

Accesibilidad en los nuevos escenarios transferenciales^(*)

Moriano Béjar MJ*, Alonso Punter JC**

*Enfermera Jefe de Servicio de Atención al Usuario del Hospital Universitario de Salamanca

**Subdirector de Gestión y Servicios Generales del Hospital Universitario de Salamanca
atepac@husa.insalud.es

*“Con reverencia temerosa
escuchaban mensajes tan incomprensibles
como los de la llama, la ola, el trueno
(tal vez con la misma inquietud con que escuchamos al doctor
que diagnostica nuestro mal
utilizando tecnicismos nunca oídos,
de manera que no sabemos si –impasible y profesional–
es nuestra muerte lo que anuncia
o es la vida)”.*

José Hierro

Preludio. Cuaderno de Nueva York

Resumen

Habiéndose completado el traspaso de las competencias sanitarias a las diferentes Comunidades Autónomas en España, nos encontramos con diecisiete Servicios de Salud a disposición de los ciudadanos. En este artículo analizamos, desde la visión y las experiencias que tienen los Servicios de Atención al Usuario y sus profesionales, a través de su diario quehacer en contacto directo con los usuarios, las posibles repercusiones que esta nueva situación puede suponer para el ciudadano, que en la actualidad se manifiesta con un rol de usuario más exigente, centrándonos en la accesibilidad en sus diferentes aspectos: equidad, información, continuidad de cuidados, historia clínica única, asistencia sociosanitaria, libre elección de médico, libre elección de centro, segundas opiniones, etc. Planteamos, finalmente, las posibles acciones de mejora que se podrían introducir, con el objetivo de facilitar el acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos españoles.

Palabras claves: Accesibilidad. Transferencias sanitarias. Atención al usuario.

^(*)VI Jornadas de Evaluación y Gestión de Costes Sanitarios, Madrid, junio 2002.

Accessibility with the new transfer scenery

Abstract

Transfer of health competences from a central, state-managed status to 17 different Spanish Autonomic Communities, we find ourselves with 17 different Health Services available to citizens. Authors discuss, from the point of view and daily experiences of the User Care Services and their staff, possible repercussions of this new situation on the citizen, whose present profile is a more demanding one. Different aspects of accessibility: equity, information, care continuity, unique medical history, healthcare and social protection, freedom of choice of medical practitioner, freedom of choice of medical centre, second opinions, etc. are considered. Finally they propose possible improvements that could be introduced in order to facilitate access to health benefits for citizens.

Key words: Accessibility, Health transfer. User care.

Introducción

Habiéndose completado ya el traspaso de las competencias sanitarias en nuestro país, nos encontramos con diecisiete Servicios de Salud a disposición de los ciudadanos. Este hecho, tan importante, en ningún momento debería tener consecuencias desfavorables sobre las prestaciones sanitarias y acceso a las mismas. Todo lo contrario, ya que este nuevo escenario, en principio, debe de presentarse como una oportunidad de mejora.

Desde la visión y las experiencias que tienen los Servicios de Atención al Usuario y sus profesionales, a través de su diario quehacer en contacto directo con los usuarios, planteamos una reflexión sobre las posibles repercusiones que esta nueva situación puede suponer para el ciudadano, que en la actualidad se manifiesta con un rol de usuario más exigente, en relación con la accesibilidad en sus diferentes aspectos: equidad, información, continuidad de cuidados, historia clínica única, asistencia sociosanitaria, libre elección de médico, libre elección de centro,

segundas opiniones, etc. Todo esto teniendo en cuenta que el punto de partida de los diecisiete Servicios no es el mismo, y que las expectativas de los ciudadanos desde el nacimiento de los Servicios de Atención al Usuario, cuyo origen (en el ámbito INSALUD) hay que buscar en 1984, en el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria¹, han ido cambiando con el paso del tiempo.

Finalmente, se exponen las posibles acciones de mejora que se pueden poner en marcha para afrontar este problema, con el objetivo de disminuir las dificultades de acceso a las prestaciones sanitarias de los ciudadanos españoles.

Situación actual

El nuevo escenario transferencial

Una vez consumado el traspaso de las competencias sanitarias en nuestro país, es necesario más que nunca, que se cumpla el texto y el espíritu de la Ley General de Sanidad (art. 3, art. 12),

en el sentido que el acceso a las prestaciones sanitarias se produzca en condiciones de igualdad efectiva para toda la población española.

