

LA PERSPECTIVA PROFESIONAL EN LA REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

Rosario Rodríguez / Soledad Márquez / Magdalena López

Unidad de Administración de Servicios de Salud. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública

Resumen

El objetivo de este estudio era conocer las opiniones y experiencias de los profesionales de los centros de salud sobre el proceso de implantación y desarrollo del Nuevo Modelo de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. Para ello se realizaron entrevistas grupales semiestructuradas con profesionales de nueve equipos de atención primaria, dirigidas por dos investigadoras que planteaban los temas a discutir con preguntas abiertas y tomaban nota de las intervenciones. Se valoraron también algunos aspectos de la situación de los centros de salud mediante observación.

La mayor parte de los profesionales opinaban que los programas de enfermedades prevalentes debían venir elaborados de forma vertical, que la participación comunitaria era una dimensión imporo de difícil desarrollo, que la población tenía una percepción de mejora de la asistencia con el nuevo modelo y que las relaciones con las Direcciones de Área eran buenas, si bien éstas no tenían mucha capacidad de gestión. Las mayores diferencias en opiniones y experiencias entre los equipos estaban relacionadas con el desarrollo de algunas dimensiones del nuevo modelo, sobre todo la atención integral, la atención continuada y el trabajo en equipo.

Palabras clave: Evaluación. Atención primaria. Entrevista semiestructurada.

THE PROFESSIONAL PERSPECTIVE IN THE REFORM OF PRIMARY HEALTH CARE: A QUALITATIVE APPROACH

Summary

The objective of this study was to find out opinions and experiences of primary health centre professionals on the process of implementation and development of the New Model of Primary Health Care in the Valencian Community. Nin semi-structured group interviews with professionals were carried out, directed by two researchers who proposed the topics for discussion by means of open questions and took notes on the interventions. Some others aspects of health centres' situation were also assessed by observation.

The majority of the professionals thought high prevalence disease programmes should be elaborated by the Health Administration that community participation was an important dimension but difficult to develop, that the population perceived an improvement in health care with the new model, and that relationships with Health Area Managers were good, even though they were not thought to have a real management role. The greatest differences in opinions and experiences among primary health care teams concerned the development of some dimensions of the new model, especially comprehensive care, continuous care and team work.

Key words: Evaluation. Primary Health Care. Semi-structured interview.

Introducción

A principios de los años 80 se emprende en España un proceso de reforma sanitaria en la que juega un papel fundamental el desarrollo de la atención primaria de salud. Transcurridos siete años desde que se inició este proceso¹, se lleva a cabo un estudio que tiene como objetivo general determinar el grado de implantación

y desarrollo que este nuevo modelo ha alcanzado en la Comunidad Valenciana².

Al valorar la fase de puesta en marcha de un programa político de esta envergadura, hay que analizar no sólo el programa en sí, sino también aquellas variables o factores que van a condicionar la consecución de los objetivos prefijados³. Es decir, se plantea la necesidad de detectar las limitaciones y fortalezas que presenta el contexto interno y exter-

Correspondencia: Rosario Rodríguez. Maestro Marqués, 84 4º izq; 03005 Alicante.

Este artículo fue *recibido* el 25 de mayo de 1994 y fue *aceptado*, tras revisión, el 16 de febrero de 1995.

no en el que se desarrolla el propio proceso de reforma. Sin lugar a dudas, dentro del contexto interno, los profesionales que trabajan en el Nuevo Modelo de Atención Primaria (NMAP) han sido, y continúan siendo, actores claves de la reforma. Por otra parte, si bien las mejoras de la calidad de la atención introducidas respecto al modelo tradicional son incuestionables, no pueden extenderse por igual a todos los centros de salud (CS) ni a todos los profesionales⁴.

El objetivo de este trabajo ha sido conocer las opiniones y experiencias de los profesionales que trabajan en los centros de salud en relación al proceso de reforma de la atención primaria en la Comunidad Valenciana. Se pretendía identificar su visión acerca de los principales problemas y limitaciones del funcionamiento del modelo, así como posibles soluciones a los mismos.

