



ENTREVISTA

• 5

«El saber popular no es muy proclive a la denuncia, ni siquiera a la reclamación»

Antonio Vergara de Campos

■ La Plataforma en Defensa y Mejora de la Sanidad Pública organizó una iniciativa hace algún tiempo con el eslogan: «reclamar es participar» y no tuvo mucho éxito. Entendemos que estas reivindicaciones y estas denuncias tendrían que protagonizarlas organizaciones potentes ciudadanas (consumidores, usuarios, ecologistas, etc.) y, sobre todo, sindicales. Echamos de menos más iniciativas sindicales en este sentido.

POLÍTICA SANITARIA

• 8

El mito del «despilfarro farmacéutico» español

Juan Simó Miñana

■ En términos cuantitativos, nuestro gasto farmacéutico en relación con Europa no es «despilfarro» sino adecuado a nuestro nivel de renta y envejecimiento (el farmacéutico total) y adecuado a nuestro nivel de renta, envejecimiento, gasto sanitario público no farmacéutico y copago farmacéutico (el farmacéutico público).

POLÍTICA SANITARIA

• 12

Sistemas de Información Sanitaria (SIS): historia clínica y receta electrónica

Javier González Medel

■ Es evidente que la búsqueda de sistemas que permitan obtener información de manera rápida, accesible y en tiempo real sobre la situación de salud de la comunidad (la salud pública y la epidemiología clínica), y en su caso sobre los usuarios correspondientes (la historia clínica electrónica), es una necesidad objetiva para la planificación sanitaria colectiva y para la toma de decisiones terapéuticas o preventivas a nivel individual respectivamente.

Instrumentos y objetivos de coordinación sociosanitaria

En el futuro inmediato, la incorporación de las medidas que permitan a los ciudadanos afectados hacerse merecedores de las leyes que garanticen su autonomía personal y la atención a su dependencia, situará en primera línea del debate la necesidad de integrar los cuidados. Previamente, se debe superar la subfinanciación, la indefinición y la lentitud en su puesta en marcha, incluidos los procedimientos en la mayoría de las autonomías. La prioridad por definir estrategias que favorezcan que los servicios asistenciales, de salud pública y de atención a la dependencia funcionen unidos, obligará a políticos y gestores a definir objetivos y a crear instrumentos para llevarlos a cabo y, como ocurre frecuentemente, la confusión entre instrumentos y objetivos de gestión puede ocasionar debates inconsistentes, que distraigan a los actores de los verdaderos problemas que representa la integración sociosanitaria.

Las experiencias conocidas hasta ahora parecen indicar que lo que se ha conseguido es gerentes únicos de área, que no es lo mismo que gerencias únicas

En primer lugar, en un sistema de cuidados integrados deben ser las necesidades del paciente y de la población protegida quienes decidan las prioridades, y no las conveniencias profesionales, el oportunismo de las instituciones o la avidez de las ofertas mercantiles. Un sistema inclusivo debe ser acogedor para el paciente, porque si se priman los intereses de los organismos, de los profesionales o del capital, es decir, si la respuesta pública son los subterfugios profesionales contrarios a las políticas de igualdad, la clientelización o la ignorancia de la autonomía del paciente, terminaremos por expulsarlo del sistema para buscar soluciones privadas.

Un sistema de cuidados integrados debe favorecer políticas de sustitución cuidadosamente evaluadas, cambiando servicios de atención especializada por atención primaria, y de cuidados sanitarios a cuidados sociosanitarios, entre otras cosas porque estas sustituciones son coste-efectivas; debe apostar por la reducción de las hospitalizaciones de agudos o por la disminución de tiempos de espera; debe favorecer la continuidad y personalización de la atención del paciente a lo largo del sistema; debe buscar un adecuado balance entre la atención crítica, la hospitalaria, la atención primaria y la prevención y promoción de la salud; en resumen, debe procurar que el paciente reciba el servicio adecuado, en el tiempo correcto, en el lugar apropiado y por profesionales competentes¹.