La opinión generalizada de los políticos responsables² es que las transferencias sanitarias van a constituir una oportunidad de mejora del Sistema de Salud, ya que la creación de modelos de organización y financieros adaptados a las Comunidades Autónomas aportarán un acercamiento a los ciudadanos. Bajo este punto de vista, las transferencias sanitarias se gestionarán a través de una Administración concedora de las peculiaridades y los problemas e integradora de todos los recursos. Comunidades con las competencias sanitarias transferidas con anterioridad al año 2002 corroboran esta opinión desde la práctica.

Por lo tanto, el hecho de producirse un acercamiento a las peculiaridades de cada Comunidad Autónoma nos hace pensar que la accesibilidad al sistema mejorará, aunque nos plantea dudas en relación con la igualdad de los servicios y prestaciones, y la agilidad de las Administraciones para que todos los usuarios accedan a los mismos.

En este sentido, algunos Consejeros de Sanidad expresan su preocupación, como los de Madrid, Aragón, Cataluña o Valencia³, sobre si este nuevo escenario garantizará un acceso igualitario en el territorio español y en el europeo, dado que no se han desarrollado los mecanismos para su coordinación.

Además, es complejo imaginar un sistema que garantice la equidad y la accesibilidad, cuando en la actualidad no se dispone de un sistema de información sanitaria que permita *“la identificación de las relaciones del estado de salud con sus factores determinantes y con el uso de los servicios sanita-*

*rios, la identificación de desigualdades en el nivel de salud y en el acceso y utilización de los servicios sanitarios y la evaluación del logro para una población determinada”*⁴.

Es necesario que el sistema de información, en el actual marco transferencial, se transforme en un elemento estratégico, en el que las Comunidades Autónomas deberán participar elaborando y distribuyendo la información para poder compararse en términos normalizados.

Probablemente, desde un punto de vista puramente técnico, se disponga ya del suficiente conocimiento y bases de información para desarrollar un sistema de indicadores que permita transformar la información en mejoras de eficacia y de calidad asistencial, aunque no hay objetivos claros sobre qué se desea conseguir con ellos y temor generalizado a publicar los resultados y comparaciones⁵.

Así pues, se configura como un elemento de gran importancia para la cohesión del Sistema Nacional de Salud, la existencia de un sistema de información normalizado y transparente para todos los Servicios. Es evidente que se requiere un gran esfuerzo en la transmisión de la información real de la posición en la que se encuentran los diferentes Servicios de Salud en materia de recursos materiales y humanos, y de datos asistenciales, que permita un conocimiento global que ayude a tomar decisiones. Sin voluntad política y sin consenso en este tema, será difícil, reiteramos, conseguir un sistema de información adecuado al nuevo escenario transferencial.

En esta situación, adquieren gran importancia las actuaciones de coordinación y reguladoras del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Consejo Interterritorial de Salud para garantizar

la accesibilidad al sistema y la equidad en el reparto de prestaciones: sólo así no se dará lugar a Servicios de Salud de diferentes categorías. No se debería caer en la tentación de aprobar o consensuar unos mínimos comunes de prestaciones sanitarias, dejando unos máximos a disposición de las posibilidades –básicamente financieras– de cada Comunidad Autónoma. Ello rompería la equidad en la asistencia, favoreciendo a aquellos ciudadanos que residen en Comunidades Autónomas que tienen mayores disponibilidades presupuestarias en sanidad.

Este hecho podría constituir un problema de amplias repercusiones sociales: si se consuma la descentralización completa de la atención sanitaria sin unas medidas de coordinación nos podríamos encontrar en un plazo más o menos inmediato con la ruptura de hecho de nuestro sistema sanitario universal⁶.

Que se llegue a producir esta situación no tiene sentido cuando ya se está hablando de un espacio europeo de salud, de libre circulación de pacientes, con tarjeta sanitaria única y se tiende a la extensión de la protección de la salud a toda la población, con independencia de cuál sea su nacionalidad.

La tan deseada y necesaria Ley de Coordinación no acaba de alumbrarse, por la complejidad de las negociaciones previas y de la puesta en común de múltiples factores e intereses en juego. Esta coordinación necesaria en el ámbito sanitario ha sido incluso reclamada por una institución como el Defensor del Pueblo⁷, al referirse a la ordenación de prestaciones, cuando señala que *"la necesidad de profundizar en la estrategia de ordenación normativa de las prestaciones, a través de la cual se definen los contenidos y las garantías de la asistencia sanitaria, es también una constante en un representativo número*

de quejas formuladas por los ciudadanos. Ello nos aproxima a la función de coordinación en aspectos fundamentales que caracterizan al sector sanitario y a la necesidad de potenciar el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en orden a promover verdaderas políticas comunes en los ámbitos de sus competencias legales y a superar las limitaciones que determinan que sus consensos no sean ágiles ni vinculantes".