Sujetos y métodos

Los métodos utilizados han sido la entrevista grupal semiestructurada^{5,6} para conocer las opiniones y experiencias de los profesionales, y la observación *in situ*^{7,8} con el objeto de identificar algunos aspectos de la estructura y condiciones de los centros de salud.

Se eligió el método de entrevistas grupales semiestructuradas frente a otro tipo de métodos debido, en primer lugar, a que el tipo de información que se buscaba (opiniones y experiencias) posee un carácter complejo y eminentemente cualitativo, y la entrevista semiestructurada facilita la obtención de la misma de forma más idónea que otros métodos, como los cuestionarios o las entrevistas estructuradas, con los cuales se hubiera perdido probablemente parte de la información⁹. En segundo lugar, la entrevista en grupo puede ser preferible a las entrevistas individuales cuando interesa que surjan temas de discusión entre las personas⁶. Las entrevistas a grupos profesionales que trabajan en la misma organización permiten detectar no sólo las opiniones y experiencias expresadas, sino también el ambiente (relaciones, clima laboral, conflictos). Por último, la realización de las entrevistas grupales en los propios centros de salud facilitaba una mayor participación de los profesionales, al no tener éstos que desplazarse.

Selección de los equipos de Atención Primaria

Se realizaron entrevistas de grupo semiestructuradas con nueve equipos de Atención Primaria (EAP).

En la selección se aseguró que estuvieran representados equipos de las tres provincias de la Comunidad Valenciana, de zonas rurales y urbanas, con distinta antigüedad y tamaño, y con coexistencia o no de distintos modelos o niveles asistenciales.

Desarrollo de las entrevistas

Se contactó telefónicamente con los coordinadores de los EAP seleccionados para fijar la fecha y hora de las reuniones, y se les pidió que informaran de la reunión a todos los miembros del equipo y les ofrecieran participar en las entrevistas. Las entrevistas se realizaron en los propios centros de salud entre el 10 y el 20 de diciembre de 1991, teniendo una duración de alrededor de dos horas, con una participación media de siete profesionales. La asistencia fue voluntaria y el coordinador del CS estuvo presente en ocho de las nueve reuniones, participando en todas ellas médicos, enfermeras/os y asistentes sociales (si había en el EAP); sólo en una reunión hubo personal de apoyo (celador).

Las entrevistas se desarrollaron como reuniones de carácter semi-dirigido, existiendo en todas ellas abundante discusión y debate. Estuvieron presentes dos investigadoras, que desempeñaron el papel de moderadoras, presentando el contexto del estudio, planteando las cuestiones a discutir como preguntas abiertas, reconduciendo la discusión cuando era necesario y tomando nota de todas las intervenciones. No se grabaron las entrevistas con objeto de facilitar un ambiente relajado y una mayor libertad para hablar.

Las reuniones comenzaron explicando cuál era el objetivo del estudio. Se les pedía que expresaran sus opiniones con sinceridad, garantizando el anonimato de las personas en el informe final. Cuando surgían temas de manera espontánea se dejaba que fueran éstos los que abrieran el debate. Cuando no surgían espontáneamente, o se terminaba una discusión, se proponían los temas por parte de las entrevistadoras. Con este fin se utilizó un guión sobre los problemas a tratar (Tabla 1), que sirvió como guía para centrar la discusión en determinados focos de interés. Este guión de temas se estructuró previamente, eligiéndose en base a la revisión de la literatura sobre la reforma de la Atención Primaria y los resultados de un estudio de evaluación realizado en los meses anteriores a las entrevistas^{10,11}.

