



Reorganización del Sistema Nacional de Salud

*Camba Rodríguez A, **González Escalada JR

*Presidente de La Sociedad Española del Dolor (SED)

**Secretario General de la Sociedad Española del Dolor (SED)

¿Qué papel debe jugar el paciente en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en las decisiones sobre su salud?

La Carta Europea de Derechos de los Pacientes aprobada en el año 2002¹ y publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea en el año 2008², que favorece los derechos de los pacientes y los ciudadanos, constituye la herramienta idónea para la armonización de los Sistemas Nacionales de Salud de la Unión Europea, siendo esencial debido a la libre circulación en la Unión Europea. Si esto es así para toda la Comunidad Europea, no se puede obviar al hablar de la armonización de nuestro propio Sistema Nacional de Salud.

En el párrafo tercero de los derechos de la ciudadanía, esta carta incide en su participación activa *“en la elaboración de las políticas en el área de la salud”* y establece su derecho a participar en la definición, aplicación y evaluación de las políticas públicas en materia de salud, así como su derecho a ser consultadas en las fases de planificación, con la obligación por parte de las instituciones de escuchar propuestas de las organizaciones de ciudadanos, la obligación de devolver su

opinión y de consultarles antes de tomar decisiones.

Parece claro por tanto que las asociaciones de pacientes, como grupos de ciudadanos especialmente implicados en las decisiones políticas que pueden afectar al cuidado de su salud, se encuentran en el eje principal de este derecho. Igualmente la carta hace hincapié en el derecho al principio de *“evaluación compartida”*, que implica que los resultados de las actividades de las organizaciones cívicas deberían ser considerados herramientas para evaluar las políticas públicas.

Los ciudadanos, tanto en sus manifestaciones individuales como colectivas a partir de sus asociaciones, son el mejor termómetro para conocer la repercusión real de las políticas sanitarias en el paciente, usuario y familiares, perceptores últimos de las disposiciones y actividades del Sistema Nacional de Salud.

Dentro de los derechos fundamentales de los pacientes enumerados en esta Carta, queremos señalar como representantes de la Sociedad Española del Dolor (SED), que el derecho a evitar dolor y sufrimiento innecesarios

en cada fase de su enfermedad, enumerado específicamente como el undécimo derecho fundamental y que implica a los servicios de salud a comprometerse en tomar todas las medidas útiles para este fin, no se está cumpliendo en ninguna de las comunidades autónomas (CC. AA.) de nuestro país. Esto choca frontalmente con los resultados que se han publicado recientemente sobre el cumplimiento de los enunciados de esta carta por parte de los diferentes países de la Comunidad Europea³ y del que se puede extraer que España cumple mercedamente con este capítulo. Desde la SED denunciamos que a pesar de estos resultados, declaramos que el SNS español no es consciente del grave estado de precariedad estructural en que trabajan los profesionales de la gran mayoría de las Unidades Especializadas en el Tratamiento del Dolor y la gran carencia de personal especializado y medios destinados a esta atención, incumpliendo flagrantemente con este derecho fundamental de la Carta Europea.

¿Qué papel debe jugar la equidad?

En el informe del plan de Calidad del año 2008 del Ministerio de Sanidad⁴ se establecieron estrategias encaminadas a abordar las desigualdades sociales en materia de salud, eliminando las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización ineficaz de los mismos por razones de discriminación. En este último punto, destaca la estrategia de equidad dirigida a población gitana y a la población inmigrante, dada su creciente importancia en los últimos años. En este ámbito, se plantearon varias estrategias para que el acceso al sistema sanitario público y la asistencia recibida se desarrollen en condiciones de igualdad y contribuyan a la integración de esta población en la sociedad española. A raíz de la formulación de

varias disposiciones europeas, uno de los objetivos fundamentales en el fomento de la equidad se centra en la regulación de la igualdad entre hombres y mujeres y sin embargo se desatenden los resultados de los propios informes del Ministerio que indican que las mayores desigualdades se producen por razones geográficas, sociales y económicas.

En este informe se enfatiza que independientemente de las desigualdades entre individuos, existen variaciones geográficas en los indicadores de salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. En el Estado Español se observan desigualdades geográficas en los indicadores estudiados relacionadas con la distribución desigual de los recursos y la pobreza del área donde se resida. Así las CC. AA. del Sur y Oeste del país, como son Canarias, Andalucía, Extremadura y Galicia presentan peores resultados en salud percibida en trastornos crónicos, algunos de ellos ligados al dolor como la artrosis. Para otros trastornos ligados al estilo de vida como la obesidad y el sedentarismo, también son las CC. AA. del Sur y el Oeste las que presentan peores resultados. Por el contrario las CC. AA. de mayor nivel socioeconómico como son Navarra, La Rioja y Cantabria, presentan en general mejores indicadores de salud. En cuanto al uso de servicios sanitarios, tanto curativos como preventivos, se observa una distribución geográfica desigual en las distintas CC. AA. de España y no siempre las CC. AA. que presentan mayor prevalencia de problemas de salud son las que presentan mayores indicadores de uso de servicios sanitarios, de modo que además del estado de salud, influyen otros aspectos propios del sistema como son la oferta, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud de cada CC. AA.

