



Un nuevo rumbo para la sanidad española

José R. Quirós García
*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios
del Principado de Asturias*

Qué duda cabe que el sistema sanitario español tiene innegables fortalezas, lo que lo ha llevado a ser el servicio público mejor valorado por la población tras el servicio postal y el transporte y por delante de la administración pública, las pensiones, los servicios sociales, la educación o la justicia. Entre lo más destacable citaría su gran accesibilidad, no sólo geográfica a centros sanitarios bien dotados, sino el acceso sin limitación de renta u otro factor restrictivo a una amplia cartera de servicios entre las que se incluyen las últimas novedades diagnósticas y terapéuticas. También puede destacarse el buen nivel medio de la formación de sus profesionales.

Sin embargo, los cambios sociodemográficos acontecidos en las últimas décadas han venido poniendo de manifiesto la inadecuación de nuestro sistema para dar respuesta eficaz a las nuevas necesidades de los pacientes y de la sociedad. Quizás el hecho más reseñable sea la fragmentación del sistema en nichos cuasi-independientes, incluso dentro del mismo nivel asistencial, a su vez fragmentados en estamentos profesionales –cada uno con su sindicato reivindicativo–, bastante aislado de las estructuras sociales y to-

do ello envuelto en un sistema administrativo-burocrático rígido con alta litigiosidad que aún estrecha más el margen de flexibilidad necesario para el buen gobierno de estructuras tan complejas como las sanitarias.

Como resultado de este sistema tenemos una atención primaria que, tras el importante papel que jugó en la consolidación del sistema, se encuentra estancada, atrapada en dar respuesta reactiva a lo que le llega, centrada fundamentalmente en la consulta a demanda, con un volumen de población hiperfrecuentadora que sobrepasa el 20% y otro 20% que no acude nunca, mal conectada profesionalmente con el escalón especializado que a su vez se llena de revisiones de procesos crónicos a los que poco puede ofertar salvo el cambio del último fármaco y que tiene una buena parte de sus camas ocupadas por personas con múltiples patologías y con reingresos frecuentes y con nichos como el de los pacientes mentales, los drogodependientes o el de la salud laboral bastante desconectados del resto.

A esta situación viene a sumarse la actual situación de crisis económica con caída de los ingresos públicos de

forma acusada y aguda lo que ha puesto en alerta roja a un sistema que ha venido manteniendo incrementos presupuestarios por encima del crecimiento económico del país en los últimos años y que ahora lo hace enfrentarse de repente a una situación en la que no es posible acudir a la receta que ha venido empleando mayoritariamente en los últimos 20 años para hacer frente al día a día, el incrementalismo de más de lo mismo: más centros, más personal, más tecnología, más servicios, más presupuesto...

Son cada vez más voces cuestionando la voracidad del sistema sanitario para consumir recursos poniendo en riesgo otras áreas de gobierno y solicitando la contención del gasto sanitario se abre la oportunidad política de abordar un nuevo rumbo del sistema sanitario que permita acompasar el gasto sanitario al crecimiento económico y que dé respuesta a las nuevas necesidades de la población motivadas por un desplazamiento de las enfermedades agudas hacia las enfermedades crónicas reorganizando el sistema y aprovechando las nuevas posibilidades tecnológicas no sólo para mejorar la comunicación entre profesionales sino para permitir un mayor protagonismo de la ciudadanía.

Las líneas generales de ese nuevo rumbo deben pasar por un cambio de paradigma que permita percibir el sistema sanitario como un verdadero motor económico y de innovación dedicado no sólo a producir mejoras de salud tangibles en la población restaurando la salud perdida y trabajando por mantener a la gente sana sino como un elemento clave para mantener la equidad territorial y fijar la población en áreas rurales, como un área de empleo no deslocalizable y de alto nivel y como tractor de empresas de suministros, apoyo logístico y tecnología.

Para ello, es esencial general una nueva visión del sistema cuyo objetivo sea conseguir resultados en términos poblacionales de salud más que en realizar actividad a coste razonable –pues no hay nada más caro que hacer un TAC barato que no está indicado y que no sólo no mejora el resultado clínico del paciente sino que lo irradia–, donde el ingreso de un paciente en hospital sea visto como un fallo del sistema y donde la actividad sea organizada alrededor de procesos asistenciales en el que el paciente, que ha sido estratificado en función de su perfil de riesgo, recibe los cuidados que necesita de grupos profesionales con roles definidos y en los que el paciente ha de tener un rol más activo e informado para mantener una serie de autocuidados acordes a su situación clínica y social.

Elemento clave en esta visión es el uso intensivo de tecnologías de la información y la comunicación que den soporte a la red cooperativa de profesionales y que permitan no sólo compartir información actualizada entre todos ellos –historia clínica electrónica, imagen digital, acceso a peticiones y resultados de laboratorio, receta electrónica, guías clínicas y de prescripción...– sino producir información tanto de variabilidad clínica y de gasto de utilidad para autoevaluación de los propios profesionales como para transparentar resultados ante la población y facilitar la realización de investigaciones clínicas y operativas que permitan iniciar ciclos de mejora continua de cada ámbito organizativo y que puedan constituir la base de verdaderos incentivos ligados a resultados.