Se intentó que la entrevista fuera lo más abierta posible: podían hablar de los temas que decidieran ellos como más importantes, y cuando no surgía alguno de los temas elegidos previamente por el equipo investigador, se abordaban mediante una

Tabla 1. Estructura de la encuesta semiestructurada

1. *Población*. Conocimiento de la población por parte del EAP; características de la misma.
2. *Atención integral e integrada*. Relación con otros niveles asistenciales, problemas y alternativas. Responsabilidades de las actividades de salud pública.
3. *Atención continuada*. Quién debe cubrir la atención continuada las 24 horas; uso de la historia clínica por los diferentes profesionales.
4. *Actuación programada*. Implantación y evaluación de programas de salud.
5. *Participación comunitaria*. Participación de la población en los servicios de salud y vías de participación.
6. *Trabajo en equipo*. Cómo debería ser el trabajo en equipo, causas de las dificultades, funciones del coordinador, reuniones del EAP, reglamento interno de funcionamiento.
7. *Recursos*. Necesidades de personal y sus variaciones a lo largo del año; dificultades en la adquisición de material.
8. *Incentivos*. Retribuciones por cupo u otros sistemas de pago, complementos e incentivos en general; alternativas.
9. *Investigación y docencia*. Importancia y desarrollo de la docencia y la investigación en los equipos.
10. *Relaciones con la administración*. Relaciones con la Dirección de Área y con los servicios centrales del Servicio Valenciano de Salud y la Consellería de Sanidad y Consumo. Opinión sobre el marco legal del nuevo modelo.

pregunta genérica (por ejemplo: "¿Cómo es la relación con otros niveles asistenciales: centro de especialidades, hospital y unidades de apoyo?"). Se intentó también que hubiera un alto nivel de participación, estimulando a responder a todas las personas del grupo y evitando que se monopolizara la discusión por aquellas que se identificaban claramente como líderes.

Observación in situ

Se solicitó a los coordinadores de los equipos visitados que mostraran a las dos investigadoras el CS. En la mayoría de los casos esta visita se realizaba antes de comenzar la entrevista y cumplían dos objetivos: en primer lugar, romper el hielo para poder iniciar posteriormente la discusión con mayor familiaridad y en segundo lugar, realizar una recogida de información de aquellos aspectos de la estructura y organización del centro que eran observables a simple vista. El guión previamente establecido de características a observar incluía la ubicación del CS, problemas de estructura (espacio, consultas, salas de espera, ventilación, ubicación y aspecto del servicio de admisión y atención al usuario) y señalización. Además, se tomó nota de los aspectos percibidos en relación al ambiente, actitudes del personal, trato de los profesionales entre sí, liderazgos y conflictos, tanto durante el desarrollo de las entrevistas como en la visita al centro.

Elaboración de la información

Una vez finalizada cada visita, las dos personas que dirigieron las reuniones elaboraron un informe sobre la misma, de forma individual y separada, con las notas tomadas y las impresiones sobre el desarrollo de la entrevista y aspectos observados en la visita. Estos informes eran escritos el mismo día del encuentro, con objeto de no olvidar ningún aspecto de interés. Posteriormente, se comparaban los dos informes para asegurar que toda la información relevante se había recogido y no había contradicciones entre ambos. En todos los casos, los informes fueron similares y exhaustivos. En ninguna ocasión se encontraron contradicciones sobre las opiniones expresadas en las entrevistas ni sobre las percepciones sobre el ambiente.

A partir de los dos informes se agruparon las ideas expresadas y los aspectos observados por áreas temáticas, tal como estaban definidas en los guiones previos. Por último se realizaba una síntesis. Así, la información se presenta de forma resumida, subrayando los aspectos en los que coincidían la mayoría de los EAP y aquéllos en los que existían divergencias. Se presentan entre comillas las frases más representativas de las opiniones vertidas en las entrevistas.

Resultados

La mayoría de los EAP encuestados manifestaron la necesidad de un mejor conocimiento de la población que atienden y una mayor coordinación con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), organismo que realiza la mayoría de las adscripciones de cartillas a los médicos de cabecera. Algunos EAP afirmaban que atendían a población que no figuraba como adscrita al centro.

