.
- Promover la adecuada gestión de suministros del Centro y establecer las medidas de garantía y custodia del material existente en el mismo.
- Adoptar medidas que contribuyan a la sostenibilidad del medio ambiente

5. **De gestión presupuestaria y económica:**

- Gestionar eficientemente el presupuesto asignado al Centro, persiguiendo el cumplimiento de los objetivos pactados en los distintos capítulos presupuestarios, mediante el seguimiento del Contrato Programa de Centro.

6. **De desarrollo de Alianzas:**

- Trabajar coordinadamente con los servicios de atención hospitalaria de referencia y SUMMA.
- Facilitar y mantener una adecuada relación entre el Centro y los restantes servicios sociosanitarios, sociales y educativos.
- Favorecer la colaboración del Centro y el establecimiento de alianzas con las instituciones, órganos y movimientos de participación social de su ámbito geográfico.
- Promover, participar y colaborar con instituciones en cu-

antas actividades aporten valor añadido a las prestaciones sanitarias a la población.

- Gestionar las estructuras que permitan trabajar en comités técnicos de participación y fomento de los procesos comunitarios.

En la actualidad, los Directores de Centro de Madrid tienen una encomienda de funciones, y no se han desarrollado los procesos de selección que tendrían como consecuencia los correspondientes nombramientos. No obstante, las funciones asignadas son una invitación a la reflexión y el debate, orientado a las competencias directivas y la profesionalización en la micro-gestión.

Las funciones asignadas tanto a los Coordinadores de los EAP como a los Directores de Centro de Salud implican su liderazgo sobre la totalidad de los profesionales (de distintas categorías) y su participación en tareas que trascienden los objetivos asistenciales.

6.- Competencias directivas y liderazgo

La función directiva en Atención Primaria ha tenido siempre una alta exigencia en las competencias de liderazgo y gestión del cambio. Este nivel asistencial parece marcado por una permanente necesidad de revisión y reforma que requieren de proactividad y competencias transversales capaces de activar la motivación de los profesionales

Desde el punto de vista competencial, el gestor sanitario de Atención Primaria sería indistinguible de sus colegas hospitalarios. La definición de competencia profesional de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como "la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se plantean" se aplicaría a profesionales que comparten habilidades y actitudes, y que sobre el conocimiento general del sector, han profundizado en los elementos específicos de cada nivel asistencial.

En este contexto es importante la reflexión previa, el análisis de situación y el diseño de planes que recojan los objetivos y líneas estratégicas para enfrentar el futuro de este sector mejorando los resultados clínicos, la experiencia de los pacientes, la reducción de costes y la satisfacción de los profesionales. En este sentido, no nos faltan documentos de impecable metodología que resumen proyectos de cambio, como el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). Pero ¿contamos con profesionales capaces de impulsar y liderar los cambios que necesitamos afrontar?

El marco conceptual definido en el anterior módulo tiene plena validez cuando la función directiva se ejerce en Atención Primaria. Será necesario contar también con las aptitudes, a través del conocimiento y la experiencia, unidas a las habilidades que configuran las actitudes, y de cuyo equilibrio dependerá la idoneidad para las responsabilidades de cada puesto.

En cuanto a las teorías de liderazgo, en la medida en que definen y caracterizan perfiles a través de comportamientos y cualidades complejos, que a su vez intervienen sobre organizaciones complejas, aportan un gran valor en su comprensión. La conclusión puede ser que más que estilos de liderazgo, terminan definiendo roles, en la medida en que el directivo sanitario deber utilizar un amplio rango de estilos dependiendo de la situación.

La historia de la Atención Primaria de nuestro país en estas cinco décadas ha contado con diferentes estilos de liderazgo, según los objetivos o necesidad de cada momento. El inicio de la reforma requería de líderes carismáticos capaces de desarrollar el contenido ideológico del modelo de atención comunitaria. La consolidación pivotó sobre el liderazgo participativo, que fue seguido de etapas de gestión siguiendo la línea de mando. El momento actual tal vez requiera de líderes inspiradores, que creen un ambiente de estímulo intelectual, en lo que se viene identificando como estilo transformacional.

Nuestro Sistema Sanitario tiene ya un largo recorrido histórico, pero se enfrenta a desafíos a los que no es capaz de responder sin cambios en su organización. Su carácter de servicio público para la protección de la salud le exige flexibilidad para adaptarse a los cambios poblacionales (demográficos, epidemiológicos y sociológicos), económicos, científicos y técnicos aprovechando todas las oportunidades para responder a las demandas y necesidades con servicios comprometidos con la accesibilidad, la seguridad, la efectividad, la eficiencia y la calidad, que finalmente serán garantía de sostenibilidad.