¿Cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?

En cuanto a las medidas orientadas a evitar la discriminación asistencial de grupos poblacionales desfavorecidos nos parecen correctas las estrategias enumeradas por el Ministerio de Sanidad⁴ (Implantación de planes de salud con la equidad como eje transversal, creación de un Grupo Nacional de Expertos con el objetivo de desarrollar propuestas para la reducción de las desigualdades, desarrollar estrategias nacionales que eliminen las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización ineficaz de los mismos de algunos grupos poblacionales discriminados).

Similares estrategias son válidas para la desigualdad territorial. Es necesario desarrollar Planes Nacionales sobre cuidados asistenciales específicos guiados por expertos en cada materia, integrando en ellos las distintas características poblacionales y de recursos asistenciales de cada CC. AA., para evitar la infra o sobreutilización de los recursos que generan gran ineficiencia por ambos extremos en el Sistema Nacional de Salud.

¿Cómo afectará al modelo sanitario?

El modelo sanitario español tendente a la descentralización tras asumir las CC. AA. todas las competencias sanitarias, favorecen la implementación de sistemas propios de cada una para mejorar la eficiencia, como ya se reflexiona en un punto de encuentro previo dedicado a las Alianzas Estratégicas; pero un sistema descentralizado exige que se de un paso más allá y estas Alianzas se establezcan dentro de un marco extracomunitario o intercomunitario. Si no se consigue realizar un modelo interrelacional entre todas

las CC. AA., se profundizará inexorablemente en las desigualdades geográficas y por ende en las desigualdades sanitarias por motivos sociales y económicos. Esto se ha visto recientemente plasmado en la prensa que se ha hecho eco de los conflictos de atención sanitaria en poblaciones limítrofes de distintas CC. AA.

¿Cuáles son los problemas que tiene el "gobierno" del SNS y cómo deberían solucionarse?

El principal problema del gobierno actual del SNS es su propia falta de identidad. Dada su absoluta falta de competencia en las principales materias de salud al haberse transferido totalmente esta responsabilidad a las CC. AA. la pregunta que surge es: el SNS ¿Qué gobierna? ¿Qué decide? ¿Cómo distribuye recursos que no son de su competencia? ¿A quien gobierna, si el profesional sanitario y los gestores dependen directamente de sus respectivas CC. AA.? Sería necesario definir de forma consensuada entre todas las CC. AA. las líneas estratégicas de trabajo en que es necesario realizar esfuerzos comunes, equitativos y uniformes, de obligado cumplimiento, cediendo su tutela al SNS. Estas líneas incluirían los Planes Estratégicos sobre Cuidados Específicos, sobre todo para patologías crónicas, que deberían integrarse de forma coordinada en los planes autonómicos de cada unas de estas materias.

¿Cómo garantizar la solvencia del SNS y desarrollar el compromiso con la eficiencia, la productividad y la calidad?

Entendemos que hay cuatro cuestiones básicas en las que incidir para sustentar una reforma del SNS que garantice la solvencia futura del Sistema

Público de Salud (SPS): la primera asegurar la financiación futura del SPS. La segunda mejorar la incentivación de los profesionales que trabajan en el SPS y devolver a los médicos su responsabilidad del protagonismo en el SNS. La tercera mejorar la eficiencia y productividad del SPS. La cuarta evitar la sobreutilización del SPS por parte del usuario.

¿Cuáles son las claves y qué medidas deberían instrumentarse?

Buscar otras fuentes de financiación (añadidas a las existentes a partir de los Presupuesto Generales del Estado destinados a Sanidad), bien desde otras áreas de inversión del Estado o las CC. AA. (educación, industria...), bien vía de impuestos indirectos provenientes de actividades que merman la salud, bien directamente de pacientes que tengan recursos económicos para aportar al SPS o bien desde empresas, entidades u organismos privados.

Otra clave es mejorar los incentivos económicos y profesionales de los trabajadores sanitarios, equiparándolos a otros países del entorno europeo. Paralelamente realizar una planificación sanitaria más realista para ahorrar recursos de personal, optimizar los recursos existentes y responsabilizar a los jefes de cada servicio en la composición de sus recursos humanos y la rentabilización de estos con respecto a los objetivos de actividad, dando vías de decisión de incentivación profesional y jerárquica dependiendo del rendimiento de cada individuo.