Casi todos los centros estaban bien situados y comunicados dentro de su zona básica de salud. En relación a la estructura, se constataba una importante variabilidad entre los CS: desde un centro con aspecto agradable, amplias salas, calefacción y buena señalización, hasta otro ubicado en un antiguo garaje, con graves problemas de espacio, humedad y ventilación. La existencia de problemas de espacio era una queja frecuente, que había llevado a tabicar salas de espera y vestíbulos con objeto de conseguir más consultas. La falta de espacio tenía como consecuencia la necesidad de compartir consultas entre varios profesionales y, a veces, a no disponer de un archivo central de historias clínicas, con la consiguiente repercusión en el funcionamen-

to del EAP. Se habló en varias ocasiones de las "malas condiciones de los consultorios auxiliares". Los problemas de estructura podían dividirse en los derivados del diseño y planificación inicial del centro ("este centro ya nació pequeño") y en los relacionados con su mantenimiento posterior.

Las relaciones con el nivel de asistencia especializada diferían de un centro a otro. Unas veces las relaciones eran escasas, refiriéndose problemas de falta de información sobre los pacientes y duplicación de pruebas diagnósticas. En algunos, se habían buscado vías de solución mediante reuniones con los especialistas y a través de la Dirección de Área, sin conseguir solventar el problema. En cambio, otros EAP hablaban de una buena comunicación con el centro de especialidades y el hospital, con frecuentes reuniones entre niveles para formación continuada e interconsulta y diseño conjunto de protocolos de derivación de pacientes. Los profesionales de estos EAP se mostraban muy satisfechos por su relación con los especialistas, a los que consideraban "muy accesibles". Esta relación era óptima si los especialistas pasaban consulta en el mismo edificio donde se localizaba el CS.

Respecto a las denominadas unidades de apoyo a la atención primaria, las relaciones eran buenas en general, y especialmente con las Unidades de Salud Mental; algunos EAP hablaban de la necesidad, dadas las características de su población, de disponer en el propio CS de Unidad de Planificación Familiar y también de Unidad de Rehabilitación física.

Las opiniones sobre la competencia de las actividades de salud pública y medio-ambiental eran diversas. La mayor parte de los profesionales pensaban que "está bien que la asuman los Centros de Salud Comunitaria (CSC)" (centros que sólo existen en la Comunidad Valenciana y cuyo fin es la regularización de las actuaciones en materia de salud pública a nivel de área de salud), y a veces justificaban esta postura en base a la falta de formación de los médicos de atención primaria para realizar estas funciones. Sin embargo, otros EAP manifestaban que "estas actividades podrían llevarlas a cabo los EAP si hubiera más personal". En cuanto al grado de relación con los CSC, ésta variaba de un centro a otro: desde la coordinación en materia de formación continuada y realización conjunta de actividades de salud pública hasta el desconocimiento de "qué hacen estos centros". En general, se veían con "un recurso que está ahí y puede ser útil".

En relación a la atención continuada, se distinguían fundamentalmente dos opiniones: la mayoría de los EAP pensaban que el hecho de que hicieran atención continuada "no mejoraría la atención al

usuario, ya que un paciente no encontraría casi nunca a su médico de guardia", y se proponía como alternativa "reforzar los servicios de urgencia de los hospitales, con niveles que hicieran de filtro". Otros EAP pensaban que "está bien que la atención primaria realice atención continuada", añadiendo que "si los médicos del equipo tienen los mismos criterios y la población está historiada, mejoraría la atención al usuario". En lo que todos estaban de acuerdo era en la necesidad de regular las guardias, quejándose de la falta de libranza al día siguiente, de la inexistencia de dietas y medio de transporte del propio centro, y de la remuneración ("cobras igual si haces más o menos guardias"). Uno de los EAP comentó: "en las zonas rurales y mal comunicadas tiene sentido, pero no en las zonas urbanas".

La mayor parte de EAP pensaban que los programas de enfermedades prevalentes deberían estar elaborados de forma general para todos los CS y que deberían ser implantados en la zona cuando el EAP considerara más oportuno; la elaboración propia de estos programas, comprobándose después las escasas diferencias existentes entre un centro y otro, se consideraba un esfuerzo poco rentable. Sin embargo, otros EAP opinaban que "los programas verticales son poco realistas" y debían diseñarse en "trabajo conjunto entre la Dirección de Área y los EAP". Sí estaban todos de acuerdo en la necesidad de unas normas mínimas y comunes para evaluar los programas.

