

“La Atención Primaria debe tener el papel que le corresponde en el Sistema Nacional de Salud ya que hasta ahora sólo hemos visto buenas intenciones”, según la presidenta de la SEDAP

EL MEDICO INTERACTIVO.

Madrid (01-03/10/2011) - Ana Montero

En el marco del II Simposio Internacional de Gestión en AP, organizado por la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) en colaboración con laboratorios Esteve y la Escuela Nacional de Sanidad, expertos nacionales e internacionales han puesto sobre la mesa claves sobre la financiación y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, coincidiendo todos en calificar de "fundamental" el papel que desempeña en ellos la Atención Primaria



La Atención Primaria debe tener el papel que le corresponde en el Sistema Nacional de Salud. Así lo han suscrito, entre otros, Francisco Valero Bonilla, director general de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, para quien "no se puede cuestionar en estos momentos la sostenibilidad de nuestro sistema de salud, sino que hay que avanzar en que sea más eficiente y mantenga su calidad actual con menos recursos".

Tal y como ha manifestado Valero, la Atención Primaria es un eje fundamental de los sistemas sanitarios, ya que es la puerta de acceso, es el nivel asistencial más cercano al ciudadano y tiene una visión global y un seguimiento integral de los procesos.

Entre los retos a los que se enfrenta ahora mismo la AP, desde Sanidad se han señalado los derivados de la coyuntura económica, del envejecimiento de la población y de la cronicidad, y, por tanto, es necesario dar herramientas y potenciar la actuación de este nivel asistencial. ¿Cómo? Según Valero, "mejorando la integridad asistencial, incrementando el protagonismo de la AP en la toma de decisiones y mejorando su capacidad resolutive".

Más recursos y menos burocracia en AP

Para ello, tal y como ha afirmado Valero, "son necesarios más recursos", puesto que el trozo de tarta de los presupuestos que se lleva Atención Primaria, "quizá no tenga la dimensión deseable", añadiendo que "las administraciones sanitarias deberíamos hacer un esfuerzo para dotar de mayores recursos a la AP".

En esta misma línea, desde la dirección general de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección se ha hecho referencia a la necesidad de disminuir la carga burocrática que "soporta" la AP.

Como muestra de la apuesta del Ministerio de Sanidad por la AP, Valero ha recordado el marco estratégico AP21 que se aprobó en 2007 y que en estos momentos está siendo objeto de revisión y mejora; la creación de la especialidad de Enfermería Comunitaria y la celebración de la conferencia de AP que se realizará el 13 de octubre como marco "no estático", tal y como apunta, para revisar y mejorar entre todos los agentes implicados -Administración, comunidades autónomas, profesionales y sociedades científicas- este nivel asistencial en el que, como ha manifestado Valero, "todos debemos estar muy implicados".

El paciente como eje del sistema

Por su parte, Marta Aguilera, presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), ha insistido en que hay que tomar medidas para mejorar la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios y, para ello, considera necesario, "ya que aún no se ha logrado", como apunta Aguilera, un Pacto por la Sanidad que contenga medidas de eficiencia y un plan de estabilidad para la industria tecnológica y farmacéutica que se rija por criterios de Buen Gobierno, donde exista transparencia en la gestión y rendición de cuentas de lo que se está haciendo en los distintos servicios de salud. Del mismo modo, ha señalado la necesidad de la colaboración público-privada y que la industria pueda colaborar en temas de innovación e investigación.

"La Atención Primaria debe tener el papel que le corresponde en el Sistema Nacional de Salud ya que hasta ahora sólo hemos visto buenas intenciones. Queremos que sea una realidad tangible en un futuro inmediato", señala Aguilera.

Asimismo la presidenta de SEDAP ha remarcado que es necesario un cambio en la cultura de las organizaciones donde el paciente sea el eje del sistema, del mismo modo que lo es reorientar los hospitales, donde la atención ha de orientarse a los pacientes crónicos.

Además, desde la SEDAP creen que las tecnologías de información y comunicación son un instrumento "fundamental" para garantizar la integridad asistencial y la interoperabilidad entre niveles asistenciales, una herramienta que, como ha recordado Aguilera, está entre las prioridades de la Administración, pero que en la actualidad no está unificada, existiendo 17 aplicaciones informáticas diferentes en AP e incontables las que existen en el mundo hospitalario. "El sistema tiene que ser sostenible en el futuro y existen márgenes y medidas para ello", concluye Marta Aguilera, presidenta de SEDAP.

Una reflexión con la que también ha coincidido Fernando Magro, delegado corporativo de Esteve, laboratorio que repite su apoyo a la SEDAP en este II symposium, para quien los sistemas públicos de salud tienen mucho más en común de lo que les separa, siendo rotundo en afirmar que no se debe cuestionar la sostenibilidad del SNS, puesto que éste ha de ser "necesariamente" sostenible, porque es una demanda social, añadiendo que lo que se debe hacer es debatir sobre la financiación y discutir sobre su eficiencia, eficacia y calidad, rindiendo cuentas a los ciudadanos y evitando que los recortes afecten a la calidad de los servicios.

La experiencia portuguesa: unidades de salud familiar



En otro orden de cosas, José R. Repullo, jefe del departamento de planificación y economía de la salud de la Escuela Nacional de Sanidad, ha recordado, previamente a la intervención de Luis Pisco, coordinador de la reforma de Atención Primaria en Portugal, que la reforma que se hizo de la AP en 1984 "llegó tarde y no se introdujo en el genoma del sistema", hecho por el que, según Repullo, este nivel necesita de un esfuerzo "extraordinario" para mantenerse.