La Atención Primaria ha de jugar un papel más activo que en la actualidad dejando de ser la puerta de entrada al sistema para pasar a constituir la base propia del sistema. Se necesita una mayor apertura de los centros de salud a la comunidad tanto en horario como en oferta de modalidades de atención,

lo que exige no sólo reordenar roles profesionales y mejorar competencias sino facilitar e incorporar un rol más activo de la ciudadanía y de los pacientes en el cuidado de la salud.

La enfermería debe jugar un rol pivotal en el modelo ya que está llamada a liderar la organización de los cuidados de los pacientes crónicos, promoviendo la adherencia al tratamiento, la vigilancia de efectos secundarios de la medicación, la educación de los pacientes y de sus cuidadores en autocuidados, la promoción de grupos comunitarios de mantenimiento y mejora de la salud, la monitorización de pacientes frágiles en domicilio y residencias de ancianos potenciando los planes personales de cuidados para prevenir ingresos hospitalarios repetidos o el “triage” de las personas que acuden al centro de salud sin cita previa. Además seguirá desempeñando los roles tradicionales de curas, inyectables y realización de técnicas diagnósticas. Esta potenciación de la enfermería aconseja abandonar la tradicional composición de los equipos de atención primaria de un profesional de enfermería por cada uno de medicina de familia y organizar los recursos de otra manera, dejando para los pacientes más complejos el modelo “cupo” y favoreciendo la flexibilidad para el abordaje del resto de tareas en el que la atención telefónica, el trabajo con grupos de pacientes o la monitorización remota a través de telemedicina están llamadas a jugar un papel cada vez más relevante.

La centralización telefónica y el acceso web a citas han de servir para potenciar las áreas administrativas de los centros ayudando a desburocratizar las consultas médicas y convirtiéndose en verdaderos centros de atención al cliente del sistema. En este modelo la Atención Primaria accede a todos los recursos diagnósticos del área mediante vías clínicas y protocolos pactados y

promueve la utilización de los especialistas como consultores de los procesos más prevalentes remitiendo a especializada únicamente los casos más complejos.

Ese funcionamiento requiere de cambios organizativos importantes. El primero es la adopción del modelo de unidades y áreas clínicas de gestión, en el que las unidades asistenciales se organizan alrededor de grupos de pacientes más o menos homogéneos diseñando los procesos asistenciales más adecuados a cada caso y disponiendo con flexibilidad del personal dentro de un marco presupuestario establecido en el que la mayor autonomía de gestión conlleva mayor responsabilidad y necesidad de rendir cuentas al sistema y a la comunidad en la que se incardina, reforzando los valores de una ética de servicio público y de bien social.

También exige un cambio en la distribución de recursos, moviéndose progresivamente hacia un modelo de presupuestación de base poblacional ajustado por necesidad que permita distribuir los recursos de forma más equitativa y en el que el respeto al presupuesto sea uno de los elementos esenciales del contrato junto con el logro de los objetivos de salud.

La creación de unidades asistenciales destinadas al manejo clínico de pacientes pluripatológicos complejos, perfectamente conectadas con atención primaria y en la que, basadas en medicina interna o geriatría, se ofrezcan distintas alternativas asistenciales que van desde la hospitalización convencional hasta la hospitalización de día, pasando por la consultoría telefónica de apoyo a atención primaria y la adecuada preparación del alta para seguimiento en domicilio o en dispositivos de larga estancia parecen una necesidad acuciante que permitiría mejo-

rar la calidad de la atención que reciben estos pacientes.

La integración efectiva de los recursos sanitarios de un área poblacional en una única estructura directiva aunque no asegura una verdadera integración y alineación de los recursos podría en ese marco de financiación poblacional ayudar a poner en marcha algunos procesos asistenciales y un mejor balance de cuidados. Alguna experiencia realizada en Asturias señala que con gerencias únicas es más sencillo organizar procesos asistenciales que desplacen los seguimientos de patología crónica desde el hospital hacia la atención primaria, planificar las altas, mejorar la valoración de personas frágiles en residencias de la tercera edad, abordar el problema de la polimedicación, poner en marcha equipos mixtos de atención a pacientes terminales o desarrollar actuaciones de telemedicina en zonas rurales todo ello apoyado por un sistema de información integrado, accesible desde todos los puntos de la red y por la formalización de alianzas estratégicas para resolver los problemas de los

pacientes más complejos compartiendo recursos profesionales entre diferentes áreas de salud.

Abordar un cambio de estas características exige un liderazgo político que afronte cambios normativos nada fáciles, mantenga un alto nivel de inversión en sistemas de información y recursos presupuestarios en el sistema a cambio de mejoras en los resultados e invierta en la formación y dignificación de las estructuras directivas del sistema buscando una mayor profesionalización de cuadros intermedios. Pero sobre todo exige una mayor participación profesional y ciudadana lo que exige un verdadero cambio cultural que prime el trabajar juntos, que mida e incentive la mejora de los resultados y el uso adecuado y ético de los recursos de todos mediante procesos transparentes. Este cambio no es posible obtenerlo más que con un diálogo continuado con todos los actores involucrados y poniendo en práctica proyectos locales exitosos allá donde sea posible que demuestren que un cambio de rumbo no sólo es deseable sino posible.