En general, la participación comunitaria se veía como una dimensión importante de la atención primaria, pero de difícil desarrollo en la práctica, apuntando como posibles causas el desinterés de la población ("la gente lo que quiere es que les atiendan bien y pronto, pasan de otros temas"), la falta de información ("con información alguna gente se interesaría, aunque sólo fueran minorías") y la falta de tiempo ("todo esto es muy bonito en teoría, pero no es realista que con la carga asistencial actual te puedas dedicar a esto"). En cualquier caso, de este atributo de la atención primaria se ocupaban fundamentalmente las/os trabajadoras sociales, que se quejaban de que no fuera una actividad más integrada en el quehacer diario del equipo.

En relación al trabajo en equipo, cabe diferenciar dos grupos de EAP. En un primer grupo, más numeroso, había una cultura clara y manifiesta de trabajo en equipo ("es lo que mejor funciona"), con roles de cada profesional bien definidos, utilización de la historia clínica por parte de todos los miembros del EAP, y en los que el trabajo conjunto era la pauta habitual de funcionamiento en el centro. En alguno de estos equipos se percibía la existencia de liderazgos, que coincidían con la figura de coordinadores

elegidos por los propios profesionales; hubo quien comentó haber tenido problemas en algún momento, sobre todo debidos a la integración de profesionales procedentes del antiguo modelo ("el nivel de motivación es distinto y les cuesta adaptarse") y la definición de roles ("se han solventado por las buenas relaciones personales y la buena voluntad de todos").

En un segundo grupo de EAP se detectaron problemas, principalmente debidos a la indefinición del papel de enfermería ("no lo tienen claro ni las enfermeras ni los médicos", "se está planteando una guerra de profesiones") del trabajador social ("me envían casos en los que no puedo hacer nada, no soy la Virgen de Lourdes"), en la utilización de historias por todos los profesionales y en la falta de formación para trabajar en equipo. Algún EAP proponía que desde la Administración se definiera mejor el rol de enfermería, y en algunas entrevistas el ambiente fue tenso al abordar el tema, con reticencias en un primer momento que se fueron superando a lo largo de la discusión.

Respecto a la figura del coordinador, la mayor parte de los EAP opinaban que debería tener mayor capacidad de gestión, y algunos pensaban que se necesitaba definir más claramente sus funciones. Uno de los coordinadores dijo que actualmente "no está claro qué coordinas, organizas o gestionas... cuáles son tus límites y autonomía", y se quejaba diciendo que "eres un mero intermediario; no se puede dar un paso sin consultar a la Dirección de Área, incluso en la petición de días y planificación de las vacaciones". La mayoría pensaba que "es bueno que el coordinador esté liberado parcialmente de la asistencia, pero no totalmente".

Casi ningún EAP manifestaba tener problemas en la adquisición de material fungible, pero muchos referían diversas necesidades de personal de apoyo, sanitario y trabajador social. En relación al personal médico, algunos EAP se quejaban de una alta presión asistencial, que comportaba un dedicación del 65 o 70% del horario laboral.

La pertinencia de un sistema de incentivos en atención primaria era una opinión compartida por todos ("la gente, con incentivos, funciona mejor"), si bien no estaba tan clara la forma de diseñar, implantar y gestionar este sistema ("es difícil decidir qué incentivar"). Casi todos pensaban que los incentivos no debían darse en base a la actividad, sino por objetivos cumplidos y calidad de la asistencia, aunque reconocían que esto es difícil de medir. Algunos apuntaban que los incentivos "no necesariamente tienen que ser económicos", y proponían utilizar "días libres y formación continuada pagada". En cuanto al tipo de incentivos, por EAP o personales,

había diferencia de opiniones: "deben ser personales y por EAP", "si en un EAP unos ganan incentivos y otros no, habrá conflictos", o "a quién se dan los incentivos personales debe decidirlo el coordinador".