En este contexto es importante la reflexión previa, el análisis de situación y el diseño de planes que recojan los objetivos y líneas estratégicas para enfrentar el futuro de este sector mejorando los resultados clínicos, la experiencia de los pacientes, la reducción de costes y la satisfacción de los profesionales. En este sentido, no nos faltan documentos de impecable

metodología que resumen proyectos de cambio, como el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). Pero ¿contamos con profesionales capaces de impulsar y liderar los cambios que necesitamos afrontar?.

Hay modelos que ayudan a las organizaciones a liderar los procesos de cambios. En el "Proyecto para la reorganización asistencial de los centros de salud" (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2021) de Madrid propone el modelo que John P. Kotter, profesor de liderazgo en la Harvard Business School, enunció hace más de veinte años, conocido como "los 8 pasos de Kotter", plantea diferentes fases para alcanzar la implantación del cambio propuesto. Sus premisas se basan en cómo se comportan los individuos dentro de las organizaciones, y es extrapolable a cualquier entorno formado por colectivos estructurados jerárquicamente, incluso los más alejados del mundo empresarial (Jiménez, 2016)

En el aquí y ahora de nuestro sistema sanitario, muchas de las competencias directivas deberán orientarse hacia la gestión del cambio, unas veces adaptativo, pero será fundamental el papel directivo en la transformación proactiva.

Los pasos, que marcan las fases a seguir son:

1. Crear sentido de urgencia

Es un punto crítico, porque no se puede (o no se debe) intentar iniciar un cambio si solo unos pocos ven sus ventajas. Es necesario generar un debate en torno a la situación actual y su futuro, en el que se anticipen las dificultades que se avecinan, qué cambios se pueden intentar y que en este contexto de pensamiento y discusión compartida se pueda llegar a las mismas conclusiones de quienes proponen el cambio.

2. Formar una coalición

Hay que identificar a los líderes de la organización que comparten la misma visión y hacerles partícipes de las propuestas de cambio, para con ellos establecer un frente común en el que trabajar juntos para llevarlo a cabo. El grupo seleccionado tiene que tener la suficiente representatividad dentro del colectivo y ser lo más interdisciplinar posible.

3. Crear visión para el cambio

Sabemos que la resistencia al cambio es la principal fuerza en contra, por eso, hay que elaborar una misión fácil y breve a la hora de transmitirla, identificar los puntos clave por los que es necesario el cambio y tener previsto el futuro tras su aplicación, describiendo la estrategia para alcanzar sus beneficios. Una vez acordado con nuestro equipo "la visión" y la forma de contarla, hay que practicar para que no haya fisuras ni divergencias entre los miembros de la coalición.

4. Comunicar la visión

Definida la visión, hay que comunicarla a toda la organización, sabiendo que seguiremos encontrando obstáculos, por lo que es determinante para el éxito transmitirla una y otra vez hasta que penetre en todas las capas de la organización, porque necesitamos reclutar al mayor número de personas que entiendan y acepten la estrategia. Todo ello desde la honestidad, respondiendo a las cuestiones y temores de los profesionales, hablando con frecuencia de esa visión del cambio y aplicándola a todos los aspectos.

5. Eliminar los obstáculos

Cuando ya todo el mundo es consciente del cambio que se quiere promover y sus beneficios, habrá quienes los apliquen desde el principio, pero también quienes obstaculicen el cambio. Los primeros deberían ser recompensados e incluidos en el grupo promotor y los segundos, una vez identificados, deberán abordarse haciéndoles ver el impacto que para la organización tiene el no aplicar los cambios.

6. Asegurarse triunfos a corto plazo

Como el proceso de cambio suele ser largo, hay que definir una serie de hitos cuyo éxito esté asegurado y que sirvan para consolidar el avance del proceso. Estos hitos pueden ser proyectos que no requieran demasiados recursos, económicamente rentables y que se puedan llevar a cabo sin involucrar a quienes se oponen al cambio. En todo el proceso, hay que agradecer al equipo el esfuerzo y dedicación que han permitido el éxito en las metas fijadas.

7. Construir sobre el cambio

No hay que adelantarse a la victoria. Creer que el cambio se ha producido por alcanzar

un éxito sería un error. Con el primer éxito hay que seguir buscando qué mejorar para que el segundo caso vaya más rodado, aprovechando la inercia del cambio. Cuando el cambio aún no se ha consolidado, la gente está abierta a mejoras sobre la misma visión, de modo que es posible seguir avanzando, hasta detener el proceso para consolidarlo.

