



## Un sistema enfocado a la salud y con orientación a las personas

Casado Vicente V  
Presidenta de la Comisión Nacional de Medicina Familiar  
y Comunitaria

*“De nada sirve al hombre lamentarse  
de los tiempos en que vive.  
Lo único bueno que puede hacer es intentar mejorarlos.”  
(Thomas Carlyle)*

La Fundación Signo (FS) propone el manifiesto “REORGANIZAR EL SISTEMA: Por un Sistema Nacional de Salud de calidad, centrado en el paciente, equitativo, eficiente y sostenible” y establece como primer vector de cambio: el paciente primero. Esta premisa por repetida puede resultar manida, pero lo cierto es que no se ha desarrollado y no ha sido por falta de marco legislativo porque la misma Ley General de Sanidad<sup>1</sup> abría modos de participación que no han sido desarrollados. No se ha “trasladado poder” a los ciudadanos y la pirámide sigue invertida. No se ha optado por un sistema en el que los usuarios deciden, participando en la planificación, gestión y organización del sistema sanitario, con información y formación y con participación en la responsabilidad sobre la salud.

Aunque este podría ser el escenario, aún se puede conseguir un sistema enfocado a la salud y con orientación a las personas, aunque estas no sean el eje decisorio, si la Administración gestiona la calidad y participa en el gasto, mantiene un enfoque a largo plazo, se basa en la evidencia y construye un sistema integrado de salud. Para que esto se de, los servicios sani-

tarios deben organizarse en torno al paciente, coordinándose de tal forma que se aborde no solo sus problemas de salud de forma integral, sino su salud con perspectiva individual, familiar y comunitaria y con todas las herramientas posibles, que van desde la promoción de la salud y la prevención al cuidado paliativo.

Y esto es realmente difícil de conseguir si no se aplica la Ley y no se desarrolla ni se traslada “poder” a la que debería haber sido la función central del sistema, que es la Atención Primaria. En este caso tampoco se trata de falta de marco legislativo. La Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema, muchos años después, en el 2003, siguen la misma línea: la Atención Primaria como función central del Sistema y el médico de familia como gestor y regulador de casos.

Y esto no carece de sentido. La cercanía y la accesibilidad de la Atención Primaria permite la globalidad de la atención y la longitudinalidad de la misma, que es clave para el conocimiento de las personas a las que se atiende y permite la integración de todos los problemas de salud y su reso-

lución, lo que confiere eficacia de nivel, capacidad de resolución y seguridad (y, por ende, eficiencia y sostenibilidad). Y más en el entorno actual de crisis económica, envejecimiento de la población y cronicidad de los problemas.

El paradigma ha cambiado: de la enfermedad aguda se ha pasado a la crónica. Por lo tanto el paradigma de solución debe ser distinto. De los más de 400 millones de consultas atendidos en Atención Primaria, más del 90% son de responsabilidad primaria, es decir, que deben ser atendidos y resueltos sin cambiar de nivel; el resto son de responsabilidad secundaria, es decir, que precisan el concurso de otro especialista para su resolución, y de responsabilidad terciaria, es decir, que ese problema en concreto es responsabilidad casi completa de otro nivel. Si bien no se debe olvidar que todas las personas son responsabilidad primaria del médico de familia, desde un punto de vista de globalidad, coordinación e integración.

Por otra parte, reconsiderar su posición en el sistema permite desarrollar todos los puntos que propone la FS en su primer apartado, pero para ello se precisa invertir el proceso y poner en marcha actuaciones que se enmarquen en la gestión basada en la evidencia y tengan como finalidad el enlace entre la función central, la atención primaria y el nivel secundario, mejorando la efectividad y la eficiencia de los cuidados ambulatorios. Según múltiples autores, las estrategias de integración pueden ser agrupadas en cuatro tipos<sup>1,2</sup>:

- **Transferencia de servicios** del hospital a Atención Primaria con su correspondiente financiación; Sustitución de servicios médicos prestados a nivel hospitalario; aprove-

chamiento de médicos de familia con intereses especiales (*general practionner with special interest: urgencias, urología...* -GPSI-).

- Reorganización o **cambio de flujo de pacientes** para el nivel primario. Implementación de medidas para el aumento de la **capacidad de resolución** del médico de familia con acceso directo a exámenes y tratamientos.
- Colaboración o **gestión conjunta de casos de responsabilidad secundaria y terciaria**.
- **Cambios de comportamiento profesional** para mejorar la capacidad de resolución de ambos niveles, disminuir referencias del primer al segundo nivel, considerar el conocimiento que sobre el paciente tiene el MF para evitar repetir pruebas o el "secuestro de pacientes" (dícese del paciente que acude cada seis meses o un año a revisión de un problema resuelto hace tiempo o manifiestamente estable).

Para desarrollar los puntos anteriores se precisan:

- Sistemas de información compartidos.
- Sistemas de formación compartidos.
- Sincronización multidisciplinar aprovechando las TICs.