Todos los EAP pensaban que la investigación y la docencia son aspectos muy importantes en atención primaria ("es fundamental", "es posible y conveniente"), aunque expresaban las limitaciones a su desarrollo por la escasez de recursos y tiempo para investigar, y por la sobrecarga de trabajo que supone la docencia.

Las relaciones con la Administración se establecen fundamentalmente con las Direcciones de Área, no creyendo necesaria una relación directa con otros niveles. Las relaciones son buenas ("son receptivos a los temas que planteamos"), pero se piensa que "no tienen mucha capacidad de gestión para resolver problemas" y que "intentan evitar conflictos y que nadie toma posturas drásticas". Se quejaban de la cantidad de datos que les pedían, considerando que el sistema de información existente no era muy útil y que se necesitaba unos criterios más claramente definidos para que fuera fiable. Pensaban que esta información "no refleja bien lo que un equipo hace" y que "no valora la calidad".

Varios EAP opinaban que era necesario cubrir ciertos vacíos legales en atención primaria, especialmente las funciones de los distintos profesionales y su situación laboral, la relación con otros niveles asistenciales, la atención continuada y las responsabilidades del EAP respecto a su población adscrita.

Finalmente, casi todos los EAP pensaban que la población percibía la mejor asistencia que el nuevo modelo ofrece.

Discusión

La investigación sobre servicios sanitarios está dominada por el uso de métodos cuantitativos, tendiéndose a considerarla como real y sería sólo cuando utiliza este enfoque. Sin embargo, se reconoce cada vez más que la investigación de determinados fenómenos (sobre todo aquellos que son complejos e implican la conducta humana) necesita de otro tipo de métodos que permitan obtener una perspectiva más global de los mismos⁹. Los métodos cualitativos, como estrategia de recogida y análisis de la información, son especialmente apropiados en estos casos, así como en aquellas situaciones en las que interesa no separar el fenómeno que se estudia del contexto donde se produce¹².

La información obtenida a través de entrevistas en grupos preformados (en este caso equipos de trabajo) presenta una serie de limitaciones. Se necesita que los entrevistadores tengan las cualidades necesarias para dirigir una entrevista (objetividad, flexibilidad, empatía, persuasión, capacidad de escuchar)⁶, de forma que se consiga un ambiente relajado y la expresión sincera de todos los participantes. Por otra parte, el carácter de participación voluntaria puede determinar que ciertas personas del equipo de trabajo no asistan a la entrevista y se pierda así una parte de la información que puede ser importante, sobre todo si la no asistencia está relacionada con problemas de clima laboral. Por último, al estar los grupos constituidos por profesionales que trabajan juntos, las opiniones expresadas pueden estar influidas por la dinámica habitual de la organización; en otras palabras, el grupo tiene una cultura y una dinámica propias que pueden conducir a un sesgo en las opiniones expresadas durante la entrevista⁶; puede existir un predominio del punto de vista de los líderes, los conflictos pueden llegar a ocupar el papel primordial en la discusión y no dejar espacio para otros temas importantes, la presencia de algunas personas del equipo puede impedir la expresión sincera de opiniones sobre el papel de las mismas, etc. Sin embargo, esta característica es al mismo tiempo una ventaja, dada la información que se pretendía obtener, ya que permite la observación de la dinámica del equipo. Se eligió este método, a pesar de las limitaciones, por considerar que facilitaría una mayor participación de los profesionales; de haberse realizado entrevistas con personas de distintos equipos, hubiera sido inevitable el desplazamiento y la utilización del tiempo de ocio. Por otra parte, la observación de la dinámica y cultura de los equipos era un objetivo del estudio. De hecho, durante el desarrollo de las entrevistas se identificaron en muchas ocasiones temas conflictivos (como las relaciones entre médicos y personal de enfermería). En estos casos, a pesar de la tensión, se fueron eliminando barreras y acabaron expresándose casi todos los implicados en el conflicto.