8. Anclar el cambio a la cultura de la empresa

Cuando el cambio se ha consolidado y ha reemplazado los viejos hábitos de la organización por unos nuevos mejores, el ciclo de mejora vuelve a iniciarse, anticipándonos al futuro para proponer un cambio que nos prepare para lo que viene. El resultado es una organización en constante evolución en la que la filosofía del cambio forma parte de su proceso continuo de mejora.

Este modelo de gestión del cambio pretende ser solo un ejemplo para ilustrar las dificultades a las que se enfrentan los equipos directivos y la necesaria preparación exigible para gestionar estas complejas organizaciones. Es cierto que se ha producido un incremento en la oferta formativa en el ámbito de la gestión sanitaria, y que el escenario que describía el estudio realizado por la Subdirección Provincial de Atención Primaria del INSALUD de Madrid, puede parecer superado (Rodríguez, y otros, 2001). No obstante, la afirmación del año 2001 sobre la existencia de "profesionales que tienen responsabilidades de gestión en Atención Primaria que han crecido prácticamente en su trabajo, en general a partir de un puesto previo de médico o enfermera/o y con limitada cualificación formal para la gestión", puede seguir respondiendo a nuestra realidad. Este estudio ponía de manifiesto la importancia que sus participantes daban en la descripción de los "atributos personales que los profesionales de los equipos directivos deben tener para el desempeño de su puesto de trabajo" a las competencias transversales, de comportamiento o actitud: accesibilidad, adaptabilidad, discreción, persuasividad, diplomacia, amabilidad, tacto, firmeza y buen humor. La alta dirección empresarial también se enfrenta al desafío de la motivación de profesionales en entornos complejos, y va calando en los procesos de selección la priorización de este tipo de

La alta dirección empresarial también se enfrenta al desafío de la motivación de profesionales en entornos complejos, y va calando en los procesos de selección la priorización de este tipo de competencias y habilidades más "blandas"

competencias y habilidades más “blandas” (Raffaella, Joseph, Stephen, & PJ, 2022)

7.- Acceso a la función directiva

La profesionalización de la gestión es una demanda general y un reto para el sector sanitario público en el que es complejo separar la función política de la función administrativa. La transparencia en los procesos selectivos, cuando son abiertos, es más formal que real

Desarrollar un modelo de identificación competencial para la función directiva sanitaria puede tener múltiples aplicaciones, pero las más generales se relacionan con ser guía para la formación y capacitación y orientar los procesos de selección y evaluación.

En la actualidad, contamos con la descripción de perfiles de competencias desarrollados tanto en el seno de la administración pública como de sociedades científicas, y con programas de formación de diferente intensidad y orientación, en cuya dirección y desarrollo intervienen prestigiosas instituciones académicas.

También se han puesto en marcha procesos de selección con vocación de transparencia en el nombramiento de puestos directivos, que al igual que en los Hospitales, para Atención Primaria son de libre designación y con un reconocido nivel de discrecionalidad en su provisión.

No obstante, la percepción general (y esto es una afirmación subjetiva y sujeta a debate) es que las gerencias de Atención Primaria han estado sometidas a menores vaivenes vinculados a los cambios políticos, y que sus nombramientos tenían un componente técnico de gestión más evidente que en el caso de algunas gerencias hospitalarias. Pudiera estar relacionado con la permanente percepción de una reforma siempre inacabada y en revisión de este primer nivel asistencial, que obligada a contar con profesionales concedores del mismo, así como a la mayor homogeneidad (o la menor autonomía) en la gestión dentro de las pautas que establece la macro gestión y finalmente al menor atractivo o prestigio de la gestión en Atención Primaria.

Es fácil discernir académicamente entre el ámbito de lo político

en el que se deciden las grandes opciones que dirigen el presente y determinan el futuro de una sociedad, es decir el "¿qué hacer?" del ámbito administrativo, que como brazo ejecutor de la política se caracteriza por el "¿cómo hacerlo?". Pero esta distinción no siempre es nítida y hay una zona político-administrativa en la que conviven la capacidad de decisión y la de administración. La afirmación de que la "mejor política a medio y largo plazo es no politizar la administración" (González-Dagnino, 1991) puede seguir siendo un punto de arranque para el debate, tanto conceptual como operativo. En esta frontera entre lo político y lo administrativo, entro la macro y la meso gestión, parecen encontrarse más ejemplos en el caso de la dirección de Atención Primaria, en la que sus máximos directivos a nivel de área de salud son el primer eslabón de la meso gestión y no el último de la macro.