La cuestión de la integración vertical ha sido objeto de revisiones sistemáticas<sup>2</sup>. Las intervenciones se dividen en educativas, organizativas y financieras. Siguiendo este esquema, se considera que deberían implementarse:

## 1. Medidas educativas y de investigación

- Reorientar la formación de grado a las necesidades de las personas.
- Potenciar el *continuum* formativo: grado, formación especializada y desarrollo profesional.
- Reorientar la formación hacia los valores profesionales, entendidos como compromiso con las personas, con la sociedad, compromiso ético y compromiso con la calidad.
- Desarrollar las competencias esenciales en la formación especializada: bioética, gestión de la atención (gestión clínica, gestión de la calidad, gestión de la actividad, trabajo en equipo, sistemas de información, responsabilidad legal), comunicación y razonamiento clínico.
- Desarrollar las competencias transversales a través de troncalidad con el objetivo de orientar la formación más a los pacientes que a las enfermedades, favoreciendo una formación orientada a una organización asistencial centrada en el paciente, mediante el trabajo en equipo multidisciplinar y multiprofesional, a través de la coalición y no la "competición".
- Desarrollar las competencias básicas de metodología de la formación y de la investigación.
- Buscar el equilibrio entre la necesaria superespecialización y un cuerpo competencial transversal en las diferentes especialidades, estableciendo tres espacios de formación especializada: troncal, específico y de alta especialización.
- Implantar mecanismos de acreditación y reacreditación de profesio-

sionales vinculados a carrera profesional.

- Profesionalizar la gestión partiendo de una apuesta por la forma
- Desarrollar la investigación no solo en atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, etiología, riesgo, pronóstico, control evolutivo...), sino sobre gestión (clínica, de la actividad, de la calidad, trabajo en equipo, sistemas de información), docencia y formación (metodologías educativas, evaluación formativa, sistemas de evaluación de la competencia) buscando la excelencia. Crear el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) español.

## 2. Medidas financieras

- Financiación suficiente que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario público y no la sostenibilidad con financiación sanitaria insuficiente.
- Eliminar bolsas de ineficiencia y priorizar las organizaciones, intervenciones y servicios cuya utilidad esté basada en evidencias científicas y se orienten a la equidad, efectividad y eficiencia.
- Diversos trabajos constatan un hospitalocentrismo presupuestario en el sistema sanitario público, especialmente en las regiones más ricas<sup>3</sup>, pero si el sistema está orientado a las personas, se debe redefinir la financiación de la Atención Primaria y su papel en la gestión del gasto. El "dinero debe seguir al paciente".

### 3. Medidas organizativas

- **Nivel político:** en un marco cuyos objetivos sean la equidad, la efectividad, la eficiencia y la viabilidad del SNS, se debe potenciar el papel del Consejo Interterritorial en:
  - Estimar necesidades de salud y orientar el sistema hacia su resolución.
  - Desarrollar políticas sanitarias basadas en la evidencia y coordinadas.
  - Priorizar servicios y prestaciones con unos mínimos comunes para todos.
  - Colaboración intercomunitaria.
- **Nivel estratégico:**
  - Liderazgo profesional.
  - Reorientar los niveles sanitarios, posicionando realmente la AP en el centro del sistema, prestigian-do el nivel y a sus profesionales.
  - Reorientar servicios.
  - Evitar el consumismo sanitario vía Educación para la Salud y no sistemas restrictivos con riesgo de inequidades.
  - Flexibilizar el status profesional de AP que permita organizarse al Equipo de Atención Primaria (EAP), pero siempre en un marco que garantice la equidad financiera, geográfica y organizativa evitando en todo momento la Ley de Atención Inversa de Tudor Hart (la concentración de servicios donde las necesidades son menores, pero los niveles socio-económicos son más altos).
- Flexibilizar el status de los hospitales en empresas de servicios orientadas a resolver problemas. El EAP elige a sus profesionales referentes de segundo nivel con quienes crea unidades de gestión clínica.
- Integración de profesionales en unidades de gestión vs. gerencias únicas. La integración en la base profesional es más efectiva que la integración administrativa.
- **Nivel táctico:**
  - Cartera de servicios homogénea en sus mínimos.
  - Acreditación de centros y servicios. Criterios de evaluación. Indicadores de actividad, pero sobre todo de resultados.
  - Sistemas de información compartidos con historias clínicas con mínimos comunes.
  - TIS única.
  - Desburocratización de la asistencia: receta electrónica, reforma de la burocracia vinculada a IT...
- **Nivel operativo:** establecer actividad (calidad, producción...) para lo que se debe:
  - Redimensionar las funciones del EAP: del médico, de la enfermera y del administrativo (evitando que el médico haga de enfermera y administrativo, la enfermera de administrativo y el administrativo de telefonista de citas).
  - Redimensionar la atención directa, buscando espacios de atención telefónica, vía Internet (telemedicina y telecuidados)...

- Y redimensionar las relaciones con el segundo nivel mediante la compra de servicios, la gestión conjunta y la sincronización multidisciplinar aprovechando las TICs.

Es de máxima importancia definir hacia dónde debe ir el SNS, ya que como bien dijo Séneca "No hay viento favorable para el que no sabe adónde va".

### Bibliografía

1. National Primary Care Research and Development Centre. Centre for Public Policy and Management Outpatient Services and Primary Care. A scoping review of research into strategies for improving outpatient effectiveness and efficiency. Report to the NHS Service Delivery and Organisation R&D Programme, University of Manchester, march 2006.
2. Grishaw JM, Winkens RAG, Shurran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2007. Oxford:Update Software.
3. Simó J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la Atención Primaria? Aten Primaria 44.1: 20-9.