Según se pone de manifiesto por algún autor⁸, conviene estar muy alerta en el proceso transferencial para mantener la equidad horizontal o de prestaciones (igual tratamiento a igual necesidad) y de recursos (mismos recursos para atender las mismas necesidades).

También parece un hecho claro que el punto de partida de los diecisiete Servicios de Salud no es el mismo. La descentralización sanitaria, aún antes de ser completa (en el año 2002), sin un desarrollo adecuado de los instrumentos de coordinación disponibles, ha dado lugar ya a diferencias significativas entre CCAA en la distribución de recursos materiales y personales, extensión de las prestaciones sanitarias, y cobertura universal de éstas, con diferencias en el acceso a las mismas según el lugar de residencia⁹.

De igual modo, ya se han marcado diferencias en cuanto a los derechos de los pacientes. Sirva de ejemplo el tema de los derechos y deberes de los pacientes, sobre el que algunas Comunidades Autónomas ya han legislado, como Cataluña (Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica).

Asimismo, las diferentes leyes de ordenación sanitaria de las Comunidades

Autónomas con la asistencia sanitaria recientemente transferida, y como consecuencia de la falta de un organismo coordinador, también siguen marcando diferencias. Como muestra citamos la constitución de Agencias Sanitarias en la Comunidad de Madrid (Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid).

A modo de resumen de este punto, hacemos nuestra la perfecta síntesis que se refleja en las siguientes frases, que afirman que "las prestaciones del SNS deben ser únicas y comunes para todo el territorio del Estado. No se trata de garantizar unas prestaciones "básicas" y que, a partir de ahí cada Comunidad Autónoma decida qué más ofrece y qué más financia a sus ciudadanos; se trata de consensuar cuáles han de ser las prestaciones y los servicios que deben recibir todos los ciudadanos del Estado Español, incluso sus ampliaciones y exclusiones. Incluso cabe esperar que sea la Unión Europea quien regule éstos y otros aspectos de la atención sanitaria para el conjunto de ciudadanos residentes en la Unión"¹⁰.

La experiencia de los Servicios de Atención al Usuario

Contar con un sistema sanitario cuyo centro sea el usuario, cercano, sin dificultades en el acceso y con prestación de recursos equitativa es el deseado por todos: políticos, gestores, profesionales y ciudadanos. Pero en la actualidad el camino para su logro se presenta muy dificultoso.

Como ya se ha señalado anteriormente, existen hoy deficiencias en el acceso a la prestación de servicios sanitarios y diferencias en función del lugar de residencia, aunque debemos ser conscientes de que algunas de las causas no son atribuibles exclusiva-

mente al sistema sanitario, como son las relacionadas con el déficit o insuficiencia de unas adecuadas infraestructuras viarias de comunicación o de transporte.

Desde la perspectiva de la atención al usuario hay que tener en cuenta que el ciudadano, en su rol de usuario de los servicios sanitarios, también ha cambiado, presentándose más exigentes con el sistema sanitario.

Hace unos veinticinco años, la relación de los pacientes con los clínicos y los servicios asistenciales se fundamentaba sobre un modelo de estructura *monárquica*, totalmente vertical, definida como *paternalista*, donde la única virtud moral exigible era la obediencia, y en la que los sanitarios buscaban el máximo bien para el paciente, aún en contra de su voluntad. Este modelo está en fase de regresión, para dar paso a un modelo de estructura *oligárquica*, en el que el hecho de intervenir múltiples sanitarios en el proceso asistencial hace que se pierda el valor de la confidencialidad y el secreto. Han sido los códigos de derechos de los enfermos los que han roto el concepto de que la enfermedad supone una incapacidad moral y los que han fijado el principio de "*que todo usuario de los servicios de salud tiene el derecho e incluso la obligación de poseer la suficiente capacidad y competencia para tomar las decisiones sobre su propio cuerpo*"¹¹. Esta situación, unida al desarrollo tecnológico y científico, hace que la relación de los usuarios con el sistema de salud sea compleja y por lo tanto se presentan como individuos que quieren conocer las distintas alternativas de abordaje y/o tratamiento de su problema de salud y acceder fácilmente al sistema, sin barreras.