Por otro lado, insistir en el contraste ente la relevancia que otorgan los profesionales a las competencias transversales, y la dificultad para su evaluación sobre todo en el proceso de selección, en el que incluso en los escasos procedimientos de convocatoria abierta, las Comisiones de Valoración cuentan con escasas herramientas para contrastar los perfiles competenciales de los candidatos y lo que podría ser más desolador, con escaso interés por hacerlo.

8.- Acceso a las jefaturas asistenciales

Los procesos de selección de Coordinadores/Directores de Centros de Salud añaden a la dificultad inherente a la evaluación de sus competencias directivas para el puesto, la materialización de la participación de los miembros del Equipo de Atención Primaria. La posibilidad de utilizar las herramientas metodológicas de la gestión por competencias, ofrece alternativas para que su nombramiento recoja la voz de los profesionales.

Los EAP son las unidades asistenciales organizativas básicas, jerarquizadas bajo la dirección de un Coordinador Médico, del cual dependen funcionalmente todo el personal del EAP, independientemente de su categoría. El nombramiento debe recaer sobre uno de los médicos que forme parte del EAP, y por tanto, salvo por circunstancias excepcionales de necesidad, la cobertura del puesto de Coordinador no está abierta a la candidatura de alguien ajeno a ese EAP.

En el marco de sus competencias, el INSALUD primero y las CCAA después han ido definiendo los procesos nombramiento de los coordinadores médicos, compartiendo como características generales la participación de la autoridad sanitaria como elemento formal del nombramiento, y la implicación del EAP que debe ser "oído" durante el proceso de selección. Las figuras de los coordinadores médicos han tenido desde su origen unas funciones de gestión y liderazgo exigentes, que afectaban a la totalidad de profesionales del EAP, al Centro de Salud como estructura y a la ZBS como unidad funcional y cuyo nombramiento incluía la valoración del propio EAP. La responsabilidad que se asume el Coordinador de un EAP o Director de un Centro de Salud, contrasta con la escasa exigencia en su formación para esta tarea de gestión (la apariencia era más de un nombramiento de representación que un puesto directivo) y no han obtenido ni el prestigio ni la remuneración de los jefes clínicos hospitalarios.

Esta "voz" del EAP en el nombramiento de su Coordinador ha sido clásicamente interpretada como una votación entre los candidatos que concurrían a la plaza. La propuesta que realizaba el EAP era básicamente aceptada para su nombramiento, aunque ocasionalmente no se valorase como la más adecuada.

La propuesta del EAP para el nombramiento de su Coordinador no respondía a la evaluación de su curriculum o de la defensa de un proyecto de gestión, sino que influían más las competencias vinculadas a sus actitudes (empatía, capacidad de consenso, comunicación), su posicionamiento en la defensa de los intereses de los profesionales (a veces más cercano al perfil sindical) y en resumen, las simpatías despertadas en el resto de los miembros.

La importancia de los Coordinadores de EAP y el creciente nivel de autonomía en la gestión de los centros de salud, hacía cada vez más acuciante la necesidad de conjugar la participación del EAP y la Gerencia en la determinación del candidato más idóneo para su nombramiento. Es por ello que se fueron introduciendo modelos de selección en los "oír" al EAP no implicase la ciega aceptación de una votación, sino la comunicación de las competencias que los profesionales identificaban como prioritarias en el contexto concreto de su EAP en el momento de la selección, al tiempo que señalaban los posibles candidatos que desde su conocimiento podían responder mejor a esos requerimientos.

Estos procesos se resumen en las siguientes fases:

- Descripción de las competencias directivas esperables y/o exigibles a un Coordinador de EAP
- Priorización individual de cada miembro del equipo de dichas competencias
- Elaboración del perfil competencial para el equipo, como consecuencia de la agregación de la priorización realizada de modo individual
- Identificación de los médicos del equipo (no exclusivamente de aquellos que se postulan como candidatos) que responden al perfil de competencias definido
- Entrevista individual de todos los médicos señalados por el EAP, para evaluar su disponibilidad y propuestas de trabajo
- Decisión final de la Gerencia sobre la persona a nombrar, entre los señalados por el equipo y finalmente entrevistados

Este modelo permite al EAP, no solo su participación directa, sino una reflexión sobre la función directiva en su centro de salud, a través de las funciones a desarrollar y las competencias directivas que se requieren para asegurar el éxito del desempeño.

Como en el caso de los jefes clínicos hospitalarios, el nombramiento es por tiempo definido y reversible (aunque estos ceses pueden tener una "contestación" en la organización mucho más significativa que cuando afectan a directivos del nivel de la meso gestión), y no se generan derechos económicos ni laborales una vez finalizado. Y a diferencia de los jefes de servicio, el nombramiento del Coordinador recae sobre uno de los componentes del EAP.