Mejorar la eficiencia del SPS, mejorando la utilización de las estructuras, bien mediante turnos para garantizar una utilización continuada de los recursos o bien integrando en su actividad en las mismas estructuras pero di-

ferente horario a la empresa y organismos privados e incluso la iniciativa individual privada, justificando así la llegada de nuevas formas de financiación y además mejorando la utilización y amortización de las estructuras y los recursos. De forma indirecta se incentiva la actividad y el protagonismo de los médicos en el mismo entorno de trabajo.

Establecer medidas correctivas para los abusos del sistema, mediante el copago, los tiques disuasorios u otras medidas que ya existen en otros países europeos.

¿Qué papel deben asumir los profesionales de la salud?

El profesional sanitario debe estar mas presente en las labores de gestión. Su separación progresiva de esta labor ha que ha sido sometido, ha provocado su desarraigo con las directrices de la institución y le ha convertido en un mero asalariado poco comprometido con el SNS. Esto ha ocurrido en todos los estamentos, pero es mas grave en lo que afecta al colectivo médico ya que es el principal protagonista y motor del gasto y la eficiencia del SNS.

¿Cómo encajar conceptos como definición de ética, competencias, multidisciplinaridad, formación, evaluación continuada, autonomía o benchmarking de rendimientos y de resultados?

Esto encaja directamente con la respuesta anterior. La ética es un valor universal que tiene una valoración personal dependiente del grado de implicación del que se la autoaplica. De este grado de implicación va a derivar la percepción de su obligación de competencia o responsabilidad

con tu trabajo y con el resto del equipo. Por tanto ambos conceptos se ven influidos de forma clara por el grado de incentiación y satisfacción laboral del profesional. La creación de equipos multidisciplinares para procesos concretos ahorraría gastos, mejoraría la eficiencia e incentivaría a los profesionales que los conforman. Además, el paciente obtiene beneficios muy directos tanto en su atención como en la percepción de calidad del cuidado administrado. Una auditoría que evalúe de forma continua la implementación de protocolos, el rendimiento de los equipos profesionales y el estado de la actualización de los conocimientos, es básica para garantizar la continuidad de un SNS de calidad, permitiendo mejorar en los puntos deficitarios o débiles y fortalecer la excelencia. Si el gestor del SNS quiere asegurar esta calidad, la formación continuada debe ser su responsabilidad y no debe estar abandonada a la capacidad económica y la iniciativa individual de cada profesional.

En esta época de crisis, ¿cómo conseguir la solvencia del SNS?

Uno: mejorando la eficiencia del sistema para disminuir el gasto sin disminuir los recursos; dos: analizando los excedentes en ciertas especialidades, y tres: mejorando las capacidades de asistencia optimizando los recursos estructurales existentes.

¿Hacia dónde debe dirigirse la investigación clínica?

Hacia un sistema más libre de decisión del propio profesional, garantizando y favoreciendo una investigación de calidad, pero disminuyendo las barreras que se han levantado en los últimos años. Fomentar la investigación mejorando los incentivos y re-

cursos y dando facilidades al profesional que quiera realizar esta tarea. La presión asistencial actual es una de las mayores cortapisas para el desarrollo de esta área.

¿Y las nuevas tecnologías?

Para crecer y mantener un SNS de calidad es esencial la innovación. Sin embargo, el coste inmenso del SNS ha vuelto muy sensible al gestor sobre la implementación de nuevas tecnologías. Se deben establecer reglas claras pero útiles, que permitan innovar allá donde es necesario o esté debidamente justificado. Estas reglas deben ser suficientemente clarificadoras como para evitar la desconfianza del gestor, el injustificado uso de la innovación por el profesional, pero a la vez que incentive al profesional en la continua búsqueda de la excelencia en su actividad.

¿Qué hacer con la manida profesionalización de la gestión sanitaria, su acreditación y su evaluación?

El gestor sanitario debe estar capacitado para ello y es más eficaz cuanto más experiencia tenga en esta materia. Por tanto la actividad esporádica de profesionales no preparados para la gestión no favorece las mejoras de la eficiencia de las estructuras y por tanto del SNS. La obtención de una acreditación singular para las labores de gestión garantiza un mínimo de conocimientos para los profesionales que dedican habitualmente a esta labor y claro está, establecer criterios y parámetros estandarizados que permitan evaluar de forma periódica su labor, permitiría a los responsables de las consejerías de salud distribuir mejor los recursos y mejorar la eficiencia general de los organismos competentes.

Bibliografía

1. Carta Europea de los Derechos de los Pacientes. Disponible en http://www.cecua.es/campanas/sanidad/European_Charter_of_Patients_Rights_in_Spanish%5B1%5D.pdf
2. Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre "Los derechos del paciente". Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:010:0067:0071:ES:PDF>
3. 5th European Patients' Rights Day: Putting Citizens at the Center of EU Health Policy. Disponible en http://www.leciss.org/sites/default/files/actualites/EU_charter_of_Patients'_Rights_A_civic_assessment_final_report.pdf
4. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008. Resumen. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/InformeAnualSNS2008Resumen.pdf>