Así pues, Repullo asegura que si en esta etapa de crisis no somos capaces de rediseñar la "ingeniería" de la AP para que se introduzca en el sistema, "éste no será ni efectivo, ni centralizado en el paciente, ni sostenible", concluye.

La reforma de la Atención Primaria en Portugal, llevada a cabo hace diez años, es un ejemplo claro de ese "salto", puesto que pasaron de un modelo clásico y estructurado; centralizado; con excesivo uso de urgencias; burocratizado; sin incentivos por productividad; donde la falta de satisfacción de los ciudadanos y los profesionales era un "problema" y donde los profesionales envejecían y no eran reemplazados por médicos jóvenes sino que importaban profesionales de Cuba, Uruguay y Colombia, a un modelo más autónomo, en el que se reformaron los centros de salud y se crearon pequeñas unidades de salud de familia, formadas por 3 ó 4 médicos y en las que se atendían de 4.000 a 14.000 personas, dependiendo de la zona.

Estas unidades, como ha explicado Luis Pisco, tienen autonomía total, técnica y organizativa, a pesar de pertenecer al Estado; no tienen un presupuesto específico sino que se reorienta y prioriza el destinado para AP; disponen de sistemas informáticos; sus profesionales tienen salarios e incentivos, una cuota per cápita que premia la calidad; y la adhesión a las mismas fue voluntaria, actualmente un 38 por ciento de los profesionales, "pero luchamos por contagiar y reclutar al resto", asegura Pisco.

En definitiva, el proceso de cambio vino de la mano de estas unidades de salud familiar que suponen una nueva filosofía de trabajo, donde entran en juego factores como el liderazgo, la satisfacción y el trabajo en equipo; de un nuevo modelo de gestión; de un buen gobierno clínico y de la reorganización de los servicios de apoyo.

Así pues, según cifras que ha expuesto Pisco, estas unidades de salud permiten ahorro, concretamente 62 euros menos por paciente que en los centros de salud normales; reducen las urgencias, 62.000 urgencias menos, de enero a junio, en el norte de Portugal; utilizan menos dinero para medicinas y realizan menos exámenes complementarios, que como ha explicado, se hacen en los centros sanitarios privados. Además, tal y como ha informado el experto portugués, han llegado a un acuerdo con la Agencia de Calidad de Andalucía para acreditar 4 unidades de salud familiar.

Por último, Pisco ha recordado que esta reforma en eficiencia y en calidad fue posible gracias al compromiso y disponibilidad de los profesionales y al apoyo político del ministerio.

Crisis: amenaza y oportunidad

Por su parte, y en otro orden de cosas, José Manuel Freire, de la Escuela Nacional de Sanidad, encargado de introducir la intervención de Dr. Reinhard Busse, profesor del departamento de Health Care Management, de la Universidad de Berlín, ha insistido en la necesidad de

concentrar los esfuerzos por conseguir una Medicina de calidad y no basarlos en recortes en servicios y sueldos.

Así pues, el responsable de transmitir la experiencia alemana ha versado su ponencia en cómo financiar la Sanidad en tiempos de crisis y cómo ajustar el presupuesto en salud, asegurando que la crisis es una "amenaza", puesto que es evidente que raciona los servicios de salud, pero también es una "oportunidad" de reforma puesto que demuestra el valor del sistema de salud como elemento de bienestar; permite margen de cambio por parte de los políticos; posibilita el refuerzo de los sistemas de salud y hace que se prioricen las intervenciones, dejando fuera los servicios innecesarios.

En este sentido, Busse ha hablado de la necesidad de invertir, "más que nunca en tiempos de crisis", en salud pública, como estimulador de empleo y formación, tal y como se ha hecho en Alemania; de la necesidad de un sistema de salud sano y rico, puesto que una mala salud repercute en la economía del país; de percibir impuestos derivados del tabaco y del alcohol; de los diferentes tipos de coberturas -copago, seguro privado y combinada- y de la posibilidad de reducirlos; de la financiación público-privada, sin pasar por alto a los más vulnerables y del modo de pago a los hospitales, en términos de pago por servicios y por pruebas, al estilo americano; de pago de acuerdo a un presupuesto y de pago por caso, que sería el "caso óptimo o dorado", como apunta el experto alemán.

Decisiones compartidas

Por último, Constantinos Sakellarides, director de la Escuela Nacional de Salud Pública de Portugal, ha recordado cómo la reforma de AP llevada en Portugal, hecha de arriba abajo, "abrió un canal de discusión" y supuso una "forma de cambio que tenía porvenir" ya que contemplaba una nueva actitud hacia el usuario, un espíritu de intersustitución, donde "todos los enfermos son de todos", y donde no hay jefes sino un contrato social que se revisa y se discute.

Asimismo, Sakellarides explicaba cómo la reforma reconvocó, de manera "vital", a la clase media a la AP pública, que antes la buscaba por el camino privado.

Por último, el director de la Escuela Nacional de Salud Pública de Portugal se ha referido a que el cambio ha hecho que se pase de organizaciones de salud a procesos de cuidados y a la importancia de tomar decisiones compartidas con los pacientes, puesto que favorecen al sistema en términos de rentabilidad, entre otros.