



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL

Yes, we can

Joan Gené Badia^{a,*}, Joan Carles Contel Segura^b y Glòria Jodar^c

^aEditor de Atención Primaria, ICS-CAPSE-Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^bCoordinador de Procesos de Enfermería de la Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^cEnfermera de Atención Primaria

Disponible en Internet el 27 de marzo de 2009

«Yes, we can» ha sido el eslogan que de forma casi mística repetían los seguidores de Barack Obama durante su larga carrera electoral hacia la Casa Blanca. Su candidatura a la presidencia ha roto muchos prejuicios y ha conseguido volver a ilusionar. Obama ha convencido a la población de que existe otra forma de hacer política, a pesar de la crisis económica, las guerras y el terrorismo, o quizá justamente por estos motivos. Por su lado, los ciudadanos estadounidenses han tenido la valentía de apostar por el cambio.

Los profesionales sanitarios también deseamos que entre aire fresco en nuestro sistema de salud. Después de un cuarto de siglo reformando la atención primaria en el mismo sentido, constatamos que el modelo esta agotado. Ya no es innovador, ha dejado de cubrir las necesidades de los ciudadanos y no motiva a los profesionales. Entendemos la situación, pero no vemos cómo podemos seguir progresando. La trayectoria de la Comisión para la Innovación de la Atención Primaria en Cataluña refleja perfectamente esta situación. Después de 2 años de trabajo participativo, no ha conseguido elaborar una propuesta aceptable para los diferentes grupos con intereses en el sector. En la misma línea, el documento «Atención Primaria Siglo XXI» del Ministerio de Sanidad tampoco ha logrado traducirse en reformas autonómicas específicas.

Coincidimos en el diagnóstico, pero no convenimos en el tratamiento. Aceptamos que las necesidades de salud se

centran básicamente en las enfermedades crónicas y que el incremento demográfico producido por el envejecimiento y la inmigración ha aumentado drásticamente la demanda de servicios. Sabemos que la gran accesibilidad de nuestro sistema ha favorecido su uso inadecuado, haciendo que especialmente en España se cumpla la «ley de los cuidados inversos» que señalaba Julian Tudor Hart¹. Los recursos se dirigen hacia quien los solicita, y no hacia quien los precisa. El sistema se centra en la atención especializada y la hospitalaria. A modo de ejemplo, atribuimos las excesivas hospitalizaciones por descompensaciones de enfermedades crónicas a la falta de «resolución de la primaria», y no a la descoordinación entre ámbitos de atención, a pesar de que en Reino Unido el 75% de los pacientes crónicos que acudían repetidamente a urgencias y reiteradamente ingresaban no eran conocidos ni seguidos por atención primaria. El 65% de este grupo de pacientes británicos lábiles tampoco había contactado con los servicios sociales². En nuestro país no hemos intentado comprobarlo, ni tan siquiera nos hemos molestado en conectar los sistemas de información. Es más fácil culpar a los equipos de atención primaria de los colapsos de urgencias o los ingresos hospitalarios no planificados. Esta falta de política sanitaria sobre datos sanitarios ha conseguido que, salvo honrosas excepciones, la información clínica de los ciudadanos esté almacenada en múltiples bases de datos desconectadas entre sí. Tampoco hemos aprovechado La Ley de la Dependencia para integrar la prestación de servicios sociales y sanitarios en la atención primaria como han hecho nuestros compañeros de la Unión Europea.

Los hospitales han sido tremendamente hábiles aprovechando la desintegración del sistema para aumentar su ámbito de influencia. Se han erigido en defensores de la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: JGENE@clinic.ub.es (J. Gené Badia).

coordinación promoviendo la integración vertical. Empezaron absorbiendo a los especialistas del primer nivel y posteriormente los propios equipos de atención primaria mediante la gerencia única. El rechazo de los colectivos de atención primaria de esta política³ no ha tenido eco. La cultura sanitaria de nuestro país acepta que lo que es bueno para los hospitales también lo es para el sistema, olvidando que éste debe responder a los intereses de los ciudadanos.

Nuestro sistema de salud será sostenible únicamente si consigue que los pacientes sean más autónomos y responsables y que reciban de forma integrada la atención que precisan. La evaluación de las experiencias de gerencia única muestran que la integración de la gestión no comporta forzosamente mejoras en la coordinación clínica⁴. En todo caso supone un evidente conflicto de intereses que el responsable del hospital también lo sea de la atención a la salud de los ciudadanos de su territorio. Ambas responsabilidades tienen objetivos contrapuestos. Un hospital desea crecer en actividad, camas, servicios y especialización, mientras que los ciudadanos con enfermedades crónicas requieren cuidados en su localidad, seguimiento cercano y servicios sociales. El hospital quiere tecnología y médicos especialistas, mientras que el paciente crónico precisa médicos de familia, enfermeras cualificadas y atención de carácter social. En nuestro contexto, lo que es bueno para el hospital no tiene por qué ser forzosamente deseable para los ciudadanos.

Precisamos un cambio en el paradigma asistencial. No podemos seguir considerando al hospital como una unidad de negocio, sino que lo hemos de entender como un centro de gasto. Hemos de planificar los servicios partiendo de las necesidades de los ciudadanos y no respondiendo a los intereses de políticos locales y de proveedores. Hemos de desplazar el liderazgo que actualmente ostentan políticos y gestores hacia los profesionales y los pacientes.