El método de observación también presenta otras características que conviene tener presentes. Cuando se observan aspectos muy objetivos (por ejemplo, la ventilación de las consultas) no se requiere una interpretación. Sin embargo, cuando el objeto de la observación son las actitudes, el ambiente o las relaciones interpersonales, la subjetividad del observador puede sesgar los resultados. Para evitar al menos en parte este sesgo, hubo dos investigadoras implicadas y se contrataron los informes de ambas, no produciéndose contradicciones entre las percepciones sobre estos temas.

Al valorar los resultados obtenidos hay que tener en cuenta que la iniciativa del estudio partía de la

propia Administración, por lo que las entrevistas eran vividas por los profesionales como un foro donde expresar sus problemas. Este punto es crucial para entender que se produjeran muchas valoraciones negativas sobre distintos aspectos del NMAP. Con todo, la actitud de partida de los profesionales hacia la reforma de la Atención Primaria era muy positiva, no cuestionándose la filosofía de la misma, sino más bien las limitaciones de su puesta en marcha, una vez enfrentados con la realidad cotidiana.

En muchos aspectos existían opiniones y experiencias compartidas por la mayor parte de los profesionales entrevistados. En cuanto a las dimensiones del NMAP cabe destacar una coincidencia en los siguientes temas: dificultades para el desarrollo de la participación comunitaria, conveniencia de llevar a cabo funciones de investigación y docencia, buenas relaciones con las Unidades de Apoyo, elaboración de los programas de enfermedades prevalentes por parte de la Administración, y percepción de la asistencia por parte de la población con el NMAP. Otros temas donde existían coincidencias están relacionados con aspectos organizativos: necesidad de mayores competencias en gestión para el coordinador, pertinencia de un sistema de incentivos a los profesionales, existencia de relaciones cordiales con las Direcciones de área y escasa capacidad de gestión de las mismas, excesiva demanda de información por parte de la Administración y necesidad de regular las condiciones de las guardias en los centros con atención continuada.

Además de las coincidencias comentadas, cabe destacar una serie de temas donde se detectaron claras diferencias de opiniones, experiencias y situaciones entre los EAP entrevistados. La primera de ellas está relacionada con la estructura y condiciones de mantenimiento de los centros de salud, con una gran variabilidad y en algunos casos con problemas importantes. Un segundo grupo de opiniones divergentes estaría relacionado con el desarrollo de algunas dimensiones del NMAP: la necesidad de que los EAP ofrecieran atención continuada, las relaciones con el nivel de asistencia especializada (desde muy buenas a muy conflictivas), el trabajo en equipo (desde una auténtica cultura de trabajo conjunto entre todos los profesionales a equipos con conflictos derivados sobre todo de la indefinición del papel de las enfermeras). Por último, existían distintas opiniones sobre todo cómo diseñar y gestionar un sistema de incentivos.

En 1987, poco después del inicio de la reforma de la Atención Primaria en la Comunidad Valenciana, Peiró y González realizaron un estudio sobre los equipos de atención primaria¹³, utilizando entrevistas grupales con profesionales de distintos EAP. Gran parte de las conclusiones de este estudio son similares a las nuestras

(obtenidas casi cinco años después), mientras que en otros aspectos se identifican claras diferencias. En ambos estudios se detectó un alto nivel de acuerdo de los profesionales con los objetivos de la reforma de Atención Primaria, a pesar de los problemas encontrados en su desarrollo. La formulación de algunos de estos problemas coinciden en los dos estudios (carga asistencial, dificultades para el trabajo en equipo, falta de incentivos, indefinición de roles, escasa coordinación con otros niveles asistenciales, etc.). Sin embargo, algunos de los aspectos que aparecieron como más problemáticos en el trabajo de Peiró y González (falta de recursos materiales, necesidad de unificar criterios entre los distintos EAP, heterogeneidad de los miembros de los EAP, falta de formación de los profesionales) no han surgido en nuestras entrevistas o han surgido con mucha menor fuerza.