Hemos pasado, de unos primeros años en los cuales eran infrecuentes las re-

clamaciones o quejas en las que el usuario sugiriese alternativas a la organización del sistema sanitario para la obtención de un recurso que solucionase su problema de salud, a unos últimos años en que se llega incluso a reclamar una asistencia sanitaria con una tecnología concreta, conocida a través de *Internet* u otro medio de comunicación, que se presta en un determinado centro sanitario europeo o estadounidense. El ciudadano de hoy entiende que un sistema público universal debe cubrir su necesidad sanitaria de forma rápida y en el centro que más garantías le ofrezca.

Dadas las características de este nuevo usuario de los servicios sanitarios, con mayores expectativas de servicios y de cuidados y con mayores demandas de atención personal y capacidad de elección, aspectos como el acceso fácil, la humanidad, la equidad, el res-

peto, la calidad técnica, la información en lenguaje comprensible se hacen necesarios.

Sobre el número total de reclamaciones que formulan los usuarios en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Salamanca, las relacionadas con la accesibilidad (listas de espera, citaciones, demoras en la prestación de la asistencia, transporte sanitario,...) constituyen, sin lugar a dudas, la mayor parte, aunque con una tendencia a la baja en los últimos años (fig. 1). Éste es un tema que preocupa a los profesionales que trabajan en los servicios de atención al usuario por ser causa de una gran insatisfacción. Cuando se intenta conocer la satisfacción de los ciudadanos y/o usuarios, la opinión de los mismos es más negativa antes de acceder a los servicios sanitarios (básicamente por las dificultades de acceso planteadas:

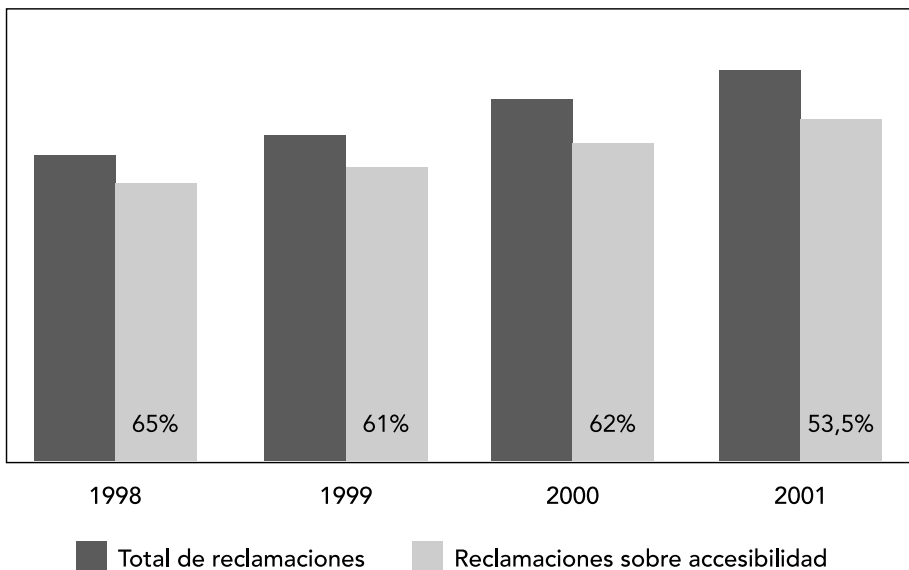


Fig. 1: Evolución de reclamaciones relacionadas con el acceso a los servicios sanitarios en atención especializada de Salamanca

tiempos de espera y de demora para asistencia e ingreso), que una vez han accedido a los mismos. Momento en el que manifiestan que la asistencia, tanto desde el punto de vista técnico, profesional y humano, es satisfactoria. Si se mantienen estas dificultades para acceder a los servicios de salud será difícil disminuir las cifras de insatisfacción, de las que son buen ejemplo las publicadas por el INSALUD en 1994, del 23 % para Atención Especializada y el 11% para Atención Primaria¹². Porcentajes que, aún siendo aparentemente bajos, tienen grandes repercusiones sobre la imagen del sistema público de salud.

Los conceptos que manejan los pacientes, los profesionales y los administradores cuando hablan de la asistencia sanitaria, son muy dispares¹³.