En este contexto de dominio hospitalario, es inocente que pretendamos liderar esta reforma desde atención primaria. Tanto porque el sistema nos considera incapaces como por el hecho de que, como proveedores, también caemos en conflicto de intereses. Al igual que los hospitales, deseamos crecer y nos cuesta cambiar. Las iniciativas de compra de servicios hospitalarios por médicos de familia o la creación de consorcios que agrupen todos los servicios de atención primaria y social del territorio son ideas románticas, pero por el momento totalmente inaplicables en nuestro contexto.

Así pues, el liderazgo clínico de la atención a la población debe recaer en los responsables locales del servicio autonómico de salud. A pesar de que la mayoría de los proveedores sanitarios también son públicos, estas autoridades no han de tener responsabilidad sobre la cuenta de resultados de los centros. Hospitales y servicios de atención primaria deben gozar de un alto nivel de autonomía en su gestión. Las autoridades sanitarias locales han de gestionar los proveedores, no sus centros. El papel del responsable local de salud queda perfectamente descrito en las once competencias del World Class Commissioning del National Health Service⁵, que se resumen en la [tabla 1](#). El responsable local es un profesional que no ha de limitarse a «comprar servicios», sino que debe atender las necesidades

Tabla 1 Papel de los responsables locales (100.000-200.000 habitantes) del servicio autonómico de salud

Liderar localmente el servicio autonómico de salud
Trabajar con los compañeros comunitarios (ayuntamientos, servicios sociales, salud pública)
Hacer participar a pacientes y ciudadanos
Colaborar con los clínicos
Priorizar el conocimiento y evaluar las necesidades
Priorizar las inversiones
Estimular el mercado
Promover la mejora y la innovación
Conseguir contratos robustos y sólidos
Gestionar el sistema de salud local
Dar sentido a las inversiones

Adaptado del World Class Commissioning del National Health Service⁵.

de salud de los ciudadanos que tiene a su cargo. Ha de conseguir maximizar el beneficio en salud del presupuesto de que dispone para gestionar a los proveedores. No puede limitarse a entregar una capitación para que los proveedores se la distribuyan entre ellos. No ha de permitir que los proveedores pacten las vías clínicas y los protocolos. Ha de liderar todos estos procesos a favor del ciudadano. Su responsabilidad es identificar las necesidades locales con la participación de líderes profesionales y ciudadanos, no escuchar sólo a políticos y proveedores. La planificación debe trasladarse desde su ubicación actual en las consejerías de salud a un nivel más descentralizado y local. No bastan los planes de salud autonómicos, sino que hacen falta propuestas concretas para poblaciones pequeñas de alrededor de cien mil habitantes. Esta información ha de ser la base de un plan estratégico local que dé sentido a la planificación sanitaria y la prestación de servicios en el territorio. Los sistemas de información pueden ayudar a identificar grupos de pacientes con diferentes niveles de necesidades. Estos datos permiten orientar y adecuar la respuesta a la intensidad y el tipo de atención que requiere cada uno de ellos. Es preciso crear un verdadero sistema en el territorio, basado en la información, las rutas asistenciales y las trayectorias clínicas, que conecte los servicios de atención primaria, el hospital de referencia y los servicios sociales. Estos líderes han de poder innovar superando el rígido modelo organizativo actual. El modelo de compra a los proveedores instalados tiende a perpetuar instituciones y a realizar inversiones de dudoso valor añadido. Seguramente los pacientes crónicos obtendrían un mayor beneficio si se invirtiera en centros de atención telefónica proactiva o en gestoras de casos. Estos nuevos directivos han de poder cambiar la estructura actual por otra que responda mejor a las necesidades locales. Si sus proyectos son profesionales, coherentes y participativos, difícilmente quedarán vulnerados por los intereses particulares de los grupos de presión.

Esta visión planificadora local, no ha de cohibir la libertad de elección del usuario ni eliminar una cierta competencia

entre proveedores. Ambas son necesarias para garantizar la calidad del servicio. Tampoco ha de obstaculizar que las consejerías autonómicas aumenten su intervención en los temas de atención clínica. Su responsabilidad no debe limitarse a perseguir una equidad en el acceso, sino también han de buscarla en la prestación de servicios. Por este motivo, han de liderar la definición de las guías de práctica clínica autonómicas para las principales enfermedades, así como la integración de los sistemas de información.

Seamos valientes. Empecemos a trabajar para que nuestro sistema de salud abandone su orientación al consumo y la demanda y pase a atender las necesidades. «Yes, we can.» Empecemos a buscar aire fresco. Hagamos posible que la atención se centre en el ciudadano.

Bibliografía

1. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;1(7696):405–12.
2. Department of Health. Supporting people with long term conditions [citado 12 Nov 2008]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4100252.
3. Pou-Bordoy J, Gené-Badia J, De la Cámara-González C, Berraondo-Zabalegui I, Puig-Barberà J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006;37:231–4.
4. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones integradas en Cataluña. *Gac Sanit*. 2007;21:114–23.
5. World Class Commissioning [citado 7 Nov 2008]. Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/en/managingyourorganisation/commissioning/worldclasscommissioning/index.htm>.