Algunos de los resultados de una evaluación de los equipos de Atención Primaria de Cataluña, realizada por Vicente y cols. mediante un estudio de caso¹⁴, son comparables a los nuestros. Los autores consideran que se ha alcanzado una asistencia de calidad, si bien otras dimensiones del modelo están en una fase de menor desarrollo en algunos de los EAP (trabajo en equipo, actividades preventivas) o escasamente implantadas (participación comunitaria). En el estudio mencionado se encuentra que la presencia de un profesional con capacidad de liderazgo en el equipo favorece la cohesión y el buen funcionamiento del grupo, sobre todo si coincide con la figura del coordinador. Este hecho también se observó en nuestro estudio. Si bien la mayoría de las intervenciones de los participantes se centraban en expresar los problemas existentes, en algunos as-

pectos concretos se proponían vías de solución que pueden ser de interés. Así con relación a la necesidad de que el EAP prestara atención continuada se propusieron soluciones diferenciadas según las características de la zona de salud, considerando que tenía mayor sentido en las zonas rurales y mal comunicadas. Otras modificaciones propuestas fueron el incremento de la capacidad de gestión de los coordinadores y la utilización de días libres y la formación continuada como incentivos. Por último, cabe destacar una necesidad, expresada por varios equipos, de regular las funciones de los distintos profesionales con el nivel de asistencia especializada y el papel del EAP con relación a la intervención comunitaria.

No se ha pretendido formular juicios de valor sobre las opiniones de los profesionales, sino describirlas como fueron expresadas. La información recogida puede servir de punto de partida para identificar aspectos a mejorar y temas que necesitan un ejercicio de reflexión y un amplio debate, del que sin duda podrían surgir soluciones aún no manifestadas.

Agradecimientos

A todos los profesionales de atención primaria de los centros de salud Carrer Useres, Almenara, Segorbe, Virgen de la Fuensanta, Benimaclet, Lliria, Burjassot, Florida-Portazgo y Petrer que participaron en la entrevista, y a Teresa Samper por la revisión del artículo.

Este trabajo ha sido financiado por la Direcció de Planificació Sanitària de la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana y el Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.

Bibliografía

1. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud (BOE núm. 27 de 1 de febrero).
2. Rodríguez R. Evaluación del grado de implantación y desarrollo del Nuevo Modelo de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP). 1993: 86. Tesina de master en Salud Pública curso 1990-91.
3. Bellavance M. *Les politiques gouvernementales. Elaboration, gestion et évaluation*. Montréal: Les Editions Agence d'Arc Inc, 1985.
4. López Fernández LA, Aranda Regules JM. El debate sobre el sistema sanitario. En: Aranda Regules JM (dir). *Nuevas perspectivas en Atención Primaria de Salud. Una revisión de los principios de Alma-Ata*. Madrid: Díaz de Santos, 1994: 13-37.
5. Gauthier B. *Recherche Sociale*. Sillery: Presses de l'Université du Québec, 1984.
6. Fontana A, Frey JH. Interviewing. The art of science. En: Denzin NK, Lincoln YS (dirs). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1994: 361-6.

7. Adler PA, Adler P. Observational techniques. En: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 1994: 377-402.
8. Barenys MP. *Residencias de ancianos. Análisis sociológico*. Barcelona: Fundació Caixa de Pensions, 1991.
9. Black N. Why we need qualitative research [editorial]. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 425-6.
10. López M, Portella E. Indicadores para la evaluación del modelo de atención primaria obtenidos mediante una técnica de consenso. *Control Cal Asist* 1992; 3: 42-7.
11. Rodríguez R, López M, Márquez S. Descripción del desarrollo del Nuevo Modelo de Atención Primaria en la Comunidad Valenciana. *Aten Prima* (en prensa).
12. Yin RK. *Case study research. Design and methods*, 7 ed. Beverly Hill: SAGE Publications, 1991.
13. Peiró JM, González-Roma V. *Clima y satisfacción laboral en los equipos de atención primaria*. Valencia: NAU llibres y Conselleria de Sanitat i Consum, 1990.
14. Vicente R, Brugulat P, Caminal J, Dolz M, Fores M, Mercader M y cols. Aplicació de la metodologia de l'estudi de cas en l'avaluació d'equips d'atenció primària a Catalunya. *Salut Catalunya* 1993; 8: 250-4.