Los Responsables de Enfermería de los EAP son también puestos de libre designación y tienen un proceso de nombramiento similar a los Coordinadores, aunque en su caso la participación en la propuesta del candidato se restringe a los enfermeros, sin incluir al resto de profesionales del EAP.

El directivo del presente

Sin afán de polemizar con quienes realizar propuesta de futuro, me gustaría resaltar que la velocidad de los cambios sociales, culturales, tecnológicos es de tal magnitud, que hacen que el futuro sea el presente. Nuestra organización sanitaria y su gestión van, con frecuencia, varios pasos por detrás de la sociedad a la que sirven. Se nos exigen cambios de rumbo propios de la capacidad de "naves ligeras", pero viajamos en "grandes trasatlánticos", de reacción lenta.

Los directivos sanitarios del presente ya tienen la responsabilidad de adaptar el sector, no sólo a las necesidades sanitarias de la población, sino a sus demandas sociales, incluidas las de los profesionales. En este sentido, la propuesta para la reflexión y el debate no es tanto si los nuevos directivos deben adaptarse a los futuros cambios que inevitablemente vivirá el sector sanitario, sino si los nuevos directivos tienen que ser los gestores proactivos de un cambio firme, sostenido y seguro.

En el futuro que proponen algunas sociedades científicas, los límites entre las especialidades se desdibujan, los servicios se integran, los clínicos asumen mayores responsabilidades de gestión y la comunidad participa en la toma de decisiones. Todos estos conceptos ya formaban parte del "área de conocimiento" de la Atención Primaria desde su origen. Esperemos que Atención Primaria no se haya perdido en el camino y pueda estar al lado de los hospitales cuando éstos evolucionen en sus planteamientos.

Referencias bibliográficas

1. Barrubés, J., Honrubia, L., Dia, O., & Portella, E. (2020). *Sistemas sanitarios europeos en transformación: ideas para impulsar un cambio en España*. Madrid-Barcelona: Antares Consulting.
2. Consejería de Sanidad. (2022). *Memoria 2021 del Servicio Madrileño de Salud*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/memorias-e-informes-servicio-madrileno-salud>
3. Consejería de Sanidad. (2022). *Memoria 2021 Servicio Madrileño de Salud*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050657.pdf>
4. Elola, F. J. (1991). *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
5. Esteve-Matalí, L., Vargas, I., Cots, F., Ramón, I., Sánchez, E., Escosa, A., & Vázquez, M. (2022). *¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña*. *Gaceta Sanitaria*, 36(4), 324-332.
6. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. (2021). *Proyecto para la reorganización asistencial de los centros de salud*. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria>
7. Gérvas, J. (2006). *Tres décadas de la evolución de la Atención Primaria en España (1976-2006)*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.
8. Gómez, R., Díez, J., Carretero, J., Chimeno, M., Barba, R., Corbella, X., . . . Elola, F. (2021). *El hospital del futuro*. Madrid: SEMI - IMAS.
9. González-Dagnino, A. (1991). *La administración por objetivos*. FISS.

10. Jefatura del Estado. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
11. Jefatura del Estado. (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
12. Jiménez, J. A. (2016). Los 8 pasos de Kotter para gestionar el cambio. *Adictos al trabajo by Autentia*. <https://www.adictosaltrabajo.com/2016/04/13/los-8-pasosde-kotter-para-gestionar-el-cambio/>
13. McWhinney, I. R. (1995). *Medicina de Familia*. Barcelona: Doyma Libros S.A.
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de Publicaciones. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
15. Raffaella, S., Joseph, F., Stephen, H., & PJ, N. (July-August de 2022). Succession planning. The C-Suite Skills That Matter Most. *Harvard Business Review*.
16. Repullo, J.R. (2022). Introducción a la gestión y su aplicación en la Sanidad. *Revista de Gobierno, Administración y Políticas de Salud*. GAPS, 1(2), 1-16. doi:10.5944/gaps.2022.00002
17. Repullo, J. R. (2012). Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios. *Escuela Nacional de Sanidad*. http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500568/n2.4_Cambios_y_reformas.pdf
18. Rodríguez, M., Ruiz de Adana, R., Illana, F., Barquintero, C., García, J., Mielgo, M., & Moratalla, C. (2001). Funciones de los equipos directivos de Atención Primaria del INSALUD de Madrid. Necesidades de formación. *MEDIFAM*, 11(5), 265-274.

19. *SG de Información Sanitaria. (2021). Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Madrid: Ministerio de Sanidad. <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>*