Si le damos a los pacientes/usuarios la oportunidad de expresar sus opiniones sobre las características que debería tener un sistema sanitario excelente, probablemente utilizarían conceptos como: contacto fácil, cercanía, puntualidad, sin demoras, sin listas de espera, de confianza, con conocimientos, que dedique tiempo, que garantice continuidad en el cuidado, que le de seguridad, que los profesionales que le atienden sean empáticos, simpáticos, humanos, con capacidad de atención personalizada, amables, confidentes, formados, disponibles, preocupados, con interés, correctos en sus actuaciones; que las estructuras sean confortables, higiénicas, limpias, sin barreras, señalizadas... Y así lo confirman en el apartado de comentarios y sugerencias en la encuesta de satisfacción realizada recientemente en el Hospital Universitario de Salamanca¹⁴.

Corroborando lo que se afirma en el primer apartado, en cuanto a la existencia de diferencias en la atención

sanitaria recibida, en función del lugar de residencia, desde la Sociedad de Atención al Usuario detectamos que, efectivamente, éstas existen y se detectan en el contacto directo con el ciudadano/usuario. Así, no es lo mismo pertenecer a un Centro de Salud de una zona que de otra, dentro de un Área Sanitaria, o pertenecer a una provincia u otra dentro de la misma Comunidad Autónoma o ser ciudadano de una Comunidad Autónoma o de otra.

Existen diferencias en los programas y, por lo tanto, en las dotaciones de recursos técnicos asistenciales y administrativos, que se hacen evidentes en el día a día.

En algunos centros sanitarios, el ciudadano puede disponer de todas las citaciones previstas para su diagnóstico y/o tratamiento en el momento de la indicación médica, por disponer de un servicio de citaciones informatizado y coordinado con los servicios médicos. Otros ciudadanos, sin embargo, deben realizar muchas más gestiones y esperar más para conseguir sus citaciones. O permanecer con su citación pendiente de reprogramar, generando múltiples llamadas telefónicas que, cuando son atendidas, dan información sobre su situación de espera o la demora para su consulta. Esta información incrementa la incertidumbre del enfermo pendiente de una atención y le lleva en ocasiones a desplazarse, él mismo o su familiar al centro sanitario, situación que aumenta el malestar no sólo de los usuarios sino también de los trabajadores, dificultando que el trato sea el esperado y el adecuado, añadiendo una causa más de insatisfacción.

Al ciudadano se le puede presentar difícil acceder a la asistencia en determinadas especialidades en nuestro Sistema de Salud, ya que en el intento de racionalizar el acceso a los servicios

sanitarios se han generado largas listas de espera.

Algunos ejemplos de las experiencias vividas por los pacientes que acuden al servicio de atención al usuario, sin el ánimo de formular una reclamación, pero sí con la expectativa de que su problema sea contemplado de forma personalizada y solucionado, nos darán una idea de las dificultades que se les plantean:

- Una revisión de agudeza visual puede realizarse, en el mismo Área, en un tiempo breve o permanecer en espera de reprogramación de su cita.
- Una libre elección de un médico especialista, orientada por un médico de familia, al entender que es el profesional que mejor va a solucionar el problema del paciente no se puede llevar a cabo en algunas especialidades por mantener, en varios meses, las agendas sin personalizar.
- Acceder a un servicio de referencia autonómico, como puede ser una Unidad de Anorexia, requiere unos largos trámites burocráticos, dependientes de múltiples personas y organismos, que por sí mismos demoran el acceso, dándose prioridad a los pacientes que residen en la localidad donde esta ubicada la Unidad. Esta situación se puede hacer extensible a los servicios de referencia nacional.
- La solicitud de una segunda opinión, en caso de enfermedad grave, puede ser tramitada directamente por el médico responsable del proceso, entendiendo que puede ayudar en la toma de decisiones al paciente, o bien tener que realizarse la canalización a petición personal del paciente, con denegaciones de órdenes de asistencia en el centro receptor, alargando el proceso para acceder a la segunda opinión.

Estas dificultades en el acceso a los servicios impulsan a los ciudadanos, por un lado a buscar soluciones particulares, dependientes del nivel social al que pertenezcan, o bien a utilizar los servicios públicos de forma no adecuada.