De la oportunidad política a la racionalidad científica

En este escenario de integración de recursos, el debate sobre las ventajas y los inconvenientes de la gerencia única de área corre el riesgo de dar a esta figura una categoría que no tiene, porque se trata de un instrumento de



POLÍTICA SANITARIA

• 17

Crterios de calidad para la provisión y la administración de servicios de salud «de interés público»

Jean-Pierre Unger, Bruno Marchal y Andrew Green

■ La definición y asesoramiento de criterios de calidad en la atención a la salud es una cuestión tanto política como técnica. En este artículo exploramos cómo la adopción de lo que se podrían denominar criterios «humanísticos» para una atención de calidad (y es verdad que algunos los podrían considerar como criterios «socialistas»), podría tener una influencia positiva en el desarrollo del sector de salud.

SALUD Y GÉNERO

• 23

¿Se debe pagar el trabajo doméstico?

NOTICIAS

• 24

Cáceres:

Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública: «Los retos de la Sanidad Pública»

NOTICIAS

• 26

Madrid:

El colapso de las urgencias hospitalarias

COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

• 28

El mercado ha fracasado

Diego Reverte Cejudo

CONVOCATORIAS

• 30

gestión. En este sentido, las experiencias conocidas hasta ahora parecen indicar que lo que se ha conseguido es gerentes de área, que no es lo mismo que gerencias únicas, por cuanto la deseable coordinación entre niveles y recursos no se ha producido, y porque sigue siendo el hospital el centro de las inversiones (en torno al 85%) y de las decisiones sobre políticas de salud. La unificación de las estructuras de gestión de los diferentes niveles, sin contemplar medidas que tengan en cuenta esta

situación, puede debilitar aún más las frágiles estructuras de atención primaria, a las que pueden privar de sus estructuras de gestión (que aunque débiles disponen de algún margen para la negociación) y de presupuestos específicos (que pueden ser absorbidos por los hospitales). En este momento en que está a punto de ponerse en marcha todo el sistema de atención a la dependencia, convendría observar con detenimiento las experiencias de otros países mediante las denominadas Organizaciones Sanitarias Comunitarias Integradas, o las experiencias de Finlandia y Suecia, que invierten en cuidados sociales y de rehabilitación derivando recursos de hospitalización de agudos, con una importante reducción de camas.

No se ha evaluado el impacto del modelo de gerencia única sobre la racionalidad, integralidad y continuidad de la atención de los dos niveles asistenciales, ni sobre la calidad de la atención que reciben los ciudadanos. Esta situación refleja la ausencia de investigación sobre los resultados de la actuación de los servicios asistenciales y de la gestión de los mismos, que debería desarrollarse antes de generalizar estas experiencias en todo el sistema sanitario. Las gerencias únicas serían una opción basada fundamentalmente en criterios políticos, pero no en la evidencia de mejora para la atención primaria ni para el conjunto del sistema.

Desde algunas organizaciones profesionales, como OSALDE en el País Vasco, se ha propuesto recuperar la importancia de la planificación a nivel de áreas de salud, tanto de las necesidades asistenciales como de las políticas de personal; abrir foros de diálogo sobre la organización de los servicios y modernizar la atención primaria, dotándola de capacidad resolutoria y mejorando su eficacia, la calidad de sus contenidos y su prestigio. En cierto modo, se reclama recuperar el debate sobre la organización de la sanidad, porque después de la efervescencia discursiva de la década de 1980 se entró en una progresiva atonía administrativa y se cortaron los escasos cauces de comunicación y de debate con los profesionales. La consecuencia es el clima de desistimiento que empaña la actitud de los trabajadores y que arroja sombras sobre la implicación de éstos en las medidas de mejora y en su grado de compromiso con las necesidades ciudadanas.

Finalmente, para eludir el vavén de nombramientos que acarrea cada cambio político, cabría pensar en mejorar los instrumentos de gobierno, profesionalizando la gestión y favoreciendo los órganos colegiados en la toma de decisiones.

Finalmente, para eludir el vavén de nombramientos que acarrea cada cambio político, cabría pensar en mejorar los instrumentos de gobierno, profesionalizando la gestión y favoreciendo los órganos colegiados en la toma de decisiones.

Notas

1. Ponte, C. «La integración de los cuidados de la salud». *Salud 2000*, 2005; 104: 5-10