Así, el paciente acudirá a los servicios de urgencia, que son percibidos como un servicio gratuito, con una respuesta eficaz, en un tiempo corto y con médicos especialistas. Aunque en ocasiones y a determinadas horas, el tiempo de espera para ser atendido en los servicios de urgencia es largo, nunca será parecido al previsto para una próxima consulta externa. En la atención urgente, el ciudadano sale informado sobre su proceso. Si precisa tratamiento, se suministra en ocasiones gratuitamente en sus primeras dosis. Además se le orientará, en su caso, para acudir al especialista correspondiente, por lo que tomará libremente la decisión de acudir o no.

Esta decisión del paciente añade un factor más al incremento de las urgencias, en cuanto al número y el tiempo de espera para la atención de problemas que no son de urgencia vital. De nuevo podemos hablar de una situación en la que las expectativas del paciente, en cuanto al tiempo de espera para una atención que ha estimado como urgente, son mayores que lo que recibe, aumentando el malestar en pacientes que acuden sin una urgencia real.

En el intento de salvar las dificultades en el acceso, los pacientes, aún con bajos niveles de conocimiento de sus derechos y deberes¹⁵, como demuestran los datos de estudio realizado en cinco hospitales de Castilla y León, se acogen a derechos, como es el de libre elección de especialista y acceso a la historia clínica, para solucionar de forma más ágil su problema de salud,

duplicando las consultas dentro del mismo área sanitaria o bien dándose de alta en otra área de forma provisional.

Estas alternativas que toman unilateralmente los usuarios, etiquetadas como un mal uso del sistema sanitario por los profesionales, dificultan la relación entre ambos. Los pacientes no se sienten atendidos adecuadamente y los profesionales se sienten agredidos, por lo que se añade un factor más de insatisfacción: el deficiente trato personal, que repercute desfavorablemente sobre el prestigio del sistema público.

Dar solución a los problemas de accesibilidad al sistema no se presenta fácil, aunque este nuevo escenario trasferencial puede ser la oportunidad para compatibilizar las exigencias de los usuarios, las consideraciones y expectativas de los profesionales y las pretensiones de los gestores.

Líneas o acciones de mejora

Parece claro que el proceso transferencial recientemente culminado, a tenor de las manifestaciones de los responsables sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas, debería permitir una mejora sustancial en el acceso al sistema y en la velocidad de resolución. Así se alcanzarían unos servicios sanitarios más fácilmente accesibles, más equitativos y prestados con mayor eficiencia. Y, de esta manera los problemas de acceso detectados, en el día a día, por los Servicios de Atención al Usuario, podrían ser progresivamente resueltos.

Ahora bien, ¿cuáles han de ser las líneas de acción que se emprendan para conseguir este objetivo?

En este aspecto, entendemos que todos los Servicios de Salud deberían llevar a cabo políticas activas referen-

tes a la orientación del sistema sanitario hacia los usuarios, derivando los cambios a introducir hacia un mejor servicio al usuario.

En definitiva, se deberían aplicar políticas auténticas de atención al usuario, que permitan que los sistemas sanitarios se adapten a la Sanidad del futuro, que se presenta más competitiva y cooperativa, debido al mayor protagonismo de los usuarios, las dinámicas de mercado y las nuevas tecnologías de la información¹⁶.

La mejora y el aumento de la accesibilidad al sistema se ha convertido, pues, en una prioridad para los responsables sanitarios, que proponen en sus primeros planes de acción después de las transferencias medidas concretas de diverso contenido y alcance. En nuestra Comunidad Autónoma de Castilla y León, las medidas para aumentar la accesibilidad, en palabras del Consejero de Sanidad y Bienestar Social¹⁷, se concretarán en un esfuerzo inversor, una adecuada distribución territorial del personal sanitario, un aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria y en una apuesta por la telemedicina y por las nuevas tecnologías de la información y las telecomunicaciones.

Es evidente que el primer problema a abordar, cuando se trata de mejorar la accesibilidad, es el de la existencia de **tiempos de espera o listas de espera** en el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias. La disminución de los tiempos de espera garantiza siempre una mejora en la accesibilidad, ya sea con actuaciones para la reducción de las listas de espera quirúrgicas o para la reducción de los tiempos de espera en consultas externas y pruebas diagnósticas.

Tema sobre el que no nos extendemos, puesto que es bien sabido que

para solucionar este problema se han programado planes de actuación en todos los Servicios de Salud, sin excepción, con mayores o menores aciertos y con diversas fórmulas organizativas y de gestión en cuanto a su ejecución.

Se hace, por lo tanto, necesaria una gestión de listas de igualitaria en todo el territorio español en concordancia con la necesidad de salud, que garantice al usuario la prestación, evitando desigualdades en el acceso a los servicios, bien entendido que opinamos que la existencia de listas de espera no es un problema en sí mismo (si se controlan y gestionan adecuadamente en función de unos claros parámetros de necesidad asistencial y de equidad), sino que es un hecho inherente a la existencia de un sistema público universal y gratuito, como el que tenemos en nuestro país.

La disminución de los tiempos de espera reduciría, a nuestro juicio, la inadecuada utilización de los servicios por parte de los usuarios que, como hemos señalado anteriormente, son causa de insatisfacción de pacientes y profesionales.

También un elemento importante a tener en cuenta es la Atención Primaria, en la que se deben introducir mejoras y unidades de apoyo para incrementar la accesibilidad. Debe fomentarse la puesta en marcha y potenciación de programas en el ámbito de la atención primaria, como es la salud bucodental, la atención domiciliaria al paciente terminal, continuidad en los cuidados o los programas del niño sano, que no están garantizados en todas las poblaciones, existiendo diferencias entre Comunidades Autónomas, como expresan estos ciudadanos de nuestra provincia:

“Afortunadamente, presumimos de que en este país gozamos de uno de los mejores sistemas de salud existen-

tes. Esto supone que cualquier español puede solucionar el 70% de sus problemas de salud en el ámbito de su comunidad, lo mas cerca y cómodamente posible(...). Lo cierto es que si bien la atención habitual se presta de forma eficaz y adecuada, este pueblo merece beneficiarse de un programa de seguimiento a la población infantil que es el proyecto de futuro de nuestra comunidad y sin duda de mirada prioritaria(...). Nos estamos refiriendo al Programa del niño sano que de forma continuada debe de llevar un equipo de pediatría en cualquier población con 500 niños(...). No estaría de más hacer los cambios oportunos para contar con un censo infantil real”¹⁸.

Se hace necesario atenuar las diferencias en programas tan urgentes como la atención a la población mayor y una adecuada coordinación sociosanitaria, con una atención ligada más a problemas de dependencia que a problemas de salud. En nuestra Comunidad, por ejemplo, con un crecimiento vegetativo de $-3,42$ ¹⁹ se prevé un aumento de la frecuentación hospitalaria y una gran demanda de cuidados básicos y de apoyo que hace imprescindible las inversiones dirigidas a extender los cuidados en Atención Primaria, con programas de coordinación con Atención Especializada, unidades de apoyo en Atención Primaria como fisioterapia, cuidados paliativos o atención domiciliaria, que garanticen la continuidad de los cuidados, sobre todo en el paciente crónico, avanzando en el establecimiento de la historia clínica única para favorecer la agilidad en el acceso.

El desarrollo de los primeros planes puestos en marcha o anunciados en estos primeros meses de andadura de los servicios autonómicos de salud inciden en estos dos grandes ejes de actuación: reducción de los tiempos de demora y fortalecimiento y mejora de los dispositivos de Atención Prima-

ria, con un incremento de su capacidad de resolución. No obstante, desde el punto de vista de los Servicios de Atención al Usuario, creemos muy importante insistir en la necesidad de potenciar la coordinación sociosanitaria, con el objeto de atender adecuadamente las necesidades de atención y cuidado de la población mayor y de los pacientes crónicos, con dependencia física y/o precariedad social, en el ámbito que corresponda en cada caso.

También se citan con frecuencia actuaciones dirigidas a la extensión de la atención a la urgencia y/o emergencia (extensión de la atención continuada en Atención Primaria, mejoras en el transporte sanitario,...), así como un incremento de las dotaciones hospitalarias y de centros de especialidades o programas de atención a colectivos o poblaciones con necesidades asistenciales específicas (Atención Integral a la Mujer, Atención Infantil en el medio rural, etc.)

Todas estas medidas, lógicamente, necesitarán una financiación adecuada, y aún siendo innegable que en los últimos años se han producido importantes avances en la financiación del sistema sanitario público, siguen siendo insuficientes para dar respuesta a las demandas actuales de nuestra sociedad caracterizada por el incremento de la esperanza de vida y un gran desarrollo científico y técnico.

Consideramos un avance en este campo, la creación del Fondo de Cohesión en el nuevo modelo de financiación, que tiene como objetivo asegurar la equidad del Sistema Nacional de Salud, aunque su operatividad y utilidad real para incrementar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario dependerá de las medidas concretas que se adopten y de los criterios que se fijen para la distribución del mismo.

Conclusión

En el territorio español existen diferencias en los recursos sanitarios y en la accesibilidad al sistema, dependiendo de la Comunidad Autónoma, provincia o área sanitaria donde resida el ciudadano/usuario. El nuevo escenario sanitario, con diecisiete Servicios de Salud, debería garantizar la proximidad de la Administración para satisfacer las demandas del ciudadano, facilitando la gestión y permitir la reducción de desigualdades, mejorando la equidad y la accesibilidad.

Desde los Servicios de Atención al Usuario, en los que los ciudadanos ponen de manifiesto las insatisfacciones en sus relaciones con el sistema sanitario, comprueba cómo los temas relacionados con la accesibilidad son los que más inquietan al usuario, que se presenta más informado y más exigente. Las dificultades para acceder al sistema hacen que los ciudadanos tomen iniciativas para dar soluciones a su problema particular que a veces es causa del incremento de actividad de algunos servicios como el de urgencias.

Cualquier acción de mejora que se emprenda, con el objeto de facilitar la accesibilidad al sistema, deberá tender a orientar el mismo hacia el usuario. Las posibilidades de actuación son muchas y de muy diverso contenido, pero todas deberán ir encaminadas a conseguir un sistema sanitario más equitativo y ágil, lo que sin duda requerirá una financiación adecuada y un importante esfuerzo inversor de la Administración.

Citas bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Servicio de Publicacio-

- nes del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.
2. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.(3). Las transferencias Sanitarias (Monográfico 1). Enero 2002.
 3. Sobre la necesidad de coordinación. Medynet. 14 de marzo de 2002. <http://www.medyet.com/index.html>.
 4. Cavases JM, Villalbí JR, Aibar C. Editores La salud y el sistema sanitario en España. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. 2002 Informe SES-PAS.
 5. Peiró S, Casas M. Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. 2002. www.sespas.aragob.es/informsespas3-5.pdf.
 6. Rey J. El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿Crónica sobre una muerte anunciada o todavía queda algo por defender un sistema equitativo y universal? Revista de Administración Sanitaria 2002; 21 (6): 69-92.
 7. Defensor del Pueblo. Informe 2001. Serie A: Actividades Parlamentarias. 11 Junio 2002. Contract No: 260/000003 CD, 780/00000S.<http://www.defensordelpueblo.es/InicioI.htm>.
 8. Cañas JJ. La financiación de la sanidad: principios generales y posibles modelos. Revista de Administración Sanitaria. 2001; 18 (3): 9-13.
 9. Rey J. Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español. XXII Jornadas de Economía de la Salud. Pamplona, 29-31 de mayo 2002.
 10. Jiménez A. Transferencias y nuevo escenario para el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria. 2001; 21 (3): 39-45.
 11. Gracia,D. La práctica de la medicina. En: Couceiro, A. Bioética para Clínicos. Editorial Triacastela 1999. 95-108.
 12. Elola J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma. SG Editores. 1994; 117.
 13. Palomo L. Los límites de la Excelencia. Jornadas de debate en torno a la excelencia en el desarrollo profesional. Bilbao, 5 de junio de 2001. <http://www.fado.org/excellent.htm>.
 14. Encuesta de satisfacción de la asistencia hospitalaria. Hospital Universitario de Salamanca. 2002.
 15. Moriano MJ et al. Estudio sobre el conocimiento que tienen los pacientes de la carta de Derechos y Deberes. Comunicación al VI Simposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario. Gijón, 25-28 mayo 2001.
 16. La sanidad del futuro será más competitiva y cooperativa. 1 de marzo de 2002. <http://www.fundaciónsig-no.es/publicidad.hatm>.
 17. Fernández, C. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Monográfico 1 (Las transferencias sanitarias). Enero 2002; (3) 45-48.
 18. Boletín de la Asociación de Vecinos de Cabrerizos ASVECA. La Badila. Junio 2002; 11: 1.

19. Anuario Estadístico 2001. Junta de Castilla y León (Junio 2002) <http://www.jcyl.es//jcyl/ceh/dge/anuario2TA235.hatm>.

20. Temes, JL. La sanidad española tras las transferencias. Gestión y Evolución de Costes Sanitarios. (3) La construcción de los nuevos Servicios de Salud. (Monográfico2) Junio 2002.

